

50



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

0271103

"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZAN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE C.U. Y NO
ESTUDIANTES, HOMBRES Y MUJERES, CON
PERCEPCION Y AUTOPERCEPCION DE RIESGO
DE CONTAGIO DE V.I.H."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

CLAUDIA COLIN BASILIO

MARGARITA FITZ FERIA

DIRECTORA DE TESIS: LIC. ALMA TREVIÑO NOGUEIRA
ASESOR METODOLOGICO: MTRA. CORINA CUEVAS RENAUD

SINODALES: LIC. ANNE MARIE BRUGMAN GARCIA
DRA. LUISA J. ROSSI HERNANDEZ
MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS



MEXICO, D.F.,

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A NUESTRA ALMA MATER:

A quien debemos lo que somos, gracias.

A LA MAESTRA ALMA:

Infinitas gracias por su sabiduría transmitida,
por sus acertados consejos, comentarios y opiniones.

Por enseñarnos a trabajar con responsabilidad
y constancia.

Porque siempre que lo necesitamos nos brindó su valioso tiempo,
sobre todo en momentos difíciles para nosotras, durante los
cuales siempre encontraba las palabras precisas para que siguiéramos
adelante. Por ayudarnos a vencer los múltiples obstáculos que
tuvimos a lo largo del camino.

Pero sobre todo por las tardes de cafecito en Petit.

Con inmenso cariño y admiración

Claus y Magui.

A LA MAESTRA CORINA:

Gracias.

AL MAESTRO SAMUEL:

Gracias por abrirnos una puerta cuando pensábamos que todas se nos habían cerrado.

A LAS MAESTRAS ANNE MARIE BRUGMAN Y LUISA ROSSI:

Gracias.

AL MAESTRO FABIAN MARTINEZ:

Gracias por su apoyo y tiempo brindado.

CLAUDIA Y MARGARITA

A MIS PADRES FRANCISCO Y SARA:

En cualquier lugar en donde estén, esto es para ustedes y por ustedes.

Gracias por todo lo que me dieron; gracias por los hermosos recuerdos, por los juegos, por sus consejos, por sus regaños, pero principalmente, por todo el amor, porque gracias a todo eso me hicieron una niña muy feliz y la mujer que ahora soy.

Nunca voy a dejar de extrañarlos, pero sé que siempre están conmigo.

Su hija

CLAUDIA

A MI TIA LUCY:

Qué te puedo decir, siempre has sido una madre para mí, ¡la mejor!; sabes que te quiero mucho y que sin ti no sería lo que ahora soy.

Te doy gracias por ser como eres, por todo el apoyo que siempre me has dado, por tu cariño, tu paciencia, tu confianza, pero sobre todo por estar siempre conmigo.

A MI TIO ROGELIO:

Gracias por consentirme tanto, lo extraño.

A JAVIER:

Gracias por ser el hermano que eres, por motivarme a ser cada día mejor, por tu ejemplo y por tus enojos cuando no hago las cosas tan bien como podría hacerlas.

A MI GRAN AMIGA ELENA:

Por estar conmigo durante todos estos años: por escucharme sin desesperarte, por hacerme cómplice de tu vida, por todas las risas y todos los llantos, por motivarme, pero principalmente por ser mi gran amiga.

A MAGUI:

Hubo veces que pensamos que esto era un cuento de nunca acabar, pero por fin está terminado. Aunque en los tropezones nos enojamos, lo superamos, seguimos aquí.

Gracias por tu paciencia en mis malos momentos, por toda tu confianza, por estar conmigo cuando lo he necesitado.

Mii felicidades amiga.

A:

Beto, Liliana, Martha, Claudia S.,
Gaby T., Vero y Nash por su amistad.

A MIS PADRES LUIS Y ROSARIO:

Gracias por el cariño, comprensión, apoyo y guía que en todo momento me han brindado.

Los quiero infinitamente por haberme dado una vida llena de hermosos sucesos, recuerdos y regalos. Pero sobre todo por haber esperado la terminación de este trabajo, a pesar de mi rebeldía de tantos años.

MAGUI

A MIS HERMANOS LUISITO, SARI Y ROCHI:

Por los juegos, pleitos y demás, gracias.

A MI MAMÁ SARA Y PAPÁS CHENTITO Y JUAN:

Siempre están conmigo, me hicieron una niña feliz, los extraño.

A MIS MAMÁS TOMMY Y COSTITA:

Tal vez nunca se los digo pero las quiero mucho. Gracias por todo el cariño que me han dado y por acercarme a Dios.

A MI PADRINO TIKI:

Que siempre ha estado conmigo.

A MI TIO LALO:

Que me apoyó en mis momentos desolados.

A MIS TIAS LUZ, GUILLE, TIAS Y TIOS, PRIMOS Y PRIMAS:

Gracias por todo lo que me han dado.

A CONY:

Por ayudarme a reconocer lo bueno que hay
en mí y saber que la culpa quedó atrás.

A CLAUS:

Lo logramos, no fallamos en el trabajo más importante de
nuestras vidas. Fueron tres años de trabajo, pero sobre
todo fueron tres años de una valiosa y gran amistad en todos
sentidos. Pasamos momentos buenos y malos, anécdotas increíbles
y memorables que espero siempre las recuerdes y guardes en
tu corazón al igual que yo.

Te agradezco todos los no sé tú, no sé tú, no sé tú,
los megarrrollos para encontrar una respuesta y los silencios.
Sobre todo te agradezco el estar "aquí" conmigo y seguir
siendo "amiguitas".

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1	
EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA	
1.1 Antecedentes históricos.	4
1.2 Orígenes del SIDA.	9
1.3 Etiología y Epidemiología.	12
1.4 Conocimientos y creencias sobre VIH/SIDA.	25
1.4.1 Conductas de riesgo de infección por VIH/SIDA.	30
1.4.2 Vida sexual y VIH.	36
CAPITULO 2	
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	
2.1 Revisión de los diferentes enfoques del Afrontamiento.	47
2.1.1 Enfoque Psicoanalítico.	48
2.1.2 Enfoque Conductual.	61
2.1.3 Enfoque Cognoscitivo-Conductual.	68
2.1.4 Enfoque Socio-cultural.	76
2.2 Moos y Billings.	82
2.3 Pearlin y Schooler.	87
2.4 Lazarus y Folkman.	89
2.5 Evaluación del afrontamiento por Sánchez-Cánovas.	94

2.6	Evaluación del afrontamiento por Lazarus y Folkman.	98
-----	---	----

CAPITULO 3

PERCEPCION DE RIESGO

3.1	Concepto de Percepción.	107
3.2	Percepción y evaluación de las personas.	115
3.3	Percepción de riesgo de contagio de V.I.H.	117

CAPITULO 4

METODO

4.1	Planteamiento y justificación del problema.	122
4.2	Hipótesis.	122
4.3	Variables.	124
4.4	Definición Conceptual de las variables.	124
4.5	Definición Operacional de las variables.	125
4.6	Sujetos.	126
4.7	Muestreo.	126
4.8	Tipo de estudio.	126
4.9	Diseño.	127
4.10	Instrumentos.	127
4.11	Procedimiento.	129
4.12	Análisis estadístico de datos.	130
4.13	Discusión.	148
4.14	Conclusiones.	153
4.15	Sugerencias y limitaciones.	155

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo conocer qué estrategias de afrontamiento utilizan estudiantes de la U.N.A.M. (C.U.) y no estudiantes, hombres y mujeres, con percepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA y/o autopercepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA.

Para su realización se contó con una muestra de 334 sujetos, de 18 a 28 años, que se dividió en dos grupos: uno formado por estudiantes universitarios $n=76$ hombres y 116 mujeres y otro con no estudiantes $n=63$ hombres y 79 mujeres.

Se aplicaron dos instrumentos, el primero fue la Escala de Tipos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1980), que consta de 53 reactivos los cuales están divididos en 8 escalas; 1) Confrontación (6), 2) Distanciamiento (7), 3) Autocontrol (8), 4) Búsqueda de apoyo social (6), 5) Aceptación de la responsabilidad (4), 6) Huída-evitación (9), 7) Planificación (6) y 8) Reevaluación positiva (7). El segundo fue el instrumento elaborado a partir de indicadores señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y CONASIDA con fines de investigación sobre sexualidad y SIDA elaborado por Diaz-Loving, Rivera Aragón, Ramos Lira, Flores Galaz, Andrade Palos y Villagrán Vázquez (1991). Este instrumento consta de 73 reactivos que exploran los rubros de: Datos sociodemográficos (5), Vida sexual (9), Actitudes y creencias hacia los preservativos o condones (12), Información sobre SIDA (17), Conductas de riesgo de contraer SIDA (19) y escalas que miden percepción y autopercepción de riesgo de contagio.

Se realizó un análisis de tipo descriptivo, con el fin de observar el comportamiento de la muestra, un análisis de frecuencias para determinar las medidas de tendencia central y de dispersión y se utilizó estadística no paramétrica (U de Mann Whitney) para probar las hipótesis estadísticas y de trabajo, lográndose determinar que no se rechazaron las hipótesis estadísticas nulas, por no observarse diferencias estadísticamente significativas en la percepción y autopercepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA en la población, la cual era condición para poder rechazar o no rechazar dichas hipótesis; con respecto a las estrategias de afrontamiento se encontraron diferencias únicamente entre los grupos de hombres estudiantes y hombres no estudiantes, y mujeres estudiantes y mujeres no estudiantes.

INTRODUCCION

El VIH es el virus que ocasiona el SIDA, como lo señala Kalichman (1996) es un retrovirus que pertenece al grupo llamado lentivirus. Como su nombre lo indica el VIH progresa lentamente hasta causar enfermedad sobre un largo período de tiempo usualmente años antes de que los síntomas aparezcan. Debido a que es una infección del sistema inmunológico, el cuerpo con sus propias defensas no puede luchar efectivamente contra la infección del VIH; para cuando la persona infectada adquiere SIDA, se dice que el sistema inmunológico está en decadencia perdiendo la batalla y por consiguiente el enfermo muere.

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983. Desde el inicio de la epidemia y hasta el 30 de diciembre del 2000 se tienen diagnosticados 43,872 casos, los cuales han sido reportados en todos los estados de la República Mexicana. El grupo de edad más afectado es de los 25 a 44 años de edad, que concentra 78% de los casos en varones y 73% en las mujeres. Por lo cual se necesita que la población sea alertada y sensibilizada la autopercepción de riesgo de adquirir VIH y sobre la importancia de respetar los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Los prejuicios y la visión estereotipada de la sexualidad están asociadas al riesgo de contagio porque hacen que la persona perciba de manera lejana la posibilidad de contagio al ubicar sus conductas sexuales dentro de la norma, siendo que el VIH/SIDA no se adquiere por lo que la persona es, sino por lo que hace (Aldaz y Pick, 1996).

Seal y Agostinelli, (1996) señalan que los estudiantes universitarios se perciben en mayor riesgo de contagio debido al comportamiento sexual que mantienen, es decir, tienen una vida sexual activa sin los cuidados y medidas preventivas para evitar la infección (mayor número de parejas, uso de drogas, etc.).

A lo largo del tiempo se le ha dado al término de afrontamiento una variedad de significados conceptuales, siendo usado comúnmente como defensa y adaptación. En nuestra investigación se revisaron los diversos enfoques partiendo de la postura y definición teórica de la perspectiva de cada autor.

Para poder afrontar efectivamente el problema del VIH/SIDA es necesario que la población utilice estrategias de afrontamiento que sean adecuadas. Como lo menciona Aduna (1998), los individuos deben ser capaces de emplear un número diferente de estrategias de afrontamiento de manera flexible y de una manera que sea relevante para la situación. Sin embargo, en la

realidad no todas las personas tienen en su repertorio conductual un número amplio y efectivo de estrategias que los apoye para que puedan enfrentar de una forma más adecuada las diferentes situaciones que se van presentando en la vida.

En la actualidad en nuestro país existe poca investigación sobre el tema de Estrategias de Afrontamiento, la cual ha sido realizada en el ámbito de la medicina, en enfermedades crónico degenerativas, que han permitido conocer cómo afronta el paciente el estrés y qué es lo que hace para disminuirlo.

Es por lo anterior, importante el conocer qué estrategias de afrontamiento son utilizadas por la población estudiantil y no estudiante frente al riesgo de contagio de VIH/SIDA, para poder determinar si son o no las adecuadas en la prevención del mismo.

CAPITULO 1.

EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

1.1 Antecedentes históricos.

La causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida no fue descubierta hasta que cientos de personas ya tenían el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El virus que ocasiona el SIDA es un enemigo difícil de comprender, a diferencia de cualquier otra enfermedad humana. En un periodo corto de tiempo, los científicos tenían muchas interrogaciones acerca del VIH, y cómo causaba el SIDA (Kalichman, 1996).

Existen antecedentes de pacientes que murieron en la década de los 60, cuando la enfermedad era completamente desconocida; estos pacientes presentaban un cuadro clínico que hoy es atribuido el SIDA.

La historia que narran Sepúlveda y cols. (1989), inicia en el año de 1959, en Zaire (Africa), lugar en el que se reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH con confirmación de la misma, que se mantenía congelado desde finales de los años 50. Diez años después un adolescente de 15 años murió en San Luis Missouri, (USA) con sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas. En 1976 sucede la muerte de una familia noruega, una niña y sus padres. El padre presentó, desde 1966, un cuadro clínico con infecciones respiratorias recurrentes. Murió en abril de 1967. La madre presentó desde 1967 infecciones recurrentes; a partir de 1973 se diagnosticó leucemia y un cuadro neurológico progresivo. Murió en diciembre de 1976. La niña presentó infecciones bacterianas graves con complicaciones pulmonares y murió en enero del mismo año. En el caso de la familia se confirmó el diagnóstico de SIDA, al realizar las pruebas de Elisa y Western Blot en sueros congelados desde 1971.

En 1977 un informe médico belga, refiere el caso de una secretaria originaria de Zaire, de 34 años de edad, que viajó a Bélgica en ese mismo año para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes. La mujer murió un año más tarde, con un cuadro clínico compatible con SIDA.

Asimismo, los autores mencionan que desde 1978 se tuvo noticias de casos que aparecieron en Estados Unidos en hombres homosexuales jóvenes con sarcoma de Kaposi, por lo que al inicio de la epidemia se sospechó que la causa estaba asociada con algún factor inherente a las relaciones

homosexuales. Esto condujo a un relativo retraso en la definición de las poblaciones en riesgo, y a que no se formularan recomendaciones para evitar el contagio entre la población heterosexual.

Cotte (1988) refiere que a comienzos de 1981, el Dr. M. S. Gottlieb, inmunólogo de Los Angeles, U.S.A., se sintió intrigado ante un paciente adulto joven que padecía la pérdida total de las defensas inmunológicas, lo cual era muy particular e insólito a su edad.

El 5 de junio del mismo año, los norteamericanos proporcionaron a la comunidad científica una extraña información: 5 jóvenes, todos homosexuales, anteriormente sanos, padecen de una infección pulmonar rarísima, la neumocistosis (Rozenbaum y cols., 1985).

A finales de 1982, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (Atlanta, U.S.A.) recopiló 22 casos, interrelacionando los enfermos de neumonía por *pneumocystis carinii* (un protozooario que parasita los pulmones y como resultado dificulta mucho la respiración), los casos de sarcoma de Kaposi y otros fallecidos por graves defectos inmunológicos a través de dos situaciones que aparecían constantes en ellos: 1°, la práctica homosexual y 2°, la existencia de graves defectos inmunológicos. En diciembre de 1981 tomando en cuenta todos estos casos Siegal (citado en Sandner, 1990) designó esta enfermedad con el nombre de *Severa Inmunodeficiencia Adquirida*, agregándole a los 22 casos descritos 5 casos de homosexuales masculinos afectados de herpes anal. A pesar de esta designación inicial, en ese momento el nombre más usado para este mal fue el de *GRID (Gay Related Inmunodeficiency)*, o sea: Inmunodeficiencia Relacionada con homosexuales masculinos), este nombre no satisfactorio fue sustituido posteriormente por el nombre de *AIDS (Acquired Inmunodeficiency Syndrom)*, o sea: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en español SIDA (Sandner, 1990).

A principios de 1982, manifiestan Sepúlveda y cols., (1989), que se notificaron casos similares en drogadictos intravenosos, sugiriendo que ambos grupos padecían la misma enfermedad. El común denominador era que tenían afectado de manera importante el sistema inmunológico. Entre 1982 y 1983, empezaron a aparecer otros afectados: hombres bisexuales, personas originarias de ciertas regiones del orbe, receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, las parejas sexuales de los pacientes y algunos de sus hijos, por lo que se hacía evidente que existían otros grupos afectados, así como otros mecanismos de transmisión.

Rozenbaum y cols. (1985), mencionan que los norteamericanos desarrollaron dos hipótesis sobre la causa. La primera de ellas es que la enfermedad parece propagarse como una epidemia, es decir transmitida por un agente infeccioso; la sospecha es sobre el citomegalovirus, el cual se encontró

en todos los enfermos atacados de sarcoma de Kaposi, o de infecciones oportunistas. La segunda complementa la primera; en la comunidad homosexual circula una sustancia quizá muy peligrosa. Las observaciones se dirigen al nitrito de amilo o de butilo ("poppers"). Este producto, es muy utilizado por los homosexuales americanos el cual tiene virtudes afrodisiacas. El 85% de los homosexuales consumen los poppers, sin embargo, sólo algunos desarrollaban la enfermedad. De igual forma se encontró que las propiedades farmacológicas no se orientan hacia la inmunodepresión.

Por su parte, Daniels (1988), sugiere que el defecto inmune básico del SIDA se debe a una "sobrecarga antigénica". Ello se basa en que en homosexuales receptores (más que introductores) la relación anal representó un factor de riesgo importante. Estudios en animales indican que el esperma tiene efecto inmunosupresor. En consecuencia, se sugirió que los homosexuales que practican en forma predominante la relación sexual anal receptiva se exponen en forma repetida al esperma que induce inmunosupresión. Se pensó que este hecho, aunado a los efectos de las múltiples infecciones que sufren los homosexuales, origina una alteración importante del sistema inmunológico. Sin embargo, esta teoría tiene varios puntos débiles, ya que no explica por qué la inmunodeficiencia es irreversible, no indica por qué el SIDA también es una enfermedad de origen hematológico y no explica por qué el SIDA ha ocurrido sólo hasta fecha reciente.

Todos los argumentos epidemiológicos llevaron a favor de una enfermedad transmisible por vía sexual y sanguínea, y la mayoría de los médicos consideraron la hipótesis viral como la más probable; el primer virus sospechoso el citomegalovirus, el cual afecta sobre todo a los jóvenes adultos y puede aparecer después de una transfusión sanguínea. También se transmite a través de las relaciones sexuales y provoca inmunodepresión más marcada que la de otros virus.

Con los datos con los que hasta entonces se contaba un equipo norteamericano, el del profesor Gallo, del National Institute of Health, y un equipo japonés pusieron en evidencia la presencia del retrovirus en ciertos linfomas. Esta forma de leucemia se manifiesta por una multiplicación anormal de linfocitos T que se localizan en la piel. Los americanos han bautizado el virus *HTLV Human T cell Leukemia Virus*, el cual es un retrovirus. La enfermedad afecta los linfocitos T, los que justamente son atacados en el SIDA.

Los retrovirus, como todos los virus, viven y prosperan en detrimento del patrimonio genético de la célula que infectan, y se conducen como "parásitos". Solamente poseen un ácido nucleico. Algunos son virus de ADN porque están constituidos esencialmente de un ácido desoxirribonucleico; otros sólo poseen el ARN, ácido ribonucleico. Los retrovirus pertenecen a este segundo grupo pero se diferencian de los otros por una enzima especial: la *reverse transcriptase* (en

español la *transcriptasa inversa*). Esta enzima permite al retrovirus fabricar el ADN a partir del ARN viral. En un primer tiempo, la transcriptasa inversa conduce a la elaboración de un ADN complementario. Esta última molécula, al principio de la cadena de transformaciones del virus, penetra en el núcleo de la célula infectada. Ahí se inserta en el ADN celular. La infección puede pararse en este estadio. El ADN producido a partir del virus, se dice pro-viral. Pero el virus puede también utilizar toda la maquinaria celular para reproducir ARN viral inicial. Los virus se multiplican entonces.

El equipo del profesor Gallo pensó que el HTLV podía infectar a los enfermos atacados por el SIDA, pero sólo dos enfermos sobre la treintena puesta en observación traía el retrovirus.

Mientras tanto, en Francia también se buscaba el famoso retrovirus, su investigación se basaba en tratar de poner al virus en evidencia en las personas efectivamente atacadas. Pero lo que comenzaron a entrever es que la enfermedad dejaba pensar que ella destruiría ciertos linfocitos T, los cuales no mueren totalmente, por lo tanto no son los culpables. Decidieron entonces aislar el virus al principio de la enfermedad. Se escogió como indicador el síndrome ganglionario, ya que tenían más probabilidad de encontrar virus en las células de los ganglios, en estado precoz, que en la forma evolucionada de la enfermedad.

Existen en Francia varios equipos que pueden cultivar los retrovirus, como es el del Instituto Pasteur en París y en Lille; en donde en 1983 el equipo compuesto por el profesor Luc Montagnier y el profesor Jean-Claude Chermann se aprestaban a cultivar un retrovirus animal. Estos investigadores aceptaron buscar un hipotético retrovirus humano en las células ganglionares del paciente seleccionado. Seguramente no creían que este cultivo pudiese llegar, porque la experiencia demuestra que hacen falta largos años para descubrir este género de virus. Era en junio de ese año, cuando una actividad transcriptasa inversa apareció en el cultivo, signo de la presencia de un retrovirus; el virus fue muy rápidamente puesto en evidencia por las pruebas biológicas.

Una toma de sangre efectuada sobre el joven en cuyos ganglios existía el retrovirus, permitió aislar los anticuerpos. Esto probaba que el virus provenía de esta persona, y que no había error de manipulación. El virus no se pudo clasificar en una familia de retrovirus conocida. Se distinguía por caracteres morfológicos propios. El único retrovirus conocido en el hombre es precisamente el famoso HTLV. Y comparándolos, se conoció que tenían un punto en común: la misma transcriptasa inversa. Pero no tienen la misma constitución antigénica. Los anticuerpos de HTLV no reconocen al virus de Pasteur e inversamente se diferencian por sus proteínas. Sus constituciones esenciales de virus se caracterizan por su peso molecular. Así el HTLV contiene una P19 y una P24 y el virus aislado en Francia una P25. Este virus fue bautizado con el nombre de

LAV, iniciales inglesas de *Lymphadenopathy Associated Virus*.

Desde entonces se han realizado diversos cultivos de células provenientes cada una de personas diferentes y esta vez atacadas por el SIDA. Estas muestras revelaron la presencia de virus que finalmente fueron llamados IDAV (*Immuno Deficiency Associated Virus*).

En la actualidad, sólo dos candidatos quedan para determinar la causa del Sida humano, el HTLV y el LAV. Se sospecha que son el origen de la enfermedad. Uno y otro tienen un atractivo muy particular por los linfocitos T. La responsabilidad del HTLV parece, sin embargo, dudosa. Por el contrario, algunos supuestos pesan fuertemente sobre la culpabilidad del virus aislado en el Instituto Pasteur. El LAV ataca a los linfocitos auxiliares y los mata. Este subgrupo de linfocitos T son el núcleo de predilección del SIDA. En la enfermedad, estos glóbulos blancos no se manifiestan, están ausentes o son destruidos o sus funciones permanecen retardadas, además de la frecuencia elevada de anticuerpos encontrada en los enfermos. El virus mata la célula. Se reproduce de preferencia en los linfocitos T auxiliares, los destruye y disminuye por consiguiente sus funciones inmunitarias.

Hasta que no se tenga ninguna prueba formal actualmente, la hipótesis viral, en particular la que implica un retrovirus es la más válida.

1.2 Orígenes del SIDA

En cuanto a la información con la que se cuenta actualmente sobre los orígenes del SIDA, al igual que la información sobre qué es lo que provoca la enfermedad, se tienen diversas teorías e hipótesis, algunas de ellas, las más relevantes se revisarán a continuación.

Cotte (1988) señala que los investigadores han determinado, en principio, que el SIDA y sus virus tienen su partida de nacimiento en África Ecuatorial, todo lo que se ha investigado apunta hacia allá.

Los habitantes de Haití fueron los primeros en hacerse sospechosos de haber generado el virus. A raíz de las investigaciones que se continuaron haciendo, luego del reconocimiento oficial, por parte del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de E.U., de la existencia de la nueva enfermedad (junio de 1981), en el otoño de ese mismo año se observaron los primeros casos de SIDA entre los inmigrantes haitianos radicados en la ciudad de Miami. Esto coincidió, a la vez, con los primeros casos de hombres y mujeres consumidores de drogas -por vía intravenosa- en la ciudad de Nueva York.

La hipótesis de que de Haití pudo salir el virus del SIDA hizo que los investigadores trasladaran su atención al África Central. En los años de la década del 60, algunos miles de haitianos huyendo del país, fueron a trabajar a Zaire. La presencia probada del SIDA en África Ecuatorial hizo pensar, con base en las anteriores consideraciones, que el mal había sido llevado por los inmigrantes. Ya que la enfermedad no se desarrolló en las dos décadas anteriores, pero sí en la década del 80, hizo pensar que el cuadro podía ser bastante diferente y que el origen del SIDA se encontraba en los territorios africanos.

La hipótesis planteada con los haitianos pudo ser diferente a la que inicialmente se elucubró, de manera que la ruta seguida por el mal fuese a la inversa; podemos imaginarnos que uno de los inmigrantes regresó a su país llevando consigo tal carga explosiva que, por sus relaciones, originó un foco que saltó fácilmente a los Estados Unidos por la vía de los inmigrantes y los turistas.

En 1982 se notó un número anormalmente elevado de enfermos africanos graves ocupando camas en los hospitales belgas; estos pacientes presentaban un deterioro físico alarmante, sufriendo múltiples infecciones y presentando, algunos de ellos, el sarcoma de Kaposi. Los pacientes graves eran trece de Zaire y dos de Chad, uno de ellos griego pero radicado en África; ninguno de los casos era homosexual, siendo tres de ellos mujeres casadas y con familia. Los pacientes fueron muriendo poco a poco. Es de hacer notar que para 1982 se pensaba que sólo los homosexuales y los heroinómanos contraían

la enfermedad. Después de mucho indagar se pensó en la posibilidad de que padecieran el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida; se hicieron las pruebas pertinentes y se llegó a la conclusión de que todos los pacientes antes reseñados tenían el SIDA. Se investigó en los archivos de los hospitales acerca de las muertes sin diagnóstico de ciudadanos africanos centrales, ocurridas a partir de 1979, y se llegó a la conclusión, de que la gran mayoría de los decesos habían ocurrido por padecer el Síndrome.

En octubre de 1983 un equipo mixto belga-norteamericano dirigido por el profesor Piot, se dirigió a Kinshasa, capital de Zaire. Allí, en el principal y más grande hospital de la capital, encontraron cerca de treinta enfermos sospechosos. Al hacerse el diagnóstico, todos tenían SIDA; al indagarse sobre la vida de los pacientes se encontró que había muchos heterosexuales y que el origen del mal se encontraba, para dos grupos, en prostíbulos de la capital a los que frecuentemente acudían los europeos.

A raíz de lo anterior se generó la hipótesis de que el retrovirus responsable de producir el SIDA es un virus existente desde hace mucho tiempo en África Central, el cual, entre 1970 y 1975, pudo sufrir una mutación, un cambio, que lo hizo más virulento para el hombre convirtiéndose en el azote que hoy conocemos. El virus pudo estar infectando endémicamente la zona y mantenido allí, en su medio ecológico no perturbado, hasta los años en que todo comenzó a cambiar por la urbanización y los cambios drásticos en la vida y el medio ambiente de Zaire y sus países vecinos.

El SIDA se presenta en África tanto en el hombre como en la mujer; las informaciones obtenidas muestran que el SIDA puede ser transmitido por contacto heterosexual, y que en el África Central, ésta es la principal forma de propagación del virus. Si en toda América (norte, centro y sur), Europa y Asia, con la excepción de Haití, el perfil del enfermo de SIDA puede ser definido en términos de ser un varón homosexual sexualmente muy activo, o bisexual promiscuo, o drogadicto por la vía de inyección intravenosa, el enfermo africano tiene un perfil que corresponde a un heterosexual promiscuo con una media de más de 30 contactos anuales con prostitutas. En Haití la enfermedad presenta características un tanto diferentes a las observadas en América y Europa: el 28% son mujeres y la proporción de homosexuales es sólo del 14%.

Desde hace más de 25 años, ciertos pueblos del centro de África habían sido atacados por un extraño mal, una dolencia sin síntomas propios, la cual fue investigada por el Dr. Clumeck, quien encontró una explicación sólo en 1982, cuando se estudiaron los casos africanos en Bruselas. Ésto hace concluir que el SIDA existía en el continente negro con carácter endémico y nadie le daba importancia.

Otra hipótesis relevante sobre el origen del SIDA es *La historia del mono*

verde; con respecto a esto, las evidencias indican que el virus responsable de la enfermedad estaba presente en África por lo menos diez años antes de que se comenzaran a detectar casos en los Estados Unidos, siendo posible que el microbio se haya originado como producto de un proceso de evolución a partir de un virus presente en los monos desde hace más de 50,000 años.

Los científicos tienen bases suficientes para pensar que el mal es endémico en las regiones del África Central. Una especie de mono, el mono africano verde, que ha vivido en toda esa área, es portador de un virus, el STLV-III (*Simian T-Lymphotropic Virus*), que es muy similar al retrovirus del SIDA, el VIH. Este virus de los primates fue descubierto al observar los científicos del *New England Primate Center* (Mass., EE.UU.) que los monos Rhesus -primos hermanos de los monos verdes-, usados en las investigaciones biomédicas, comenzaron a morir de una enfermedad parecida al SIDA. A partir de estas observaciones se descubrió que el virus del mono verde, aun cuando no produce ninguna enfermedad en los mismos, por haberse producido un equilibrio entre el huésped y el parásito, sí puede infectar a otras especies de monos y producir una enfermedad como la observada en los monos Rhesus. Aquí tenemos que recordar que el hombre es un primate como el resto de los monos.

En las partes de África donde muchas personas han desarrollado el SIDA, o son positivas para el virus, hay un contacto estrecho entre los humanos y los monos verdes; entre la mitad y los dos tercios de estos monos están infectados con el virus STLV-III. Por el contacto existente entre el hombre y el mono, al compartir un ambiente que es común, son frecuentes las mordeduras y rasguños por parte de los simios a los nativos, sin olvidar que muchos africanos de estos lugares comen carne de mono.

En vista de estas relaciones, entre los monos y los hombres, hay algunos científicos que piensan que ésta fue la vía que encontró el virus para pasar del mono al ser humano. El virus del mono verde sólo debió requerir de un pequeño cambio, una pequeña mutación, para hacerse capaz de infiltrar las células humanas; una vez adaptado para poder multiplicarse en el hombre, el virus ha podido seguir mutando y cambiando.

1.3 Etiología y Epidemiología.

Para entender todo lo anteriormente mencionado y lo que sucede en un organismo que se ve afectado por la presencia de una enfermedad como la que aquí se está analizando, debemos conocer los factores que dan inicio a la misma, por lo cual es importante entender qué es un virus antes de explicar el VIH.

Daniels (1988), manifiesta que los virus carecen de metabolismo independiente -se reproducen o causan infecciones sólo cuando se encuentran dentro de una célula-. El ácido nucleico viral contiene todo el material genético necesario para programar a la célula huésped infectada a fin de que sintetice diversas macromoléculas específicas del virus necesarias para su reproducción. Se producen múltiples copias de ácido nucleico viral y de proteínas de la cubierta. La cápside encierra y estabiliza el ácido nucleico viral contra su ambiente extracelular. Al entrar en contacto con las nuevas células huésped sensibles, la cápside también facilita la unión y penetración del virus. En el órgano blanco la multiplicación viral debe alcanzar el nivel crítico antes de que muera la célula y se manifieste la enfermedad.

Para Kalichman (1996), las siglas del VIH significan:

VIRUS. El VIH tiene las porciones biológicas características de otros virus, las cuales no comparten con las células vivientes.

INMUNODEFICIENCIA. El VIH destruye el sistema inmunológico del cuerpo, el cual es el responsable de protegerlo contra las enfermedades.

HUMANA. Este virus sólo infecta a seres humanos.

En el hombre, menciona Daniels (1988), un grupo de retrovirus conocidos como virus de leucemia de células T humanas (HTLV) se ha relacionado con algunas afecciones malignas de linfocitos T y puede provocar sobreproducción de células T originando leucemia.

Los dos primeros virus de la leucemia de células T humanas que se caracterizaron fueron el Virus-1 de leucemia de células T humanas (HTLV-I), el cual origina la proliferación incontrolable de células T y las transforma en tumorales; este virus es frecuente en el sudeste de Japón, el Caribe y regiones de Sudamérica y África. El Virus-2 de leucemia de células T humanas (HTLV-II) es una variante HTLV mucho más rara que se ha aislado sólo de unos pocos

pacientes con leucemia de células vellosas -una leucemia muy rara-. Hasta la fecha HTLV-II al parecer no se relaciona con alguna enfermedad específica.

Se ha investigado una posible relación de ambos virus con el SIDA basándose en su afinidad por las células T colaboradoras y su frecuencia en África y Haití entre otras áreas; no obstante, refiere Daniels (1988), es posible que los tres virus, aunque comparten muchas similitudes, pertenezcan a diferentes grupos taxonómicos. Asimismo, en fecha reciente se comentó que ya que HTLV-I y HTLV-II no destruyen linfocitos pero en cambio HTLV-III sí lo hace claramente, el virus causal del SIDA tal vez no pertenezca a la misma clase. HTLV-I y HTLV-II causan proliferación de células T y en consecuencia leucemia; VIH o HTLV-III provoca la muerte de células T colaboradoras e inmunodeficiencia.

Por su parte Miller (1989) señala que los descubrimientos anteriores en el hombre permitieron aislar al retrovirus que causa el SIDA. Hasta fecha más reciente, se unió un cuarto miembro a la familia. Se denominó en un principio HTLV-IV o LAV2 (según el lado del Atlántico en que se trabajaba) aunque hoy en día se conoce con el nombre internacional de VIH2 (Virus de inmunodeficiencia humana 2) y fue aislado por primera vez por científicos franceses en prostitutas de África Occidental. Difiere de manera importante del VIH, pero a pesar de los primeros informes alentadores que sugieren que podría ser menos patógeno (o sea que originaría una enfermedad menos grave) también causa SIDA. Se sabe que es distinto del virus original del SIDA porque las pruebas de anticuerpo que detectan anticuerpo VIH sólo captan VIH2 la mitad de las veces. Los virólogos que hicieron este descubrimiento sugieren que este último virus surgió independiente de VIH y que es más similar al STLV-III que al VIH.

Miller también explica que el agente causal del SIDA es el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) - es un *retrovirus*. Significa que pertenece a una familia de virus que tienen una capacidad única -elaboran DNA (la "copia" para la replicación genética) a partir del RNA. Los virus "comunes" no la llevan a cabo; en ellos el proceso de la replicación viral ocurre en forma inversa- el DNA produce RNA. Como esta familia única trabaja en la forma opuesta, o sea hacia atrás, se denomina retrovirus. Por su parte Kalichman afirma que el VIH es un retrovirus y que pertenece al grupo llamado *lentivirus* -lenti significa "lento" en Latín. Como su nombre lo indica, el VIH progresa lentamente hasta causar enfermedad sobre un largo período de tiempo- usualmente años antes de que los síntomas aparezcan. Porque es una infección del sistema inmunológico, el cuerpo con sus propias defensas usualmente no puede luchar efectivamente contra la infección del VIH.

El autor también menciona que el VIH infecta los glóbulos blancos, en particular infecta a los linfocitos llamados T cooperadores. Los linfocitos T

controlan varias ramas del sistema inmunológico para protegernos de las enfermedades. Los linfocitos T son como el conductor de una sinfonía: ellos dirigen otras ramas en el sistema inmunológico para pelear contra la enfermedad. El mismo VIH ataca en orden la superficie del linfocito, en un área llamada CD4, aprovecha, entra e invade la célula. Infecta al linfocito que ha rendido sus defensas contra el VIH. Durante el trayecto de la infección del VIH, las células T son destruidas por él, causando un profundo efecto en la habilidad del cuerpo para pelear contra varias enfermedades. Sin embargo, incluso antes de que sean destruidas, los linfocitos T, así como otras células inmunes llamadas monocitos y macrófagos no realizan su función normalmente. Entonces las células inmunológicas infectadas pierden la habilidad de controlar las infecciones y prevenir enfermedades. El sistema inmunológico hace intentos para controlar el VIH, produciendo anticuerpos contra el virus. Estos efectos son sólo parcialmente efectivos para detener el VIH, porque el virus lentamente infecta más y más al sistema inmunológico hasta que él ya no puede realizar su función.

Hasta hace muy poco tiempo se creía que el virus del SIDA vivía dentro de las células del organismo de manera latente o de inactividad durante un período prolongado de tiempo, 5 o 10 años en muchos de los casos, no obstante, investigaciones recientes han demostrado que desde el momento en que el virus penetra en el organismo actúa como se ha descrito, infectando células sanas; sin embargo, el cuerpo infectado tiene suficiente fuerza y potencia como para atacar al agente extraño, se observó que el sistema inmunológico se encuentra en lucha constante durante el tiempo que se creía que el virus estaba inactivo, para cuando la persona infectada adquiere SIDA, se dice que el sistema inmunológico está en decadencia y ha perdido la batalla (La Jornada, julio de 1995).

Los mecanismos que explican la capacidad citocida del VIH por el linfocito T ayudador, se relaciona con la interacción entre las proteínas de la envoltura viral y la membrana celular; al salir de la célula hospedera las nuevas partículas virales, dejan agujeros en la pared celular, la célula se hincha y muere; para este mecanismo se requiere de una gran proliferación viral lo que ocurre únicamente en los linfocitos T, no en los macrófagos o monocitos, donde se da una discreta replicación del virus y por ello escaso daño celular. También se produce destrucción de linfocitos CD4 cuando la gp120 libre se pega a receptores de célula no infectadas, sensibilizándolas al ataque del sistema inmune o favoreciendo la formación de sisticitios; esto contribuye a la pérdida progresiva de células del sistema inmune, llevando al colapso inmunológico conocido como SIDA. Los monocitos y los macrófagos son relativamente resistentes al efecto citopático del VIH y parecen ser la mayor población celular infectada por VIH en el sistema nervioso central (Miller, 1989).

Cahn (1992), señala que por causas no completamente establecidas, en

un determinado momento el virus comienza a replicarse, y a multiplicar su capacidad de invasión del sistema inmune. Entre las causas que influyen en esta transformación se ha postulado una amplia variedad: la desnutrición, otras infecciones, las reinfecciones por VIH, la depresión psíquica, el estrés, etc.

La etapa final del ciclo de reproducción del virus según Miller (1989) incluye copias virales que "brotan" del linfocito huésped y se movilizan para infectar otros linfocitos T colaboradores, contribuyendo así a la destrucción inmunológica en el cuerpo. En el proceso de replicación y brote, se destruye en sí finalmente el linfocito T colaborador huésped; una vez que se ha destruido cierta cifra de estas células, el cuerpo no puede restituir su suministro necesario de linfocitos T colaboradores estimulados por anticuerpos virales y se presenta el SIDA, con su gama devastadora de infecciones y tumores.

Es necesario comprender que el virus ataca la parte del sistema inmunológico conocida como "sistema inmunológico de adaptación". El sistema inmunológico tiene muchos más componentes que esta sección únicamente, pero es la porción vital y en consecuencia crítica para conservar la salud frente a infecciones oportunistas.

Cahn (1992) también menciona que entre el ingreso del virus y las formas terminales de la enfermedad existe un vasto espectro de manifestaciones clínicas:

Entre 2 y 4 semanas de exposición al VIH se produce un cuadro agudo (primo infección) caracterizado por fiebre, ganglios inflamados, rash cutáneo (erupción), malestar y decaimiento. Todos éstos son eventos de corta duración, no más de 14 a 21 días, luego de lo cual desaparecen. El cuadro de primo infección coincide con el momento en que se hacen detectables en las pruebas de laboratorio los anticuerpos contra el virus (seroconversión). En la mayoría de los casos esto pasa inadvertido o se confunde con un estado gripal o una mononucleosis infecciosa.

Los equipos de Montagnier y Gallo según Grmek (1992), fabricaron tests específicos para probar la presencia del virus en el organismo. Los tests detectan la presencia en el suero examinado de anticuerpos específicos que el cuerpo humano produce cuando su sistema de defensa inmunológico humoral entra en contacto con una sustancia orgánica extraña, especialmente un agente bacteriano o viral. Los anticuerpos son los correspondientes bioquímicos de los antígenos virales, es decir, una especie de "estructura en negativo" de las proteínas que constituyen la cubierta y la cápsula interna del virus.

El test más simple y rápido es el llamado ELISA (Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay), que consiste en mostrar por una reacción coloreada la

presencia de moléculas que se ligan de manera específica a las proteínas purificadas del VIH. Los tests Western Blot y RIPA (Radio-Immuno-Precipitation Assay) utilizan técnicas muy sofisticadas de análisis por electroforesis. Su objetivo es identificar las inmunoglobulinas que se fijan por la incubación de proteínas virales con el suero ensayado.

Según el autor la confiabilidad de un test se mide por su sensibilidad y especificidad. Cuanto más sensible es un test, menos casos realmente positivos se le escapan; cuanto más específico es, menos casos realmente negativos aparecen como positivos. El test ELISA es sumamente sensible (el número de negativos falsos es en general inferior al 1%) pero insuficientemente específico (aun en las condiciones ideales de un laboratorio de investigación el número de falsos positivos a menudo supera el 2-3%). Los tests Western Blot y RIPA dan muy pocos falsos positivos, pero su utilización es más costosa y requieren personal calificado. Es evidente que la identificación debe hacerse con el test ELISA, pero no se debe considerar seguro un resultado positivo antes de confirmarlo por al menos uno de los otros dos tests.

Según Cahn (1992) la seroconversión se produce entre la 2ª y la 8ª semana de la exposición y sólo una pequeña parte lo hace con expresión química. Algunos pacientes desarrollan niveles detectables de anticuerpos en etapas más tardías (hasta 6 meses después).

A partir de este momento el individuo permanece libre de síntomas, pero portando el virus; con capacidad de transmitirlo a terceros.

Con frecuencia los ganglios aumentados de tamaño constituyen el primer signo de anormalidad, pero esto carece de valor pronóstico. Al transcurrir el tiempo y progresar la inmunodeficiencia, algunos pacientes comienzan a presentar manifestaciones inespecíficas, tales como alteraciones en la piel y en las mucosas, dermatitis seborréica, psoriasis, prurito, herpes zoster (culebrilla). Lo anterior corresponde a una etapa temprana.

Posteriormente comienzan a manifestarse los signos clínicos que permiten advertir la posible presencia del VIH, como son las lesiones de la boca denominada *candidiasis oral*. Su presencia, al igual que otras lesiones de la boca indica el pasaje a una etapa intermedia de la enfermedad donde pueden presentarse pérdida de peso, fiebre, diarrea, sudores nocturnos y cansancio muscular, así como falta de iniciativa o dificultad para realizar las tareas habituales. Simultáneamente se verifica descenso del número de linfocitos CD4. La aparición de estas enfermedades marcadas señala el paso a la etapa de enfermedad tardía o avanzada. Esta situación se corresponde con el cuadro de SIDA propiamente dicho.

De acuerdo al artículo CONASIDA INFORMA (1996) se sabe que en lo que respecta a *epidemiología* en Latinoamérica, los patrones migratorios internacionales, así como la migración de áreas rurales hacia zonas urbanas, han contribuido a la continua diseminación del VIH y han obstaculizado las medidas de prevención. El comercio, la migración y la comunicación dentro de esta región, han dado como resultado que las epidemias propias de cada nación se mezclen, como ha sucedido en Asia y África.

El VIH es una enfermedad que está íntimamente relacionada con la sexualidad de poblaciones. En México se ha convertido en un problema de salud pública complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud (Magis y cols., 1998).

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983, sin embargo se ha documentado que el inicio del padecimiento fue en realidad en el año de 1981. Desde el inicio de la epidemia y hasta el 1° de octubre de 1998, se han registrado de manera acumulada 37,381 casos en nuestro país. Sin embargo, esta cifra constituye sólo una aproximación a la magnitud real de la epidemia, debido a los fenómenos conocidos como *retraso en la notificación y subdiagnóstico*. Los estudios más recientes sobre la materia, estiman que existe retraso en la notificación en 33% de los casos de SIDA, en tanto que el subdiagnóstico se ubica en 18.5%. Al aplicarle de manera acumulada estos porcentajes a la cifra de casos registrada, en realidad existen en nuestro país alrededor de 59,000 casos acumulados (Magis y cols., 1998).

Un indicador que complementa adecuadamente el análisis del número de casos, según los autores, lo constituye el *número de infectados* por el VIH, es decir, las personas que son portadoras del virus pero que no manifiestan todavía la enfermedad como tal. El número de personas infectadas oscila entre 116,000 y 174,000, dato, que se extrajo de los resultados de la detección del VIH en donadores, las encuestas centinela en embarazadas, así como las encuestas seroepidemiológicas en subpoblaciones específicas.

Asimismo, mencionan que en México no existe una epidemia homogénea, sino varios tipos de epidemia. Existen varios patrones de transmisión y subepidemias en cada región del país, que se dan en forma distinta, dependiendo de la cultura, valores, condiciones sociales, dinámica sexual y situación socioeconómica de los involucrados.

En México existen dos pandemias: la primera de predominio urbano y la segunda de predominio rural. La epidemia urbana que fue la primera y ha afectado principalmente a hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y a bisexuales; la segunda y más reciente, afecta principalmente a la población heterosexual (CONASIDA INFORMA, 1996).

Todos los estados de la República Mexicana (Magis y cols., 1998), han reportado casos de SIDA; se observó que el Distrito Federal, el Estado de México y Jalisco concentran 55% del número total de casos acumulados. En México, desde la fecha de inicio de la epidemia hasta 1998, se han registrado 32,139 casos en hombres y 5,242 en mujeres, lo cual implica que existe un caso femenino por cada seis casos masculinos. El grupo de edad más afectado es de los 25 a 44 años de edad, que concentra 78% de los casos en varones y 73% en las mujeres.

Asimismo, manifiestan que en los hombres la principal vía de transmisión es la vía sexual (homosexual y heterosexual) y, en menor medida, la transmisión sanguínea; en las mujeres, en un inicio la transmisión fue sanguínea y ahora es sexual; y en los menores de 15 años, grupo en el que inicialmente la transmisión también fue sanguínea, ahora es perinatal y en mucho menor medida la sexual. De manera global, incluyendo ambos sexos, 87% de los casos de SIDA en adultos adquirieron la enfermedad por contagio sexual, mientras que el 13% restante lo hicieron por vía sanguínea.

Las investigaciones de tipo epidemiológico revelan que el riesgo de contraer el VIH/SIDA se incrementa en aquellas personas que padecen otra enfermedad de transmisión sexual, incluyendo la hepatitis B, y muestran que en México las trabajadoras sexuales no son aún un grupo de riesgo de infección (CONASIDA INFORMA, 1996).

Magis y cols. (1998), señalan que la epidemia en México mantiene un patrón dominante de transmisión sexual (91.7% en hombres y 58.2% en mujeres). La categoría de transmisión homosexual y bisexual masculina constituye la principal forma de transmisión.

En lo que se refiere a la *transmisión sanguínea*, manifiestan que en México, existen disposiciones legales que prohíben la comercialización de sangre y que obligan a que toda sangre transfundida sea analizada previamente. Como resultado de lo anterior, la prevalencia de infección en donadores a escala nacional ha descendido en los últimos años de 0.06% (1990) a 0.05% (1996). Los casos de SIDA asociados a transfusión sanguínea han disminuido de 3.7% a 2.7% del total de casos en los últimos dos años.

Sobre *transmisión perinatal*, el número de casos pediátricos en nuestro país (menores de 15 años), representa 2.5% del total de casos de SIDA, de los cuales 50% lo adquirió por vía perinatal. Los estudios centinela realizados en embarazadas de la población general que acuden a cuidados prenatales, revelan que la prevalencia se ha incrementado en los últimos años, pasó del 0.04% (1991) al 0.09 (1997). De este modo, se estima que puede haber alrededor de 2,500 embarazadas que son portadoras de VIH.

El SIDA en nuestro país ha cobrado más de 20,000 muertes en los últimos siete años, de los cuales la mitad corresponden al grupo de 25 a 44 años, es decir, afectan la etapa de mayor productividad en hombres y mujeres. El SIDA representa en la actualidad (1997) la tercera causa de muerte en los hombres de 25 a 44 años de edad, así como la sexta causa de defunción en las mujeres.

La epidemia refleja el impacto que está teniendo el SIDA en las comunidades rurales menores de 2,500 habitantes, mientras que en 1994 representaron únicamente 3.7% del total de casos (19); en 1997 esa proporción se elevó 6% con más de 2,000 casos registrados, lo cual significa un incremento relativo de 50% en tan sólo dos años.

Otra de las poblaciones que se encuentra sumamente afectada con la epidemia del VIH/SIDA es la población que se encuentra dentro de las cárceles, y la cual ha sido muy descuidada.

En el artículo Las cárceles y el SIDA: Punto de vista del ONUSIDA (citado en BIBLIOGRAFIA COMENTADA, 1998) mencionan que el virus del SIDA se encuentra entre las personas que habitan las cárceles de la mayor parte de los países del mundo. En muchas cárceles la prevalencia del VIH es más alta que en la población general. Las condiciones que existen en ellas son un terreno de cultivo ideal para la transmisión progresiva de la infección por el VIH, ya que, por lo general, suelen estar superpobladas, y abundan las tensiones. A menudo los reclusos y las reclusas encuentran alivio de esas tensiones y del aburrimiento de la vida penitenciaria en el consumo de drogas por vía intravenosa. Cuando se consumen estas drogas se comparten las agujas, que están prohibidas y, por ende, son escasas y difíciles de esconder.

Muchos internos e internas están en las cárceles por delitos relacionados con las drogas. Compartir material de inyección constituye una vía sumamente eficaz y rápida de transmisión del VIH, mucho más que el contacto heterosexual.

El contacto sexual entre hombres es un fenómeno habitual en las cárceles de todo el mundo, y por regla general, en ellas no se dispone de preservativos. La violación también es un hecho y algunas veces es habitual. En las prácticas sexuales entre hombres, el coito anal realizado sin protección constituye un factor de alto riesgo de transmisión del VIH. El riesgo es incluso mayor sin lubricación o si el coito es forzado, como en el caso de la violación.

Por otra parte, en las cárceles de mujeres en las que hay funcionarios varones, ambos están muy expuestos al riesgo por contacto sexual.

Además, en la cárcel hay otros factores de riesgo para la infección por

VIH, como el tatuaje, la perforación de la piel (prácticas en las que se comparte el material utilizado) y los ritos de pacto de hermandad de sangre. La carencia de una asistencia médica adecuada incrementa el potencial de propagación del VIH y es frecuente la aparición de enfermedades asociadas, principalmente hepatitis B y C, sífilis, gonorrea y tuberculosis.

En México estudios centinela realizados en los estados de Jalisco y Baja California estiman una prevalencia de VIH de 4.5% en hombres reclusos, que se incrementa a 5.3% cuando los internos reportan consumo de drogas inyectables. En la cárcel de Tijuana se encontró una prevalencia de 2.3%.

Es difícil estimar la cantidad de reclusos y reclusas usuarios de drogas inyectables o los y las que tienen relaciones sexuales sin protección, porque en teoría son comportamientos que no están permitidos o no deberían ocurrir en un sistema penitenciario, por lo que se realizan en la clandestinidad.

En México, esta situación se complica aún más. Está permitida la visita conyugal que implica, en estas condiciones, un incremento del riesgo de infección para el interno o interna y para su pareja por la falta de precauciones adecuadas.

En cuanto a la *edad*, Aldaz y Pick (1996) indican que, en relación a los hombres, son las mujeres quienes tienen mayor riesgo de adquirir VIH a edades más tempranas, por el hecho de que una proporción importante de ellas experimentan sus primeras relaciones sexuales con hombres de mayor edad, quienes por lo general cuentan con experiencias sexuales previas.

Los cuadros 1, 3 y 4 que se presentan a continuación fueron tomados de la dirección de internet <http://www.ssa.gob.mx/prop/estadis/> contienen información sobre la epidemiología de VIH/SIDA hasta el año 1999. Con respecto al cuadro 1, se entiende por notificación el número de casos reportados por entidad federativa a la Dirección General de Epidemiología, esto es, cada institución médica envía toda la historia clínica completa de cada caso de VIH/SIDA (fecha y vía de contagio); y por diagnosticados en el año (actualizado el año 2000 a través del boletín Epidemiología del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica), se entiende el número de casos que son detectados en cada institución médica, ya sea que el paciente acude a la institución por tener alguna enfermedad, que al realizarse los análisis se le diagnostica SIDA; también, dentro de este rubro se encuentran los casos en que el paciente acude a realizarse análisis sanguíneo y resulta positivo a VIH. Lo anterior fue explicado por la Lic. Pilar Rivera, Jefa del Departamento de Análisis y Tendencias de la Dirección de Investigación de CONASIDA, en la entrevista sostenida el 18 de agosto del 2000.

El cuadro 2 explica el número de casos diagnosticados por entidad

federativa en el año 2000, y fue tomado del Boletín Epidemiología del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. El cuadro 3 explica el factor de riesgo y su distribución porcentual de casos de SIDA al primer trimestre del 2000. El cuadro 4 explica la distribución porcentual de los casos de SIDA por grupos de edad y sexo, ambos cuadros fueron tomados de la página de internet <http://www.ssa.gob.mx/prop/estadis/>.

Con lo anterior, los datos que explican los movimientos que ha tenido la epidemia de VIH/SIDA en México son los casos diagnosticados, debido a que existe tardanza en la notificación porque aún no se recaba la historia clínica completa de cada caso.

Si se suman los casos de los años de 1983 a diciembre del 2000 nos da un total de 43,872 notificados.

Cuadro 1
Sistema de vigilancia epidemiológica de SIDA
(hasta la semana 13 del 2000).
Reporte del primer trimestre
Casos de SIDA registrados por año de notificación.

Sistema de vigilancia epidemiológica de SIDA
(hasta la semana 52)
24-30 diciembre del 2000.
Casos de SIDA registrados por año de diagnóstico.

Año	Notificados en el año*	Diagnosticados en el año
1983	6	60
1984	6	198
1985	29	349
1986	246	673
1987	518	1485
1988	905	2068
1989	1605	2661
1990	2587	3517
1991	3155	3625
1992	3210	3988
1993	5058	3950
1994	4111	4129
1995	4310	4170
1996	4216	3965
1997	3670	3817
1998	4758	3822
1999	4372	1541
2000	-	1110

*Estos casos fueron publicados en su mayoría en los boletines de CONASIDA en los años respectivos.

** Información actualizada al 1er. trimestre del 2000.

FUENTE: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA.

Cuadro 2
Casos de SIDA diagnosticados
en el año según entidad
(Semana Epidemiológica 52)
24-30 diciembre del 2000.

Entidad Federativa	Acumulados
Aguascalientes	16
Baja California	-
Baja California Sur	4
Campeche	5
Coahuila	37
Colima	20
Chiapas	1
Chihuahua	53
Distrito Federal	97
Durango	11
Guanajuato	59
Guerrero	39
Hidalgo	22
Jalisco	41
México	83
Michoacán	38
Morelos	46
Nayarit	8
Nuevo León	66
Oaxaca	10
Puebla	125
Querétaro	12
Quintana Roo	1
San Luis Potosí	18
Sinaloa	14
Sonora	31
Tabasco	16
Tamaulipas	43
Tlaxcala	30
Veracruz	136
Yucatán	16
Zacatecas	12
Total*	1110

*No se incluyen los casos de extranjeros en tránsito en México.
 FUENTE: DGE, Notificación Inmediata de Casos de SIDA.

Cuadro 3
Distribución porcentual de los casos de SIDA
Diagnosticados en el año según factor de riesgo
1er. trimestre del 2000.

(Semana epidemiológica 13)

Categoría	En el trimestre	Acumulados
Sexual	92.0	92.0
Homo y bisexual	32.0	32.0
Heterosexual	60.0	60.0
Sanguínea	0.0	0.0
Transfusión Sang.	0.0	0.0
Hemofílico	0.0	0.0
Donador	0.0	0.0
Drogas intravenosas	0.0	0.0
Exp. Ocupacional	0.0	0.0
Perinatal	4.0	4.0
Otras (Homo/DIV)	0.0	0.0
Desconocido	4.0	4.0
Total	100.0	100.0

**Por fecha de diagnóstico*

FUENTE: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA.

Cuadro 4
Distribución porcentual de los casos de SIDA diagnosticados en
el año según sexo y grupos de edad
Primer trimestre del 2000-08-15
(Semana Epidemiológica 13)

Grupos de edad	En el trimestre			En el año		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Menores de 15 años	0.0	33.3	4.0	0.0	33.3	4.0
De 15 a 44 años	77.3	33.3	72.0	77.3	33.3	72.0
De 45 y más años	22.7	33.3	24.0	22.7	33.3	24.0
Edad Ignorada	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA.

1.4 Conocimientos y creencias sobre VIH.

El VIH y el SIDA so un motivo de grandes equivocaciones y temores en quienes pueden estar afectados con el virus.

Según Miller (1989), los conceptos erróneos persisten por diferentes razones. Primero, los medios populares han desarrollado con lentitud una posición responsable para comunicar la infección (aún es común ver que las personas infectadas con VIH se comparan con las de SIDA). Segundo, la infección y la enfermedad todavía se consideran un poco como una infección de "homosexuales" y la estereotipia de los grupos de pacientes y el prejuicio contra sus estilos de vida, que se supuso fueron la causa del paso de VIH a la comunidad general, han permanecido en forma de una mayor comprensión y aceptación social de quienes están en riesgo. Tercero, VIH y SIDA son nuevos. Ello significa que las personas no suelen estar aún lo bastante enteradas sobre la enfermedad y su presentación para familiarizarse con ella.

La novedad de la infección y sus estados patológicos no significa que no se comprenda esta afección. Desde que se publicó por primera vez el VIH/SIDA en la prensa médica, a mediados de 1981, se ha constituido quizá en el fenómeno médico investigado más intensamente alguna vez. De hecho, hoy se sabe bastante del virus. En particular, se conoce bien y con seguridad las formas en que se transmite. Ello significa que se sabe cómo detener su diseminación.

No obstante lo anterior, provocar temor o desplegar información en forma indiscriminada es un recurso fácil que no resuelve el problema, pues no modifica la relación de la sociedad con el VIH/SIDA y su impacto. Se ha visto que apelar al miedo hace: 1. *Que el portador se oculte*, 2. *Que la comunidad aumente su rechazo y segregue al portador*, y 3. *Que cada individuo niegue sus conductas de riesgo* (Del Río y Rico, 1996).

Asimismo, los autores manifiestan que difundir información sobre VIH/SIDA es necesario, pero no suficiente, ya que se deben combatir los mitos, el miedo y la discriminación. Se requiere de una presencia constante y repetida de mensajes educativos claros y explícitos, por todos los medios de comunicación, con el objeto de que no se olvide la existencia del padecimiento y no se baje la guardia.

Se necesita que la población sea alertada y sensibilizada la percepción de riesgo de adquirir el VIH y sobre la importancia de respetar los derechos humanos, mas no las conductas irresponsables de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Marchetti y cols. (1996) mencionan que la sociedad mexicana espera que el gobierno resuelva el problema y, por otra parte que, cuando se ha intentado hacer algo, el sector conservador de la sociedad reacciona oponiéndose vigorosamente y sosteniendo los mitos y tabúes existentes.

Bonfil (enero, 1999) [b] manifiesta que González Ruiz, en su libro "La sexualidad prohibida" revisa la doble moral que prevalece en la sociedad mexicana, con su exaltación de la virginidad y la abnegación femenina, y la defensa de un ideal patriarcal donde el varón toma por la mujer las decisiones más importantes, incluidas las relacionadas con su propio cuerpo. Esta doble moral rechaza la educación sexual porque "ofende" la virtud de las jovencitas, y al mismo tiempo convierte a las mujeres violadas en culpables de su propio infortunio; incluso, el deceso de una mujer en manos de una comadrona inexperimentada antes que aceptar la necesidad de una interrupción voluntaria del embarazo. En el caso de la prevención del SIDA, el desprecio es elocuente: la ultraderecha reserva a los enfermos el limbo terrenal y exclama indignada: "ellos se lo buscaron y ahora reclaman derechos", instaurando así una división tajante entre víctimas inocentes (niños y mujeres embarazadas) y víctimas culpables (los eternos proscritos de la moral tradicional: homosexuales, sexoservidoras y usuarios de drogas).

Por su parte, Aldaz y Pick (1996) señalan que todavía en la actualidad, existe la creencia de que la transmisión de VIH y SIDA es un fenómeno restringido a grupos particulares, aparentemente bien definidos y con frecuencia marginales, como las trabajadoras sexuales, los homosexuales o bisexuales, prácticas que ubican como riesgosas por estar alejadas de la idea de la reproducción. Los prejuicios y la visión estereotipada sobre la identidad sexual y las relaciones sexuales inmorales, asociadas al riesgo de contagio, construyen una división artificial entre personas que viven bajo "riesgo" y personas "normales", que trae como consecuencia que, a pesar de que la gente tenga conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención del VIH, perciba de manera lejana la posibilidad de contagio al ubicar sus conductas sexuales dentro de la norma. Estas creencias y mitos se traducen en barreras que dificultan realizar medidas preventivas oportunas entre la población.

Para evitar que la población tenga falsas creencias, conviene reforzar el hecho de que el hablar de "grupos de riesgo" es contraproducente para la prevención. Esto es así porque el VIH/SIDA no se adquiere por lo que la persona es, sino por lo que hace. Es decir, lo que existe son *prácticas de riesgo*. Existe una tendencia a segregar a sectores de la sociedad que incurren en prácticas no aceptadas. La consecuencia de este aislamiento es que aquel que no se reconoce como perteneciente a los "grupos" definidos, no acepta que debe cuidarse, pues se supone exento de peligro (Del Río y Rico, 1995).

Dentro de las creencias que tienen los adolescentes, población en gran riesgo, se encuentra la de que no perciben ningún tipo de riesgo. Existe en ellos un sentimiento de invulnerabilidad que puede llevarlos eventualmente a abusar de sustancias (mariguana, alcohol, etc.), a no temerle a la velocidad o a cambiar con frecuencia de parejas sexuales y, la mayoría de las veces, a no protegerse durante las relaciones sexuales. Si llegan a hacerlo, es pensando en evitar un embarazo, ya que en este caso el problema se presenta casi de inmediato; sin embargo, no creen que ellos puedan contraer una enfermedad de transmisión sexual y mucho menos el VIH/SIDA. Esta postura surge al no concebir la posibilidad de que una compañera de su misma edad y nivel social pueda padecer de este tipo de enfermedades atribuyéndoselas a los "adultos promiscuos", a las trabajadoras sexuales o a los homosexuales, desestimando la frecuencia con que ellos cambian de pareja. En el caso específico del VIH/SIDA, al no existir manifestaciones físicas inmediatas, no lo perciben como un riesgo (Marchetti y cols. 1996).

En particular, el estudio de los factores de riesgo asociados al VIH en la población adolescente constituye un tema que al igual que el de las mujeres ha cobrado interés en los últimos años, ya que son grupos cada vez en mayor riesgo de contagio de VIH.

Aldaz y Pick (1996) refieren que en el caso de las mujeres adolescentes, que se involucran emocionalmente en una relación de pareja, se sienten seguras en ellas mismas y tienen la expectativa de consolidar la relación, tienden a negar el riesgo de contraer el VIH y a otorgarle en consecuencia mayor importancia a las medidas preventivas contra posibles embarazos. La confianza y el amor depositados en la pareja pueden convertirse en impedimentos para que ambas partes negocien el uso del condón, al pasar a segundo término las medidas de sexo seguro.

También es de llamar la atención que las adolescentes siguen manejando que hay grupos de alto riesgo, como son homosexuales, bisexuales, lesbianas, prostitutas, drogadictos y los que tienen múltiples parejas. Por su parte, las mujeres adultas creen que el riesgo de contagio está principalmente entre la gente mal alimentada, luego, los "infieles", las prostitutas, alcohólicos, los pobres, analfabetas y adolescentes (López y cols. 1994).

No obstante todo lo anterior, algunos estudios, citados por Villagrán y Díaz (1992), muestran que tal vez debido a la falta de conocimientos sobre lo que es el VIH/SIDA o a las falsas creencias sobre el tema, la población en general no está segura de reducir el riesgo de contagio de VIH al usar el condón (DiClemente, Zorn y Temoshok, 1987) o bien no saben que el uso del condón es una medida preventiva (Tashima y cols., 1989). El conocimiento sobre el uso del condón para prevenir el contagio del VIH ha llevado a incrementar conductas preventivas efectivas, en especial con grupos homosexuales (Abramson y

Pearsall, 1986).

Asimismo, un estudio realizado en México por Sepúlveda y cols., (1986), en personas mayores de 15 años, demostró que aunque la mayoría reconocía los mecanismos de transmisión, un 60% de los entrevistados consideraba al SIDA como una enfermedad exclusiva de homosexuales.

Pick y Alvarez (1996) realizaron un estudio con una muestra de 36 adolescentes varones para conocer el impacto del SIDA en las creencias y conductas sexuales y encontraron que los adolescentes, frecuentemente, escuchan de sus amigos, compañeros de escuela y familiares información errónea sobre las formas de contagio, tales como el hecho de que el VIH se adquiere a través del aliento, por tocar a alguien y por tener relaciones sexuales con una mujer que está menstruando. A pesar de que los adolescentes reconocen que cualquier persona se enfrenta al riesgo de contagiarse de VIH, independientemente de la edad, género y estado civil, en sus discursos aparecen creencias y mitos acerca de que los homosexuales, "prostitutas" y bisexuales, constituyen los grupos en mayor riesgo y donde se registran un número elevado de contagios.

Por su parte, Villagrán y Díaz en un estudio realizado en 1992 en la población universitaria sobre el conocimiento y las creencias hacia el uso del condón, encontraron en los resultados que un alto porcentaje de estudiantes opinaba que los preservativos o condones no pueden quedarse dentro del estómago o matriz, no son ofensivos para las esposas o parejas habituales, son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente, son fáciles de usar, aceptarían su uso si su pareja se lo pidiera, pero, consideran que el uso del condón no hace las relaciones sexuales más placenteras; además, que aunque la mayor parte de los estudiantes tienen información sobre lo que es el SIDA, ésta no es suficiente, ya que poco más de un cuarto de la población desconoce la fase asintomática del padecimiento y cómo evitar las Enfermedades de Transmisión Sexual; cerca del 10% ignora que un enfermo asintomático puede ser transmisor del virus; finalmente, más de un tercio ignora que no existe cura una vez contaminada la persona. Además, es importante señalar que el conocimiento es necesario pero no suficiente para provocar cambios conductuales.

En algunos estudios se ha observado, por ejemplo, que tener una actitud negativa ante la homosexualidad se asocia con creencias incorrectas, actitudes discriminatorias, baja percepción de riesgo y falta de métodos de protección. Otro hallazgo interesante es que los sujetos con una actitud más negativa frente a los afectados por el SIDA, tienden a sobre-recordar información incorrecta. El VIH/SIDA participa de un estilo de razonamiento en el que las personas, por lo general, infravaloran subjetivamente el riesgo que conllevan sus conductas objetivas. De hecho se ha comprobado que no hay relación entre el riesgo real y

la percepción subjetiva (Del Río y Rico, 1996).

Por su parte, Pérez y Sánchez (1996) mencionan que en los seres humanos el ambiente sociocultural sirve de manera presionante como un facilitador o estructurador de los modos o hábitos cognoscitivos de sus miembros y, por lo tanto, de sus estilos de creencias actitudinales y valorativas. En lo referente a la sexualidad, muchas culturas continúan con una serie de informaciones o conocimientos que generan prejuicios, actitudes y valores determinantes de comportamiento sexual de riesgo; esto es lo que se denominaría las barreras culturales que dificultan la prevención del VIH/SIDA.

Dentro de las razones sociales y culturales que han impedido enfrentar la pandemia del VIH/SIDA de una manera racional podemos mencionar los siguientes factores:

- Los grupos sociales en los que predominó inicialmente la enfermedad, eran estigmatizados desde antes de la epidemia.
- El manejo que los medios dieron a la epidemia en un principio fue amarillista y contribuyó a satanizar a estos "grupos", creando entre el resto de la población una impresión falsa de que si no se pertenecía a ellos se estaba exento de riesgo.
- Los políticos y los líderes de opinión han negado y minimizado el problema.
- La sociedad sigue ejerciendo la sexualidad de manera oculta, culpable, en silencio y bajo esquemas de doble moral.

Por todo ello, las recomendaciones acerca del VIH/SIDA se han basado en emociones y no en argumentos científicos y han tenido un matiz moralista que poco ha contribuido al control de la epidemia (Del Río y Rico, 1996).

1.4.1 Conductas de riesgo de infección por VIH.

Basándose en las investigaciones que desde 1981 hasta la fecha se han realizado, se sabe que los únicos reservorios naturales del VIH son los tejidos de los individuos infectados; no se ha establecido su existencia en especies animales, aire, agua, suelo o alimentos. El VIH se ha identificado en casi todos los líquidos orgánicos de los individuos seropositivos, como partícula libre o en el interior de células infectadas; sin embargo su concentración varía para cada individuo infectado y para diferentes momentos de la infección (Velásquez y Gómez, 1992).

Los tejidos contaminados que presentan una mayor concentración de formas virales infectantes parecen ser, en su orden: la sangre, el semen, las secreciones vaginales y las secreciones inflamatorias.

Los autores también manifiestan que el virus se encuentra especialmente en el interior de los linfocitos infectados y de los macrófagos. Por su alto contenido de glóbulos blancos, la sangre se considera el tejido de mayor potencial contaminante.

Eiff y Gründel (1988) consideran que la infección del VIH se produjo en primer término mediante la recepción directa de espermatozoides o sangre infectados. Sin embargo, es asimismo concebible que la infección se produzca también a través de secreciones corporales infectadas (saliva, secreción vaginal, lágrimas, leche materna), y en ese caso sólo si se transmite una cantidad suficiente de virus.

Al igual que todos los virus, el VIH carece de medios propios de locomoción. Para que haya transmisión es indispensable que el virus viable procedente de un individuo infectado, atraviese las barreras naturales de uno sano y penetre en sus tejidos. El mecanismo de transmisión debe ser lo suficientemente efectivo como para poner en contacto al VIH con tejidos subcutáneos del nuevo hospedero. Esto ocurre cuando secreciones contaminadas con suficiente cantidad de formas virales infectantes entran en contacto con tejidos submucosos o subdérmicos a través de soluciones de continuidad de las barreras naturales (Velásquez y Gómez, 1992).

Sepúlveda y cols. (1989) manifiestan que, de acuerdo con lo que se sabe, cualquier individuo puede, si se expone a los riesgos, resultar infectado, hasta el momento se trata de una enfermedad que se ha limitado a ciertos grupos de la población que, por prácticas o situaciones particulares son los más expuestos. De acuerdo con ello, son considerados grupos con prácticas de riesgo: 1) Los homosexuales, 2) los bisexuales, 3) las personas que requieren frecuentemente

de transfusiones de sangre o sus derivados, como son los hemofílicos o los insuficientes renales, 4) los usuarios de drogas intravenosas, 5) los hijos de madres infectadas, 6) los compañeros sexuales (independientemente del sexo) de personas infectadas o con alto riesgo de estarlo.

Como puede notarse, son pocas las vías de contagio comprobadas y, además, están bien definidas. En todos los casos involucran fluidos corporales (como semen o secreciones vaginales), tejidos y órganos (Cahn, 1992).

Basándose en los grupos de riesgo Daniels (1988) afirma que el Virus de Inmunodeficiencia Humana se transmite:

1. Por contacto sexual -homosexual, bisexual y heterosexual.
2. Por transferencia parenteral en sangre o productos hematológicos.
3. Por compartir agujas y jeringas -quienes usan drogas intravenosas.
4. Por transferencia transplacentaria y perinatal de la madre al niño (transmisión vertical).

1) CONTACTO SEXUAL

Las relaciones sexuales entre homosexuales, bisexuales y heterosexuales transmiten el virus del SIDA en el semen. El VIH se encuentra en el semen de individuos infectados, la multiplicidad de compañeros sexuales sólo puede ser un factor de riesgo en cuanto a la mayor posibilidad de contacto con un individuo infectado y de la frecuencia a la exposición. Asimismo, el virus del VIH se encuentra en las secreciones cervicales y la sangre menstrual de mujeres infectadas y ello explicaría su medio de transmisión durante las relaciones sexuales vaginales. El virus pasaría a través de cualquier abrasión o alteración en el recubrimiento del pene.

La actividad que implica el riesgo más alto de infección por VIH es la relación sexual *anal receptiva*, ya que la pared del recto es relativamente delgada y la piel del pene frágil. Las lesiones leves permiten la salida de pequeñas cantidades de sangre, y en consecuencia el paso del virus de un compañero sexual a otro; se piensa que es más fácil que penetren microorganismos en la pared rectal que en la vaginal que es más gruesa. Por su parte Velásquez y Gómez (1992) exponen que el coito *anal activo* se considera de menor riesgo y la tasa semestral de seroconversión entre quienes practican únicamente este tipo de contacto, sin exposición a coito anal pasivo, se estima en el 0.9% de los expuestos. Se sugiere que puede haber una mayor frecuencia de rupturas accidentales del condón durante la penetración anal y su seguridad frente a esta práctica está aún en discusión.

El contacto *orogenital* no se ha podido documentar como causa

de infección por el VIH. Sin embargo, los estudios no son concluyentes aún y se considera que el sexo oral no protegido que expone a la pareja al semen y secreciones potencialmente contaminadas de su compañero, es una práctica insegura, especialmente para quien practica la fellatio activa; el riesgo de esta práctica puede ser mayor si hay eyaculación, dependiendo también de la concentración de partículas infectantes en las secreciones genitales de la pareja, de la presencia de lesiones en los genitales y en la cavidad oral.

Bonfil (febrero, 1999) expresa que muchos jóvenes y adolescentes encuentran en el sexo oral algunas ventajas sobre el coito. Para algunas mujeres, por ejemplo, es una forma de conservar su virginidad o de evitar embarazos no deseados sin renunciar al goce sexual; sin embargo, lo que para muchos y muchas jóvenes representa ventajas de la práctica oral sobre otras prácticas sexuales, podría anularse si no se siguen mínimas y sencillas precauciones para evitar la transmisión de gérmenes tan peligrosos como el VIH.

El autor refiere algunos moteos con los que popularmente se conocen las modalidades del sexo oral, que son el guagüis, beso negro, beso rosa, que en su orden son: felación (succión del pene); anilingus (beso anal); cunnilingus (beso vaginal). En la felación el mayor riesgo es la presencia de semen en la boca, pues bastaría una pequeña herida en la mucosa bucal, un fuego o una encía sangrante, para que el contacto del esperma con la sangre facilitara el paso del VIH: por ello la primera recomendación es el uso del condón, y en su defecto evitar recibir semen o eyacular en la boca de la pareja, aunque se debe tomar en cuenta que el líquido pre-eyaculatorio también contiene una fuerte concentración viral. No obstante, existen algunas recomendaciones básicas, para quienes se resisten a usar protección en el sexo oral, las cuales son: no cepillar los dientes minutos antes de entregarse al goce oral (por el riesgo de lastimar las encías y hacerlas sangrar), y por las mismas razones evitar el sexo oral después de visitar al dentista; no recibir esperma en la boca (por tratarse del fluido corporal con mayor concentración de VIH, después de la sangre), y en caso de recibirlo accidentalmente, escupirlo de inmediato y enjuagarse la boca sin cepillarse los dientes.

Las personas que ejercen la prostitución presentan también un riesgo diferente de infectarse. Su riesgo se asocia con el uso concomitante de drogas intravenosas, y con la presencia de úlceras genitales.

Cuando la pareja es positiva para otras enfermedades de transmisión sexual el riesgo del contacto también puede ser mayor, lo cual constituye un marcador de su actividad sexual insegura. La presencia de úlceras genitales aumenta la infectividad en los seropositivos y la susceptibilidad entre los no infectados.

2) TRANSFERENCIA PARENTERAL.

Para que se transmita el VIH, Daniels (1988) señala que, al parecer, es necesario que la sangre infectada se introduzca directamente en el torrente sanguíneo del receptor.

Se ha señalado (Velásquez y Gómez, 1992) que la transfusión de sangre o derivados sanguíneos provenientes de un infectado constituye para el receptor un medio supremamente eficiente de contagio. Se ha demostrado que los receptores de productos sanguíneos pueden adquirir el VIH al recibir sangre total, glóbulos rojos empacados, plaquetas, plasma o crioprecipitados, procedentes de donantes infectados.

Los autores también manifiestan que una sola transfusión contaminada puede ser suficiente para infectar al receptor; sin embargo, el riesgo de los individuos aumenta con el número de transfusiones requeridas, con el tipo de producto sanguíneo recibido, con la prevalencia de infectados entre la población de donantes y con las deficiencias de la red de hemoterapia. La necesidad de transfusión convierte en grupos de riesgo a los hemofílicos, los politraumatizados, las víctimas de la violencia, los candidatos a cirugía y algunas obstétricas.

Se ha demostrado la infección iatrogénica de receptores a través del trasplante de órganos y de inseminación artificial. Se recomienda entonces que los donantes vivos y los cadáveres cuyos órganos o tejidos son candidatizados a trasplante, sean sometidos a tamizaje serológico.

3) COMPARTIR AGUJAS Y JERINGAS.

A pesar de su labilidad a variaciones extremas del ambiente, el VIH puede persistir en agujas, jeringas, material quirúrgico, cuchillas, equipos de laboratorio y superficies que hayan sido contaminadas con líquidos o tejidos orgánicos infectados.

Se ha demostrado que la exposición parenteral a material contaminado con el VIH es un mecanismo efectivo de infección. La transmisión parenteral es un mecanismo especialmente importante entre usuarios de drogas ilegales intravenosas, asociándose con la frecuencia de los pinchazos y el hábito de compartir jeringas o agujas previamente utilizadas por otros farmacodependientes. En este grupo poblacional, el riesgo de infección por la exposición parenteral a jeringas contaminadas se estima entre el 0.15% y el 1.0% de los pinchazos. Los usuarios de drogas venosas constituyen también un grupo importante en la diseminación de la infección a la población heterosexual, pues pueden presentar dificultades para mantener una relación sexual estable, y

establecer contactos indiscriminadamente, o recurrir a la prostitución para conseguir la droga. Por otra parte, el componente compulsivo de sus conductas de riesgo los hace más refractarios al cambio, que otras personas con alto riesgo.

La infección a través de inyecciones subcutáneas o intramusculares presenta un menor riesgo (menos del 0.5%), que pudiera corresponder a la menor cantidad de virus inoculados o a la mediación de esta vía frente al torrente sanguíneo.

Otro medio de infección por esta vía según Bonfil (enero, 1999) [a], es el tatuaje, el cual puede presentar serios riesgos para la salud cuando se practica en condiciones desfavorables de higiene, es decir, si la minuciosa esterilización de las agujas utilizadas, de la autoclave, y sin guantes de látex. Pero contrariamente al temor popular, la mayor amenaza en la práctica del tatuaje no es el virus del SIDA sino el de la hepatitis B, mucho más resistente al medio ambiente y a los procesos esterilizadores. Hasta ahora no se ha registrado un solo caso de SIDA a partir de la práctica del tatuaje. Los especialistas coinciden en señalar que tatuarse es una práctica 100% segura si se siguen las medidas profilácticas recomendadas. En el caso del tatuaje quien más se expone al riesgo de infección, por el contacto con la sangre de un cliente infectado, es el tatuador mismo. Pero aún para el artista el riesgo es ínfimo. Los cálculos indican que un experto tendría que tatuar a 50 mil clientes y pincharse en cada ocasión para contraer el virus del SIDA en esa forma.

4) TRANSFERENCIA TRANSPLACENTARIA Y PERINATAL.

La transmisión de la madre a su hijo durante la gestación se ha documentado como un mecanismo eficiente de contagio.

El VIH ha podido identificarse en las diferentes secreciones de la embarazada seropositiva, en el líquido amniótico y en tejidos embrionarios y fetales desde períodos tempranos del embarazo. El riesgo de infección en el producto de la gestación varía entre el 20% y el 70% para diferentes series. Esta probabilidad es mayor cuando la gestante presenta un bajo recuento de linfocitos CD4, cuando es sintomática o cuando ha tenido previamente otro niño infectado.

En información localizada en la página de Internet <http://www.caps.ucsf.edu/madrehijo.html>, exponen que la aplicación de tratamiento a la gestante embarazada con antirretrovirales es una vacuna eficaz contra el VIH de los niños que nacen de mujeres infectadas. Desde que se administran antirretrovirales a las embarazadas como si no lo estuvieran, y se da al niño también tratamiento anti-VIH, está reduciéndose casi a cero el número de niños que adquieren la enfermedad desde su madre. En algunas

zonas de E.U. se ha convertido en una rareza ver un caso de VIH neonatal. El VIH entre niños nacidos de seropositivas se ha reducido en aproximadamente un 80% desde que se trata a las madres durante el final del embarazo.

El problema es que no todas las embarazadas con VIH saben que tienen VIH. Por eso, se recomienda que toda gestante se haga la prueba del VIH, igual que se hacen las de la toxoplasmosis, u otras enfermedades peligrosas para el niño.

El niño que nace sano de una mujer con VIH no está protegido contra el VIH si se expone al mismo posteriormente. No obstante, todo esto sólo se presenta en países desarrollados.

1.4.2 Vida sexual y VIH.

Lizarraga (1990) propone concebir al SIDA como un fenómeno patológico que, al desbordar los límites de la clínica se significa como accidente sufrido por la sexualidad humana a finales del siglo XX, y que, por ende, pesa como acontecimiento que atraviesa y cimbra a la vida cotidiana, a la sociedad en su conjunto y al sustrato psicoafectivo de nuestro devenir como individuos.

Asimismo, el autor señala, que el SIDA no debe abordarse únicamente desde la virología y la terapéutica farmacológica, ya que no sólo atañe a la epidemiología como disciplina biomédica; en su calidad de fenómeno que genera cuadros de opinión y actitudes estigmatizantes, por su calidad de enfermedad transmisible sexualmente, también se significa como agente patógeno de la convivencia social y de la experiencia sexo-erótica.

Para Piña, Jiménez y Mondragón, citados en Torres (1996), la manifestación de las capacidades sexuales de los individuos forman parte del desarrollo humano y de la sociedad en la que se desenvuelven, así, se entiende que una forma particular de práctica sexual responde a una sociedad en un momento histórico particular, con los valores, normas y costumbres que le son característicos pero también hay tantas formas particulares de entender y practicar la sexualidad como individuos hay en la tierra; por ello, aunque se esperaría que la manifestación de estas capacidades y necesidades sexuales se adecuara a los cambios que se generan en el entorno social, no siempre es así; la mejor prueba de ello es la aparición del SIDA, que ha tomado al contacto con fluidos corporales relacionados con la sexualidad como sus mejores vehículos.

Marchetti y cols. (1996) mencionan que las estadísticas nos muestran que el inicio de la vida sexual activa ocurre alrededor de los 16 años, a pesar de que los valores sociales estén encaminados a la promoción de la abstinencia sexual prematrimonial. Esto se confirma con el creciente índice de embarazos adolescentes y la presencia de SIDA en personas jóvenes. Si se toma en cuenta el largo periodo de incubación que tiene la enfermedad (entre 7 y 10 años), el hecho de que haya jóvenes de 24 años de edad con SIDA, también indica que la infección tuvo lugar en plena adolescencia.

En México, la principal vía de contagio del VIH es la sexual. Hasta el 1 de abril de 1996, el 84.5% de los casos de SIDA acumulados había adquirido la infección por contacto sexual, por lo que se considera al SIDA como una enfermedad de transmisión sexual. Sin embargo, para realizar investigación (Del Río y Rico, 1996) en el área de la sexualidad humana, se encuentran la falta de recursos financieros, humanos y de interés de los investigadores en el tema. Para Torres (1996) la educación parece delicada, debido a que sería necesario

modificar hábitos y costumbres profundamente arraigados y, además, porque la sexualidad en sí misma implica misterio y tabú. Por lo que es muy difícil, según Marchetti y cols. (1996) pretender que un adulto, que lleva años ejerciendo una vida sexual activa insegura, cambie sus prácticas, mientras que quienes apenas están por iniciarla tienen muchas mayores posibilidades de hacerlo de manera más segura desde el principio.

Para Pérez y Sánchez (1996) la gente está claramente informada que existen una serie de comportamientos que resultan de riesgos para la salud, como es el fumar, manejar ebrio, el consumo de alimentos irritantes, etc. Sin embargo, lo continúan ejecutando, en algunas ocasiones por lo placentero que parecen resultar estos comportamientos, en otros por desconocimiento de alternativas comportamentales igualmente placenteras o simplemente por la fuerza del hábito de las personas, donde la presencia de hábitos cognoscitivos, erróneos mantienen la ejecución de conductas riesgosas e inadecuadas. En similares circunstancias se encuentran las personas, tanto las que desconocen como las que saben cuáles son los riesgos de la ejecución de determinados comportamientos sexuales, llámese el tener actividades coitales de riesgo, la práctica del sexo no seguro y otros.

Cabe suponer que la actividad coital, de la manera riesgosa como se practica, tiene fuertes componentes para que sea difícil de variar; la gran fuerza del hábito que se observa principalmente en los varones (donde se obtienen los más altos índices de VIH), que no asumen comportamientos sexuales responsables, probablemente está generando, más que por su naturaleza sexual, por las diversas ideas, creencias y valores sociales que tienen, así como por la consecuencia reforzante placentera que de ella se deriva. Sin embargo, cabe anotar igualmente que la actividad coital, con lo altamente placentera que es, se asocia condicionalmente y de manera importante con determinados estímulos-situaciones, sugiriendo igualmente ser un fuerte motivador para todos aquellos comportamientos que con ella estuvieran encadenados (en terminología conductual), como es la ingesta de alcohol que a veces se realizan en lugares que podrían frecuentar personas en alto riesgo.

Los autores también mencionan que el ciclo de la respuesta sexual humana donde se producen cambios psicofisiológicos claros dan una connotación de <<Necesidad>>, aspecto este que tiene que ver con la manera como se presentan las Ideas Irracionales. Cuando un estímulo sexual determinado se presenta, la persona puede empezar a <<Interpretar>> la actividad coital como una <<Idea Debetoria>>, es decir, como algo indefectible a ejecutar y que no puede parar o controlar; es ahí donde el pensar racional, la información que se tiene del SIDA o que no se tiene, es decir, el saber lo riesgoso de su comportamiento, por ejemplo diciéndose a sí mismo <<parece una chica sana, no creo que tenga SIDA>> o <<no penetraré>> y posteriormente lo hace porque se olvida o no puede controlarse, o <<no creo

que me contagie>> o <<si me contagio que me importa, de algo tendré que morir>>, etc. o simplemente en el peor de los casos, ni siquiera piensa en el SIDA. Por todo lo anterior, se explica que las personas no han desarrollado Habilidades de Autocontrol efectivo, no han aprendido a mediatizar o postergar su actividad coital; aquí hay que insistir en que no solamente es el grupo social o el ambiente externo el responsable de la modificación conductual sexual sino que también es el individuo mismo quien tiene que aprender a asumir su rol, es decir, controlarse postergando una actividad coital hasta poder conseguir un condón o simplemente abstenerse según el criterio personal.

Bonfil (septiembre, 1999) subraya el vínculo que existe entre el consumo de drogas y alcohol con las conductas sexuales de riesgo que predisponen a la infección por el VIH. En el caso de las llamadas drogas duras -heroína y cocaína-, administradas por vía intravenosa, la posibilidad de transmisión aumenta en la medida en que los usuarios intercambian las agujas; y con las drogas "de diseño", anfetaminas, poppers, enervantes, el riesgo consiste básicamente en inducir a los usuarios a estados de excitación sensorial o de total relajamiento, que pueden propiciar descuidos u olvidos en la práctica de un sexo más seguro, es decir, en la regularidad y buen uso del condón que previene contra las enfermedades sexualmente transmisibles.

Weatherburn (citado en Bonfil, septiembre, 1999) distingue cinco argumentos clave en la relación alcohol-actividad sexual: la capacidad de relajamiento social (si soy tímido el alcohol me libera de mis inhibiciones y me permite ser más sociable); de relajamiento sexual "el alcohol no sólo me libera de mis inhibiciones, también libera a mi pareja"; de rendimiento sexual (me vuelve inmediatamente excitable, prolonga mi orgasmo); de deseo sexual (una ligera ebriedad incrementa mi deseo y mi entusiasmo, me hace sentir más sensual); y de sociabilidad (los bares propician los encuentros, y el alcohol me ayuda para abordar a la gente, me da valor para proponer un encuentro más íntimo).

Para Torres (1996) la única manera de evitar que el VIH/SIDA siga expandiéndose es evitar que las personas incurran en conductas de riesgo, entonces deben entenderse las determinantes de las conductas de riesgo y de las conductas de prevención (permisividad sexual extramarital, mejores actitudes hacia la homosexualidad, definición en la orientación sexual, monogamia, etc.), así como el percibir objetivamente al SIDA como un problema de tipo sexual, ya que proporciona certeza acerca de la transmisión sexual del virus, incrementa el uso del condón y el interés por el SIDA; los individuos tienen mayores probabilidades de cambio en sus prácticas de riesgo si perciben el costo de la posibilidad de adquirir SIDA como mayor a los beneficios que otorga la conducta riesgosa, sin embargo, la certeza acerca de la transmisión sexual del VIH no implica que los sujetos usarán el condón, sino más bien lo usarán por

algunos aspectos emocionales relacionados.

Un estudio realizado en México, mencionado por Del Río y Rico (1996) destaca que el hombre que tiene una "pareja estable femenina" frecuentemente se percibe a sí mismo como monógamo, aunque tenga relaciones sexuales con otras parejas. En los hombres con más de una pareja sexual, sólo el 0.4% reportó utilizar el condón durante el último contacto sexual, en comparación con el 7.7% de los que tenían una pareja estable.

Rico y Liguori (1998) informan que hay estudios que muestran que en las relaciones heterosexuales las mujeres tienen el doble riesgo de ser infectadas por un hombre que a la inversa. En primer lugar, el VIH necesita células vivas para transmitirse; los fluidos corporales más ricos en células son los más infectantes, por lo tanto el semen, que es mucho más rico en células que los fluidos vaginales, es más infectante. Una segunda razón es la calidad epitelial de la mucosa vaginal, que es más vulnerable a infecciones que el pene. Una tercera explicación es que el semen se mantiene vivo en el tracto vaginal o rectal por más tiempo que los fluidos vaginales en el pene; por lo que el tiempo de exposición de las mujeres al virus es mayor. Las mujeres tienen, en algunas circunstancias, hasta doce veces más posibilidades de infectarse que los hombres.

Las autoras también mencionan que en las mujeres, las consecuencias de las Enfermedades de Transmisión Sexual son particularmente importantes, ya que ocasionan afecciones serias: enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, cáncer cervicouterino y embarazos ectópicos. En el contexto del SIDA estas enfermedades adquieren más importancia al ser cofactores relevantes en la transmisión del VIH, sobre todo las que producen úlceras genitales.

Por su parte, Bonfil (marzo, 1999) expresa que existen diversos factores de vulnerabilidad femenina en la infección por VIH, que son:

- Las Enfermedades de Transmisión Sexual (gonorrea, sífilis, papilomas, clamidia, chancro, herpes) son más "silenciosas" en la mujer y pasan más fácilmente desapercibidas por manifestarse a menudo en los órganos sexuales internos.
- Estas enfermedades aumentan el riesgo de contraer el VIH debido a las lesiones que llegan a provocar en la vagina y la vulva.
- Los períodos de menstruación incrementan los riesgos de exposición a una infección sexual.

- Los dispositivos uterinos y espermicidas como el Nonoxinol-9 pueden irritar y lacerar la vagina.
- Los contactos sexuales violentos o no deseados; en ellos la lubricación suele ser insuficiente y ésto provoca microlesiones o importantes desgarres vaginales.

Ante la aparición del SIDA, las mujeres en general no tienen una clara conciencia de estar en riesgo. Muchas veces, aunque tengan el temor de contraer el SIDA o quieran adoptar conductas menos riesgosas, las mujeres no tienen el poder para hacerlo. Esto puede deberse a la dependencia económica del hombre, al temor de perderlo o al temor a la violencia física. La sugerencia del uso del condón masculino implica la desconfianza en la lealtad de la pareja, con o sin razón para dudar. Algunas mujeres que no adoptan las actitudes del rol femenino tradicional, que son independientes económicamente, que viven solas y están bien informadas con respecto al SIDA, tampoco les proponen a sus compañeros sexuales el uso del condón. Esto puede deberse a mecanismos de negación, pero también a una idea introyectada de feminidad. Hay mujeres que han encontrado especialmente difícil cambiar lo referente a los códigos de comportamiento sexual. Les resulta muy complicado llevar la iniciativa sexual en una relación. A muchas les da vergüenza ir a comprar condones y proponer su uso, sobre todo en una relación nueva. Imaginan que si en el primer encuentro le dicen al hombre que traen condones, él puede pensar que tenían planeada la relación sexual y eso puede devaluarlas, o pueden hacer sentir al hombre que ponen en entredicho su masculinidad al no ser él quien tome la iniciativa. En nuestra sociedad las mujeres están muy poco acostumbradas a pedirle explícitamente al hombre lo que quieren en cuanto a lo sexual. Esto se aplica también al uso del condón (Rico y Liguori, 1998).

Aldana, en el artículo "Mujer, sexualidad y SIDA" (citado en BIBLIOGRAFIA COMENTADA, 1998) manifiesta que el único medio de las mujeres que tienen a su alcance para prevenir la transmisión del VIH es convencer a sus parejas sexuales de que utilicen el condón, lo cual las deja en permanente riesgo, pues su seguridad depende de la voluntad del otro.

Asimismo hombres y mujeres pueden percatarse de que existen un sinnúmero de actividades que llevan al goce sexual sin necesidad de llegar al coito, evitando de esta forma el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH.

Estas autoras también manifiestan que el uso del condón se empieza a percibir como un acto no sólo de prevención del VIH, sino también de erotización, ya que ésto puede facilitar su incorporación en las prácticas sexuales de la población. Además, su uso debe empezar a considerarse no sólo

una responsabilidad del hombre, ya que la mujer puede participar en el acto ayudándole a ponérselo, logrando con ésto una fuente de satisfacción mutua.

No obstante lo anterior, el hombre es finalmente quien decide si se tendrá, o no, sexo protegido, debido a que el condón comúnmente conocido y al que se puede tener acceso con mayor facilidad es el masculino. Es muy importante que en las campañas y talleres se haga énfasis en las estrategias de negociación del uso del condón de la mujer con su pareja, ya que la comunicación es un punto fundamental para lograr dicho objetivo.

En México, el condón femenino puede ser una de las pocas herramientas que facilita la capacidad de las mujeres para protegerse de embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Diversos estudios han encontrado que la posibilidad de utilizar el condón femenino puede dar poder a las mujeres en sus negociaciones con los hombres sobre la forma y el contexto de sus relaciones sexuales. Lo anterior expresado por la Secretaría de Salud en el artículo "Mujeres, condones y poder de negociación" (marzo, 1999).

Pérez y Sánchez (1996) sugieren promover el aprendizaje de técnicas de estimulación sexual que permitan mejorar la calidad del placer en una actividad coital usando condón, debido a que las personas son más propensas a adoptar un comportamiento nuevo si se les ofrecen alternativas. En este sentido, las campañas no sólo deberían de enfatizar en las expresiones sexuales sin penetración, o en la masturbación, pues nuestras sociedades latinas han magnificado como expresión fundamental el coito, lo cual ha llevado a considerarlo como un comportamiento de mucho valor. Prácticamente una gran cantidad de personas latinas no se sentirían satisfechas de haber estado sexualmente con una pareja si no han llevado a cabo un coito. Asimismo, hay hombres que, culturalmente o no, han tenido que genitalizar su actividad sexual y la han dirigido a las sensaciones que pueden experimentar directamente en su glande o en su pene en forma general.

En nuestro país la bisexualidad masculina ha funcionado como puente para el paso de la infección de la población homosexual a la heterosexual. Los hombres mantienen relaciones sexuales en forma habitual con mujeres y también lo hacen en el rol activo con otros hombres. Esta práctica sexual permite que no se conciban a sí mismos como homosexuales, ni sean estigmatizados socialmente como tales. Se trata de una conducta bisexual aceptada en el mundo masculino, la cual está determinada por diversas circunstancias culturales y económicas (Rico y Liguori, 1998).

La solicitud del uso del condón como medida preventiva en la pareja según Aidaz y Pick (1996); adquiere significados sociales distintos de acuerdo al género. Cuando las adolescentes intentan negociar el uso del condón con su

pareja esta solicitud representa un cuestionamiento al poder y goce masculino en las relaciones sexuales. Asimismo, cuando una adolescente toma la decisión de usar condón significa que piensa por anticipado en la relación sexual y admite el erotismo y placer de la misma, lo que la convierte bajo la mirada masculina en una mujer no recomendable y experimentada, con quien no es posible entablar una relación duradera. La percepción social del uso del condón para prevenir el contagio de VIH en hombres y mujeres adolescentes es que en la pareja esta medida es principalmente responsabilidad del varón.

En el artículo "Lo que todos debemos saber", (1998) se menciona que en el año de 1993, durante la IX Conferencia Mundial sobre SIDA, la OMS presentó 19 estudios que consideraban los efectos de la educación sexual sobre la edad reportada de la primera relación sexual y sobre los niveles reportados de actividad sexual. Encontrándose lo siguiente:

- No hubo evidencia de que la educación sexual llevara a adelantar o incrementar la actividad sexual en los y las jóvenes que fueron expuestos y expuestas a ella.
- De hecho, seis estudios mostraron que la educación sexual llevaba un retraso en el inicio de la actividad sexual o, bien, a un decremento de la actividad sexual.
- Diez de estos estudios mostraron que los programas educativos aumentaron las prácticas de sexo seguro entre los (a) jóvenes que ya eran sexualmente activos (a).

En un estudio realizado por Alfaro y Díaz (1996), con una muestra de 600 estudiantes de preparatoria, se encontró que la población de mujeres que no han tenido relaciones sexuales la norma subjetiva y las actitudes emocionales predicen en la misma proporción la intención conductual. De esta manera la intención de tener parejas sexuales ocasionales estará determinada por la presión social que perciban y por tener una actitud positiva en cuanto a si lo consideran agradable y placentero. En la población de mujeres sexualmente activas sólo las actitudes emocionales predicen la intención de tener parejas ocasionales; es decir, si consideran placentero tener parejas ocasionales tendrán mayores intenciones de tenerlas. Tanto en los hombres que no han tenido relaciones sexuales como los que ya han tenido su debut sexual, el predictor más importante de la intención de tener parejas ocasionales es el tener actitudes emocionales positivas, es decir que lo consideren agradable y placentero. En el grupo de hombres que ya han tenido relaciones sexuales, las actitudes emocionales tienen menor poder predictivo ante la intención conductual posiblemente porque se consideran con mayor riesgo ante el contagio de VIH y consideran que el tener múltiples parejas sexuales y parejas

ocasionales son conductas de riesgo ante el contagio; sin embargo en el grupo de mujeres que han tenido relaciones sexuales, las actitudes emocionales vuelven a tomar importancia, tal vez porque no están considerando el riesgo de estas conductas ante la posibilidad de contagio de VIH, lo que significa que no se sienten presionadas socialmente para tener o no parejas sexuales ocasionales, ya que lo importante para este grupo son las actitudes emocionales. Por su parte, los grupos masculinos perciben más presión social para tener parejas sexuales ocasionales, lo cual los pone en un alto riesgo ante el contagio de VIH sobre todo al considerar que entre los adolescentes es muy irregular el uso del condón.

Flores y Díaz (1994) realizaron un estudio con una muestra de 1,509 estudiantes de nivel medio superior, en donde encontraron que el locus de control, asertividad y comunicación sexual permiten entender e intervenir en el comportamiento sexual de los adolescentes. Las diferencias encontradas por género indican que por el locus de control, las mujeres tienen mayor control en su vida sexual y son más asertivas con su pareja que los hombres. Asimismo, tienen mayor comunicación sexual con su pareja; la comunicación con los padres se da de una manera tradicional, es decir, existe mayor comunicación entre hijo y padre del mismo sexo.

Del Río y Rico (1996), consideran que es imprescindible reforzar la autoestima y las aptitudes de negociación de los jóvenes y de las mujeres y hacer ver, a muchachos y muchachas por igual, que deben compartir la responsabilidad de las relaciones sexuales y sus consecuencias.

Los autores describen los principales obstáculos culturales a que se enfrenta la prevención del VIH:

1. Nuestra sociedad acepta una sola forma de pareja: la monogámica. Esta se vincula a la fidelidad. Pero ocurre que paralelamente a esta forma de vínculo, existen otras que pretenden negarse. Esta diada -monogamia/fidelidad-, en la medida que contribuye a negar la existencia de otras formas de vínculo y de ejercicio de la sexualidad, deja desprotegida a una parte importante de la población.

2. El SIDA es una enfermedad incurable, mortal y estigmatizada, el temor a una enfermedad así, moviliza conductas defensivas y de negación que tienen un rasgo común: imaginarse fuera de la población en riesgo. Al respecto, es importante señalar que la persistencia de mitos sobre las formas de transmisión del virus es muy posible que esté más asociada a querer creer que existen otras formas de transmisión, que a la mera ignorancia.

Existen a distancia apreciable -tanto en lo afectivo como en lo cronológico- entre el momento del contagio y el momento en que la aparición de

síntomas le da concreción a la enfermedad. En una buena parte de los casos, el contagio se produce durante una situación placentera. Por ello, resulta difícil vincular las situaciones placenteras con el cariz trágico que cobra la infección al alcanzar su periodo sintomático. La lenta evolución de la infección, es decir, el tiempo que media entre el contagio y la aparición de síntomas -casi siempre de años-, tiende a borrar el vínculo entre los dos momentos.

Con respecto a la política sexual en México la antropóloga Marta Lamas (enero, 1999), menciona que con la reforma al artículo 130 de la Constitución, realizada en 1992, la Iglesia Católica tiene hoy día libre acceso a los medios de comunicación para difundir sus posturas respecto a un amplio espectro de cuestiones sociales; lo anterior ha incitado a que se realicen fuertes campañas locales y nacionales sobre los temas de la familia y la abstinencia sexual, o en contra del uso del condón.

Ahora con sus relaciones con importantes empresarios y dueños de cadenas televisivas, periódicos y radiodifusoras, en tiempos y espacios preferenciales en los medios masivos de comunicación y mediante asociaciones religiosas de la burguesía (Opus Dei, Legionarios de Cristo y Caballeros de Colón) o con sus aliados instrumentados como la Unión Nacional de Padres de Familia o el Comité Nacional Pro-Vida, la jerarquía católica utiliza su gran influencia y poderío económico para impulsar su política sexual.

La autora expresa que si la ofensiva de la Iglesia a partir de la reforma de 1991 ha sido espectacular, no ha sido menos notable el repliegue gubernamental. El ejemplo más evidente es la Secretaría de Educación Pública, que sin demasiada convicción intenta dar una parca educación sexual en las escuelas públicas. Un libro para adolescentes y la capacitación de maestros de secundaria en educación sexual generaron un revuelo en 1994. Lo que más irritaba a la derecha era el reconocimiento de que los valores dependen de lo que la sociedad acepta. También le irritaba que se hablara, de manera clara y directa, de las posibles consecuencias de una relación sexual (embarazo, parto o aborto), pues hablar de ello era "promover el aborto".

Por su parte Lizarraga (1990) manifiesta que el SIDA es una enfermedad sin cura ni vacunas que, nos guste o no, nos obliga a enterarnos de nuestra sexualidad si queremos sobrevivir a la epidemia. Nos obliga a conocer lo que hacemos en la cama y por qué lo hacemos, y nos debe llevar a una libertad de opción sexual, libre de roles y etiquetas enajenantes, que nos vuelva responsables del ejercicio de nuestra sexualidad ante nosotros mismos y ante los demás. Y es evidente que no pueden tomarse precauciones ni responsabilidades en la ignorancia. No puede evitarse lo que se desconoce. No podemos darnos el lujo de intentar soluciones reduccionistas ante un problema tan amplio y complejo. Es urgente iniciar una educación sexual que vaya mucho más allá de la tradicional revisión de los mecanismos de la reproducción. Es

imperioso que esta educación contemple el vasto panorama del comportamiento sexual y se inicie antes de las primeras experiencias sexuales, es decir, antes de la pubertad. Si preferimos cerrar los ojos ante la crisis de salud y, repetimos aquello de que "en México nunca pasa nada y cuando pasa, que bueno que ya pasó", nos enfrentaremos a la verdad ineludible de que el SIDA no pasará; el SIDA permanecerá y, peor todavía, porque aún desconocemos las dimensiones que pueda tomar, ya que confiados en nuestra caduca escala de valores nos encaminamos por la amplia puerta de la ignorancia, la inconsciencia y el moralismo, y que, de seguir las cosas como van, tendrá un costo social enorme, más allá de lo que podamos imaginar.

Por su parte Kimmel (abril, 1999) expresa que el SIDA es la enfermedad más relacionada con el género que se ha experimentado, por lo cual se debe empezar a hablar acerca de la educación entre la masculinidad y la tentación de correr riesgos. Asimismo, se debe abordar el sexo seguro desde el punto de vista de la masculinidad. Para los hombres la expresión sexo seguro es incompatible con el placer. Lo sexual para ellos es apasionado, explosivo, impulsivo, espontáneo, mientras que lo seguro es suave, tibio, acariciable; así, cuando decimos "sexo seguro" lo que ellos escuchan es, "dejen de tener relaciones sexuales como hombres", por eso es tan difícil hacer que los varones heterosexuales practiquen el sexo seguro.

Es preciso eliminar la idea de que la sexualidad sólo está en los órganos genitales y que éstos sólo funcionan para el orgasmo o eyaculación. Pensar que la sexualidad se reduce a la genitalidad, empobrece la sexualidad. Impacto Psicosocial del SIDA (1994).

Entre los gays la respuesta al SIDA ha sido "cómo erotizar al sexo seguro". Por eso la tasa de infecciones nuevas entre la comunidad gay ha disminuido, porque el sexo aún confirma la masculinidad, pero en un contexto de seguridad. Si no fuera por la homofobia estaríamos pidiendo a los homosexuales que nos enseñaran a erotizar el sexo seguro. Las mujeres saben que la seguridad y el placer sexual no son opuestos, sino necesarios entre sí, pues ellas han sido responsables del control natal durante mucho tiempo (Grmek, 1992).

Por todo lo mencionado anteriormente, es importante dar a conocer a la población los lineamientos del sexo seguro.

Para Miller (1989) el sexo seguro es hoy en día la única forma en que se detendrá la epidemia del VIH. Asimismo, es importante recordar siempre que el sexo seguro no significa que se tendrá menos sexo -simplemente relaciones sexuales más seguras-.

Para este autor, las técnicas para el sexo más seguro que evitan cualquier riesgo de exposición a VIH (y otras enfermedades de transmisión sexual) incluyen cualquier actividad sexual que no implique líquidos corporales, como sangre, semen u orina, que entren en contacto con piel o mucosas alteradas. Las siguientes actividades son seguras en estas circunstancias:

- Masturbación (mutua) hasta el orgasmo y la eyaculación.
- Besos –si no hay cortadas, úlceras o infecciones en la boca y en la lengua-.
- Masaje y "frotación corporal" (el sudor no implica problemas de infección).
- Uso de vibradores, consoladores y "juguetes" –pero no deben compartirse-.
- Cualquier otra variación y actividades que no rompan la piel o permitan el paso de líquidos hacia áreas vulnerables (superficies mucosas y cutáneas rotas).

En los Talleres de Prevención y Apoyo(1994), impartidos por CONASIDA, hacen énfasis en que el sexo también es imaginación; que hay que dar placer y recibirlo del enamorado; que debemos aprender a ejercer la sexualidad de otra manera; que el sexo seguro favorece la comunicación y la ternura con la pareja; que el placer está en todos los sentidos; que si tu pareja no quiere usar condón, simplemente di que no; que cada quien es responsable de lo que hace y con quien se relaciona y que los genitales no son las únicas partes sexuales del cuerpo, también lo son la piel, los senos, las orejas, el ombligo, etc.

CAPITULO 2.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

2.1 Revisión de los diferentes enfoques del Afrontamiento.

Para Varela (citado en Cruz, 1995) se ha argumentado que dependiendo de la postura y definición teórica que se adopta respecto a un fenómeno, los problemas y virtudes que se desprendan de ella son inherentes a tal posición. A lo largo del tiempo se le ha dado al término de afrontamiento una variedad de significados conceptuales, siendo usado comúnmente como defensa y adaptación. Además, se debe aclarar que su surgimiento está estrechamente ligado al estudio de las enfermedades crónicas y agudas, lo cual no descarta que un individuo sano afronte diversos tipos de situaciones extraordinarias en su vida cotidiana.

Lazarus y Folkman (1986) así como Moos y Billings (1982) consideran que las contribuciones más importantes al estudio del estrés y el afrontamiento radican en: a) la teoría psicoanalítica y la psicología del yo; b) los estilos y controles cognoscitivos, cuyas raíces están, en parte también, en la psicología del yo; c) la concepción evolucionista darwiniana y la modificación de conducta; d) las aproximaciones cultural y socioecológica.

Por lo anterior, es necesario, para llevar a cabo la presente investigación, realizar un análisis de los diversos enfoques teóricos tomados por los autores que han trabajado sobre el tema, puesto que la investigación sobre estrés y afrontamiento ha venido creciendo de modo notable surgiendo así las diversas corrientes, de las cuales sólo revisaremos las más importantes.

Entre estas corrientes se encuentran el enfoque Psicoanalítico, el enfoque Conductual, el enfoque Cognoscitivo-Conductual y el enfoque Social.

2.1.1 Enfoque Psicoanalítico.

El enfoque Psicoanalítico tiene sus inicios con la teoría formulada por Sigmund Freud, quien formuló un nuevo modelo de estructura de la personalidad basado en consideraciones económicas, topográficas y dinámica (Wolman, 1968). Versa sobre la distribución, equilibrio e interdependencia mutua de las dos fuerzas instintivas, Eros y Tanatos, y de las energías a su disposición, la libido y la energía destructiva; esto es, sobre la economía de la mente; versa sobre las tres provincias mentales, el inconsciente, preconsciente y el consciente, o topografía de la mente y sobre las tres instancias de la personalidad, el ello, el yo y el superyo, o dinámica de la mente.

El nuevo modelo introdujo una división de la personalidad en tres partes, el ello, el yo y el superyo. El recién nacido sólo posee *ello*; el yo y el superyo se desarrollan durante la vida.

El ello.

Todo lo que es heredado o fijado y especialmente los instintos que tienen su origen en la organización somática, halla su primera expresión mental en el ello. El ello es el eslabón tendido entre los procesos somáticos y los mentales. Asimismo, expresa la verdadera intención de la vida del organismo individual, a saber, la inmediata satisfacción de sus necesidades innatas.

Toda la energía mental se halla almacenada en el ello, esta energía se pone a disposición de dos fuerzas primarias, el Eros y la destructividad. La única labor de todos los instintos, es la satisfacción o descarga inmediata de energía para suprimir la tensión y reportar la calma. Eso es lo que Freud denominaba el principio del placer.

El ello es por entero inconsciente y debido a la influencia del medio exterior, parte del material inconsciente del ello se transforma en material preconsciente y surge el yo.

Los procesos mentales del ello, los llamados procesos primarios, pueden o no pueden ayudar a la supervivencia del individuo. La energía del ello es libre, fluida, capaz de descargarse rápidamente, condensada y desplazada con facilidad.

El ello no cambia. <<Los impulsos conativos que nunca han salido del ello, e incluso las impresiones que han sido arrojadas al ello por represión, son virtualmente inmortales y se conservan durante décadas enteras aunque hayan ocurrido recientemente>>.

El yo.

Como ya se mencionó el recién nacido no posee yo. La percepción, motilidad voluntaria y control de tensiones se convertirán eventualmente en las funciones del yo emergente. La influencia del ambiente produce modificaciones en la parte externa del ello. El material inconsciente del ello se convierte en el yo preconscious, en el que los procesos mentales primarios dan lugar a la emergencia de los procesos secundarios. Este yo infantil, <<arcaico>>, solo conoce y, se ama a si mismo. Es narcisista. En esta etapa de narcisismo primario, el yo infantil sólo tiene una oscura consciencia del mundo exterior.

A medida que el niño crece, su yo se va haciendo cada vez más capaz de proteger al organismo de las amenazas de dentro y de fuera. El yo es el principal agente mental que controla la conducta. Cuanto mejor desarrollado y más fuerte sea el yo, tanto mejor equilibrado y más adaptado será el individuo. La principal tarea del yo es la autoconservación del organismo.

Por lo que concierne a los acontecimientos internos y relacionados con el ello, el yo desempeña su tarea controlando las demandas de los instintos, decidiendo la autorización para obtener satisfacción, posponiendo tal satisfacción para tiempos y circunstancias favorables en el mundo exterior o suprimiendo sus excitaciones por completo. Sus actividades se rigen por la consideración de las tensiones producidas por los estímulos presentes en su interior o introducidas en él. Por regla general, el crecimiento de estas tensiones se experimenta como *desagrado* y su disminución como *placer*. El yo persigue el placer y procura evitar el desagrado. Un incremento del desagrado esperado se percibe como una *señal de angustia*.

El yo se rige por el principio de la realidad. Pero, a diferencia del ello, el yo es capaz de calcular las *consecuencias* de su conducta. El ello es ciego y busca la gratificación inmediata de las demandas instintivas, mientras el yo es capaz de razonamiento lógico, de considerar las relaciones causales y de aprender por la experiencia, realiza la función del contacto con la realidad.

El yo en crecimiento se convierte en una entidad organizada con unas funciones diferenciadas, siendo una de ellas la protección contra los estímulos excesivos en número o en potencia, se esfuerza por controlar la llegada de estímulos y cuando esto resulta imposible, regresa al ello durmiendo. La regresión es consecuencia del fracaso en dominar la realidad; es una señal de que el yo es demasiado débil e incapaz de proteger el organismo contra una estimulación dolorosa.

El yo maduro es capaz de <<comprobar la realidad>>, esto es, de confrontar el contenido de sus percepciones con la realidad exterior y eliminar del cuadro del mundo externo cualquier elemento que pueda originarse en las

<<fuentes interiores de la excitación>>.

Asimismo, junta, unifica y organiza los procesos mentales, elimina contradicciones y se transforma en una unidad coherente y de funcionamiento adecuado que mantiene un ojo abierto sobre lo que sucede, verifica y controla la corrección de las percepciones y gobierna todo el sistema mental, evitando riesgos innecesarios. También pone a disposición del individuo un cuadro preciso de la realidad que le permite adaptarse mejor y con más éxito a la vida.

El dominio del ambiente es una de las principales tareas del yo. Esto puede llevarse a cabo por medio de la acción de manera que el yo adulto controle el aparato motor. Aprende a posponer reacciones y a atenerse al principio de la realidad. También investiga el mejor modo de placer con un mínimo de desagrado, sopesa las posibles consecuencias de la acción.

El yo interpola entre deseo y acción el dilatado factor del pensamiento durante el que hace uso del residuo de experiencia almacenado en la memoria. Se hace cargo de las intenciones del ello, pero sólo en circunstancias que garanticen un cumplimiento feliz.

El ambiente social, los padres y otras personas, pueden infligir dolor al niño y obligarle a considerar los peligros resultantes de su exigencia de gratificaciones inmediatas, el yo elabora unos mecanismos de defensa, que no están dirigidos contra las demandas instintivas sino para lograr controlarlas. Cuanto más fuerte sea el yo, mayor será la tolerancia a la tensión, ya esté originada en exterior ya en las presiones internas.

La expresión <<mecanismos de defensa>> fue introducida por Freud en 1894. Son técnicas mediante las cuales el yo conjura las demandas instintivas del ello o las presiones del superyo. A excepción de la sublimación, todos los mecanismos de defensa indican un conflicto interior.

Posteriormente Ana Freud (1936) en su libro "El yo y los mecanismos de defensa", muestra la necesidad de trabajar con el yo, cuando describe al ello, yo y superyo en la autopercepción, es sabido que las tres instancias psíquicas difieren grandemente en su accesibilidad a la autoobservación.

Para Ana Freud los mecanismos de defensa son: racionalización, anulación, negación, introyección, proyección, aislamiento, formación reactiva, regresión, sublimación y represión (el más importante).

Bellak (1970) señala que el primer aspecto del yo que fue objeto de atención analítica fue el papel que desempeña en la resistencia inconsciente, de lo cual se desarrolló el concepto de los mecanismos de defensa y técnicas

que emplea el individuo en momentos de peligro.

Asimismo, Moos y Billings (1982) indican que los procesos del yo sirven para resolver los conflictos entre los impulsos de un individuo y la represión de la realidad externa.

El superyo.

Según Wolman (1968) el *superyo* se desarrolla como resultado de la debilidad del yo infantil. En la fase anal el niño entra en conflicto con los padres en lo que concierne al adiestramiento esfinteriano. El temor al castigo y la necesidad de afecto y protección le obligan a aceptar las admoniciones paternas y a <<internalizarlas>>, considerarlas como propias.

El verdadero desarrollo del superyo tiene lugar hacia el final del período fálico. El miedo al castigo paterno alcanza su punto culminante en el complejo de Edipo. El niño, acosado por el miedo a la castración, se ve obligado a abandonar a su madre como objeto amoroso. La niña bajo la amenaza de perder el amor de su madre, se ve forzada a desestimar al padre como objeto amoroso. El niño frustrado de cualquier sexo regresa de la relación con el objeto a la identificación por introyección.

En un principio el superyo es un nuevo elemento añadido al yo e introyectado en el mismo, constituyendo una parte del yo; posteriormente se transforma en un agente mental independiente, con frecuencia opuesto al yo. Uno de los elementos del superyo es el yo-ideal, que se origina en una manifestación de admiración hacia los padres, a quienes el niño atribuye la perfección. Comprende la suma de todas las limitaciones ante las que debe doblegarse el yo, y, por esta razón, la revocación del ideal constituiría necesariamente un gran regocijo para el yo, que de nuevo podría sentirse satisfecho de sí mismo. Siempre se produce un sentimiento de triunfo cuando algo del yo coincide con el yo-ideal. El yo-ideal concierne a una parte del superyo que representa la lucha por la perfección y que constituye una importante función del superyo.

Las fuerzas instintivas del superyo se derivan de las fuerzas instintivas del ello. El superyo es fundamentalmente inconsciente y se compone de las dos fuerzas instintivas, el amor y el odio, con frecuente predominio del segundo.

En los adultos bien adaptados, el superyo desempeña el papel de autoobservador y representa la conciencia y las pautas morales; constituye los puntos de referencia morales y sociales del individuo. A medida que el individuo crece, su superyo va apartándose gradualmente de las imágenes infantiles de los padres y se hace más impersonal, más relacionado con las pautas sociales

y éticas.

Retomando lo dicho por Ana Freud (1936), el sistema del ello antes llamado inconsciente, sólo puede adquirirse a través de los derivados que pasan por los sistemas preconsciente y consciente. Cuando el ello domina un estado de calma y satisfacción; cuando ningún impulso instintivo tiene motivo para invadir al yo en busca de gratificación y producir allí sentimientos de tensión y displacer, carecemos de toda posibilidad de conocer sus contenidos, por lo tanto, el ello no es accesible a la observación en esta condición. La situación es diferente para el superyo, ya que sus contenidos son en parte conscientes, lo cual permite hacerlos accesibles a la percepción intrapsíquica. Sin embargo, la imagen del superyo se esfuma cuando entre el yo y el superyo existe armonía. Entonces hacemos esta formulación: el yo y el superyo coinciden, es decir, desde el momento en que el superyo como instancia aislada no es reconocible a la autopercepción ni al observador, sus límites únicamente se aclaran cuando el superyo enfrenta al yo de una manera hostil o por lo menos crítica, cuando cierta crítica suscita estados perceptibles en el yo, como por ejemplo los sentimientos de culpa.

Cuando el yo no se encuentra en conflicto con el ello o el superyo se tiene la posibilidad de observarlo, por lo cual surge la gran producción científica, cultural y artística que de cualquiera de las incursiones del hombre a su mundo, ya sea interno o externo.

González y cols. (1986) refieren que para la teoría psicoanalítica el "yo" es una sub-estructura de la personalidad, que se define por sus funciones y que se desarrolla a partir de tres grupos de factores:

1. Las características de los impulsos instintivos heredados.
2. La influencia de la realidad exterior.
3. La influencia de la realidad interior.

Bellak (1970) a partir de los análisis de las funciones, efectos y cualidades del yo, que realizó Hartman, sintetizó las funciones yoicas en tres áreas, que a su vez se subdividen, quedando de la siguiente forma:

- I. Área de control y contacto con el mundo externo.
 1. Prueba de realidad.
 2. Juicio de realidad.
 3. Sentido de realidad del self y del mundo.
 4. Relaciones objetales.
- II. Área de control y modulación del mundo externo.
 1. Regulación y control de impulsos.
 2. Regresión adaptativa al servicio del yo.

3. Funcionamiento defensivo.

III. Area de mantenimiento de la estructura.

1. Proceso de pensamiento.
2. Barrera de los estímulos.
3. Funciones autónomas.
4. Funciones sintéticas.
5. Competencia-supremacía.

I. Area de contacto con el mundo externo.

1. Prueba de realidad. Representa un papel fundamental en la adaptación del sujeto a su medio, esta prueba de realidad se muestra influenciada por la percepción, el juicio y la inteligencia.

2. Juicio de realidad. Se refiere a la posibilidad del sujeto para el discernimiento y reconocimiento de su realidad, donde el sujeto pondrá a funcionar la anticipación de consecuencias de sus conductas y la de otros, tanto en el terreno afectivo como en la relación interpersonal.

3. Sentido de la realidad del self y del mundo. Se refiere al reconocimiento del mundo externo y la diferenciación del sujeto como persona única, donde se reconoce en sus límites del yo, y reconoce las esferas de su entorno de persona, lugar y tiempo. Entonces es importante que el sujeto muestre su autoestima que repercutirá en el propio reconocimiento de su identidad y del mundo, porque de otra manera podría presentar grados de desrealización y despersonalización, que van asociados a estados de angustia y que pueden ser desestructurantes para el yo.

4. Relaciones objetales. Se refiere al grado y clase de relación. Las relaciones de objeto usualmente se han descrito cualitativamente como: oral, anal (sadista-masoquista), fálica, vovyerista, entre otras. Asimismo, las relaciones objetales se pueden evaluar para saber si el tipo de relación es o no primitiva, como podrían ser las narcisistas, anaclíticas o simbióticas, y así revisar el grado en el cual los otros son percibidos independientemente de uno y reconocer la constancia objetiva.

II. Area de control y modulación del mundo externo.

1. Regulación y control de impulsos. La capacidad para regular los impulsos instintivos se desarrolla a partir de patrones de conducta aprendidos que acompañan la socialización del niño y de las fases internas de maduración que comprenden un aumento de impulsos. Entonces, la capacidad para regular los impulsos depende de la intensidad del impulso y de los métodos adquiridos para manejarlos. Es importante saber hacia dónde se dirige el impulso y buscar

su manejo o canalización.

El sujeto posee la capacidad de demora en la expresión de sus impulsos; asimismo, es capaz de controlar su agresión y de esperar a que las condiciones sean favorables, o menos adversas, para expresar sin hostilidad y de forma directa los enojos que se derivan de la convivencia diaria o de circunstancias imprevistas; no escapan a los conflictos sino que los resuelve; no presenta tendencia significativa a actuar impulsivamente, sin reflexionar, ya que busca escapes más saludables para manifestar sus impulsos a través del trabajo, el deporte, las actividades recreativas y de interés tanto individual como social.

Posee un nivel adecuado de tolerancia ante las capacidades frustrantes o adversas (despidos laborales, carencias económicas, enfermedades, disgustos, etc.) que los capacita para neutralizar o sublimar su energía psíquica, es decir, para emplear sus recursos físicos y emocionales en actividades productivas, creativas e incluso artísticas.

La ansiedad no llega a bloquear significativamente el desempeño eficaz del sujeto; hay tolerancia a la incertidumbre y a lo imprevisto.

2. Regresión adaptativa al servicio del yo. Mediante la regresión adaptativa se favorecen la actividad artística, el pensamiento científico y otras actividades sublimatorias y recreativas. No todo es racionalidad y equilibrio absoluto en la persona. Se permiten las expresiones infantiles, la espontaneidad, la irracionalidad que no dañan las capacidades de control del yo; así como de la creatividad natural del ser humano que es tan clara en el niño pequeño cuando no se obstaculiza la tendencia innata a explorar el mundo.

Como defensa, el abuso de la regresión conduce al infantilismo e inmadurez en la persona.

3. Defensas del yo. Los mecanismos de defensa sirven como una barrera contra los estímulos externos e internos de significado amenazante, entonces las defensas habilitan al sujeto para tratar selectivamente a los estímulos internos y externos.

Cuando el mundo circundante o las necesidades internas del sujeto avasallan con una estimulación intensa que sobrepasa las capacidades normalmente adaptativas y que por lo tanto, provoca angustia, el yo recurre al empleo de maniobras defensivas que le permiten protegerse temporalmente de la angustia sentida durante estos periodos críticos; en ciertas circunstancias, puede darse un alejamiento parcial o temporal de la situación objetiva mediante la capacidad de regresión y las demás defensas a su servicio, con lo que se prepara para aceptar y dominar a largo plazo situaciones insatisfactorias o

traumáticas. Si bien los mecanismos de defensa del yo pueden inhibir el funcionamiento adecuado del sujeto cuando se emplean de forma exagerada o permanente, son en cambio, indispensables para el sano desenvolvimiento cuando funcionan en el momento adecuado y en la dosis precisa.

III. Area de mantenimiento de la estructura.

1. El proceso de pensamiento. Aquí se encuentran las funciones de autonomía primaria y secundaria, que de alguna manera permiten al sujeto interdependencia en su estructura, se pueden encontrar áreas libres de conflicto, como pueden ser: la memoria, la concentración, la atención y la habilidad para conceptualizar dentro de una estructura comprometida con conflicto psíquico.

A través del pensamiento se adquieren dos tipos esenciales de conocimiento: objetivo y subjetivo. El primero se refiere a la capacidad de pensar con claridad, conforme a la realidad externa, lo que ayuda a comprender, predecir y dominar adaptativamente al mundo y a nuestra propia persona. En forma complementaria, el conocimiento cotidiano o subjetivo de la realidad es el toque personal que se le da al entorno y nos permite dotarlo de cualidades a través de la forma individual de percibir con nuestros sentidos.

2. Barrera de estímulos. Funciona como protección ante incongruencias que pudiesen desestructurar al sujeto, por lo que aunado a la función sintética, reducirán al máximo tales incongruencias, con objeto de que el yo no sea perturbado en la relación con su medio.

Debe existir un nivel adecuado para sentir o captar los estímulos; en circunstancias normales: no se perciben con mayor intensidad de la que tienen ni hay indiferencia marcada hacia los acontecimientos externos y las vivencias internas.

La intensidad de las emociones expresadas va de acuerdo con las circunstancias y favorece la convivencia del sujeto; predomina la armonía y el acuerdo de ideas. De esta forma, se estabilizan o reacomodan adaptativamente los hábitos de sueño, la concentración, los estados de ánimo, la regulación de los impulsos sexual y agresivo, y las demás funciones yóicas del sujeto, conforme a las condiciones internas y externas prevalecientes.

3. Funciones autónomas. Están compuestas por la percepción, la intención, la comprensión del objeto, el pensar, el lenguaje, la productividad y varias fases de desarrollo psicomotriz. También se les conoce como áreas libres de conflicto.

Se entiende por autonomía la estabilidad del sujeto; su resistencia frente

a los conflictos propios y/o derivados de las relaciones interpersonales. El yo del individuo se forma en el transcurso de las luchas de la vida, puede fortalecerse y moldear adaptativamente los impulsos originales infantiles (se controlan los caprichos, arranques de ira, berrinches, prejuicios, celos, envidias, apetencias sexuales inapropiadas, etc.). Entonces el sujeto madura, crece y se independiza de dichos impulsos infantiles, es capaz de gobernarlos sin bloquear su satisfacción. De igual forma, está capacitada para enfrentar las condiciones ambientales sin someterse pasivamente ni rebelarse sin sentido frente a las costumbres y normas sociales. Interactúa con los demás en una reciprocidad que le permite enriquecerse y enriquecer a los otros. El sujeto puede mantener un equilibrio propio y una relativa independencia del ambiente que le permite adaptarse mediante la demora en la satisfacción de los impulsos y el sano control de su entorno.

4. **Funciones sintéticas.** Es la capacidad de unir para atar y crear. Se puede interpretar como la capacidad del yo para formar gestalten. La función sintética es tal vez el aspecto que más se superpone a todas las otras funciones del yo, y se correlaciona con el aspecto general de la fuerza del yo.

La función sintética describe la capacidad de un individuo para sostener las funciones necesarias vitales y de adaptación, por lo que aquí se valora el grado de ajuste de las incongruencias del sujeto en su relación con los eventos.

5. **Competencia y supremacía.** La competencia y supremacía que aseguran el mayor grado de control sobre la conducta adaptativa y el pensamiento, que al ensayar con pequeñas descargas de la acción permite una conducta más adaptativa y menos expuesta al fracaso.

Es importante revisar el enfoque de Erikson del ciclo de vida, ya que Moos y Billings se basan en él para definir y medir el afrontamiento. Tal perspectiva asume que la adecuada resolución de la transición y de la crisis que ocurre en cada punto en el ciclo de la vida representan recursos de afrontamiento que pueden ayudar a resolver las subsecuentes crisis.

Ciclo de vida de Erikson.

Durante cada etapa de la vida, según Erikson (citado en Dicaprio, 1989) el individuo se enfrenta con un problema principal *que es realmente un conflicto básico*; permanece como un problema recurrente a través de la vida, aunque puede tomar formas diferentes en diversos periodos. Por ejemplo, la dependencia de toda la vida del ambiente externo y la necesidad de confiar en nuestra habilidad para enfrentarlo crean un conflicto entre los sentidos de confianza y desconfianza.

El sentido de confianza o desconfianza, por consiguiente, determina la

forma en que enfrentamos la vida. Erikson esbozó ocho crisis principales del desarrollo, que ocurren en diferentes etapas a través del ciclo vital.

<i>Etapas</i>	<i>Crisis del ego</i>	<i>Virtudes</i>	<i>Tarea Significativa</i>	<i>Ritualización</i>	<i>Ritualismo</i>
1. Lactancia	Confianza vs. desconfianza	Esperanza	Afirmación mutua de la madre y el hijo	Numinosidad	Idolatría
2. Primera infancia	Autonomía vs. vergüenza y duda	Valor, autocontrol y fuerza de voluntad	Diferenciación entre lo bueno y lo malo	Sensatez	Legalismo
3. Edad de juegos	Iniciativa vs. culpa	Determinación	Experimentación de papeles	Autenticidad	Imitación
4. Edad escolar	Laboriosidad vs. inferioridad	Competencia y método	Aprendizaje de habilidades	Formalidad	Formalismo
5. Adolescencia	Identidad vs. confusión de papeles	Amor y devoción	Establecimiento de la filosofía de la vida	Ideología	Totalismo
6. Estado adulto temprano	Intimidad vs. aislamiento	Amor y afiliación	Relaciones sociales mutuamente satisfactorias	Afiliatividad	Elitismo
7. Estado adulto medio	Generatividad vs. estancamiento	Afecto y producción	Perpetuación de la cultura	Generacional	Autoritarismo
8. Estado adulto tardío	Integridad del ego vs. desesperación	Sabiduría	Aceptación de la conclusión de la vida	Integridad	Sapientismo

Erikson sostiene que en la infancia los principales conflictos son provocados sólo en parte por la frustración de los instintos sexuales; muchos conflictos resultan del choque entre las necesidades y los deseos no sexuales del niño y las expectativas y limitaciones impuestas por su cultura. Debido a que hay una plena interacción entre la persona y su ambiente a través de toda la vida, el crecimiento y el cambio de la personalidad no pueden restringirse a los primeros 20 años. Erikson divide como ya dijimos, el ciclo vital en ocho etapas: cinco para cubrir los primeros veinte años de vida, aproximadamente, y tres más para abarcar el resto de la vida. Conforme el ego aumenta en importancia en la personalidad, la persona obtiene un control cada vez mayor de sus circunstancias y de sí mismo. Cada etapa presenta al individuo con una tarea principal para que la cumpla, como el desarrollo de un sentido de confianza básica en el medio ambiente y en el yo, un sentido de autonomía, o un sentido de laboriosidad.

En las primeras etapas de un ambiente nuevo, podemos prolongar nuestras circunstancias anteriores, debido a que nos son familiares y hemos

aprendido a afrontarlas. La capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes es una señal de madurez, según afirma Erikson.

Cada etapa, si es encontrada y vivida exitosamente agrega algo al ego. Erikson se refiere a esos logros del ego como fuerzas del ego. Esas fuerzas del ego no son sublimaciones sino verdaderos logros del ego. Conforme el niño crece, hay cambios en las potencialidades y las capacidades, pero también un aumento en su vulnerabilidad a sufrir daño. Al aprender a hacer más por sí mismo, el niño aumenta su susceptibilidad a las frustraciones y los conflictos. Y aunque la realización acertada de un logro en particular, prepara al niño a vivir de manera más eficaz, puede fácilmente "reincidir" o regresar. No obstante, si una crisis no se resuelve con éxito en la etapa adecuada de desarrollo, las experiencias posteriores pueden ofrecer una segunda oportunidad. Pero debe notarse que un logro alcanzado en la etapa apropiada puede preparar al niño en crecimiento para encargarse de las tareas de la siguiente etapa; por tanto, tendrá una posibilidad aún mayor de volverse una influencia continua en la personalidad del niño, conforme sean dominadas las tareas subsecuentes.

Para Erikson, los mismos problemas se repiten a través de toda la vida. Distingue entre la fase inmadura, *la fase crítica* y *la fase de resolución de estos problemas*. Por crisis, Erikson no quiere decir una tensión abrumadora sino más bien un punto de viraje o perspectiva de cambio en la vida del individuo, cuando un nuevo problema debe ser enfrentado y dominado.

La resolución de esos conflictos y los problemas asociados con cada periodo de la vida ayuda a hacer posible el desarrollo normal. El fracaso para alcanzar las fuerzas específicas del ego, cuando es crucial hacerlo, hace que se guarden los problemas y necesariamente impide los intentos de solucionar los nuevos problemas de las etapas posteriores.

Una forma de observar los logros del ego que Erikson delineó para cada etapa es considerarlos un modelo de atributos ideales capaces de fomentar el desarrollo y funcionamiento sanos de la personalidad. Conociendo esto, podemos luchar por promover esas fuerzas del ego en nosotros mismos. Las fuerzas del ego incrementan el propio potencial para vivir efectivamente. Son grandes ventajas para quien las posee.

Confianza

Un sentido de confianza nos capacita para tomar decisiones en estas situaciones adversas. Necesitamos tener seguridad o confianza en nosotros mismos, confianza en nuestro ambiente e incluso confianza en la forma de optimismo ante el porvenir. Sin confianza, experimentamos temor, una emoción paralizante que inhibe la conducta. Nuestro sentido de confianza debe abarcar la fe en la gente.

Autonomía

La capacidad de decir sí o no a nuestros impulsos, a las presiones del ambiente y a nuestras perspectivas futuras, es una dimensión importante de la vida efectiva. Todos nosotros debemos ser valerosos al encarar las distracciones, frustraciones, nuestras propias resistencias internas y los problemas diarios que nos atormentan.

Iniciativa

La vida con éxito en cualquier sociedad depende de la posesión de habilidades valiosas. Se nos concede categoría y nos valoramos a nosotros mismos, por las habilidades que poseemos.

Identidad

Lograr un sentido de identidad ayuda a resolver muchos conflictos importantes en nuestras vidas. Nuestra identidad define nuestro lugar en la estructura social. Dos aspectos importantes de la identidad son el *compromiso ideológico* y la fidelidad. Por compromiso ideológico, Erikson quiere decir tener valores y prioridades que funcionan en una sociedad particular. Por la virtud de la fidelidad, Erikson quiere decir la capacidad de hacer compromisos y acatarlos. Estos son atributos esenciales para la vida efectiva.

Intimidad

El sentido de intimidad es uno de los logros humanos más distintivos. Su ingrediente esencial, la capacidad de amar enriquece en gran medida nuestra vida.

Generatividad

Ser capaz de trabajar productivamente es una fuerza principal del ego, que contribuye significativamente a la calidad de la vida. El trabajo productivo no sólo se limita a un empleo remunerado, sino también a las obligaciones familiares y la vida comunitaria.

Integridad

La personalidad se fortalece a través de la sabiduría y la unificación en la última etapa de la vida.

Según Lazarus y Folkman (1986) los planteamientos tradicionales sobre afrontamiento se derivan en parte de la psicología psicoanalítica. Cuando el concepto de afrontamiento se formula dentro de la tradición psicoanalítica del

yo, se relacionan sobre todo con la cognición, distinguiendo entre varios procesos utilizados por el individuo para dominar las situaciones conflictivas. Los sistemas de afrontamiento basados en el modelo de la psicología del yo, generalmente conciben una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos, que producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados.

Los modelos psicoanalíticos de la psicología del yo que han dominado la teoría del afrontamiento también han dominado su medición. Sin embargo, los objetivos de medición a los que han sido aplicados estos modelos se han limitado por lo general a clasificar a los individuos para poder predecir la forma cómo afrontarían algunos o todos los acontecimientos estresantes con los que pudieran encontrarse. Esta aplicación del modelo psicoanalítico del yo da como resultado considerar el afrontamiento estructuralmente, como un estilo o un rasgo más que como un proceso dinámico del yo. Por ejemplo, una persona puede clasificarse como conformista o consentida, obsesivo-compulsiva o como supresora, represora o sublimadora.

La medición del afrontamiento basada en el modelo psicoanalítico ha tendido a considerar los rasgos en lugar de los procesos. Los <rasgos de afrontamiento> se refieren a las características del individuo que le predisponen a reaccionar de una forma determinada. El concepto de estilo es similar al de rasgo, difiriendo de éste principalmente en una cuestión de grado: el estilo hace referencia a formas más amplias de designar individuos o situaciones.

Como concepto, el afrontamiento se identifica típicamente con el éxito adaptativo, especialmente en los modelos psicológicos del yo, donde los fracasos o las estrategias no realmente eficaces reciben el nombre de mecanismos de defensa. Ello favorece la confusión entre el afrontamiento y sus resultados. Si se intenta avanzar en la comprensión de la relación entre afrontamiento y resultado; es decir, lo que ayuda o perjudica al individuo y de qué forma lo hace, debe considerarse el afrontamiento como aquéllos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cuál sea su resultado. De acuerdo con ello, no debe considerarse ninguna estrategia esencialmente mejor o peor que otra; las consideraciones sobre la adaptatividad de una estrategia debe hacerse de acuerdo con el contexto en el que se da.

Por último, el afrontamiento no debería confundirse con el dominio sobre el entorno; muchas fuentes de estrés no pueden dominarse y en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o, incluso, ignorar aquello que no puede dominar.

2.1.2 Enfoque Conductual.

La teoría de Pavlov, según Wolman (1968) es fundamentalmente una teoría de la anatomía y fisiología de los centros nerviosos. Aplicada a la conducta humana representa un caso de reduccionismo radical que relaciona los fenómenos fisiológicos con una teoría psicológica. La teoría de Pavlov ofrece el eslabón ausente entre la conducta humana y el sistema nervioso. Pavlov creía que la psique humana es un producto del desarrollo fisiológico y, con todo, una entidad separada, no fisiológica.

Se denomina reflejo al elemento básico de interacción entre el organismo y el ambiente.

El reflejo es positivo cuando el estímulo provoca un proceso de excitación, y negativo cuando inicia un proceso de inhibición. Algunos reflejos positivos, provocan un movimiento *hacia* el objeto estimulante, mientras otros reflejos provocan un movimiento *contra o lejos* de los estímulos nocivos y destructores.

Pavlov no distinguía entre reflejo e instinto. Los consideraba módulos innatos de conducta, siendo los instintos, por regla general, unos reflejos más completos o una cadena de ellos. Asimismo, creía que un instinto o reflejo particular posee una importancia fundamental, derivándose de él todos los otros reflejos.

Pavlov distinguía varios reflejos innatos o incondicionados, todos y cada uno conectado con un mecanismo sensorial concreto o analizador y con un centro del sistema nervioso.

Pavlov estableció que el reflejo, siendo <una conexión constante entre ciertos fenómenos y la acción de ciertos órganos>, es una función de la parte inferior del sistema nervioso central, mientras la formación de conexiones nuevas y temporales es la función principal de las partes superiores del sistema nervioso central. Las primeras conexiones son denominadas <reflejos incondicionados> y las conexiones temporales <reflejos condicionados>.

Un reflejo condicionado se forma siempre que un estímulo indiferente sincroniza con un estímulo productor de un reflejo incondicionado concreto, entonces, tras un cierto número de tales coincidencias, el estímulo anteriormente indiferente, administrado solo, provoca el mismo reflejo que el estímulo activo al que previamente acompañaba.

Pavlov interpretó el condicionamiento no simultáneo suponiendo que alguna *huella* del estímulo persistía en el organismo después de la detención

del estímulo condicionado. Cuando el estímulo condicionado se administraba antes, su huella persistía hasta que se administraba el estímulo incondicionado. De esta forma las huellas del estímulo condicionado y las del incondicionado eran simultáneas y podía producirse un refuerzo de este *reflejo de huella*.

La respuesta condicionada no debe ser considerada idéntica a la incondicionada, aunque pueden ser muy semejantes. Los estímulos condicionados se dividen en positivos (es decir, provocadores de reacción) y negativos (es decir, provocadores de inhibición). Los estímulos condicionados, al igual que los incondicionados, están relacionados con las distintas funciones del organismo tales como alimentación, sexo, defensa y todos están subordinados al instinto principal, esto es, el reflejo intencional.

El punto central de la teoría de Pavlov es el concepto de *refuerzo*. El refuerzo tiene lugar siempre que el estímulo condicionado es presentado simultáneamente, o por lo menos dentro de un intervalo eficaz, con el estímulo incondicionado. La repetición del refuerzo es necesaria para el establecimiento, fortalecimiento y continuación de las respuestas condicionadas.

La teoría de Pavlov es una teoría del equilibrio de la energía regulado mediante inducción, radiación y concentración, junto con el principio del determinismo mecanicista. Cuando <mayor> es la causa, esto es, más potente la carga de energía, tanto mayor es el efecto, esto es, el condicionamiento. El estímulo más potente produce condicionamiento, mientras el débil queda inhibido.

El principal reflejo o instinto, decía Pavlov, es el *instinto de la vida*, o reflejo del propósito, siendo el propósito la preservación de la vida. Toda vida según Pavlov, es la realización de un propósito principal, la preservación de la propia vida. El instinto general de la vida consta de unos reflejos de *movimiento-positivo* hacia las condiciones favorables para la vida y de unos reflejos de *movimiento-negativo* para proteger el organismo de las injurias.

El hombre que cruzó el puente y cubrió la sima existente entre el estudio de la conducta animal y el estudio de la conducta humana fue John Broadus Watson. Wolman (1968) afirma que el sistema de Watson estaba basado en el *determinismo*, el *empirismo*, el *reduccionismo* y el *ambientalismo*. Para Watson <<dado el estímulo, la psicología puede predecir cuál será la respuesta. O, por otro lado, dada la respuesta, puede especificar la naturaleza del estímulo efectivo>>.

Watson rechazaba todo lo que no pudiera ser observado desde el exterior. Asimismo, propuso una psicología basada, en los hechos observables de los organismos –tanto animales como humanos– que les permiten adaptarse a su ambiente por medio de sus dotaciones hereditaria y adquirida. Estas

adaptaciones pueden ser muy apropiadas, o tan inadecuadas que el organismo apenas mantenga su existencia; en segundo lugar, en aquellos estímulos determinados que conducen a los organismos a dar estas respuestas. En un sistema psicológico completamente desarrollado, dado un estímulo puede predecirse la respuesta.

La psicología de Watson estudia la conducta manifiesta y observable del organismo, toda conducta humana puede interpretarse en términos físicoquímicos.

Asimismo adoptó una postura radicalmente ambientalista en la controversia naturaleza-educación. No negaba el hecho de que fueran innatas ciertas pautas de conducta, pero decía que eran muy limitadas en número y más bien carecían de importancia comparadas con el papel de la experiencia.

Watson creía que el instinto era <<una reacción normativa hereditaria, cuyos elementos consisten en movimientos principalmente de los músculos estriados>>; a su vez creía que el estímulo condicionado era un estímulo <<sustituto>> del incondicionado.

También aplicó el condicionamiento a las formas de aprendizaje más complejas. Consideraba el aprendizaje por prueba y error como un caso sencillo de condicionamiento. Sostenía que la respuesta correcta era la más reciente y la que se producía con mayor frecuencia durante los procesos de aprendizaje, puesto que aparecía, de cualquier modo que fuera por lo menos una vez en cada prueba. Dividió toda la conducta humana en explícita e implícita. La conducta explícita comprendía todas las actividades observables. La conducta implícita incluía la secreción de las glándulas, algunas contracciones musculares y las funciones viscerales y nerviosas.

Watson sostenía que en los niños podrían hallarse tres emociones innatas: ira, miedo y amor. Estas son las tres reacciones-patrón fundamentales que son hereditarias. Cualquier otra emoción o combinación de emociones se adquiere por condicionamiento. Para él, la prueba empírica de la existencia de estas reacciones-patrón en los niños era <<el embarazo de los movimientos del niño es el factor que, prescindiendo de cualquier adiestramiento, delata los movimientos caracterizados como ira>>. En los niños recién nacidos el miedo se provoca mediante un ruido violento; la reacción de amor es producida mediante un toque suave de los genitales.

Lo anterior lo lleva a la conclusión de que las emociones adultas son un producto de las reacciones-modelo básicas, pero están muy modificadas por las experiencias vitales.

Todas las otras emociones derivan de las emociones fundamentales, son

elaboradas por medio del condicionamiento. La vergüenza está relacionada con el castigo de la masturbación. Los celos surgen como respuesta a una interferencia de la respuesta emocional innata en la zona erógena. El individuo afectado experimenta rubor y tensión muscular, se aparta de su cónyuge, huye o ataca.

Para Watson la personalidad es el producto final de nuestros sistemas de hábitos. Es la suma <<del activo (actual y potencial) y del pasivo (actual y potencial) totales del individuo en el momento de la reacción>>.

El conductismo considera la personalidad como la totalidad de las pautas de conducta. Esas pautas son muy consistentes pero no inmutables. Determinados reflejos condicionados pueden extinguirse y reforzarse y otros nuevos pueden establecerse. En el estudio de la personalidad, deben considerarse los reflejos innatos o incondicionados, los reflejos condicionados y el ambiente físico y social junto con su influencia en el desarrollo de la personalidad.

Watson señala que la educación (que es condicionamiento) debe ser practicada por los padres orientados conductistamente. <<El universo cambiará si usted educa a sus hijos... en la libertad conductista... Estos niños, a su vez, con sus mejores modos de vivir y pensar, nos sustituirán como sociedad, y educarán a sus hijos de una forma todavía más científica, hasta que el mundo se convierta finalmente en un lugar adecuado para la habitación humana>>.

Según Watson, la psicología es una ciencia natural, una <<compañera científica>>, muy íntima, de la fisiología, y la principal diferencia entre ambas disciplinas reside en la <<agrupación>> de problemas. Mientras la fisiología estudia los elementos, la psicología, sin despreciar <<el funcionamiento de estas partes>>, está <<intrínsecamente interesada por lo que hará el animal total desde la mañana hasta la noche y desde la noche hasta la mañana>>.

Por su parte Skinner (citado en Wolman, 1968), insiste en ocuparse solamente de la conducta observable y rechaza cualquier método de investigación que no se base en la observación sensorial o en su aplicación. Su sistema se <<limita a describir más que a explicar. Sus conceptos están definidos en términos de observaciones inmediatas y se les atribuyen propiedades locales o fisiológicas>>. Cree que los términos "causa" y "efecto" ya no son tan usados en la ciencia. Su sistema se esfuerza por predecir y controlar la conducta del organismo individual, define "variable dependiente" como el efecto por el que estamos en trance de hallar la causa y "variable independiente" -las causas de la conducta- está constituida por las condiciones externas de las que la conducta es una función.

Esta actitud condujo a Skinner cerca del *operacionismo*, que es una

especie de empirismo radical que rechaza cualquier perspectiva especulativa de la investigación científica, señala la necesidad de mantenerse atentos a las operaciones realizadas por el científico. También manifestaba que el único objeto de la investigación científica es hallar las relaciones existentes entre el estímulo controlado por el experimentador y otras variables experimentales y la respuesta del sujeto experimental.

Skinner definía a la conducta como <<el movimiento de un organismo o de sus partes en un sistema de coordenadas suministrado por el organismo en cuestión o por distintos objetos externos o campos de fuerza>>, es decir, la acción del organismo en el mundo exterior. Para él la unidad simple de la conducta es el *reflejo*, al cual define como <<cualquier correlación de estímulo y respuesta>>, es la unidad fundamental de la conducta observable, la investigación científica debe descubrir leyes naturales que gobiernan los reflejos. Skinner distinguía entre leyes *estáticas*, *dinámicas* y de *interacción*.

Las leyes de la Conducta.

Leyes estáticas. 1. *La ley del umbral*, 2. *La ley de la latencia*, 3. *La ley de la magnitud de la respuesta*, 4. *La ley de la post-descarga* y 5. *La ley de la suma temporal*.

Leyes dinámicas. 6. *La ley de la fase refractaria*, 7. *La ley de la fatiga del reflejo*, 8. *La ley de la facilitación*, 9. *La ley de la inhibición*, 10. *La ley del condicionamiento de tipo S*, 11. *La ley de la extinción tipo s*, 12. *La ley del condicionamiento tipo R* y 13. *La ley de la extinción tipo R*.

Leyes de la interacción. 14. *La ley de la compatibilidad*, 15. *La ley de la prepotencia*, 16. *La ley de la suma algebraica*, 17. *La ley de la combinación*, 18. *La ley de la suma espacial*, 19. *La ley del encadenamiento*, 20. *La ley de la inducción*, 21. *La ley de la extinción de los reflejos encadenados*, 22. *La ley de la discriminación del estímulo en el tipo s*, 23. *La ley de la discriminación del estímulo en el tipo R* y 24. *La ley de la reserva operante*.

Para Skinner cuando una conducta corresponde a <<estímulos provocadores específicos>> es una conducta *respondente*, y cuando no se presentan tales estímulos se trata de una conducta *operante*. Se denomina estímulo a cualquier modificación del ambiente, y respuesta a la parte correlativa de la conducta. El reflejo es la relación observada entre ellos. Un reflejo *respondente* es considerado como una correlación de un estímulo y una respuesta. El reflejo *operante* es <<una parte funcional de la conducta>>; es espontáneo; no se origina en el ambiente. <<Una conducta operante es una parte identificable de la conducta de la que puede decirse, no que ningún estímulo la provoca, sino que no puede detectarse estímulo correlativo alguno en las ocasiones en que se observa su ocurrencia. Él cree que un reflejo

operante puede adquirir y usualmente adquiere una relación con la estimulación anterior.

Su teoría plantea dos tipos de condicionamiento, el tipo S, que se aplica a la conducta respondiente y el tipo R, que es el condicionamiento de la conducta operante. Mediante el condicionamiento operante, el ambiente elabora el repertorio básico con el que mantenemos nuestro equilibrio, caminamos, jugamos, manejamos herramientas e instrumentos... El refuerzo operante demora la eficiencia de la conducta. El término *operante* subraya el hecho de que la conducta *opera* sobre el ambiente para originar consecuencias. En el condicionamiento operante la respuesta se produce en primer lugar, y entonces se refuerza. No sólo el estímulo puede ser *discriminatorio*, sino que también la respuesta puede ser *diferenciada*.

Skinner también demostró que un estímulo en principio neutro puede convertirse en reforzante mediante su asociación repetida con un estímulo reforzante. El estímulo neutro adquiere un valor reforzante por sí mismo, y puede ser denominado refuerzo derivado, secundario o condicionado. Un refuerzo secundario puede extinguirse cuando es aplicado repetidamente respecto de una respuesta para la que no existe un refuerzo primario. Los refuerzos secundarios pueden generalizarse con facilidad. Siempre que asocian a varios reforzantes primarios, pueden estimular actividades muy distintas.

Cuando la conducta operante no es reforzada, se inicia el proceso de extinción. El número total de respuestas operantes previo a la extinción completa indica la <<reserva>> de respuestas o *reserva del reflejo*, es decir, el número de respuestas que podrían emitirse sin un refuerzo adicional.

Skinner definió en un principio la *reserva del reflejo* como la *actividad disponible*, que se agota durante el proceso de provocación repetida del que la fuerza del reflejo es, en cualquier momento, una función. La reserva del reflejo señala la recuperación espontánea de la fatiga de los reflejos respondientes. En los reflejos operantes está relacionada con la <<fuerza del reflejo>> que es proporcional a la reserva. <<Toda operación que comprenda una provocación afecta directamente a la reserva, sea para aumentarla, sea para disminuirla. El condicionamiento la aumenta; la extinción y la fatiga la disminuyen.

Según la teoría del refuerzo de Skinner, las respuestas emocionales son reforzadas por sus consecuencias o mecanismo retroactivo, es decir, las emociones son <<como un género especial de fuerza o debilidad de una o más respuestas inducidas por un cierto tipo de procesos>>, pero no deben ser consideradas como causas de conducta. Las causas son los estímulos. Las denominadas emociones son indicadores de la probabilidad de la fuerza de determinadas respuestas.

Este teórico prefiere tratar la conducta en términos de reforzantes *positivos* contra reforzantes *negativos*. Los reforzantes positivos añaden algo a la situación existente, los negativos apartan algo de una situación determinada. En los experimentos con ambos tipos de reforzantes resultaba incrementada la probabilidad de respuesta. Los reforzantes positivos procuran placer y los negativos apartan el dolor. Un reforzante positivo fortalece la conducta respecto a la que es contingente. Un reforzante positivo fortalece la conducta respecto a la que es contingente. Un reforzante negativo es cualquier estímulo cuya supresión fortalece la conducta.

Para Skinner los reforzantes positivos, son recompensa; la supresión de un reforzante adverso, negativo, también es una recompensa. El castigo es la aplicación de un estímulo negativo o la supresión de uno positivo. El castigo detiene una respuesta determinada, provocando una respuesta compatible. El castigo puede establecer unas condiciones adversas que son evitadas por el organismo.

También manifiesta que las decisiones tomadas por un individuo son función de los estímulos ambientales, exactamente igual que cualquier otra respuesta. Rechazaba la idea de un <<yo interior>>.

La conducta de la toma de decisiones ayuda a uno a escapar de la indecisión. La conducta que da fin a este conflicto mediante la supresión del estímulo adverso es reforzante. El refuerzo aplicado socialmente aumenta la probabilidad de tomar decisiones.

Para él el pensamiento y la resolución de problemas pueden ser definidos como una conducta <<que mediante la utilización de unas variables, logra la aparición de una solución más probable...>>. Siempre que un organismo se halla en un estado de privación o de estimulación adversa, una solución consiste en manejar los estímulos hasta hallar los que controlan las respuestas que aportarán la solución del problema.

2.1.3 Enfoque Cognoscitivo-Conductual.

Para el estudio de actitudes, creencias, valores, motivos, sentimientos, etc., Aduna, (1998) utiliza el enfoque cognoscitivo conductual, definiéndolo en dos componentes: Cognoscitivo, es un sistema de conocimientos y creencias en relación con lo que es cierto o falso, bueno o malo, potente o benigno, etc. acerca del objeto estímulo; y el componente Conductual, que consiste de una o más disposiciones orientadas a la respuesta, p. ej. hacia el miedo, la ira, etc.

Las teorías cognoscitivo-sociales analizan los esquemas (o estructuras de conocimiento) de la persona y los procesos autorregulatorios que guían –y son guiados por- las metas personales, la planeación de la conducta y las autoevaluaciones del individuo, así como los medios por los que se da prioridad y se lucha por las metas. Según la descripción de los teóricos e investigadores cognoscitivo-sociales contemporáneos, estos elementos y su interacción se combinan para constituir la esencia de la personalidad (Liebert y Liebert, 1999).

Para esta teoría resulta crucial el concepto de sí mismo y la forma en que sus diversos aspectos se representan mentalmente y pueden influir en la conducta de los individuos. Muchos de los que han contribuido a la investigación en la corriente cognoscitiva social son "conversos de otras estrategias" (principalmente de la aproximación ambiental y en particular de la corriente del aprendizaje social). Otras contribuciones se derivan de los estudios experimentales básicos del aprendizaje, la neuropsicología o la psicología cognoscitiva moderna.

La historia de la psicología cognoscitiva de la personalidad según Liebert y Liebert, (1999). se remonta apenas a unos 20 años, sus raíces se encuentran en la década de los 30, en las obras y estudios experimentales de Edward Chase Tolman, quien afirmaba que los animales pueden aprender sin reforzamiento al formar "mapas cognoscitivos" de sus entornos.

Pero la psicología académica en la época de Tolman, en especial la corriente conductista, había rechazado los esfuerzos por explorar los acontecimientos internos por considerar que, en esencia, son demasiado subjetivos para el estudio científico serio. La opinión de los conductistas llevó a los investigadores a concentrarse en los fenómenos "claramente observables" - es decir, la conducta abierta-.

Sin embargo, el reconocimiento de lo que se consideraba acontecimientos mentales privados (internos) podía duplicarse por la operación de máquinas construidas por el hombre (computadoras), hizo ver a muchos psicólogos jóvenes que, si bien no se tenía acceso directo a los acontecimientos mentales, era posible evaluarlos y observarlos mediante

análisis complejos de la conducta y *resultante*. Como los seres humanos, las computadoras reciben del ambiente información que se procesa para conducir a *decisiones*, esto permite predecir cambios en el comportamiento. La introducción del *procesamiento paralelo* (a diferencia del serial o secuencial) aumentó la rapidez y eficacia de las computadoras modernas y sugiere que la mente humana puede trabajar de la misma manera.

La psicología tomó prestados muchos de sus conceptos cognoscitivos del campo de la inteligencia artificial (IA), lo que ha permitido generar hipótesis respecto a las operaciones privadas de la mente humana.

Julian Rotter fue uno de los primeros psicólogos en analizar el papel de la cognición en la personalidad. Su teoría reconocía la importancia de los factores situacionales y del reforzamiento como determinantes de la conducta. Al principio este autor se identificaba como "conductista". Incluso denominó a su aproximación como "teoría del aprendizaje social". Sin embargo, consideraba que la situación externa y los reforzadores sólo tienen una influencia *indirecta* en el comportamiento. Afirmaba que son los valores y las expectativas personales los que al final determinan nuestro comportamiento.

La teoría de Rotter se sustenta en cuatro constructos básicos: la situación psicológica, el valor del reforzamiento, la expectativa y el potencial de la conducta. Estos cuatro factores funcionan de la siguiente manera: dentro de una situación psicológica dada, la probabilidad de que una persona realice una conducta particular (**el potencial de la conducta**) es determinada por 1) el **valor del reforzamiento** (la recompensa intrínseca asociada con el resultado que se desea) y 2) la **expectativa** que la persona tiene de que en realidad obtendrá el reforzador.

Valor del reforzamiento: en general, la gente actúa para obtener los resultados que prefiere. El valor del reforzamiento no es sólo asunto de gusto personal, sino que también depende del rango de reforzadores potenciales de que disponga.

Expectativa: además de las preferencias por diversos reforzadores, cada persona tiene una expectativa respecto a la probabilidad de obtener un resultado en particular, la que considera más probable o realmente disponible, la cual es indispensable del valor del reforzamiento.

La expectativa, al igual que el valor del reforzamiento, es subjetiva. Más que una probabilidad "objetiva", lo que importa es cómo evalúa la persona la probabilidad de determinado resultado. Es la expectativa personal lo que determinará las acciones del sujeto.

Rotter (citado en Liebert y Liebert, 1999) distinguió dos tipos de

expectativas: 1 **expectativa específica**: es la estimación subjetiva que la persona hace de las oportunidades de obtener un resultado en particular al realizar cierta conducta. 2 **expectativa generalizada** es la predicción subjetiva que hace un individuo de las posibilidades de obtener una clase (categoría) particular de resultados al realizar determinada clase de comportamiento. De esta forma, la gente llega a responder a situaciones similares de maneras parecidas.

La situación psicológica: Todo el comportamiento ocurre en un contexto de estímulos *externos e internos*. El autor reconoció que las personas difieren en la forma en que perciben y responden a estímulos específicos. De esta forma, el contexto de la conducta es la **situación psicológica** -las circunstancias existentes desde la perspectiva personal (subjetiva) de cada individuo.

Potencial de la conducta: Es la probabilidad de que una persona realice un comportamiento en particular para obtener un resultado deseado. Este depende de dos factores: el valor del reforzamiento y la expectativa, los dos deben tomarse en consideración al predecir el potencial de la conducta.

Potencial de la conducta = Valor del reforzamiento x Expectativa

Cuando el valor del reforzamiento o el de la expectativa es bajo, también lo es la probabilidad de realizar la conducta. Además, cuando el valor del reforzamiento o el de la expectativa es igual a cero, la conducta *no se realizará* porque (de acuerdo con la predicción de la fórmula) el potencial de la conducta es cero. Por consiguiente, el reforzador más valorado no nos motivará a realizar una conducta cuando pensemos que es *inalcanzable*. De igual forma, un reforzador alcanzable pero *indeseable* no motivará el comportamiento. De manera similar, si el valor del reforzamiento o el de la expectativa es muy elevado (y el otro es mayor que cero), el potencial de la conducta será más o menos alto.

Locus de control.

Algunos resultados son producto de los esfuerzos propios y otros son resultado de la suerte. No obstante, en muchas situaciones, que un resultado se deba más a factores internos o externos es ambiguo y está abierto a la interpretación subjetiva.

El **locus de control** se refiere a la opinión que cada persona tiene de la fuente de sus resultados. El **locus de control interno** es la opinión de que los resultados son producto de los esfuerzos y recursos personales. El **locus de control externo** es la opinión de que los resultados obedecen a fuerzas externas sobre las que no se tiene control. El locus de control es siempre

subjetivo. Aunque la fuente de un resultado sea "objetivamente" interna o externa, la forma en que la persona percibe la situación determina el locus de control del individuo, es decir, previa experiencia.

Según Tyler y cols. (citados en Liebert y Liebert, 1999) en una escala mayor, es probable que variables demográficas, como la clase social y la cultura inmediata, influyan en nuestra percepción del locus de control.

Para Liebert y Liebert, (1999) es evidente que las personas difieren en la medida en que consideran que a los resultados los controlan tanto factores internos como externos.

Es más probable que los sujetos que utilizan el control interno busquen información a que lo hagan los que usan el control externo. Como los internos se consideran responsables de los resultados, desean información que mejore su posibilidad de obtener resultados positivos y que les ayude a evitar los indeseables.

Los internos también parecen tener ventaja sobre los externos en lo que respecta a la salud física. Buscan más información general sobre el mantenimiento de la salud, tienen mayor conocimiento de las conductas saludables, realizan más prácticas de prevención.

El locus interno de control se asocia también con enfermedades físicas de menor gravedad y con una mejor respuesta al tratamiento.

Diversos estudios indican que si uno piensa que controla sus circunstancias, puede sentir menos necesidad de escapar de ellas y más presión para *afrentarlas activamente*. Las destrezas de afrontamiento de los internos tienden a ser muy adaptativas en las situaciones sociales. En general los internos tienen más éxito que los externos.

Los internos suelen tener un mejor ajuste psicológico global y afrontan el estrés mejor que los externos. Sin embargo, los internos experimentan mayor tensión antes de que se presente la situación conflictiva, lo que puede deberse a que éstos, en coincidencia con su aceptación del control sobre su vida, tratan de resolver los problemas antes que los externos.

Hasta este punto de análisis, parecería que siempre es mejor tener un locus de control interno, lo que en general es verdad. Pero existe una excepción importante. Cuando en *la práctica se dispone* de un control personal limitado, el locus de control externo puede ser más adaptativo. En un estudio realizado por Felton y Kahana (citado en Liebert y Liebert, 1999) con ancianos institucionalizados que, en consecuencia, tenían poco control sobre sus circunstancias, el locus de control externo se asoció con un mejor ajuste y con

sentimientos y satisfacción en el ámbito institucional. En conjunto, parece que el locus de control representa un aspecto del yo que difiere entre las personas y tiene un impacto significativo en muchas áreas de funcionamiento.

El locus de control en circunstancias diferentes (las internas en situaciones en que es más efectivo el afrontamiento activo y las externas en las circunstancias que permiten un control personal muy restringido). El locus de control puede variar con la situación específica, y aunque en general es bastante estable, puede modificarse en concordancia con el cambio de las circunstancias de la vida.

Teoría cognoscitiva social de Bandura.

Según la teoría de Bandura nuestro comportamiento recibe la influencia tanto de factores ambientales como de **variables de la persona**, incluidos pensamientos y sentimientos. Además, cada uno de los tres factores – conducta, ambiente y variables de la persona- puede influir y recibir el influjo de los otros dos factores. Denominó a este proceso **determinismo recíproco triádico**.

Un aspecto de la teoría cognoscitiva social de Bandura que ha recibido mucha atención es la más específica **teoría de la autoeficiencia percibida**, la cual afirma que el hecho de que una persona emprenda una tarea depende en parte del nivel en que perciba su eficiencia en relación con la tarea: **autoeficiencia**, que es algo más que decirnos a nosotros mismos que podemos lograrlo, es una fuerte convicción de competencia que se sustenta en la evaluación que hacemos de diversas fuentes de información sobre nuestras destrezas.

La **autoeficiencia percibida** es, al menos en parte, independiente de las habilidades reales. Una persona puede ser muy competente en determinada tarea, pero si tiene poca confianza en su destreza no es muy probable que emprenda la tarea.

Las **expectativas del resultado** aluden a la estimación que uno hace de que determinada acción produzca cierto resultado. En contraste, las **expectativas de eficiencia** son opiniones respecto a la propia competencia. La ejecución óptima por lo general exige que tanto las expectativas de eficiencia como las de resultado sean altas.

La teoría de Bandura también predice que, una vez que se inicia la tarea, la autoeficiencia percibida influye en la cantidad de energía que invertimos y en qué tanto perseveramos. Mientras mayor sea nuestra autoeficiencia, más fuertes y persistentes serán nuestros esfuerzos al afrontar obstáculos y retrocesos.

Fuentes de expectativas de eficiencia.

Nuestras expectativas de eficiencia surgen de cuatro importantes fuentes de información. La primera es el **éxito en la ejecución**, que es una fuente poderosa de información ya que proporciona experiencias directas de la habilidad personal. La segunda es la **experiencia vicaria**: al observar que otros tienen éxito en una tarea desarrollamos la expectativa de que también podemos lograrlo (modelamiento). La tercera es la **persuasión verbal**: es cuando nos dicen que podemos lograrlo, por lo cual se aumenta nuestra expectativa de eficiencia. La cuarta es la **activación emocional**: que informa a la persona acerca de su eficiencia para una determinada tarea. Es común que la gente confíe en su estado de activación fisiológica (por ejemplo, la frecuencia cardíaca y respiratoria) para juzgar su nivel de temor o ansiedad, esto puede servir como una retroalimentación que influye en las expectativas de eficiencia.

Según Bandura y cols. (citados en Liebert y Liebert, 1999) la autoeficiencia influye en como pensamos y sentimos, lo mismo que en lo que hacemos. A las habilidades cognoscitivas, como el pensamiento analítico y el desempeño académico, las mejora un fuerte sentido de competencia.

En congruencia con el principio de Bandura del determinismo recíproco triádico, existe una interacción entre la autoeficiencia y las acciones, las emociones y los procesos cognoscitivos. Esta interacción es *multidireccional* y está *multideterminada*. Por ejemplo, un estado de ánimo de felicidad puede aumentar la autoeficiencia, que a su vez hace que la gente acepte más desafíos y se desempeñe de modo más competente; asimismo, pensar en los factores que pueden mejorar el desempeño aumenta la autoeficiencia, lo que a su vez origina una mayor persistencia y, por último, el éxito de la tarea.

La teoría cognoscitiva social de la personalidad de Mischel.

Mischel (citado en Liebert y Liebert, 1999) considera cinco grandes variables de la persona como cruciales para el estudio de la personalidad.

Cada persona tiene un conjunto de destrezas o competencias cognoscitivas o conductuales -conductas abiertas y encubiertas que la persona puede iniciar cuando las circunstancias así lo exigen. Las **estrategias de codificación** y los **constructos personales** son las formas específicas de clasificar y categorizar, respectivamente, los acontecimientos interpersonales y físicos que encontramos.

Las **expectativas** son estimaciones de la probabilidad de los resultados de cursos particulares de acción en situaciones específicas. Es decir la gente le

asigna un valor personal a cada posible resultado de los cursos de acción.

Los **sistemas autorregulatorios** y los **planes** son las recompensas que el individuo se otorga y las metas personales que se establece. Proporcionan una motivación y dirección al comportamiento.

Según la teoría de Mischel, a la conducta la determinan tres factores: 1) las exigencias y restricciones de la situación, 2) las variables individuales de la persona y 3) la interacción de las variables situacionales y las de la persona.

La situación proporciona señales sobre la conducta apropiada o adaptativa, que son *mediadas* por las variables de la persona. La forma en que la persona vea la situación influirá en el curso de acción que tome.

Mischel llegó a la conclusión de que la gente por lo general es constante en la misma situación a lo largo del tiempo, es decir, que muestra una consistencia temporal. Pero que en condiciones normales la gente no muestra una consistencia transituacional porque reconoce que diferentes situaciones exigen conductas distintas, y en consecuencia modifica su comportamiento.

Mischel y cols. (citados en Liebert y Liebert, 1999) proponen que podemos ver la consistencia de la personalidad en los distintos patrones de conducta que los individuos muestran a lo largo del tiempo y entre una y otra situación. En lugar de atender al entorno meramente físico o social, se concentra en los elementos *psicológicamente significativos* de la situación.

A la conducta la determinan la interacción entre las variables de la persona y las características de la situación, en especial los elementos psicológicamente significativos de ésta última (que, sin duda, influyen en las expectativas). Sin embargo, hay momentos en los que la consistencia transituacional es elevada a pesar de las diferencias en las características psicológicas de la situación. En concreto, puede esperarse una consistencia transituacional en *circunstancias anormales*, que se caracterizan por un estrés elevado y por la necesidad de comportarse más allá de la propia competencia. En estas situaciones extremas, la gente tiende a reaccionar de manera rígida; se sirve de las formas ya conocidas de responder, aunque las respuestas puedan ser inadecuadas para la situación del momento.

En resumen, es más común que la gente muestre consistencia temporal y *no* transituacional en su comportamiento. La gente ha aprendido ciertas formas de comportamiento exitosas en situaciones específicas, y tiende a responder de la misma manera a la situación una y otra vez.

La obra de Mischel ilustra la importancia de considerar *tanto* las variables de la persona *como* las características psicológicamente importantes del

2.1.4 Enfoque Socio-cultural.

La teoría del **aprendizaje social** pone énfasis en los aspectos *sociales* de la situación que influye en la personalidad, incluido el impacto del aprendizaje y el cambio personal. Esta forma de aprendizaje se conoce como *aprendizaje por observación, modelamiento o condicionamiento vicario*.

Miller y Dollard (citados en Liebert y Liebert, 1999) argumentaron que los **modelos sociales** son factores cruciales en la determinación de cómo se comporta la gente.

Bandura y Walters (citados Liebert y Liebert, 1999) introdujeron el **aprendizaje por observación** que es el proceso por el cual la conducta de una persona, el *observador* se modifica como resultado de ser expuesto al comportamiento de otra, un *modelo*. A los componentes específicos de la conducta de un modelo se les llama **claves de modelamiento**, que pueden presentarse en vivo o de manera simbólica. El **modelamiento en vivo** alude a la observación de modelos "reales", es decir, los que están presentes físicamente. El **modelamiento simbólico** comprende la exposición indirecta a modelos, en películas, programas de televisión, lecturas y relatos verbales de la conducta de una persona.

El aprendizaje por observación abarca tres etapas:

1. En la **exposición** (observación) a las claves de modelamiento la persona tiene que presenciar y atender a la conducta del modelo.
2. En la **adquisición** (aprendizaje y recuerdo) no es el resultado automático de la exposición, pues exige que la persona preste una adecuada atención a las claves de modelamiento y las retenga; de ahí, que, en términos de la primera teoría del aprendizaje social, la adquisición sea una conducta encubierta. Sin embargo, por lo general se demuestra como una conducta abierta, en la explicación verbal o en la reproducción física que el observador hace del comportamiento del modelo. Es posible verificar con objetividad la adquisición.
3. En la **aceptación** los observadores en realidad se sirven de las claves de modelamiento como guía para sus acciones. La aceptación puede adoptar imitación o contraimitación. La **imitación** consiste en comportarse como lo hizo el modelo. La **contraimitación** estriba en proceder de manera diferente, casi opuesta. La **imitación indirecta** implica un comportamiento que si bien es parecido al del modelo no lo duplica con precisión, es similar a la generalización en el condicionamiento clásico u operante. La **contraimitación indirecta** se sirve de las claves de modelamiento como base para realizar una clase opuesta de conductas.

La exposición y la adquisición son condiciones necesarias pero *no*

suficientes para la aceptación (imitación o contraimitación). Hay una diferencia entre lo que una persona ve y recuerda y lo que al final hace. Bandura lo llamó *distinción entre adquisición y ejecución*.

Consecuencias vicarias.

Observar a un modelo suele proporcionar información sobre 1) lo que el modelo hizo y 2) los efectos de sus acciones. Las **consecuencias vicarias** son los resultados observados del comportamiento de un modelo. A partir de éstas, los observadores pueden inferir los resultados que quizá reciban por acciones similares. Las consecuencias vicarias son indirectas para el observador.

El **reforzamiento vicario** se refiere a una consecuencia que recibe el modelo y que el observador considera deseable; aumenta la posibilidad de que el observador imite al modelo. El **castigo vicario** es una consecuencia que el observador considera indeseable, y que reduce la probabilidad de que el observador imite al modelo. Influyen casi de manera invariable en la ejecución espontánea (la aceptación) de una conducta modelada por parte del observador.

En la vida cotidiana sacamos provecho de las consecuencias vicarias, "supervisamos" lo que sucede a los demás cuando realizan conductas que tal vez consideremos que podemos realizar nosotros mismos. También indican que el comportamiento del modelo es lo suficientemente importante como para garantizar una reacción, sea aversiva o reforzante. La *función de dirigir la atención* de las consecuencias vicarias aumenta la probabilidad de que el observador preste atención y recuerde lo que hizo el modelo. Así, los niños que ven que un modelo es reforzado o castigado por alguna pregunta muestran una mejor adquisición de ésta que aquellos que observan el mismo comportamiento sin consecuencias aparentes.

Las consecuencias reforzantes mejoran ambos aspectos del aprendizaje por observación (adquisición y aceptación). La observación de que un modelo recibe consecuencias punitivas *disminuye* la probabilidad de que el observador imite de inmediato al modelo, pero *aumenta* la posibilidad de que recuerde las acciones del modelo y los detalles relacionados. Al mismo tiempo, el observador tiende a olvidar las consecuencias aversivas que recibió el modelo. El resultado neto indica que las consecuencias aversivas vicarias inhiben la imitación inmediata pero no por fuerza la imitación futura, ya que es probable que el observador recuerde las acciones del modelo y los pormenores asociados pero olvide que hubo un castigo por ellos.

La gente puede aprender al observar a los otros mucho más de lo que muestra en forma espontánea. Las consecuencias vicarias de cualquier tipo (reforzantes o punitivas) mejoran la adquisición de las conductas modeladas.

Como las consecuencias aversivas no se recuerdan tan bien como las reforzantes, los observadores pueden tratar de evitar la imitación de la conducta castigada de un modelo en el muy corto plazo, pero al haber adquirido la conducta, más tarde pueden aceptarla (y utilizarla en el futuro cuando el recuerdo de las consecuencias aversivas se haya desvanecido).

Los factores que determinan si un comportamiento en particular será imitado son numerosos y muy complejos, y exceden con mucho las solas consecuencias inmediatas.

Las características del observador, del modelo y de las circunstancias circundantes influyen en el grado de aceptación de la conducta modelada.

Un primer determinante de si se aceptarán las claves de modelamiento, toda vez que las otras circunstancias permanezcan constantes, es si la conducta muestra un modelo que sea *similar* al observador.

Un segundo determinante es el número y consistencia de los modelos a los que se expone al observador. La adquisición a múltiples modelos consistentes, que de manera sucesiva o simultánea presentan la misma conducta en una determinada situación, es más eficaz que la exposición a modelos únicos, aunque se mantenga constante la cantidad total de exposición a las claves de modelamiento.

Tercero, los modelos únicos que muestran reacciones compatibles a una situación son más eficaces que los que no son congruentes o los que no "practican lo que predicán".

Cuarto, en lo que respecta a las tareas que exigen destreza o juicio, es más probable que se emulen los modelos percibidos como competentes que los menos eficaces. Realizar comportamientos que generan recompensas sugiere capacidad, lo mismo que jerarquía de edad o experiencia.

El **valor informativo** significa que entre más similar parezca el modelo al observador, y más semejantes sean sus circunstancias, más probable es que la conducta mostrada produzca consecuencias similares si la realiza el observador. Características del modelo, como el género, la edad y el nivel de destreza, proporcionan información apropiada para los observadores. Si el modelo y el observador se parecen en las características y las situaciones relevantes en que se encuentran, aumenta la probabilidad de la imitación o la contraimitación, directa o indirecta.

Roles de género y ambiente social.

Las fuerzas sociales que operan en la niñez para moldear y reforzar

conductas concretas lo siguen haciendo para asegurar la permanencia del comportamiento a lo largo del tiempo. Las fuerzas ambientales, en especial los ejemplos de quienes nos rodean, ejercen un poderoso influjo en muchas de las características que, por lo común, consideramos que reflejan la personalidad (Liebert y Liebert, 1999).

En la personalidad de cada individuo influye una combinación de fuerzas directas e indirectas, sutiles y abiertas que operan de continuo en el ambiente de cada persona. La forma en que estas fuerzas se combinan e interactúan determina en gran medida el repertorio conductual adquirido por cualquier individuo, así como el rango de conductas que la persona acepta en el curso normal de su vida. La calidad del funcionamiento en la sociedad se considera por el grado de satisfacción con que el individuo se relaciona interpersonalmente de acuerdo a su género. El género puede disminuir o ampliar los efectos dañinos del estrés, por lo cual el afrontamiento puede ser eficaz o ineficaz.

Asimismo, el género influye en el grado de autopercepción de riesgo de los individuos, tal como lo afirma Villagrán en su estudio denominado "Autopercepción de riesgo y uso del condón en estudiantes universitarios mexicanos", realizado en 1993, en el cual encontró diferencias estadísticamente significativas en la autopercepción de riesgo de contraer SIDA considerando las variables del patrón sexual y el género.

Por lo anterior, es importante para esta investigación realizar una breve revisión sobre el término género, el cual influye tanto en las estrategias de afrontamiento como en la percepción y autopercepción de riesgo de los individuos.

El término género se refiere a las diferencias entre los sexos determinadas por los aspectos sociales. Casi todas las características de personalidad que en la cultura occidental se aceptan como "masculinas" (dominación, independencia, competitividad) y "femeninas" (protección, cooperación, empatía), descansan en estereotipos por mucho tiempo sostenidos sobre la conducta que es "apropiada" para hombres y mujeres. Los teóricos contemporáneos afirman que la masculinidad y la femineidad representan dos dimensiones distintas e independientes de la personalidad. La perspectiva bidimensional contemporánea de las características de personalidad relacionada con el género plantea que cada persona, independientemente de su sexo genético, puede expresar lo mismo rasgos antes considerados como masculinos que rasgos que anteriormente se consideraban como femeninos.

La combinación de la perspectiva bidimensional permite cuatro categorías posibles de los "tipos de roles sexuales": 1) los individuos con

tipificación sexual que se ajustan de cerca a los roles estereotipados de su propio sexo genético, 2) los tipos transexuales, que se inclinan más a los rasgos asociados con el sexo genético opuesto y muestran más o menos pocas características asociadas con su propio sexo, 3) la gente con una tipificación sexual indiferenciada, que muestra pocos rasgos fuertemente asociados con cualquier sexo, y 4) los individuos andróginos, que presentan muchas características asociadas con los estereotipos de ambos roles, masculino y femenino.

Aprendizaje social de los roles de género.

Desde el nacimiento, ambos progenitores perciben a los pequeños de manera distinta a las pequeñas y los tratan en consecuencia. Niños y niñas son reforzados de manera diferente por diversos comportamientos. En general, a las niñas se les alienta a ser dependientes y mostrar emociones positivas y sensibilidad interpersonal, mientras que a los muchachos se les anima a ser independientes y participar en actividades físicas competitivas.

Todas las características de los modelos influyen en la aceptación o el rechazo del niño hacia sus comportamientos. Para este análisis es de particular importancia el hecho de que los niños reconocen su pertenencia a un sexo en particular a muy corta edad y tienden a emular el proceder de los adultos del mismo sexo más que el de los del sexo opuesto. Así, los padres transmiten con facilidad a los hijos de su mismo sexo el comportamiento correspondiente a su género. Pero en los puntos en que difieren los roles de padres y madres, los niños suelen imitar las conductas del progenitor de su mismo sexo en lugar de cruzar la línea del género.

En la adquisición y la aceptación de los roles de género influyen entonces tanto los mecanismos del aprendizaje social como las interacciones con las instituciones del ambiente social. Los efectos del condicionamiento y el aprendizaje por observación no se limitan a la conducta asociada con el rol de género. Estas mismas influencias se extienden a todos los tipos de comportamiento social y son inculcadas por la fuerza combinada de medios de comunicación, familia, grupos e instituciones sociales, así como por el ambiente cultural más general.

La aculturación es el proceso por el que los valores, creencias, opiniones y conductas de una cultura se transmiten a sus miembros. El aprendizaje por observación y las interacciones con el entorno social son cruciales para el proceso de aculturación. Los miembros de una cultura determinada transmiten a otros los valores de la cultura directa e indirectamente mediante la comunicación verbal y la no verbal. Como resultado podemos interactuar con acierto con gente de nuestra propia cultura.

El aprendizaje social y la aculturación tienen lugar en los llamados **escenarios de la actividad**, que son los contextos ambientales específicos en que se transmiten valores culturales a los otros. Gallimore y cols. (citados en Liebert y Liebert, 1999) definen *estos escenarios* como "los escenarios de la actividad son la arquitectura de la vida cotidiana, no un currículo deliberado; son las partes hogareñas y familiares diarias de la familia".

2.2 Moos y Billings.

Moos y Billings (1982) desarrollaron una perspectiva integrativa, que considera a las estrategias de afrontamiento como una capacidad (conjuntamente con otros recursos) que puede aumentar o disminuir las demandas de la vida y los estresores. En la perspectiva se conceptualiza la relación entre los eventos o estresores de la vida y el funcionamiento, teniendo como mediadores los recursos de afrontamiento personales y ambientales y los procesos de afrontamiento, la valoración cognoscitiva, así como sus interrelaciones. Los eventos de la vida son considerados como estresores a corto plazo, a largo plazo, inherentes al desarrollo, estresores secuenciales y tensiones crónicas de la vida. Este modelo conceptual destaca que los eventos de la vida, los recursos de afrontamiento de la persona y el ambiente en el que se desarrollan los eventos, pueden afectar el proceso de valoración-revaloración, así como la selección de las respuestas de afrontamiento y su efectividad.

Estos autores enfatizan cuatro perspectivas teóricas dentro del afrontamiento, las cuales analizan la definición y la medición de los procesos y recursos de afrontamiento:

1. La perspectiva psicoanalítica, enfatiza los procesos o funciones del yo (mecanismos de defensa o función defensiva, la función sintética, los procesos de realidad o la función autónoma y las áreas libres de conflicto del yo) para resolver los conflictos que surgen entre los impulsos y la realidad externa. Es decir, los procesos del yo sirven para resolver los conflictos entre los impulsos de un individuo y la represión de la realidad externa.

2. La perspectiva del ciclo de vida, formulada por Erikson en 1963, se centra en la acumulación gradual de los recursos personales de afrontamiento en la vida de un individuo. Enfatiza que el manejo exitoso de las transiciones del desarrollo incrementan los recursos personales del afrontamiento, tales como la autoestima, la autosuficiencia, un sentido de poder y locus de control interno. Los recursos personales de afrontamiento aumentan durante la adolescencia y durante los años de la adultez joven, los cuales son integrados en el autoconcepto e influyen en los procesos de afrontamiento durante la adultez y la vejez. Esta perspectiva asume que la adecuada resolución de la transición y de la crisis que ocurre en cada punto en el ciclo de la vida representan recursos de afrontamiento que pueden ayudar a resolver las subsecuentes crisis.

3. La teoría evolucionista y de modificación de conducta, hace énfasis en las estrategias y actividades conductuales dirigidas a la solución de problemas que pueden aumentar el sentido de autosuficiencia y la supervivencia individual y de las especies. La orientación cognoscitivo conductual incluye las

habilidades de solución de problemas y la valoración cognoscitivo individual para el manejo de un evento.

4. La aproximación cultural y socioecológica, enfatiza las conductas de afrontamiento para establecer una adaptación al medio ambiente físico y cultural. Además de remarcar la cualidad de las conductas adaptativas orientadas hacia la solución del problema. La adaptación a las condiciones del ambiente físico y cultural se facilita por los efectos cooperativos de la comunidad humana, la cual está adaptada al ambiente. Un importante campo de estos recursos es la provisión de una forma de afrontamiento cultural, resolución y métodos de enseñanza de las habilidades necesarias para lograr la solución de los problemas. Otro campo son las redes sociales, las cuales pueden proporcionar recursos interpersonales como comprensión emocional, guía cognoscitiva y apoyo tangible.

Por su parte, Moos y Billings (1982) clasifican a las respuestas de afrontamiento de dos formas, las cuales se refieren al método de afrontamiento y al foco del afrontamiento.

CLASIFICACION DE ACUERDO CON EL METODO DE AFRONTAMIENTO.

Los autores señalan tres formas básicas de afrontamiento en términos de su método, las cuales son:

Cognoscitivo activo.

Se refiere a los intentos activos para resolver los eventos estresantes de una manera cognoscitiva, intrapsíquicamente o a una redefinición de las demandas para lograr hacerlas más manejables. Es decir, se centra en el análisis o valoración y revaloración de las demandas o amenazas percibidas o provocadas por una situación, para tratar de entenderlas o comprenderlas y dárles un significado o modificárselo, logrando así manejar la tensión provocada por la situación.

El afrontamiento centrado en la valoración puede estar dirigido a la situación concreta o a los aspectos afectivos de un problema (o a ambos).

El afrontamiento cognoscitivo activo incluye los intentos para manejar las valoraciones propias de los eventos estresantes; así como, identificar la causa de los problemas y ensayar mentalmente acciones posibles y sus consecuencias.

También incluye estrategias cognoscitivas mediante las cuales una

persona acepta la realidad de la situación pero sólo la reestructura para encontrar algo favorable, por ejemplo pensar que las cosas pueden ser peor, pensar que uno es afortunado con respecto a otras personas, etc.; tales estrategias pueden minimizar los aspectos negativos de los eventos estresantes y así ayudar a promover el reajuste.

Conductual activo.

El afrontamiento conductual activo involucra directamente las acciones para eliminar o reducir las demandas y/o incrementar los recursos para manejarlas. Es decir, se refiere a las conductas manifiestas que intentan manejar directamente el problema y sus efectos, tales como tratar de conocer más sobre la situación, tomar acciones positivas para resolverla, etc.

Cognoscitivo evitativo

Se refiere a los intentos para evitar enfrentarse al problema, negar o minimizar la seriedad de una crisis o para reducir indirectamente las tensiones emocionales por medio de conductas.

Estas estrategias también son descritas como mecanismos de defensa (negación, aislamiento, desplazamiento, etc.) porque son respuestas de autoprotección ante el estrés o la ansiedad; no conllevan un valor constructivo, ya que sólo alivian temporalmente a un individuo de la sobrecarga de ansiedad, aunque pueden proporcionar el tiempo necesario para adquirir otras estrategias.

CLASIFICACION DE ACUERDO CON EL FOCO DE AFRONTAMIENTO.

La clasificación de acuerdo con el foco de afrontamiento se divide en dos áreas, las cuales son: Centrado en el Problema y Centrado en las emociones, que a su vez tienen subdivisiones.

Centrado en el Problema.

Busca confrontar la realidad de una crisis y sus consecuencias tangibles e intentar construir una situación más satisfactoria. Asimismo, busca la modificación o eliminación de la fuente de estrés, manejar consecuencias de un problema o activar cambios en la estructura del yo y resolver una situación de forma satisfactoria.

Las estrategias enfocadas al problema pueden dirigirse a:

a) **Análisis lógico.** Involucra intentos para manejar la situación

estresante mediante un análisis objetivo de la situación. Tales respuestas de afrontamiento incluyen tomar planes a corto plazo para manejar los resultados reales y considerar el ambiente que puede ayudar o limitar las metas a conseguir.

b) Buscar Información o ayuda. Abarca la búsqueda de información sobre el problema y sobre los tipos de acciones alternativas que se pueden realizar y sus probables resultados. Las respuestas en esta categoría incluyen obtener dirección y guía de una autoridad o un profesional, hablar con personas importantes o amigos sobre el problema.

c) Tomar acciones para solucionar el problema. Se refiere a las acciones concretas para manejar directamente la crisis o sus consecuencias. Estas estrategias involucran realizar planes alternativos, tomar acciones específicas y concretas para manejar directamente la situación. Tales conductas pueden generar una sensación de competencia, autosuficiencia y autoestima cuando las personas toman estrategias de afrontamiento asertivas.

Centrado en las Emociones.

El afrontamiento centrado en las emociones se dirige a manejar los sentimientos o emociones provocadas por una crisis o un estresor específico y para mantener el equilibrio afectivo. Incluye respuestas conductuales o cognoscitivas cuya función principal es controlar las consecuencias emocionales de los estresores.

Las estrategias enfocadas a las emociones pueden dirigirse a la regulación afectiva o a la descarga emocional.

a) Regulación afectiva.

Involucra el control de los efectos directos de las emociones provocadas por el problema mediante un aplazamiento consciente de los impulsos.

b) Descarga emocional.

Incluye la expresión franca y abierta de las emociones provocadas por un evento, lo cual permite la salida de los sentimientos de enojo y desesperación; asimismo, se manifiestan expresiones verbales para desahogarse.

Las respuestas de afrontamiento antes explicadas son las más comunes para manejar los cambios de vida o las exigencias internas o externas. Tales respuestas son raramente usadas solas o exclusivamente, ya que generalmente una crisis presenta un determinado tipo de tareas que requieren de una combinación o de una secuencia de respuestas de afrontamiento para

resolverías en forma adaptativa.

RECURSOS DE AFRONTAMIENTO

En contraste al afrontamiento, el cual se refiere a lo que el individuo hace, los recursos de afrontamiento se refieren a lo que el individuo tiene. Los recursos son rasgos, habilidades o medios materiales o humanos que pueden ser usados para conocer o manejar las demandas que deben afrontarse.

Tales recursos son características disposicionales relativamente estables que afectan los procesos de afrontamiento y a su vez son afectados por los resultados de anteriores respuestas de afrontamiento. Estos recursos pueden afectar tanto la valoración de las situaciones estresantes, como la selección de las respuestas de afrontamiento para manejar la situación.

Los recursos de afrontamiento y los procesos cognoscitivos personales pueden intervenir en la anticipación de los eventos, lo cual puede lograr que se eviten o superen de una manera más temprana y eficaz.

2.3 Pearlin y Schooler.

El afrontamiento para Pearlin y Schooler (1978) es definido como el comportamiento que protege a la gente de ser dañada psicológicamente por experiencias de la problemática social y; asimismo, es el mediador del impacto que las sociedades tienen sobre sus miembros.

Los autores mencionan que la función protectora del comportamiento de afrontamiento puede ejecutarse de tres maneras: 1. por eliminar o modificar condiciones que dan origen a problemas; 2. controlando de modo perceptivo el significado de experiencias de manera que neutralicen su carácter problemático y 3. mantener las consecuencias emocionales de problemas dentro de límites manejables.

El afrontamiento funciona en un número de niveles y es logrado por una variedad de comportamientos, cogniciones y percepciones. Podría decirse entonces que el afrontamiento es un término genérico que puede significar por ejemplo, resolver efectivamente los problemas que cotidianamente se presentan en una persona.

Según los autores, los recursos de afrontamiento se refieren no a lo que la gente hace, sino a lo que está disponible a ellos para desarrollar su repertorio de estrategias de afrontamiento. Estos recursos los clasifican en recursos sociales, recursos psicológicos y respuestas específicas de afrontamiento.

Recursos sociales.

Están representados por las redes interpersonales de las cuales las personas forman parte y que son una fuente potencial de apoyo en los momentos cruciales, por ejemplo: la familia, los amigos, los compañeros de trabajo y asociaciones voluntarias.

El afrontamiento y los recursos sociales son dos conjuntos de factores que pueden disminuir o ampliar los efectos dañinos del estrés. La premisa subyacente respecto al papel moderador de los recursos sociales es que las personas con más y mejores recursos están protegidas de los efectos adversos del estrés.

Contar con una amplia gama de habilidades sociales representa un importante recurso de afrontamiento debido al papel que juega la actividad social en cuanto a la adaptación humana. Estas habilidades son: capacidad de poder comunicarse y de actuar en forma socialmente adecuada y efectiva con los demás.

Recursos psicológicos.

Son las características de personalidad que el individuo utiliza como resistencia ante amenazas provocadas por sucesos u objetos en su ambiente. Se han distinguido tres tipos de personalidad los cuales son personalidad-estima, que se refiere a la certeza de una actividad positiva hacia uno mismo, la cual es atenuante de la tensión; personalidad-denigración, indica el alcance en el que el sujeto retiene actitudes negativas hacia él mismo, lo cual le crea mayor ansiedad, personalidad-maestría, concierne al alcance en el cual los cambios de la vida están bajo control del sujeto.

Respuestas específicas.

Las respuestas específicas de afrontamiento son el comportamiento, las cogniciones y las percepciones que la gente realmente compromete cuando se está confrontando con los problemas de la vida. También representan algunas cosas que la gente hace, sus esfuerzos concretos para enfrentar las tensiones de la vida; asimismo, tales respuestas pueden ser influidas por los recursos psicológicos del individuo.

Para Pearlin y Schooler decir que una persona afrontó significa que la situación fue solucionada, y si por otro lado se dice que no afrontó, quieren significar que lo que hizo la persona fue inefectivo o inadecuado. Puede haber períodos de tiempo en los cuales no hay demandas activas para afrontar, pero durante esos intervalos los modelos de afrontamiento están listos a ser movilizados cuando se presente la necesidad. La eficacia de un comportamiento de afrontamiento, por lo tanto, no puede juzgarse únicamente cuando elimina las privaciones y problemas de la vida; debe juzgarse cuando previene estas privaciones que resultan de la tensión emocional.

El criterio para evaluar la eficacia del afrontamiento debe tomar en cuenta el examen de un conjunto de variables, como son los recursos psicológicos, las respuestas de afrontamiento que los individuos utilizan para confrontar las tensiones.

2.4 Lazarus y Folkman.

Lazarus y Folkman (1986) manifiestan que el concepto de afrontamiento se encuentra en dos clases de literatura teórica/empírica muy distintas: la una se deriva de la experimentación tradicional con animales y la otra, de la teoría psicoanalítica del ego.

En el modelo animal, se define frecuentemente el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas. El tema central del modelo animal es el concepto unidimensional de *drive* o *arousal* y toda la experimentación se centra principalmente en la conducta de huida y de evitación.

Este modelo se halla influido por las teorías de Darwin según las cuales la supervivencia del animal depende de su habilidad para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno y así poder evitar, escapar o vencer a los agentes nocivos. El animal depende de su sistema nervioso para realizar la oportuna discriminación para su supervivencia.

En el modelo psicoanalítico de la psicología del ego, se define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. La diferencia principal entre la forma de tratar el afrontamiento en este modelo y en el modelo animal radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno. Aunque la conducta no queda del todo ignorada, es considerada de menor importancia que el factor cognición.

Otra diferencia entre ambos modelos es que la psicología psicoanalítica del yo diferencia entre varios procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo-entorno. Por ejemplo, Menninger (1963), Haan (1969, 1977) y Vaillant (1977) (citados en Lazarus y Folkman, 1986) ofrecen una jerarquía en la que el afrontamiento hace referencia a los procesos más organizados o maduros del ego; a continuación vendrían las defensas, que se refieren a las formas neuróticas de adaptación, también distribuidas jerárquicamente y, por último, se encontrarían los procesos que Haan llama de fragmentación o fracaso del ego, que Menninger (citado en Lazarus y Folkman, 1986) homologa a los niveles regresivos o psicóticos de conducta.

A partir del estudio de estos dos modelos Lazarus y Folkman (1986) definen al afrontamiento como *aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.*

Esta definición enfatiza que el afrontamiento se define en función de lo que una persona piensa o hace, y no en términos de adaptación, dominio del entorno o resultados.

Se trata de un planteamiento orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de como rasgo, lo cual se refleja en las palabras *constantemente cambiante* y *demandas específicas* y conflictos.

Esta definición implica una *diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada*, al limitar el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

El problema de *confundir el afrontamiento con el resultado obtenido* queda solventado al definir el afrontamiento como los *esfuerzos* para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga.

Al utilizar la palabra *manejar*, evitamos también equiparar el afrontamiento al dominio. Manejar puede significar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como dominar el entorno.

El planteamiento del afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo *realmente* piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas condiciones. Segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un *contexto específico*. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un *cambio* en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquéllas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

La dinámica que caracteriza el afrontamiento como proceso son las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Las variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior, modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. También puede haber cambios en el entorno, independientes del individuo y de su actividad para afrontarlo. Cualquier cambio en la relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de qué está ocurriendo, de su

importancia y de lo que puede hacerse al respecto. El proceso de reevaluación, a su vez, influye en la actividad de afrontamiento posterior. Por tanto, el proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognoscitivas que difieren de la evaluación en el hecho de que la siguen y la modifican.

El afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene. Una estrategia puede servir a una función determinada pero fracasar en su intento de evitar. Las funciones no se definen en términos de resultados.

La definición de funciones de afrontamiento depende del marco teórico sobre el que se conceptualiza el afrontamiento y/o en cuyo contexto se analiza.

Existe una diferencia entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar. El primero se entiende como *afrontamiento dirigido al problema* y el segundo como *afrontamiento dirigido a la emoción*.

Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones nocivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción.

Los procesos cognoscitivos son los encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la tensión selectiva y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Asimismo, existen otras estrategias cognoscitivas que incluyen aquellas dirigidas a *augmentar* el grado de trastorno emocional; algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor y para encontrar alivio necesitan experimentar primero un trastorno intenso para pasar luego al autorreproche o a cualquier otra forma de autocastigo.

Ciertas formas cognoscitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Estas estrategias equivalen a la *reevaluación*.

Utilizamos el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la

esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no nos importara, etc. Estos procesos conducen por sí mismos a una interpretación de autodecepción o de distorsión de la realidad.

Modos de afrontamiento dirigidos al problema.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son utilizadas para buscar soluciones alternativas, en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación.

Kahn y cols. (citado en Lazarus y Folkman, 1986) hablan de dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. En el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc., y en el segundo grupo se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognoscitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

El hecho de que la definición de estrategia de afrontamiento dirigida al problema sea en cierta medida dependiente de los tipos de problemas a afrontar, significa que las comparaciones transituacionales de tales tipos de estrategias son más difíciles de realizar que las comparaciones transituacionales de las estrategias dirigidas a la emoción.

El afrontamiento dirigido a la emoción y el dirigido al problema, generalmente coexisten. Por ejemplo, las descripciones de recuperaciones de acontecimientos traumáticos, como pueden ser una lesión de disco medular o la muerte de un ser querido, muestran un modelo común en el que aparece un periodo de negación o minimización (afrontamiento dirigido a la emoción) inmediatamente después de que se dé el acontecimiento, para ser sustituido gradualmente por actividades dirigidas al problema: preocupación por los programas de tratamiento, acomodación a las limitaciones impuestas por el accidente y, en general, restablecimiento del interés por la vida.

El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). A partir de los casos observados y de la investigación empírica se puede sostener la idea de que existen dos tipos de funciones: el afrontamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción se influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse.

Aduna a su vez afirma que la investigación sobre afrontamiento ha señalado que una de las funciones de éste es la regulación de la emoción que provoca un estresor (Moos, 1977; McCrae, 1984). Por otro lado, se ha enfatizado en que la función del afrontamiento en la solución de problemas es la facilitación de la toma de decisiones y/o la acción directa para remover los estresores (Averill, 1973; Silver y Wortman 1980), (citados en Aduna, 1998).

2.5 Evaluación del afrontamiento por Sánchez-Cánovas.

El autor en Buéla-Casal (1991), manifiesta que Lazarus estableció en 1966 que el estrés consta de tres procesos: la evaluación primaria, la evaluación secundaria y el afrontamiento, considerando al estrés como la relación existente entre el sujeto y el entorno, que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar. Esta formulación se opone a las concepciones clásicas que consideraban al estrés bien como estímulo bien como respuesta únicamente.

Para Sánchez-Cánovas el análisis se centra en la persona al analizar sus <<modos de afrontamiento>> que, sin ser un rasgo disposicional en el sentido clásico, caracterizan a la persona.

La *evaluación primaria* es el proceso de percibir una situación o acontecimiento como amenaza, adoptando dos perspectivas: la cognición y la emoción. La cognoscitiva incluye la evaluación de los riesgos o apuros que una persona sufre en un enfrentamiento específico. La de la emoción, defiende que las emociones reflejan la evaluación que una persona lleva a cabo de una confrontación como perjudicial, amenazante, desafiante y/o benigna. La *evaluación secundaria* es el proceso de elaborar en la mente una respuesta a la amenaza potencial, determinar qué puede hacerse frente al acontecimiento con el cual nos confrontamos. El *afrontamiento* es el proceso de ejecutar esa respuesta.

Evaluación primaria.

Desde el punto de vista de la cognición la evaluación primaria se ha estudiado por medio de un cuestionario de trece ítems, agrupados en los seis factores siguientes: I) amenazas a la autoestima; II) amenazas a un ser querido; III) no alcanzar una meta importante en el trabajo; IV) pérdida del respeto de otra persona; V) dificultades económicas; y VI) amenazas al bienestar propio.

Desde el punto de vista de la *emoción* ha sido evaluada a partir de un cuestionario de 15 ítems que incluye dos partes, la primera referida a las emociones anticipatorias; la segunda, a los resultados. Las anticipatorias se dividen en dos: la amenaza y el desafío. Las emociones relacionadas con los resultados también son de dos tipos: daño y beneficio.

Evaluación secundaria.

El cuestionario de <<Modos de Afrontamiento>> incluye cuatro ítems referidos a la evaluación secundaria: I) Podía cambiar la situación o hacer algo

al respecto: II) Tenía que aceptarla; III) Necesitaba más datos antes de poder hacer nada; y IV) Tuve que contenerme y no hacer lo que quería.

El afrontamiento.

Como señalan Lazarus y Folkman (citados en Buela-Casal, 1991), a finales de 1970 se operó un cambio muy significativo que desplazó la atención del estrés *per se* al afrontamiento. Se hizo evidente que era necesario describir y medir adecuadamente los procesos de afrontamiento.

Sánchez-Cánovas en Buela-Casal (1991), manifiesta que la primera versión de la escala <<Modos de Afrontamiento>>, diseñado por Folkman y Lazarus en 1980 contaba con 68 ítems que describen ampliamente una serie de estrategias cognoscitivas y comportamentales que las personas utilizan para dirigir las demandas internas y/o externas de las confrontaciones estresantes. Posteriormente la escala fue revisada en 1985, ésta contiene dos escalas derivadas racionalmente: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción. El afrontamiento orientado al problema tiene como función manejar la fuente del estrés, mientras que el orientado a la emoción se dirige a regular las emociones estresantes. El primer tipo de afrontamiento tiende a predominar en situaciones donde la persona considera que puede hacerse algo constructivo, mientras que el segundo, el centrado en la emoción, tiende a predominar cuando la persona experimenta que el estresor es algo perdurable.

Folkman y sus colaboradores derivaron, por medio de análisis factorial ocho subescalas. Sánchez-Cánovas ha replicado esa misma estructura de ocho subescalas. Estas ocho subescalas comprenden 50 ítems de los 67 ítems de la revisada. Estas subescalas son:

Escala 1. *Confrontación*: describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo.

Escala 2. *Distanciamiento*: describe los esfuerzos para separarse.

Escala 3. *Autocontrol*: describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

Escala 4. *Búsqueda de apoyo social*: describe los esfuerzos para buscar apoyo.

Escala 5. *Aceptación de la responsabilidad*: reconocimiento del propio papel en el problema.

Escala 6. *Huida-Evitación*: describe el pensamiento desiderativo. Los ítems de esta escala que sugieren huida y evitación contrastan con los ítems de la escala de distanciamiento, que sugieren separación.

Escala 7. *Planificación*: describe los esfuerzos deliberados centrados en el problema para alterar la situación unido a la aproximación analítica para resolver el problema.

Escala 8. *Reevaluación positiva*: describe los esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.

Sánchez-Cánovas dentro del contexto teórico de Lazarus y su grupo de investigación, propone un diseño para la evaluación de los modos de afrontamiento que, además de posibilitar medidas normativas, se centra primordialmente en los estudios de caso único. Este diseño incluye también el uso de la escala de <<Modos de Afrontamiento>>, así como las de evaluación primaria y secundaria, pero antes determina una serie de exploraciones peculiarmente idiosincráticas.

En primer lugar, se parte de la concepción de que el estrés psicológico tiene en las contrariedades de la vida cotidiana uno de sus determinantes principales. Por ello, se pide a los sujetos que indiquen 15 situaciones de su vida ordinaria que en los dos últimos meses les han ocasionado molestias, ansiedad, trastorno, perjuicio, etc. Estas 15 situaciones no constituyen en sí una medida del estrés, pero sí indican cuáles son los acontecimientos que lo desencadenan.

En segundo lugar, el sujeto debe describir con detalle el problema, seguidamente debe explicar qué <<pensó>> o <<hizo>> para afrontar la situación y qué <<sintió>> cuando se confrontó con dicha situación.

Para esto, es preciso aplicar los conocimientos psicológicos propios del área explorada para interpretar los datos. La teoría que el autor propone para la interpretación de este tipo de datos es la de Lazarus, es decir, utilizar de modo distinto los procedimientos usuales, para lo que sugiere abandonar, al menos parcialmente, la engañosa facilidad de las puntuaciones y percentiles y, en su lugar, adentrarse en la persona concreta a quien se dirige nuestra evaluación. Así pues, el esquema imperativo es el siguiente:

- a) *Fuente*: especificada en la descripción de la situación y en las cuestiones complementarias.
- b) *Evaluación primaria a través de la emoción*: categorizar la emoción experimentada por esta persona en su confrontación con el acontecimiento.
- c) *Modos de afrontamiento*: categorizar utilizando como pauta las 8 subescalas del cuestionario sobre <<Modos de Afrontamiento>>.

Posteriormente, el sujeto puede completar la escala <<Modos de Afrontamiento>> de Folkman y Lazarus en su versión reducida de 50 ítems y 8 subescalas para las situaciones calificadas por el propio sujeto como máximamente estresantes.

Este procedimiento evaluativo nos abre las vías para el tratamiento posterior. Sabemos que <<los problemas a los que no se encuentra solución

desembocan en un malestar crónico. Cuando las estrategias de afrontamiento ordinarias fracasan, aparece un sentimiento creciente de indefensión que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones>>. De acuerdo con el tipo de situación o patrón de situaciones estresantes descritas por la persona, su evaluación y modos de afrontamiento, podemos establecer una intervención psicológica centrada en el estrés y su afrontamiento.

El modelo de evaluación que plantea Sánchez-Cánovas está orientado al estudio del caso único. Cada persona puede ser evaluada individualmente teniendo en cuenta sus puntuaciones en las 8 subescalas de los <<Modos de Afrontamiento>> a través de las 15 situaciones que, según su autoinforme, le ocasionan perturbación o estrés en su vida ordinaria.

Finalmente el autor sugiere una aproximación multivariada al caso único, que ciertamente con limitaciones, proporciona información relevante sobre la persona evaluada.

2.6 Evaluación del afrontamiento por Lazarus y Folkman.

Ciertas presiones y demandas ambientales según Lazarus y Folkman (1986), producen estrés en un número considerable de personas, *las diferencias individuales y de grupo*, en cuanto a grado y clase de respuesta son siempre manifiestas.

Por ejemplo, ante situaciones similares encontramos respuestas de cólera, depresión, ansiedad o culpabilidad, incluso algunos individuos ante la misma situación pueden sentirse provocados en lugar de amenazados. Ante un insulto, un individuo reacciona ignorándolo y otro encolerizándose y planeando venganza. Para poder entender las diferencias observadas en la respuesta ante situaciones similares, debemos tener en cuenta los procesos cognoscitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción.

De acuerdo con los argumentos de Lewin (citado en Lazarus y Folkman, 1986), sostenemos que lo que realmente importa es la <<situación psicológica>>, resultado de la interacción entre el entorno y los factores del individuo.

Para entender el proceso de evaluación, por ejemplo, el hombre para poder sobrevivir, necesita distinguir entre situaciones favorables y situaciones peligrosas. Tal distinción suele ser sutil, compleja y abstracta y depende de un sistema cognoscitivo eficiente y de una gran versatilidad, posibles ambos por la evolución de un cerebro que es capaz de realizar actividad simbólica y que se enriquece con todo lo aprendido sobre el mundo y nosotros mismos a través de nuestras experiencias.

La evaluación cognoscitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse.

Arnold (citado en Lazarus y Folkman, 1986) fue la primera que intentó tratar el concepto de forma sistemática. Consideró la evaluación como el determinante cognoscitivo de la emoción, describiéndola como un proceso rápido e intuitivo que ocurre de forma automática y que se diferencia del pensamiento reflexivo, más lento y más abstracto.

El concepto de evaluación cognoscitiva resulta fácil de entender si ésta es considerada como aquel proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo; es algo *evaluativo*, que hace referencia a las repercusiones y consecuencias, y que tiene lugar de forma continua durante todo estado de vigilia.

En todas las evaluaciones anteriores Lazarus y Folkman han hecho una distinción entre *evaluación primaria* y *evaluación secundaria*.

Evaluación primaria.

En la evaluación primaria se distinguen tres clases: 1. irrelevante, 2. benigna-positiva y 3. estresante.

1. **Irrelevante**, es cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo. El mismo no siente interés por las posibles consecuencias o, dicho con otras palabras, el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso; no se pierde ni se gana nada en la transformación.

2. **Benigno-positivas**, se presenta si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Se caracterizan por generar emociones placenteras. Sin embargo, tales evaluaciones sin cierto grado de aprehensión, son raras, ya que casi siempre existe culpabilidad o ansiedad ante dichas evaluaciones.

3. **Estresantes**, significan daño/pérdida, amenaza y desafío.

Se considera *daño o pérdida* cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio, algún daño a la estima propia o social, o bien haber perdido algún ser querido.

La *amenaza* se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén. Aún cuando hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenaza por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo. La importancia adaptativa primaria de la amenaza se distingue del daño/pérdida en que permiten el afrontamiento anticipativo. En la medida en que el futuro es predecible, el ser humano puede planear y tratar por anticipado algunas de las dificultades que espera encontrar.

El *desafío*, tiene mucho en común con la amenaza en el sentido en que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento. La diferencia es que en el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras; en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativas.

Aunque las evaluaciones de amenaza y desafío difieren entre sí por sus componentes cognoscitivos (la valoración del daño o pérdida potencial vs. el dominio o la ganancia) y afectivo (las emociones negativas vs. las positivas) pueden ocurrir en forma simultánea.

La relación entre las evaluaciones de amenaza y desafío pueden cambiar a lo largo de una misma situación; ésta puede evaluarse en principio como más amenazante que desafiante, para pasar luego a considerarse a la inversa, como resultado de los esfuerzos cognoscitivos de afrontamiento, los cuales hacen que el individuo considere el acontecimiento desde un punto de vista más positivo.

Evaluación secundaria.

Ante el peligro, amenaza o desafío se actúa sobre la situación; en este caso predomina una forma de evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse. La evaluación secundaria es característica de cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo, y de lo que está en juego.

Es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de forma efectiva.

Las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y las primarias, interaccionan entre sí determinando el grado de estrés y la intensidad y calidad (o contenido) de la respuesta emocional. Esta interacción puede ser muy compleja si el individuo se siente incapaz de enfrentarse con una demanda, el estrés que aparecerá será relativamente grande ya que el daño/pérdida no puede vencerse ni prevenirse. Si las consecuencias de una determinada confrontación son importantes para el individuo, la impotencia puede llegar a desbordarlo.

Reevaluación.

El concepto de reevaluación hace referencia a un cambio introducido en la evaluación inicial en base a la nueva información recibida del entorno (la cual puede eliminar la tensión del individuo o bien aumentarla) y/o en base a la información que se desprende de las propias reacciones de éste. Una reevaluación es simplemente una evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla.

Una reevaluación defensiva consiste en cualquier esfuerzo que se haga para reinterpretar una situación del pasado de forma más positiva o bien para afrontar los daños y amenazas del presente mirándolos de una forma menos negativa, ésta es autoinducida, proviene de la necesidad interna del individuo más que de las presiones del entorno.

Factores personales que influyen en la evaluación.

La *vulnerabilidad* se halla estrechamente relacionada con la evaluación cognoscitiva. Con frecuencia, la vulnerabilidad se considera en términos de recursos de afrontamiento; una persona vulnerable es aquella cuyos recursos de afrontamiento son insuficientes. Sin embargo, ésta viene determinada por la importancia de la amenaza implícita en la situación.

Entre los factores personales más importantes que afectan la evaluación cognoscitiva se hallan los compromisos y las creencias. Los *compromisos* afectan la evaluación dirigiendo o apartando a los individuos de situaciones que representan amenaza, daño o beneficio, mediante la adaptación de su sensibilidad a las señales emitidas por el entorno. Influyen también sobre la evaluación mediante su efecto sobre la vulnerabilidad. Las *creencias* determinan la forma en que una persona evalúa lo que ocurre o va a ocurrir a su alrededor. Las creencias existenciales y aquellas que se refieren al control personal son las que tienen un interés particular en la teoría del estrés. Las creencias sobre el control personal pueden ser generales y situacionales. Las primeras hacen referencia al grado en que una persona piensa que las situaciones pueden resultar controlables en general y son las que se afectan principalmente cuando esas situaciones son ambiguas. Cuanta *menos* ambigüedad exista en una situación, *mayor* es la probabilidad de que las evaluaciones situacionales de control afecten la emoción y el afrontamiento.

Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas.

Los procesos de evaluación y afrontamiento, influyen en la adaptación. Las tres clases básicas de resultados aparecen en el ámbito del trabajo y de la vida social, en el resultado de la satisfacción moral o vital y en el de la salud del organismo. La calidad de vida y lo que entendemos por salud mental y física van ligadas a las formas de evaluar el estrés de la vida.

Las personas que en su infancia son protegidas en determinadas situaciones tienen mayor probabilidad de ser posteriormente altamente vulnerables al estrés, puesto que no han tenido la oportunidad de aprender las estrategias necesarias para afrontar la vida diaria.

Funcionamiento social.

El funcionamiento social se entiende como la forma en que el individuo lleva a cabo sus distintos roles sociales; se define psicológicamente como la satisfacción obtenida a partir de las relaciones interpersonales y/o en términos de las predisposiciones y habilidades necesarias para conseguirla. La calidad del funcionamiento en la sociedad y en el mundo laboral debe considerarse en

parte a través de la opinión del individuo sobre su grado de satisfacción con sus relaciones sociales, y no sólo con base en la opinión de los demás.

Aunque los factores personales y culturales impulsan al individuo hacia toda una constelación determinada de roles sociales y de relaciones, éstos son desarrollados, alterados y mantenidos a través de los encuentros de la vida diaria. La efectividad con que son manipulados tales acontecimientos cotidianos representa un determinante principal de la calidad global del funcionamiento social de un individuo.

El afrontamiento eficaz depende de las relaciones entre las demandas de la situación y los recursos del individuo y de los procesos de evaluación y de afrontamiento que median en los resultados de la interacción.

Las estrategias de afrontamiento no son esencialmente buenas o malas; una estrategia que resulte efectiva en una situación puede no serlo en otra y viceversa. La efectividad de una estrategia depende del grado en que resulte apropiada a las demandas internas y/o externas de la situación. Las evaluaciones de amenaza, de daño/pérdida o de desafío, o las evaluaciones irrelevantes o benignas, no son apropiadas o inapropiadas o efectivas o inefectivas en sí mismas sino que tales características dependen de la situación en cuestión y cualquier juicio que se haga al respecto ha de tener en cuenta el contexto en el que se desarrolla. Sin embargo, podemos identificar algunas características fundamentales de los procesos de evaluación y de afrontamiento que podrían servir de guía a las evaluaciones de adecuación y eficacia.

Los modelos teóricos enfatizan que la selección de estas estrategias está determinada no sólo por características estables del individuo sino también por características situacionales (Lazarus y Folkman 1984; Mattlin y col. 1990). Estos estudios encuentran consistentemente que las valoraciones de características tales como amenaza percibida y control predicen afrontamiento significativamente (Folkman y Lazarus, 1980; Folkman y col. 1986; McCrae, 1984; Parkes, 1984, 1986; Stone y Neale, 1984), (citados en Aduna, 1998).

Eficacia de la evaluación. Una evaluación que proporcione unos resultados apropiados y efectivos debe, como mínimo, aproximarse al flujo real de los acontecimientos. El desajuste entre la evaluación y el suceso real puede tomar dos formas básicas: o el individuo valorará daño, amenaza o desafío en situaciones y grados en los que no se dan, o bien la evaluación reflejará un fracaso en el reconocimiento del daño, amenaza o desafío en los casos en que aparezca.

La eficacia también depende de la coincidencia entre la evaluación secundaria de los recursos y la secuencia de los acontecimientos. El desajuste entre una evaluación primaria y una secundaria y el flujo real de los

acontecimientos puede resultar claro y evidente. Por ejemplo, un individuo paranoico que ve amenaza donde no la haya y actúe de acuerdo con esta evaluación puede ocasionar daño a los demás. Por el contrario, una mujer con un tumor de mama que no vea en ello amenaza ni peligro puede hacerse daño a sí misma. La mayoría de desajustes no son extremos y resultan difíciles de identificar; más aún, es probable que la mayoría de evaluaciones no coincidan perfectamente con la secuencia real de los acontecimientos. Hay dos características de las interacciones estresantes que nos llevan a este principio: la ambigüedad y los modelos individuales de compromiso y, por tanto, la vulnerabilidad selectiva.

La vulnerabilidad también afecta a la concordancia entre evaluación y acontecimientos. La vulnerabilidad es la facilidad del individuo a reaccionar ante ciertos tipos de situaciones como si fueran estresantes, va de la mano de los compromisos; cuanto más fuerte es un compromiso, es decir, cuanto más cuidado tiene el individuo, más vulnerable resulta a una determinada amenaza.

Eficacia del afrontamiento. La regulación de malestar (afrontamiento centrado en la emoción) y el manejo del problema que está ocasionando tal malestar (afrontamiento centrado en el problema). Su efectividad se basa en ambas funciones: una persona que domine un problema de forma efectiva pero con un gran costo emocional, no puede decirse que afronte tal problema con eficacia. La eficacia incluye el dominio de los sentimientos; sin embargo, no significa, que vayan a aparecer sentimientos positivos, sino que los negativos llegarán a ser dominados. De forma similar, una persona que controle sus emociones adecuadamente, pero que no se dirija a la fuente de su problema, tampoco afronta eficazmente. Si un individuo no afronta de forma efectiva una situación determinada, ello no significa que necesariamente sea un afrontador inefectivo.

Para la efectividad debe existir un correcto ajuste o adaptación entre los esfuerzos de afrontamiento y los demás aspectos. Estos se refieren a los valores, objetivos, compromisos, creencias y estilos de afrontamiento que ocasionan conflicto y si se ejecutan las estrategias necesarias en una situación dada. Cuando las estrategias se aplican en conflicto con valores personales muy arraigados, para el individuo representan una fuente adicional de estrés. Más aún, las estrategias que son incongruentes con tales valores y objetivos tienen mayor probabilidad de ser aplicadas de mala gana o sin convencimiento tienen también mayor probabilidad de fallar.

Las condiciones que diferencian los acontecimientos estresantes de los que producen en el individuo un aumento de su fuerza y firmeza, no están todavía claras; es posible que influya la intensidad del estrés, su momento de aparición, su tipo y la presencia o ausencia de su conjunto de recursos personales y sociales. A medida que la interacción estresante se desarrolla, la

importancia del afrontamiento se va haciendo cada vez mayor y lo mismo ocurre con los mecanismos que mantienen una sensación positiva de bienestar frente a las condiciones de adversidad.

Las evaluaciones del resultado de una interacción estresante incluyen los juicios sobre el grado de éxito en la consecución de los objetivos deseados y el grado de satisfacción del individuo con su rendimiento. En lo que respecta al bienestar, la cuestión principal es la relación entre las expectativas y resultados. Linsenmeier y Brickman (citados en Lazarus y Folkman, 1986), afirman que aunque el rendimiento correcto es generalmente más satisfactorio que el incorrecto, cuantas menos sean las expectativas del individuo, más satisfecho resultará; sugieren que el individuo se hallará satisfecho consigo mismo y con sus logros en la medida que éstos excedan lo que pensaba lograr y se sentirá frustrado cuando tales logros no alcancen lo esperado. Las personas que se subestiman pueden verse continuamente sorprendidas por el éxito, mientras que aquellas que se sobreestiman pueden verse sorprendidas por el fracaso. La primera forma de sorpresa resulta placentera, la segunda no.

La satisfacción depende de más factores que el resultado del comportamiento. Las personas con pocas expectativas tienen más posibilidades de observar su comportamiento con satisfacción que las que tienen grandes expectativas al respecto. Unas expectativas demasiado altas pueden empeorar la evaluación que haga el individuo de su propia conducta e interrumpir las sensaciones positivas que podía obtener de ella.

Los individuos que sean afrontadores efectivos experimentarán menos estrés o se sentirán menos presionados por los acontecimientos estresantes habituales en la vida, ya que dominarán las situaciones de forma que se prevendrá el individuo en la mayoría de los contextos en los que se desenvuelve, menor será la frecuencia y la intensidad de la movilización requerida y menor también la cantidad de energía utilizada. Ello contribuiría a una mayor satisfacción puesto que los objetivos en la vida podrían alcanzarse de una forma más rápida, experimentando un menor grado de trastorno cuando el afrontamiento implica un costo importante.

Los individuos deben ser capaces de emplear un número diferente de estrategias de afrontamiento de manera flexible y de una manera que sea relevante para la situación. Sin embargo, en la realidad no todas las personas tienen en su repertorio conductual un número amplio y efectivo de estrategias que los apoyen para que puedan enfrentar de una manera más adecuada las diferentes situaciones que se van presentando en la vida (Aduna, 1998).

La comprensión y medición del proceso de afrontamiento puede ayudar a que los individuos manejen procesos emocionales y de solución de problemas de una manera más adecuada, es decir, de modo que al afrontar eventos de

vida importantes para ellos, su bienestar y calidad de vida no se vean afectados grandemente. Acciones de afrontamiento adaptativas pueden apoyar el bienestar de las personas en las diferentes áreas en las que participan y en los distintos roles que juegan en la sociedad (Aduna, 1998).

Déficit en el afrontamiento.

El déficit cognoscitivo se refiere a que el individuo no se da cuenta de que su respuesta de afrontamiento puede dar lugar a un resultado favorable. *El déficit motivacional* se refiere a la pasividad frente a una situación de desesperanza. *El déficit emocional* no es simplemente una depresión, también puede ser ansiedad; en la actualidad, sólo cuando el individuo considera la situación *desesperada* se habla de depresión.

Al estudiar empíricamente la relación entre enfermedad, estrés, emoción y afrontamiento, los sociólogos de la medicina se han enfrentado a un dilema metodológico, los modelos en cuanto a buscar ayuda médica o a quejarse de los síntomas difieren en las distintas culturas y subculturas en función de variables sociodemográficas y también varían entre individuos de una misma cultura.

Lazarus y Folkman, (1986) sostienen que la conducta del sujeto ante la enfermedad plantea un problema. Si el hecho de quejarse o no de los síntomas depende de valores, creencias y modelos personales de afrontamiento más que de la enfermedad en sí misma, es difícil discernir si lo que observamos es enfermedad o es sólo una manifestación externa de valores, creencias y afrontamientos desigualmente relacionados con la enfermedad.

Dada una serie amplia de acontecimientos, puede procederse a evaluarlos como estresantes o no en función de la tendencia del individuo a evaluar sus transacciones como amenazadoras. La tendencia a evaluarlos como tal, podría relacionarse con la necesidad de dependencia; por consiguiente, cualquiera de las muchas vulnerabilidades diferentes que un individuo puede tener en razón de su historia y compromisos particulares, podría ejercer un efecto emocional parecido; la especificidad estriba en los factores personales que llevan a la realización de un proceso común: la evaluación cognoscitiva. Depue y cols. (citados en Lazarus y Folkman, 1986) señalan que el proceso de evaluación proporciona la vía final común a través de la que distintos individuos y variables psicosociales modifican el impacto del entorno psicosocial.

Después de considerar los estudios realizados sobre el afrontamiento en diversas enfermedades, Lazarus y Folkman (1986) encontraron que los mecanismos por los que el afrontamiento puede afectar de manera adversa la salud del organismo son:

Primero, el afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés 1) dejando de prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas o perjudiciales; 2) dejando de regular la perturbación emocional que aparece frente a los daños o amenazas incontrollables; y 3) expresando una serie de valores, un estilo de vida y/o un estilo de afrontamiento que es en sí mismo perjudicial.

Segundo, el afrontamiento puede afectar la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como son el alcohol, las drogas y el tabaco, o cuando abocan al individuo a actividades que significan un riesgo importante para su vida. Una persona puede fumar, beber o tomar drogas para así reducir el estrés que experimenta pero, al hacerlo, aumenta el riesgo de enfermedad.

Tercero, las formas de afrontamiento dirigido a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad. Este aspecto fue discutido desde el punto de vista de la negación o de la evitación, conductas que pueden lograr disminuir el grado de trastorno emocional pero que también pueden impedir al individuo enfrentarse de una forma realista a un problema susceptible de solucionarse mediante una acción correcta.

Algunas distinciones Teóricas Relevantes para el Análisis del Afrontamiento

CONDICIONES ANTECEDENTES	Variablas Situacionales condiciones y estímulos ecológicos	Variables Disposicionales Rasgos personales, creencias, estilos cognoscitivos.
VALORACION COGNOSCITIVA		
MEDIADORES PSICOLOGICOS	Valoración primaria de amenaza Valoración secundaria de las alternativas de afrontamiento. Revaloración basada en el flujo de eventos	
ACTITUDES DIRECTAS		
PROCESOS COGNOSCITIVOS		
MODOS DE EXPRESION DEL AFRONTAMIENTO	conductas para eliminar peligro o lograr gratificación	Modos cognoscitivos de resolución de conflictos
RESPUESTAS ESPECIFICAS DE AFRONTAMIENTO	evitación, ataque, reacciones depresivas y esfuerzo dirigido al logro del objetivo	Despliegue de atención, revaloración.

CAPITULO 3.

PERCEPCION DE RIESGO.

3.1 Concepto de Percepción.

La percepción la han estudiado todos los psicólogos como un proceso, gracias al cual el organismo se relaciona con su medio. Al percibir, el individuo interpreta, discrimina e identifica objetos que son experimentados como existentes en el ambiente.

Hace un par de siglos, según manifiesta Bartley (1973), fue frecuente que los filósofos y otras personas instruidas creyesen que todo el conocimiento humano nos llegaba a través de sentidos tales como la vista, el oído, etc., es decir sensaciones; a las percepciones se les denominaba experiencias sensoriales, se les distinguía claramente de las sensaciones, las cuales se consideraba que eran componentes de las percepciones. Se pensaba que las percepciones se referían a experiencias pasadas, actitudes previas e incluso a las actividades a que estaba entregado el sujeto en ese momento. De tal manera, se decía que las sensaciones eran simples y elementales, pero que las percepciones eran complejas y resultado de la elaboración y organización que se efectuaba en el sistema nervioso central.

La percepción se clasificó también muy a menudo como respuesta sensorial, pero era una respuesta que estaba sazónada por las influencias fácilmente verificables del aprendizaje y de la experiencia previa, manifestando además una especie de intencionalidad.

El término percepción no se usa exclusivamente en la psicología, sino que también es una palabra con diversos significados en el lenguaje común. Dentro de las definiciones encontradas en un diccionario común (citado en Bartley, 1973), se encuentran las siguientes:

1. La percepción es cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos; un conocimiento.
2. La referencia que una sensación hace a un objeto externo.
3. Un conocimiento inmediato o intuitivo, o juicio; un discernimiento análogo a la percepción sensual, con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certidumbre que lo acompaña, frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación sutil.

En la primera definición, la percepción es tomada como una forma de conocimiento, tanto una forma de pensamiento como una conducta inmediata.

La segunda de las definiciones hace de la percepción un problema sensorial, teniendo la sensación una naturaleza psíquica y siendo una especie de proceso de copia de la realidad externa.

La tercera, equipara la percepción a un juicio, que se hace no solamente a partir de los datos sensoriales, sino también como una pura intuición.

Ahora bien, dentro del campo de la psicología también se han realizado muchas definiciones, tal como la que realizó Seashore en 1924 (citado en Bartley, 1973); él afirmaba que la sensación y la percepción constituyen simultáneamente la experiencia sensorial. Las percepciones vienen a ser una interpretación de las sensaciones portando además un significado.

La percepción es un proceso equiparable a la discriminación, a la diferenciación y a la observación. Habitualmente el término se usa para referirse a procesos nerviosos y de recepción relativamente complejos, que se encuentran en la base de la consciencia que tenemos de nosotros mismos y de nuestro mundo. Dicha consciencia se conoce como percepción.

Aunque el término percepción se restringe a los aspectos que se refieren a la experiencia, tiene ciertas implicaciones conductuales. La percepción de objetos, situaciones y relaciones está frecuentemente correlacionada con relaciones externas particulares.

Si percibimos que un paquete es muy pesado, usaremos ambas manos para levantarlo, de otro modo, utilizaremos una mano. En general, cuando percibimos que existen diferencias entre los objetos nos comportamos de una manera diferente ante cada uno de ellos; en caso de no percibir tal diferenciación, la conducta diferencial, igualmente, dejará de aparecer.

Por su parte Borng y Weld en 1948 manifiestan que la percepción es el primer fenómeno en la cadena que conduce del estímulo a la acción. La percepción es siempre una respuesta a algún cambio o diferencia en el ambiente. Asimismo, Johnson (1948) afirma que la materia prima entregada al cerebro por los órganos de los sentidos, la cual es conducida por los nervios sensoriales, la interpreta y utiliza el individuo de acuerdo con sus experiencias pasadas para seguir promoviendo cualquier actividad que, en un momento dado, el individuo se encuentra realizando (citados en Bartley, 1973).

La percepción según Bartley (1973) es la actividad general y total del organismo que sigue inmediatamente (o acompaña) a las impresiones

energéticas que se producen en los órganos de los sentidos. El aparato sensorial es el mediador entre las actividades que se desarrollan en el interior del organismo y los eventos que tienen lugar en el exterior; tal mediación precede a la utilización. Por tanto, al ocuparnos de la percepción nosotros estudiamos lo que el organismo experimenta, no lo que el mundo físico contiene o su naturaleza.

Para este autor la conducta no puede considerarse como una unidad aislada de actividad, sino más bien como una serie de reacciones, cada una de las cuales puede tomarse como una unidad y llamarse respuesta perceptual, por ejemplo, antes de que un individuo responda a un estímulo del medio ambiente, seguramente habrá hecho una serie de reacciones inmediatas, cada una de las cuales puede denominarse respuesta perceptual al exterior. Cuando el observador llega al punto terminal, su reacción se llamará expresión de un juicio.

El juicio es la integración de varias percepciones y de ciertos conceptos, y posiblemente hasta de ciertas memorias.

Al ocuparnos de una respuesta como la percepción, aparece de nuevo el antiguo problema de si se trata exclusivamente de una experiencia o de si puede considerarse como una especie de actividad externa. Un cuidadoso examen de lo que el organismo humano es capaz de hacer nos lleva a descartar la aguda dicotomía existente entre la experiencia y las actividades motoras.

Los estados emocionales y los movimientos a veces pueden verse en una mezcla mucho más intensa de lo que generalmente se reconoce o, cuando menos, siempre se alcanza a hacer una adecuada distinción entre los sentimientos y los movimientos cuando se intenta describir la conducta del organismo. En consecuencia, Bartley (1973) se aparta de la costumbre de aplicar el término de percepción a las experiencias y solamente a las experiencias. La vieja perspectiva parecía implicar que la experiencia siempre debía preceder al movimiento, resolver el problema y dejar al movimiento realizar la respuesta indicada.

Nuestro interés debe enfocarse al papel que los procesos juegan, más que a la categoría a que pertenezcan en términos convencionales. Cuando usamos los términos asumir, suponer, juzgar, pensar, percibir, no necesariamente estamos implicando actos conscientes, como sería el caso de esas mismas palabras cuando se emplean en el contexto meramente tradicional del lenguaje cotidiano.

El freudismo ha hablado mucho sobre el inconsciente, al que ha convertido en un amplio reino desconocido e inconocible, al que la mayoría de la gente teme y al cual le son adscritas características curiosas. Constituido por una fuerza generalmente en conflicto con el consciente.

Tanto el inconsciente como el consciente obtienen sus recursos del pasado. Como es natural, las "memorias" pueden "reinstalarse" de modos muy inarticulados o bien de manera articulada, por tanto la percepción actúa de igual forma.

Otro problema, según Bartley (1973), que se presenta para definir la percepción se relaciona con la determinación de las respuestas motoras de carácter inmediato como percepciones. Las reacciones llamadas reflejos, pueden considerarse como ejemplos de la conducta perceptual cuando adquieren la forma de una conducta discriminativa.

Un punto muy importante de la percepción es que es simbólica, es decir, es una conducta que manifiesta una relación abstracta entre el organismo y su ambiente. Por ejemplo, la persona puede ver tristeza, gusto o cualquier otra "condición". Por lo tanto, a esa clase de reacciones las podemos designar como simbólicas. Las energías reales proporcionan a la persona algo que no está literalmente en ellas.

Los aspectos emocionales de la conducta expresan el valor que la situación estímulo tiene para el percipiente, incluyendo ahí mismo tanto la evaluación de indiferencia como las de beneficio o daño. Puede decirse, entonces, que las propiedades emocionales de la percepción constituyen uno de los aspectos de la misma, que carecen de ligas con el estímulo, pudiendo ser cualquier cosa subordinada tanto a lo que el percipiente es, como a sus experiencias pasadas (Bartley, 1973).

Para este autor, toda la conducta del individuo, ya sea esta perceptiva o no, está en una u otra forma relacionada con los vínculos que se establecen con el medio circundante. Las actividades de relación del individuo poseen varios nombres: percepción, conocimiento, reflexión, pensamiento, memoria, etc.

Pensar es "formar un juicio u opinión, reflexionar, establecer una mediación o centrar nuestros pensamientos sobre algo". Pensamiento siempre implicará un proceso activo, una actividad que evoluciona o se desenvuelve en el tiempo y que no tiene una conexión temporal cercana con un evento externo definido o alguna serie de eventos.

Conocer es "aprehender la verdad, tener la experiencia directa o la experiencia (mental) de certidumbre de algo, cuyas características es posible discernir". Conocer es percibir directamente, percibir como verdadero. El conocimiento sería, por tanto, una forma de percepción. Es el conocimiento lo que el individuo busca en última instancia, su punto de apoyo. El individuo trata de hacer que sus experiencias encuadren o encajen en lo que existe en forma independiente de él. Si se conoce, actuará correctamente. El conocimiento se

expresa así en la acción correcta tanto como en la experiencia correcta. Si no se conoce, la conducta entrará en conflicto con los propósitos y con las condiciones externas. Por tanto, la percepción es un medio de conocimiento.

Las percepciones mismas son algo más que la pura aprehensión de las cosas y sus actividades. Las percepciones se integran dentro de conceptos y juicios.

La percepción, lo mismo que el pensar y el conocer, consiste en el desarrollo de una señal valiosa para cada confrontamiento. El organismo construye un "lenguaje" de sus encuentros con el mundo exterior. La conducta del organismo como un todo depende de la legalidad de las relaciones causales entre el organismo y su ambiente. El organismo debe ser capaz de atenerse al hecho de que la repetición de las mismas circunstancias externas producirá resultados iguales a los que se presentaron cuando, por primera vez, se enfrentó a circunstancias idénticas.

La percepción es un corte transversal del proceso de aprendizaje, así como el aprendizaje es un proceso constituido por una serie de ocasiones, cada una de las cuales juega el papel de informar al organismo tanto acerca del exterior, como sobre las consecuencias que tienen sus reacciones.

Cada percepción es una guía para las acciones subsecuentes, las cuales llevan a una meta dada. La percepción, ya sea externa o introspectiva, genera una reacción inmediata a un conjunto de condiciones que existen en el momento.

Dentro del campo de la psicología según Bartley (1973), existen diversas teorías que abarcan diferentes aspectos de la percepción, entre ellas se encuentran: La teoría del núcleo y el contexto; la teoría transaccional y la teoría del estado directivo, las cuales revisaremos brevemente.

Teoría del núcleo y el contexto.

De acuerdo con la teoría del núcleo y el contexto, la percepción no se produce como resultado de la experiencia de una de las partes, sino que es producto de la conciencia de un conjunto de partes interrelacionadas.

Conforme a dicha teoría, los componentes sensoriales en sí mismos carecen de significado, mientras que la percepción, el conjunto agregado, sí lo posee. Las sensaciones se combinan para dar lugar a agregados, siguiendo las leyes de la atención y basándose en ciertos principios de conexión sensorial. Las imágenes de las experiencias pasadas son también partes del agregado. El significado es una contribución que las imágenes y las sensaciones se otorgan

unas a las otras. Es decir, el significado se desenvuelve o emerge a partir del contexto o, para expresarlo más claramente, se cree que el contexto proporciona el significado.

Teoría transaccional.

Esta teoría incluye la idea de que la percepción representa una reacción final probabilística. La percepción es, según declaran Ames y sus colegas teóricos (citados en Bartley, 1973), *pronóstica*. Esta teoría otorga un lugar central a los propósitos o la direccionalidad del percipiente y considera la percepción como una guía de las acciones. La acción continúa los propósitos del organismo.

La teoría transaccional reconoce la importante función que la experiencia pasada tiene en la percepción. Esto no se refiere solamente a objetos específicos, sino a la naturaleza del mundo en el cual el organismo se encuentra. De hecho, algunas presunciones resultan ciertas y la percepción tiene lugar de acuerdo con éstas.

Teoría del estado directivo.

Esta teoría de la percepción, que Bruner y Postman (citados en Bartley, 1973) han desarrollado, es una de las primeras aportaciones de la psicología social a la percepción. La percepción se basa en dos factores agudamente contrastantes: los *estructurales* y los *conductuales*. Los determinantes del primer tipo son los estímulos, los efectos de la impresión sobre los receptores y las diferentes partes del sistema nervioso ligadas a este proceso (posesión innata).

El segundo conjunto, o sea los determinantes conductuales, se origina en los procesos superiores que determinan otras características de la actividad psicológica. Estos procesos llevan los efectos de la experiencia pasada en general e incluyen las necesidades, tensiones, sistemas de valores y prejuicios del organismo. Esta teoría indica que el individuo, como un todo, está representado en sus percepciones, ya sea que se considere que esta representación viene a ser un sinónimo de personalidad, o se piense que algún mecanismo más específico y tangible puede detectarse como producto de una situación estimulante dada.

Tal como algunas de las teorías que se revisaron anteriormente, Darley y cols. (1990) consideran que las experiencias llamadas **percepciones**, suelen depender tanto de nuestras experiencias anteriores y nuestro conocimiento del mundo como de la información sensorial inmediata que alcanza nuestro cerebro. Por ejemplo, lo que ocurre en el momento de leer es que los mensajes

sensoriales que envía la retina al cerebro indican patrones de líneas que llamamos letras y palabras, pero el individuo los percibe de inmediato como "significado". No hay duda de que esta experiencia perceptual depende tanto de un conocimiento previo como de las claves neuronales que van de la retina al cerebro.

Según estos autores, el punto de vista sobre la percepción que ha dominado prácticamente durante los últimos 100 años sostiene que la experiencia no enseña a derivar importantes inferencias sobre el mundo a partir de una información sensorial muy limitada, y que la mayor parte de las percepciones se forman, o *sintetizan*, de combinaciones de sensaciones elementales. Esta teoría también sostiene que las inferencias perceptuales suelen ser las exactas, producto de tanta práctica, tan automáticas, que uno casi no se da cuenta de que las hace. Por ello uno de los primeros defensores de este punto de vista, Herman von Helmholtz (1925, 1962), las llamó *inferencias inconscientes*.

Esta idea sobre la percepción, manifiestan Darley y cols. (1990), ha sido rebatida por los trabajos de J. Gibson (1966, 1972) y otros. Gibson argumentó que las investigaciones tradicionales sobre la percepción no habían tomado en cuenta la interacción activa que, en busca de información, se lleva a cabo entre los organismos y su medio natural. Nuestros sistemas sensoriales no se limitan a proporcionar sensaciones de las que el cerebro sacará inferencias, sino que han evolucionado hasta convertirse en sistemas perceptuales por sí mismos. Estos son lo bastante sensibles a los complejos aspectos del medio ambiente como para evocar una experiencia perceptual inmediata sin que intervenga ningún proceso de inferencia.

Ya sea que adoptemos el punto de vista de Helmholtz o el de Gibson, no cabe duda de que las percepciones son evocadas por claves en el medio ambiente y dependen, en gran medida, de una experiencia previa.

Para Stoetzel (1971) en la percepción se mezclan los juicios de cada persona: los estímulos no pueden ser percibidos más que en un marco significativo y este marco a menudo es social.

Para este autor la percepción depende de la cultura. A través de experimentos se ha demostrado que en presencia de estímulos que "físicamente parecen idénticos", los individuos que pertenecen a diversos grupos culturales tienen comportamientos perceptivos diferentes.

Los antropólogos han descubierto muchas formas de conducta que difieren de grupo a grupo. Algunas de estas parecen referirse a diferencias de percepción, por ejemplo, lo que en una parte de un país se oye como lenguaje normal resulta vívidamente como un dialecto o como un acento en otra. Algunas

personas declararán que otra tiene un acento sureño muy marcado, mientras que dicho acento no será percibido por otro grupo, dependiendo probablemente de las regiones en donde los jueces vivieron previamente, según Bartley (1973) lo anterior son diferencias perceptuales determinadas por la cultura.

Para él, la percepción está institucionalizada. Una institución es un conjunto de normas, modelos, moldes de cultura, admitidos en una sociedad dada, variables según las sociedades, destinadas a ejercer ciertas funciones. Por lo cual la percepción en el marco de una sociedad dada, nos sirve para conocer la "realidad".

3.2 Percepción y evaluación de las personas.

Para Jones (1980) la percepción de las personas abarca todos aquellos procesos de cognición o entendimiento de un individuo particular o sobre la información de impresiones sobre él. Es posible percibir a una persona en el sentido literal y estricto de la palabra. Las personas además de ser objetos físicos son objetos sociales y quizá la diferencia más importante entre este tipo de objetos, es que como objetos sociales las personas son centros de acción y de intención. Desde el punto de vista del perceptor, los demás individuos disfrutan de relativa autonomía, libertad de movimiento y de acción, de capacidades para proceder caprichosa e impulsivamente, características de las que carecen los objetos meramente "físicos".

Las propiedades más importantes de los objetos sociales no suelen manifestarse mediante estados y cambios físicos; se revelan más bien por comunicaciones de acuerdo a ciertos patrones. La tendencia a pasar más allá de la información dada, es decir, a inferir una disposición a partir de otra, es un aspecto importante en el proceso de percepción de personas. A partir de un patrón de breves miradas, ademanes y unas cuantas palabras, podemos desarrollar una impresión acerca del total de una persona (Krech y cols., 1972).

El comportamiento social, según Ramirez (1993), está condicionado por la percepción social. Nuestro comportamiento con otros es, en gran parte, función de la manera como se categorizan los otros. Categorizar a alguien como carifoso es esperar que responderá de una manera amable; tal es el significado de la palabra en cierto modo.

Osgood (citado en Jones, 1980) dedujo que cuando la información sobre un individuo lleva a inferir un rasgo en forma claramente positiva o claramente negativa, ese rasgo sirve de foco principal en la atribución de otras cualidades positivas o negativas.

Sin embargo, la tendencia a estereotipar (atribuir a un individuo rasgos que se supone caracterizan a su grupo) puede cegar al individuo para percatarse de las diferencias que existen entre los miembros de dichos grupos (sean raciales, étnicos, socioeconómicos, sexo, edad, etc.) con lo que se puede llegar a una rigidez de raciocinio (Krech y cols., 1972).

Por su parte, Chester y cols. (1980) definen al estereotipo como cualquier creencia culturalmente compartida y como tal representa una economía psíquica, porque hace a un lado la necesidad de obtener información completa respecto a cada persona nueva que uno pueda conocer. Cuando uno se relaciona con alguien inicialmente, tan pronto como uno sabe cual es su

ocupación, preferencias y grado de inteligencia puede ubicarlo en una categoría y así predecir temas de interés que faciliten la interacción.

Los estereotipos se vuelven disfuncionales cuando no se modifican al recibir más información respecto de la otra persona específica, siendo lo anterior lo que generalmente sucede.

Las primeras impresiones son las que resisten más los cambios, un efecto de primacía en éstas se da siempre que la impresión general de un perceptor esté determinada más por información inicial que por la posterior. Es muy probable que ocurra un efecto de primacía cuando la información inicial conduce a la formación de impresiones estables que el perceptor protege en tanto que procesa información subsiguiente y discrepante.

Por lo tanto, la percepción de las personas está dada culturalmente; los individuos tienden a estereotipar, clasificando a las personas y atribuyéndoles rasgos que caracterizan a su grupo. Los individuos tienden a dejarse llevar por la primera impresión o por la información obtenida sobre los demás (efecto de primacía), la cual es muy difícil cambiar si la situación posterior no demuestra ser más válida o convincente para el individuo (efecto de recencia).

3.3 Percepción de riesgo de contagio de V.I.H.

El universitario se encuentra situado en la etapa del desarrollo humano que no se ve anunciada por ningún cambio físico importante, como en la adolescencia, pero sí es de gran actividad, pues es el momento de elegir qué cambios tomar, de iniciarse en el área laboral y/o el estudio profesional. Además, en este momento debe decidir su estilo de vida familiar, ya sea a nivel de soltería o matrimonial, teniendo más independencia emocional. Emerge la habilidad para asumir responsabilidades adultas y, por lo tanto, el joven universitario, está en plenitud física, emocional e intelectual. La vida sexual de acuerdo con Rodríguez, 1978 (citado en Marín, 1993) de los jóvenes en esta etapa resulta importante ya que empieza a establecer la identidad sexual que formará su personalidad adulta, sin embargo, esta integración nunca es total, sino que va alcanzándose en forma gradual.

Es necesario investigar las prácticas sexuales de los universitarios para inferir el peligro real que tienen de contagiarse de VIH/SIDA por vía sexual, ya que hasta la fecha el mayor número de casos reportados de SIDA se han infectado por ésta vía. Lo anterior puede explicarse o se da por no existir una conciencia real de las consecuencias del ejercicio sexual (Marín, 1993).

Para Ramírez (1993) la percepción de riesgo es social, está dada cultural y estereotipadamente.

La percepción de riesgo se refiere a la estimación que el individuo hace acerca de la probabilidad de que ocurra un evento (Prohaska y cols., 1990).

La percepción de riesgo de contraer V.I.H., según Ramírez (1993), es la atribución que cada individuo hace de la posibilidad de que se contagien los diferentes grupos de personas debido a sus patrones sexuales y número de parejas.

Tal percepción puede ser disfuncional, en tanto que los individuos clasifican a otros en grupos de alto o bajo riesgo, siendo que sólo existen conductas de alto o bajo riesgo.

Como ya se explicó, la epidemia del V.I.H. en sus inicios se propagó principalmente en la población homosexual, por lo cual la población en general (heterosexuales) se consideraron fuera de riesgo de contagiarse, lo que los condujo a estereotipar y caer en falsas creencias.

Los jóvenes universitarios perciben al SIDA como consecuencia de una relación social determinada; restándole así importancia a la enfermedad, ya que

para ellos mientras mantengan la "conducta sexual adecuada socialmente" no tienen riesgo de adquirirla (Marín, 1993).

Sobre la falta de conocimientos del VIH/SIDA, McCormack (1997) realizó un estudio, por medio del cual exploró en estudiantes los cambios en sus actitudes acerca del VIH, así como su actitud ante las víctimas del virus, la homosexualidad y el riesgo personal, encontrando que a menor nivel de conocimientos existe un mayor miedo de contagiarse, y que uno de los más grandes temores entre los estudiantes es tener riesgo al estar en contacto con homosexuales, de los cuales prefieren alejarse. También encontró que los hombres se perciben con más riesgo de contagio que las mujeres, y que los estudiantes que se perciben a sí mismos en riesgo cambian sus prácticas sexuales, debido a la falta de conocimientos sobre sexo seguro. Con todo lo anterior, el autor determinó que por la falta de información los estudiantes caen en falsas creencias, las que los llevan a comportarse en forma equivocada.

Castro (citado en Leyva, 1988) afirma que prejuiciosamente toda persona homosexual es víctima de ser vista como portador de V.I.H. Tal prejuicio ciega a los individuos "heterosexuales" de percibirse a sí mismos en riesgo.

La percepción estereotipada del V.I.H., la cual comprende grupos y no prácticas de riesgo, es la que niega la posibilidad de percibirse a sí mismo en riesgo de contagio.

Lo anterior se observó en el estudio realizado por López y cols. (1994), en el cual se utilizó la técnica de grupos focales, entrevistándose a 12 mujeres, 6 adolescentes y 6 adultas, encontrando que las adolescentes consideran que los grupos con mayor riesgo son los que realizan prácticas bisexuales, los que tienen múltiples parejas, los homosexuales, prostitutas y drogadictos por usar jeringas infectadas. Mientras que las adultas perciben con riesgo de contagio a las personas que están mal alimentadas, pues carecen de hábitos higiénicos recomendados, los que tienen múltiples parejas sexuales y las personas infieles. En la conclusión dada por los investigadores, las mujeres niegan la posibilidad de contagio debido a la estigmatización relacionada con el SIDA, ya que niegan la posibilidad de infectarse; la negación utilizada como efecto protector interrumpe la cognición y la percepción de la realidad exterior e interior con el fin de evitar la ansiedad por considerarse "dentro del grupo".

Por su parte, Alfaro (1991) encontró que los hombres tienen más temor de contraer el VIH que las mujeres, posiblemente porque los hombres tienen más actividad sexual y más parejas sexuales que las mujeres; además por que es en los hombres donde más casos de SIDA se han presentado.

Torres y cols. (1994) afirman que hombres adolescentes y adultos se perciben con poco riesgo de contagio de V.I.H., ya que no se consideran dentro

de los grupos de riesgo (prostitutas, personas promiscuas, vividores, personas sucias, desnutridos y drogadictos).

Alfaro y cols. (1992) (citados en Marín, 1993), encontraron que estudiantes de preparatoria no poseen los conocimientos básicos de sexualidad requeridos por la S.E.P., lo que trae como consecuencia el no verse a sí mismos con riesgo de adquirir el VIH, no realizando consistentemente prácticas preventivas, incurriendo además, en prácticas sexuales de alto riesgo de transmisión. Asimismo, Alfaro (1991) confirmó que la mayoría de los adolescentes temen contagiarse con el VIH, especialmente al tener relaciones sexuales; a pesar de ello, no se perciben como personas que están en riesgo de contraer la infección por VIH.

En el estudio realizado por Sepúlveda, Izazola, Valdespino, Juárez y Mondragón (citados en Sepúlveda, 1989) encontraron que en jóvenes universitarios, casi la mitad de los entrevistados tenían temor de contraer el VIH, pero sin embargo no se veían a sí mismos en riesgo de contraer la infección. El que los adolescentes no se perciban a sí mismos en riesgo de contraer la infección por VIH, quizá se debe por una parte a que existen cambios en su conducta sexual y se previenen contra la enfermedad y por otra al hecho de que negar un posible contagio del VIH los haga sentirse más seguros de que no van a contraer la enfermedad. Según Lawrence Green (citado en Alfaro, 1991) si existiese una percepción de un alto riesgo de contraer el SIDA, esto pudiera influir en la motivación al cambio de conductas.

Según el doctor Green (citado en Unda-Gómez, 1988) la percepción de un alto riesgo de contagio y las consecuencias adversas, son los factores que pueden influir para la motivación al cambio, mientras que la percepción que tienen la mayoría de los heterosexuales acerca del riesgo que ellos enfrentan de contraer el V.I.H. es tan bajo que difícilmente las campañas educativas tendrán algún efecto. Así también, el conocimiento que los universitarios tienen sobre el SIDA y sus formas de transmisión por vía sexual, como la percepción de riesgo no son predictores de conductas preventivas (Villagrán y Díaz, 1992). Para Alfaro (1991), aunque los jóvenes tengan conocimientos suficientes del SIDA, éstos no son suficientemente aplicados en sus prácticas sexuales, ya que no se ven a sí mismos en riesgo de contraer la infección del VIH, a pesar de incurrir en prácticas sexuales de alto riesgo de transmisión, por lo que no valoran las consecuencias de su comportamiento sexual.

Por otra parte, se sabe que la ansiedad despertada por el posible contagio del SIDA, paraliza e impide al individuo la toma de medidas preventivas; de igual manera, un bajo grado de miedo no moviliza o no provoca a la acción, por lo que se recomienda que en las campañas que se realicen se manipule información, de tal manera que se produzca un miedo moderado que

aliente la emisión de conductas preventivas (Janis y Feshbach, citados en López y cols., 1994).

En contraposición, Alfaro (1991) sostiene que entre más temor al contagio del VIH exista, hay una actitud más favorable hacia los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA y hacia el sexo seguro, posiblemente porque los adolescentes que tienen más temor al contagio del VIH, se ven más en riesgo de contraer el SIDA, por lo que tienen actitudes más favorables hacia el sexo seguro y para los cambios en la conducta sexual para prevenir el SIDA.

La manipulación de información sobre el contagio de VIH la utilizaron Jaccard y col. (1997) en su estudio "Opinión de los líderes estudiantiles y VIH/SIDA, conocimientos y conducta de riesgo", en el cual utilizaron la perspectiva del *común de la mayoría*, presentando a los estudiantes un cuestionario en el que identifican las fuentes de información que tienen del VIH/SIDA y el concepto que tienen acerca de las opiniones de los líderes; utilizándose después la información emitida por los líderes para lograr un cambio en la conducta sexual de los estudiantes.

Así también, los jóvenes que han tenido relaciones sexuales tienen más miedo de tener SIDA que los que no han tenido relaciones sexuales, el tener relaciones sexuales implica un riesgo para contraer el SIDA, si éstas no son llevadas a cabo con precaución y responsabilidad (Alfaro, 1991).

Por su parte, Seal y Agostinelli (1996) realizaron un estudio sobre las percepciones de los estudiantes universitarios y la prevalencia de conductas sexuales riesgosas, del cual se desprendió que se perciben a ellos mismos como el sector de la población que está en un mayor riesgo de contagio debido al comportamiento sexual que se tiene en ese ambiente, no obstante no toman medidas preventivas.

En otro estudio sobre percepción de riesgo, realizado en Estados Unidos por Key y DeNoon (1997), se encontró que los estudiantes que han presentado cambios en su comportamiento sexual, como una forma de prevención ante el contagio de VIH previamente, obtuvieron información sobre el gran crecimiento de los casos de SIDA.

Uno de los puntos más importantes en la prevención de contagio de VIH es la educación sexual formal desde el seno familiar, ya que es una influencia directa en la conducta sexual de los hijos, los concientiza y motiva al cambio de sus conductas, dejando a un lado el riesgo de infección.

Alfaro en su estudio realizado en 1991 encontró que la mayoría de los adolescentes que tienen una actitud favorable para cambiar su conducta sexual para evitar el contagio del VIH y para usar el condón en las relaciones sexuales,

son los que utilizan anticonceptivos en sus relaciones sexuales, los que tienen una actitud favorable para que se manifieste la homosexualidad con responsabilidad utilizando preservativos y espermaticidas en las relaciones sexuales para evitar el contagio; asimismo, dicho estudio también obtuvo dentro de sus resultados que las mujeres tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro que los hombres, tal vez porque ellas muestran una actitud más tolerante hacia la homosexualidad que los hombres.

Por su parte, Towsed, Mondragón, Izazola y Valdespino (citados en Alfaro, 1991) en un estudio que realizaron con estudiantes universitarios que tienen vida sexual activa encontraron que el uso del condón está más asociado a la planificación familiar que a la prevención del SIDA.

No obstante, Alfaro (1991) indica que los jóvenes que usan anticonceptivos, están más conscientes de que si no se protegen en sus relaciones sexuales pueden estar en riesgo de adquirir VIH, por lo que tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro que los jóvenes que no usan anticonceptivos, los cuales posiblemente no se ven a sí mismos en riesgo de adquirir el virus y por lo mismo no se protegen en sus relaciones sexuales. Sin embargo no hay que olvidar que muchos jóvenes asocian el uso de anticonceptivos como el condón para evitar un embarazo y no como un método para prevenir el SIDA.

Los conocimientos sobre sexualidad influyen de manera directa en algunas actitudes sexuales que son importantes para prevenir el SIDA, puesto que a mayor conocimiento sobre sexualidad, existe una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales, los diferentes tipos de práctica sexual, anticonceptivos y embarazo (Alfaro, 1991); en cuanto a los conocimientos sobre SIDA, la autora encontró que entre mayor sea el conocimiento de los adolescentes, éstos tienen una actitud más favorable hacia el sexo seguro, hacia la libertad en las relaciones sexuales, hacia el aborto, los diferentes tipos de prácticas sexuales y hacia el embarazo.

CAPITULO 4.

METODO

4.1 Planteamiento y justificación del problema.

¿Son diferentes las estrategias de afrontamiento que utilizan los estudiantes de la U.N.A.M. (C.U.) y no estudiantes, hombres y mujeres, con percepción de riesgo de contagio de V.I.H. y/o autopercepción de riesgo de contagio de V.I.H.?

La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es el problema de salud pública más complejo en la actualidad, ya que las personas se autoperciben en bajo riesgo de contagio, puesto que evalúan sus posibilidades de adquirir el V.I.H. como nulas, es decir, no se perciben dentro del grupo de alto riesgo (prostitutas, homosexuales y drogadictos). Sin embargo, estudios realizados (Del Río, 1998; Torres y cols., 1994; López y cols., 1994), han demostrado que son las prácticas y no los grupos las que ponen en riesgo de adquirir la enfermedad.

4.2 Hipótesis.

Hipótesis de Trabajo:

A través de La Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman y el Instrumento Elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y CONASIDA, se observará que las estrategias de afrontamiento serán utilizadas de manera similar o no, por estudiantes de la U.N.A.M. (C.U.) y no estudiantes, hombres y mujeres, con percepción de riesgo de contagio de VIH y/o autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

Hipótesis Estadísticas.

1. H_i. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios (C.U.) y no estudiantes, con percepción de riesgo de contagio de VIH.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios (C.U.) y no estudiantes, con percepción de riesgo de contagio de VIH.

2. Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios (C.U.) y no estudiantes, con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios (C.U.) y no estudiantes, con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

3. Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios hombres (C. U.) y no estudiantes hombres con percepción de riesgo de contagio de VIH.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios hombres (C. U.) y no estudiantes hombres con percepción de riesgo de contagio de VIH.

4. Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios hombres (C. U.) y no estudiantes hombres con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios hombres (C. U.) y no estudiantes hombres con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

5. Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarias mujeres (C. U.) y no estudiantes mujeres con percepción de riesgo de contagio de VIH.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarias mujeres (C. U.) y no estudiantes mujeres con percepción de riesgo de contagio de VIH.

6. Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarias mujeres (C. U.) y no estudiantes mujeres con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarias mujeres (C. U.) y no estudiantes mujeres con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

4.3 Variables.

<i>Variable atributiva:</i>	Sexo
<i>Variables Independientes:</i>	Estudiantes universitarios de la U.N.A.M. (C.U) No estudiantes
<i>Variables Dependientes:</i>	Estrategias de afrontamiento Percepción de riesgo de contagio de VIH Autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

4.4 Definición Conceptual de las Variables:

INDEPENDIENTES:

Estudiante universitario: Persona que actualmente está cursando una licenciatura en la U.N.A.M. (C.U.).

No estudiante: Persona que actualmente no cursa estudios superiores.

DEPENDIENTES:

Estrategias de afrontamiento: Intentos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas de una situación de tensión, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Percepción de riesgo de contagio de VIH: Estimación de la probabilidad de contagio de VIH, por medio de conductas de riesgo en diferentes grupos de personas. (Torres y cols., 1994).

Autopercepción de riesgo de contagio de VIH: Estimación de la probabilidad de contagio de VIH, que los sujetos manifiestan en ellos mismos, por medio de conductas de riesgo. (Torres y cols., 1994).

4.5 Definición Operacional de las Variables:

INDEPENDIENTES:

Estudiante universitario: Persona que está en la lista del profesor y que tiene comprobante de inscripción que lo acredita como alumno de licenciatura en la U.N.A.M. (C.U.)

No estudiante: Persona que actualmente no estudia a nivel superior, teniendo concluida su educación media superior y/o carrera técnica y que se encuentra laborando.

DEPENDIENTES:

Estrategias de Afrontamiento: Se evaluaron por medio del instrumento Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, que da a conocer los intentos cognoscitivos y conductuales de la persona.

Percepción de riesgo de contagio: Se midió en base a las respuestas dadas en el Instrumento SIDA/VIH, el cual da a conocer cuando la persona percibe a los demás con riesgo de contagio porque no se considera dentro del grupo de riesgo, a pesar de conocer las formas de contagio (vía sexual, transfusión sanguínea, vía pre y perinatal, etc.), así como las medidas preventivas para evitar el mismo (abstinencia, uso correcto del condón, sexo seguro, no uso de jeringas utilizadas anteriormente, no intercambio de fluidos corporales como semen, secreciones vaginales, etc.), Torres y cols. (1994).

Autopercepción de riesgo de contagio: Se midió en base a las respuestas dadas en el Instrumento SIDA/VIH, éste permite saber cuando la persona sí se percibe en riesgo de contagio, sin importar que se considere o no dentro del grupo de riesgo y posee conocimientos sobre las diferentes formas de contagio (vía sexual, transfusión sanguínea, vía pre y perinatal, agujas, etc.), así como las medidas preventivas para evitarlo (abstinencia, uso correcto del condón, sexo seguro, no uso de jeringas utilizadas anteriormente, no intercambio de fluidos corporales como semen, secreciones vaginales, etc.), Torres y cols. (1994).

4.6 Sujetos.

La población estuvo integrada por 334 sujetos, 139 de sexo masculino (76 hombres estudiantes de licenciatura de la U.N.A.M. (C.U.), conformados por 35 de la Facultad de Contaduría y Administración, 11 de la Facultad de Psicología y 30 de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales; y 63 hombres no estudiantes, conformados de la siguiente manera: 27 correspondieron a personal del IMSS y 36 a escuelas de computación e inglés), y 195 de sexo femenino (116 mujeres estudiantes de licenciatura de la U.N.A.M. (C.U.), conformadas por 62 de la Facultad de Contaduría y Administración, 32 de la Facultad de Psicología y 22 de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales; y 79 mujeres no estudiantes, integradas de la siguiente forma: 17 correspondieron a personal del IMSS y 62 a escuelas de computación e inglés).

4.7 Muestreo.

La muestra fue no probabilística de cuota, ya que la selección dentro de los estratos no fue al azar, sino accidental (Pick y López, 1980).

Criterios de inclusión.

Sexo: hombre, mujer.

Edad: 18 a 28 años.

Ocupación: estudiante, empleado.

Escolaridad: licenciatura, nivel medio superior.

Criterios de exclusión.

Haber cursado algún semestre de licenciatura (grupo de no estudiantes).

Criterios de eliminación.

No entregar el cuestionario contestado.

4.8 Tipo de estudio.

El tipo de estudio que se realizó fue de encuesta comparativa (prospectivo, transversal, comparativo y observacional), porque permite realizar la comparación de la prevalencia de padecimientos o actitudes y otros aspectos de dos o más poblaciones (Méndez y cols., 1998).

4.9 Diseño.

Fue un diseño preexperimental de comparación con un grupo estático en el cual un grupo que ha experimentado X (estudiar a nivel superior) se compara con otro que no ha hecho, a fin de establecer el efecto de X (Campbell y Stanley, 1970), de dos muestras independientes.

X	O1
	O2

4.10 Instrumentos.

Los instrumentos utilizados fueron:

1. Escala de Tipos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1980). El instrumento cuenta con un alfa de .8803, la cual se obtuvo al aplicarse la prueba Reliability Analysis del paquete SPSS, a los cuestionarios contestados por la muestra.

La escala tiene 53 reactivos, en los cuales las respuestas posibles van de "En absoluto" a "En gran medida". La escala total evalúa tres dimensiones:

1) **Enfocado al problema:** Se refiere a los esfuerzos para la resolución de problemas o intentos por hacer algo activo, concerniente a las condiciones estresantes, son procesos que cambian la relación actual persona-medioambiente, son formas de afrontamiento centradas en la acción.

2) **Enfocados a la Emoción o Cognoscitiva,** se le da este nombre porque involucra más actos, pensamientos para cambiar la relación persona-medioambiente; esto no significa que sean pasivas, sino que tienen que ver con la reestructuración interna, los cambios son en el significado, lo cual trae una consecuencia en una reacción emocional; con 6 subdivisiones: Pensamientos desiderativos, distanciamiento, enfatizando lo positivo, autculpa, reducción de la tensión y autoaislamiento.

3) **Enfoque Mixto, al Problema y la Emoción o Búsqueda de Apoyo Social.** Es la combinación de actos o intentos de hacer algo activo en combinación con los recursos sociales, que conducen a la búsqueda activa de un sostén social para cambiar a mediano o largo plazo la relación persona-medioambiente.

A su vez, el instrumento derivó por medio de análisis factorial (factores principales y rotación oblicua) en ocho escalas (Buela-Casal y Caballo, 1991).

1) Confrontación (6 reactivos); 2) Distanciamiento (7 reactivos); 3) Autocontrol (8 reactivos); 4) Búsqueda de Apoyo Social (6 reactivos); 5) Aceptación de la responsabilidad (4 reactivos); 6) Huida-Evitación (9 reactivos); 7) Planificación (6 reactivos) y; 8) Reevaluación positiva (7 reactivos).

2. Instrumento elaborado a partir de indicadores señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y CONASIDA con fines de investigación sobre sexualidad y SIDA elaborado por Díaz-Loving, Rivera Aragón, Ramos Lira, Flores Galaz, Andrade Palos, Villagrán Vázquez (1991). Este instrumento consta de 73 reactivos.

El contenido de los reactivos está dividido en los siguientes rubros:

a) Datos sociodemográficos. 5 reactivos. Consta de sexo (masculino, femenino), edad (edad cronológica), religión (católica, protestante, testigo de Jehová, evangélica, otros), estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre, separado, otros), escolaridad (primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, maestría, otros).

b) Vida sexual. 9 reactivos. Los reactivos de este rubro son cerrados y dicotómicos.

c) Actitudes y creencias hacia los preservativos o condones. 12 reactivos. Los reactivos son dicotómicos y a mayor calificación hay una actitud más favorable.

d) Información sobre SIDA. 17 reactivos se contestan y califican a través de una escala de tres opciones, en donde a mayor calificación se entiende que se cuenta con más conocimientos. Consta de un reactivo de respuesta abierta que se califica por separado.

e) Conductas de riesgo de contraer SIDA. 19 reactivos. Esta escala consta de tres opciones de respuesta. A mayor calificación mayor percepción de riesgo.

Este instrumento cuenta con escalas que miden percepción y autopercepción de riesgo de contagio.

4.11 Procedimiento

Con respecto a la muestra de no estudiantes se acudió a la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social, a la escuela de Computación CCPM Plante! Génova y a la escuela Quick Learning plantel Zona Rosa para solicitar a los Jefes de área y profesores respectivamente su colaboración y permiso para la aplicación de los instrumentos a la muestra que cumpliera con los requisitos ya señalados. A los sujetos se les pidió contestar los instrumentos en las instalaciones mencionadas, con la instrucción siguiente: La información proporcionada por ustedes se utilizará para la investigación de Tesis sobre VIH que estamos llevando a cabo, por lo cual, les pedimos que contesten en su totalidad dichos cuestionarios en forma individual. Así mismo, se les indicó que eran dos cuestionarios, el primero sobre SIDA y el segundo sobre Estrategias de Afrontamiento, ambos anónimos, confidenciales y que no había respuestas buenas ni malas y que en la parte final del cuestionario sobre SIDA había preguntas hipotéticas que debían ser contestadas. Se les pidió que en caso de que existieran dudas acudieran con las aplicadoras para su aclaración. Al final se les agradeció su participación.

Para la población de estudiantes universitarios de la U.N.A.M. (C.U.) se encuestó a dos grupos de la Facultad de Contaduría y Administración, a dos grupos de la Facultad de Psicología y a dos grupos de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

En la Facultad de Contaduría y Administración los grupos encuestados pertenecieron al tronco básico; en la Facultad de Psicología los grupos encuestados pertenecieron al 7º semestre del área de Clínica y los grupos encuestados de Ciencias Políticas y Sociales fueron de 3er. semestre de la carrera de Administración Pública. Debido a que parte de esta investigación se corrió en el periodo de paro de la UNAM (abril de 1999-febrero de 2000), a los grupos de las Facultades de Contaduría y Psicología se les encuestó en las instalaciones alternas (Escuela Núñez Fragoso y Hospital General de la Ciudad de México, respectivamente) y los grupos de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales se les encuestó en las instalaciones de la UNAM, debido a que se aplicó en fecha posterior al paro.

Inicialmente, se solicitó autorización a los profesores y, posteriormente, a los alumnos, dándoles las mismas instrucciones que a la población de no estudiantes.

Teniendo todos los cuestionarios contestados, se acomodaron por grupos de no estudiantes, mujeres y hombres; y estudiantes universitarios, mujeres y hombres.

Una vez agrupados se foliaron y codificaron en hojas de codificación de la Unidad de Cómputo, Informática e Instrumentación de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Posteriormente, se procesaron los datos con el paquete SPSS.

4.12 Análisis estadístico de datos.

En la presente investigación se empleó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), realizándose un análisis de tipo descriptivo, con el fin de describir la muestra; un análisis de frecuencias, para determinar las medidas de tendencia central y de dispersión, y se utilizó de acuerdo a Wayne (1978) estadística no paramétrica, debido a que tenemos N's distintas, los instrumentos están en escala ordinal y las muestras son independientes; asimismo, se aplicaron las pruebas X^2 y U de Mann Whitney, determinando un alfa igual y/o menor a .050, para llevar a cabo la discriminación de reactivos de cada escala de ambos cuestionarios. Una vez realizada la discriminación de reactivos se aplicó la prueba U de Mann Whitney para obtener las diferencias entre estudiantes universitarios y no estudiantes, hombres estudiantes y hombres no estudiantes y, mujeres estudiantes y mujeres no estudiantes tomándose el $\alpha = .050$ como significancia máxima.

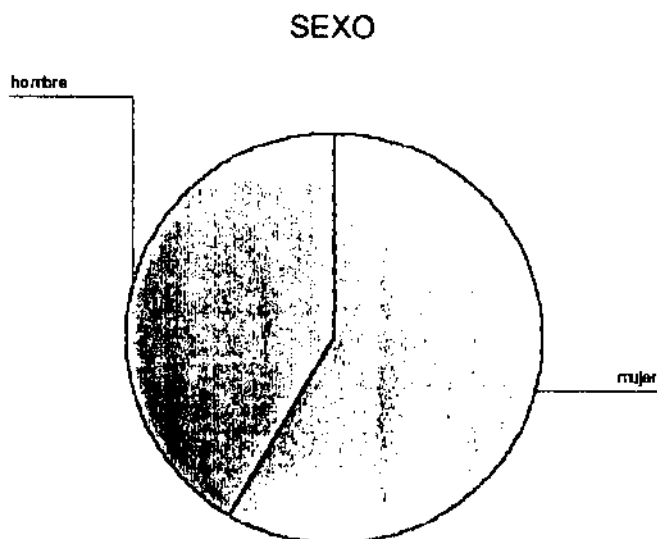
INSTRUMENTO SOBRE VIH/SIDA

A continuación, se explican los reactivos de cada una de las escalas del instrumento.

La primera escala consta de 5 preguntas sobre información sociodemográfica de la población encuestada, la cual se obtuvo por medio de un análisis de frecuencias.

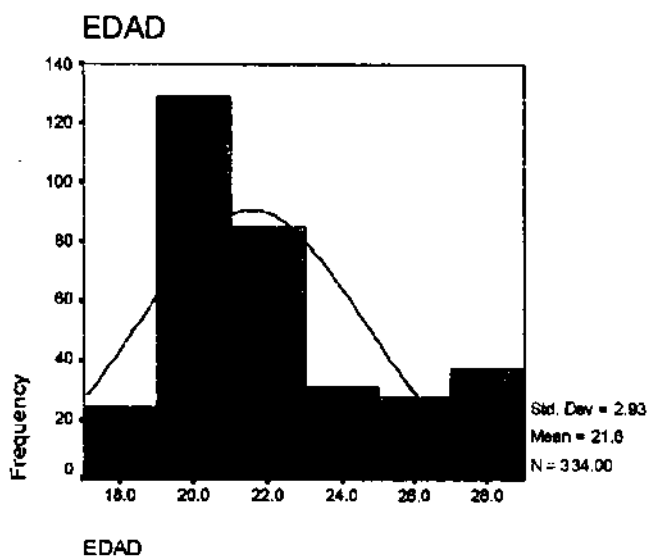
Como puede observarse en la gráfica 1, el sexo de la muestra quedó distribuido de la siguiente manera: 58.4% que corresponde al sexo femenino y 41.6% al sexo masculino.

Gráfica 1.



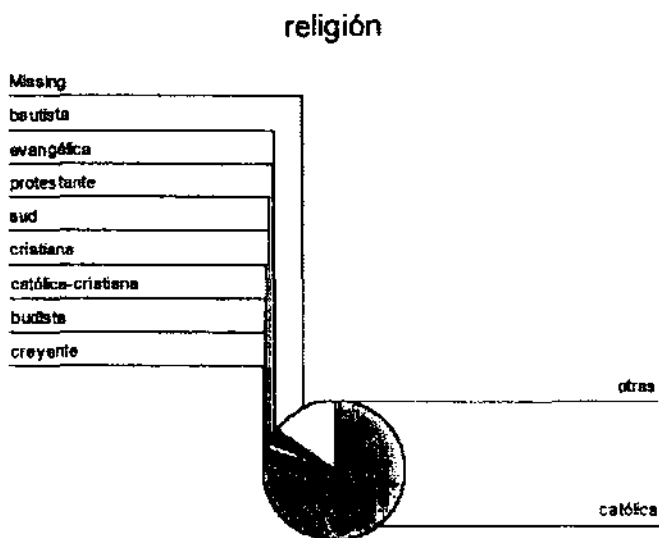
Como se observa en la gráfica 2, la edad de la muestra quedó distribuida de la siguiente forma: el rango de edad fue de 18 a 28 años, con una media de 21.6.

Gráfica 2.



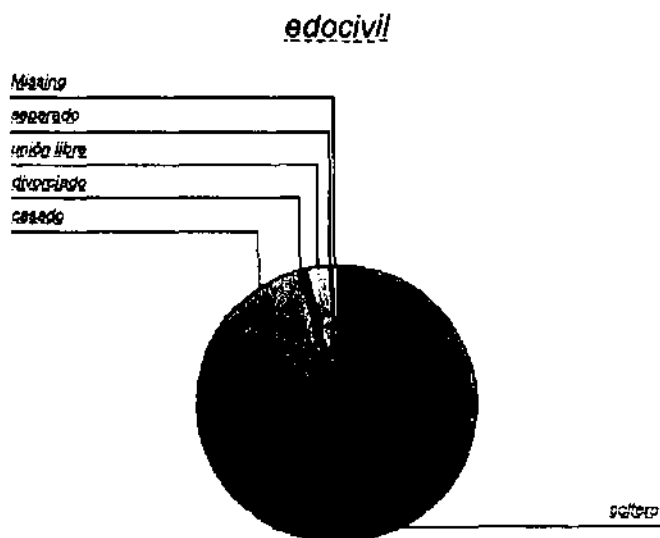
En la gráfica 3 puede verse que se encontraron nueve diferentes tipos de religión y un apartado que corresponde a otras, 51 sujetos no contestaron qué religión practican. El 75.7 % fue católico, 1.5% creyente, .3% budista, .6% católica-cristiana, 2.1% cristiana, .3% SUD, .3% protestante, 2.1% evangélica, .3% bautista, 1.5% otras y 15.3% no contestaron.

Gráfica 3.



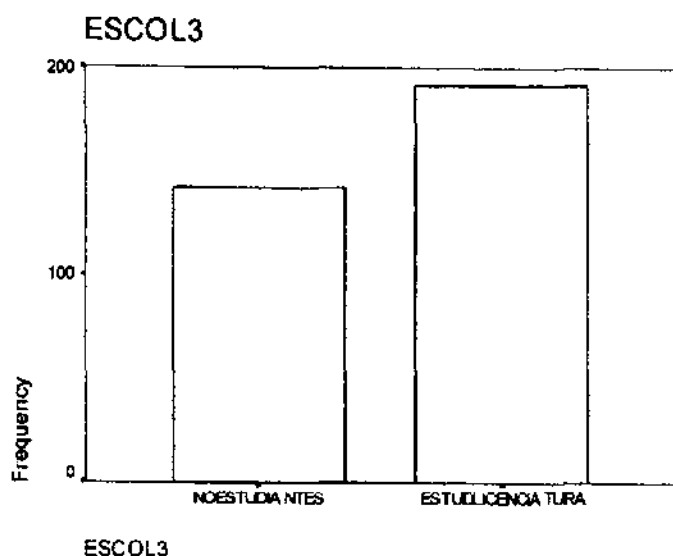
Distribución por estado civil. Como puede observarse en la gráfica 4, el 85.3% de la muestra corresponde a solteros, 10.2% a casados, .9% divorciados, 2.7% unión libre, .3% separado y .6% no contestaron.

Gráfica 4.



En la gráfica 5 se observa que el 42.5% de la muestra corresponde a no estudiantes y el 57.5% a estudiantes de licenciatura de la U.N.A.M. (C.U.).

Gráfica 5.



A continuación, se presenta el análisis de frecuencias, por sexo, de los 9 reactivos de la escala sobre Vida Sexual.

Reactivo 1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

Tabla 1

	Frecuencia		Porcentaje
	Mujer	Hombre	
Sí	98	115	63.8
No	96	24	35.9
Sin respuesta	1	0	.3
Total	195	139	100.0

Reactivo 2. ¿Ha tenido relaciones sexuales en las siguientes condiciones?

Tabla 2

	Frecuencia		Porcentaje
	Mujer	Hombre	
Sólo con mujeres	1	107	32.3
La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres	0	5	1.5
Tanto con hombres como con mujeres	0	0	0
La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres	1	0	.3
Sólo con hombres	96	3	29.6
Sin respuesta	97	24	36.3
Total	195	139	100.0

Reactivo 3. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en toda su vida?

En la tabla 3 se puede observar que 97 mujeres y 111 hombres alguna vez en su vida han tenido relaciones sexuales, que va de un rango de 1 a 60 parejas, con una Media de 3.9 parejas.

Tabla 3

	Mujeres		Hombres	
	No. Mujeres	No. Parejas	No. Hombres	No. Parejas
	1	0	28	1
	52	1	17	2
	19	2	13	3
	13	3	14	4
	6	4	3	5
	3	5	8	6
	1	6	4	7
	1	8	6	8
	1	9	4	9
Tl.	97		3	10
S/R	98		1	11
Tl.	196		2	12
			1	16
			2	17
			1	20
			1	22
			1	25
			1	50
			1	60
			Tl.	111
			S/R	28
			Tl.	139

Reactivo 4. ¿Actualmente tiene pareja sexual regular?

Tabla 4

	Frecuencia		Porcentaje
	Mujer	Hombre	
Si	72	69	42.2
No	91	63	46.1
Sin respuesta	32	7	11.7
Total	195	139	100.0

Reactivo 5. ¿Conoce usted el condón?

Tabla 5

	Frecuencia		Porcentaje
	Mujer	Hombre	
Si	191	137	98.2
No	2	1	.9
Sin respuesta	2	1	.9
Total	195	139	100.0

Reactivo 6. ¿Ha usado usted el condón?

Tabla 6

	Frecuencia		Porcentaje
	Mujer	Hombre	
Si	81	101	54.5
No	93	36	38.6
Sin respuesta	21	2	6.9
Total	195	139	100.0

Reactivo 7. En los últimos 6 meses de relaciones sexuales con su pareja sexual regular ¿con qué frecuencia usó el condón?

Tabla 7

	Frecuencia		Porcentaje
	Mujer	Hombre	
Siempre	29	38	20.1
Algunas veces	37	33	21.0
Nunca	43	41	25.1
Sin respuesta	86	27	33.8
Total	195	139	100.0

Reactivo 8. ¿En el último mes ha tenido relaciones sexuales con otra (s) persona (s) además de su pareja sexual regular?

Tabla 8

	Frecuencia	
	Mujer	Hombre
Si	1	12
No	123	109
Sin respuesta	71	18
Total	195	139

Reactivo 9. ¿En cuántas de esas relaciones usó condón?

Tabla 9

	Frecuencia		Porcentaje
	Mujer	Hombre	
Siempre	5	16	6.3
Algunas veces	7	16	6.9
Nunca	33	21	16.2
Sin respuesta	150	86	70.6
Total	195	139	100.0

La tercera escala del instrumento muestra "Información sobre VIH/SIDA". Esta escala consta de 16 reactivos. En esta investigación no se utilizó dicha información para rechazar o no rechazar las hipótesis estadísticas, sin embargo es importante mostrarla para conocer cómo se comportó la muestra de estudiantes y no estudiantes, hombres y mujeres. Los resultados obtenidos se observan a continuación.

Tabla 10

**Diferencias entre estudiantes y no estudiantes.
Información sobre VIH/SIDA.**

	N	Media	Alfa
Estudiantes	182	145.64	.006
No estudiantes	132	173.86	
Total	314		

La media de los no estudiantes indica que los mismos manejan mayor información con respecto al VIH/SIDA.

Tabla 11

**Diferencias entre hombres estudiantes y hombres no estudiantes.
Información sobre VIH/SIDA.**

	N	Media	Alfa
Hombres estudiantes	72	59.07	.010
Hombres no estudiantes	61	76.36	
Total	133		

Lo anterior determina que la población de hombres no estudiantes cuenta con información más completa sobre lo qué es el VIH/SIDA y sus formas de transmisión.

Tabla 12

**Diferencias entre mujeres estudiantes y mujeres no estudiantes.
Información sobre VIH/SIDA.**

	N	Media	Alfa
Mujeres estudiantes	110	86.81	.178
Mujeres no estudiantes	71	97.49	
Total	181		

En la tabla 12 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas, por lo cual no se puede determinar cuál de los dos grupos cuenta con mayor información sobre VIH/SIDA.

La cuarta escala del instrumento "Conductas de riesgo" consta de 19 reactivos, al igual que en la escala anterior, se muestran los resultados obtenidos para saber cómo se comportó la muestra.

Tabla 13

**Diferencias entre estudiantes y no estudiantes.
Conductas de riesgo.**

	N	Media	Alfa
Estudiantes	174	149.54	.732
No estudiantes	127	153.00	
Total	301		

Como se obtuvo un alfa mayor a .050, no se puede indicar qué grupo presenta conocimientos sobre conductas de riesgo de adquirir VIH/SIDA.

Tabla 14

**Diferencias entre hombres estudiantes y hombres no estudiantes.
Conductas de riesgo.**

	N	Media	Alfa
Hombres estudiantes	70	57.89	.008
Hombres no estudiantes	61	75.31	
Total	131		

La tabla 14 muestra que los hombres no estudiantes tienen mayores conocimientos sobre cuáles son las conductas que llevan a un riesgo de contagio de VIH/SIDA.

Tabla 15

**Diferencias entre mujeres estudiantes y mujeres no estudiantes.
Conductas de riesgo.**

	N	Media	Alfa
Mujeres estudiantes	104	90.82	.075
Mujeres no estudiantes	66	77.11	
Total	170		

Como se puede observar en la tabla 15 el alfa nos indica que no se puede hablar de diferencias entre estos grupos.

INTEGRACION DE LOS RESULTADOS DE LAS ESCALAS DE PERCEPCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN DEL INSTRUMENTO VIH/SIDA Y DEL INSTRUMENTO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

El análisis que se presenta a continuación corresponde a las diferencias encontradas en la percepción y autopercepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA y Estrategias de Afrontamiento en la muestra (estudiantes y no estudiantes, hombres y mujeres).

En este análisis el número de la muestra es diferente en cada escala, debido a que sólo son tomados en cuenta los sujetos que obtuvieron una significancia máxima de .050.

Tabla 16
Hipótesis 1

1. Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios (C.U.) y no estudiantes, con percepción de riesgo de contagio de VIH.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios (C.U.) y no estudiantes, con percepción de riesgo de contagio de VIH.

PERCEPCION		N	Media	Alfa
		No estudiantes (hombres y mujeres)	132	177.89
	Estudiantes (hombres y mujeres)	183	143.65	
	Total	315		
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Confrontación			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	137	162.65	.953
	Estudiantes (hombres y mujeres)	188	163.26	
	Total	325		
	Distanciamiento			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	133	159.70	.652
	Estudiantes (hombres y mujeres)	191	164.45	
	Total	324		
	Autocontrol			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	134	153.30	.207
	Estudiantes (hombres y mujeres)	187	166.52	
	Total	321		
	Búsqueda Apoyo Social			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	137	172.46	.228
	Estudiantes (hombres y mujeres)	192	159.68	
	Total	329		
	Aceptación Responsabilidad			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	141	164.65	.823
	Estudiantes (hombres y mujeres)	190	167.01	
	Total	331		
Huida-Evitación				
No estudiantes (hombres y mujeres)	133	152.07	.284	
Estudiantes (hombres y mujeres)	183	163.17		
Total	316			
Platificación				
No estudiantes (hombres y mujeres)	135	159.49	.467	
Estudiantes (hombres y mujeres)	192	167.17		
Total	327			
Reevaluación Positiva				
No estudiantes (hombres y mujeres)	132	169.23	.132	
Estudiantes (hombres y mujeres)	187	153.48		
Total	319			

Como se observó en esta tabla, los no estudiantes (hombres y mujeres) presentan percepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA, no obstante no se encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento de ambos grupos, por lo que no se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 17
Hipótesis 2

2. H_i. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios (C.U.) y no estudiantes, con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

H_o. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios (C.U.) y no estudiantes, con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

		N	Media	Afa
AUTOPERCEPCION	No estudiantes (hombres y mujeres)	102	145.79	.089
	Estudiantes (hombres y mujeres)	168	129.25	
	Total	207		
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Confrontación			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	137	162.65	.953
	Estudiantes (hombres y mujeres)	188	163.26	
	Total	325		
	Distanciamiento			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	133	159.70	.652
	Estudiantes (hombres y mujeres)	191	164.45	
	Total	324		
	Autocontrol			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	134	153.30	.207
	Estudiantes (hombres y mujeres)	187	166.52	
	Total	321		
	Búsqueda Apoyo Social			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	137	172.48	.228
	Estudiantes (hombres y mujeres)	192	159.68	
	Total	329		
	Aceptación Responsabilidad			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	141	164.65	.823
	Estudiantes (hombres y mujeres)	190	167.01	
	Total	331		
	Huida-Evitación			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	133	152.07	.284
	Estudiantes (hombres y mujeres)	183	163.17	
	Total	316		
	Planificación			
	No estudiantes (hombres y mujeres)	135	159.49	.467
	Estudiantes (hombres y mujeres)	192	167.17	
	Total	327		
Reevaluación Positiva				
No estudiantes (hombres y mujeres)	132	189.23	.132	
Estudiantes (hombres y mujeres)	187	153.48		
Total	319			

Como puede observarse en la tabla 17, tanto los estudiantes (hombres y mujeres) como los no estudiantes (hombres y mujeres) no presentan autopercepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA, asimismo, no se encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento de ambos grupos, por lo que no se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 18
Hipótesis 3

3. Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios hombres (C. U.) y no estudiantes hombres con percepción de riesgo de contagio de VIH.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios hombres (C. U.) y no estudiantes hombres con percepción de riesgo de contagio de VIH.

PERCEPCION		N	Media	Aña
		Hombres no estudiantes	61	72.74
	Hombres estudiantes	73	63.12	
	Total	134		
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Confrontación			
	Hombres no estudiantes	60	60.66	.038
	Hombres estudiantes	76	74.69	
	Total	136		
	Distanciamiento			
	Hombres no estudiantes	62	67.85	.659
	Hombres estudiantes	76	70.85	
	Total	138		
	Autocontrol			
	Hombres no estudiantes	61	64.43	.276
	Hombres estudiantes	75	71.81	
	Total	136		
	Búsqueda Apoyo Social			
	Hombres no estudiantes	62	77.00	.046
	Hombres estudiantes	76	63.38	
	Total	138		
Aceptación Respons.				
Hombres no estudiantes	62	73.59	.215	
Hombres estudiantes	75	65.21		
Total	137			
Huida-Evitación				
Hombres no estudiantes	63	54.87	.000	
Hombres estudiantes	74	81.03		
Total	137			
Planificación				
Hombres no estudiantes	62	74.45	.187	
Hombres estudiantes	76	65.46		
Total	138			
Reevaluación Positiva				
Hombres no estudiantes	61	73.44	.140	
Hombres estudiantes	74	63.51		
Total	135			

En la tabla 18, los hombres estudiantes y los hombres no estudiantes no presentan percepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA, sin embargo, se encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento de confrontación y huida-avoidancia, las cuales utilizan en mayor grado los hombres estudiantes; con respecto a la estrategia de búsqueda de apoyo social, son los hombres no estudiantes quienes la utilizan en mayor medida. Basándose en lo anterior no se rechaza la hipótesis nula número 3.

Tabla 19
Hipótesis 4

4. Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios hombres (C. U.) y no estudiantes hombres con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios hombres (C. U.) y no estudiantes hombres con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

AUTOPERCEPCION	Hombres no estudiantes	N	Media	Alfa
	Hombres estudiantes	63	58.31	55.96
	Total	113		
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Confrontación			
	Hombres no estudiantes	60	60.66	.038
	Hombres estudiantes	76	74.69	
	Total	136		
	Distanciamiento			
	Hombres no estudiantes	62	67.85	.659
	Hombres estudiantes	76	70.85	
	Total	138		
	Autocontrol			
	Hombres no estudiantes	61	64.43	.276
	Hombres estudiantes	75	71.81	
	Total	136		
	Búsqueda Apoyo Social			
	Hombres no estudiantes	62	77.00	.046
	Hombres estudiantes	76	83.38	
Total	138			
Aceptación Respons.				
Hombres no estudiantes	62	73.59	.215	
Hombres estudiantes	75	65.21		
Total	137			
Huida-Evitación				
Hombres no estudiantes	63	54.87	.000	
Hombres estudiantes	74	61.03		
Total	137			
Planificación				
Hombres no estudiantes	62	74.45	.187	
Hombres estudiantes	76	65.48		
Total	138			
Reevaluación Positiva				
Hombres no estudiantes	61	73.44	.140	
Hombres estudiantes	74	63.51		
Total	135			

En la tabla 19 se observa que los hombres estudiantes y los hombres no estudiantes no presentan autopercepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA, sin embargo, se encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento de confrontación y huida-avoidación, las cuales utilizan en mayor grado los hombres estudiantes; con respecto a la estrategia de búsqueda de apoyo social, son los hombres no estudiantes quienes la utilizan en mayor medida. Basándose en lo anterior no se rechaza la hipótesis nula número 4.

Tabla 20
Hipótesis 5

5. Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarias mujeres (C. U.) y no estudiantes mujeres con percepción de riesgo de contagio de VIH.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarias mujeres (C. U.) y no estudiantes mujeres con percepción de riesgo de contagio de VIH.

PERCEPCION		N	Media	Alfa
		Mujeres no estudiantes	71	107.33
	Mujeres estudiantes	110	80.46	
	Total	181		
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Confrontación			
	Mujeres no estudiantes	77	103.82	.064
	Mujeres estudiantes	112	88.93	
	Total	189		
	Distanciamiento			
	Mujeres no estudiantes	71	92.05	.771
	Mujeres estudiantes	115	94.40	
	Total	186		
	Autocontrol			
	Mujeres no estudiantes	73	88.70	.376
	Mujeres estudiantes	112	95.80	
	Total	185		
	Búsqueda Apoyo Social			
	Mujeres no estudiantes	75	95.91	.985
	Mujeres estudiantes	116	98.05	
	Total	191		
Aceptación Respons.				
Mujeres no estudiantes	79	91.37	.204	
Mujeres estudiantes	115	101.71		
Total	194			
Huida-Evitación				
Mujeres no estudiantes	70	100.41	.031	
Mujeres estudiantes	109	83.31		
Total	179			
Planificación				
Mujeres no estudiantes	73	83.56	.022	
Mujeres estudiantes	116	102.20		
Total	189			
Reevaluación Positiva				
Mujeres no estudiantes	71	96.88	.397	
Mujeres estudiantes	113	89.87		
Total	184			

Los resultados de la tabla 20 indican que las mujeres no estudiantes presentan percepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA, asimismo, se encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento de huida-avoidancia, la cual es utilizada en mayor medida por las mujeres no estudiantes; con respecto a la estrategia de planificación son las mujeres estudiantes quienes la utilizan en mayor medida. Con lo cual no se rechaza la hipótesis nula número 5.

Tabla 21
Hipótesis 6

6. Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarias mujeres (C. U.) y no estudiantes mujeres con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarias mujeres (C. U.) y no estudiantes mujeres con autopercepción de riesgo de contagio de VIH.

AUTOPERCEPCION		N	Media	Alfa
		Mujeres no estudiantes	52	91.53
	Mujeres estudiantes	105	72.80	
	Total	157		
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Confrontación			
	Mujeres no estudiantes	77	103.82	.064
	Mujeres estudiantes	112	88.93	
	Total	189		
	Distanciamiento			
	Mujeres no estudiantes	71	92.05	.771
	Mujeres estudiantes	115	94.40	
	Total	186		
	Autocontrol			
	Mujeres no estudiantes	73	88.70	.376
	Mujeres estudiantes	112	95.80	
	Total	185		
	Búsqueda Apoyo Social			
	Mujeres no estudiantes	75	95.91	.985
	Mujeres estudiantes	116	96.05	
	Total	191		
	Aceptación Respona.			
	Mujeres no estudiantes	79	91.37	.204
Mujeres estudiantes	115	101.71		
Total	194			
Huida-Evitación				
Mujeres no estudiantes	70	100.41	.031	
Mujeres estudiantes	109	83.31		
Total	179			
Planificación				
Mujeres no estudiantes	73	83.56	.022	
Mujeres estudiantes	116	102.20		
Total	189			
Reevaluación Positiva				
Mujeres no estudiantes	71	96.68	.397	
Mujeres estudiantes	113	89.87		
Total	184			

En la tabla 21 se observa que las mujeres no estudiantes presentan autopercepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA, también se encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento de huida-avoidación, la cual es utilizada en mayor medida por las mujeres no estudiantes; con respecto a la estrategia de planificación son las mujeres estudiantes quienes la utilizan en mayor medida. Con lo cual no se rechaza la hipótesis nula número 6.

Hipótesis de Trabajo.

De acuerdo con los resultados de la prueba U de Mann Whitney expuestos en las tablas (16-21), no se rechazan las hipótesis estadísticas nulas, toda vez que para no rechazar las hipótesis alternas ambos grupos de la muestra deben presentar percepción y/o autopercepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA, en cuanto a las estrategias de afrontamiento, éstas no fueron utilizadas de manera similar por estudiantes de la U.N.A.M. (C.U.) y no estudiantes, hombres y mujeres, con percepción y/o autopercepción.

4.13 Discusión.

El presente estudio tuvo como objetivo encontrar diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas por la muestra.

De acuerdo con los resultados expuestos en el apartado anterior, puede decirse que los grupos de investigación, estudiantes universitarios y no estudiantes respondieron de manera distinta a la esperada, toda vez que se consideraba que el grupo de estudiantes universitarios, por tener más conocimientos sobre el VIH/SIDA (al estar en mayor contacto con campañas preventivas e información sobre formas de transmisión), presentaría un más alto grado de percepción y autopercepción de riesgo de contagio; ya que de acuerdo a estudios realizados por Aldaz y Pick (1996), Del Río y Rico (1996), Torres y cols., (1994), en los cuales los hallazgos sostienen que la población percibe a los grupos estigmatizados (prostitutas, homosexuales, bisexuales, drogadictos intravenosos, etc.) como posibles portadores del VIH/SIDA, dando por resultado que la población percibe el riesgo de contagio como una posibilidad lejana, debido a que ubican sus conductas sexuales dentro de la norma; asimismo, infravaloran subjetivamente el riesgo que conllevan sus conductas objetivas.

Por su parte Pérez y Sánchez (1996) manifiestan que en nuestra cultura las informaciones o conocimientos generan prejuicios, actitudes y valores determinantes de comportamiento sexual, que se traducen como una barrera cultural que dificulta la prevención del VIH/SIDA. Lo anterior nos hacía suponer que la población de no estudiantes percibiría el riesgo de contagio de VIH/SIDA en grupos estigmatizados por contar con menores conocimientos y falsas creencias con respecto al VIH/SIDA y, por consiguiente, su autopercepción sería nula o baja por estar "ellos" fuera de dichos grupos.

Con respecto a la población de estudiantes, estudios como el de Seal y Agostinelli, (1996), señalan que los estudiantes universitarios se perciben en mayor riesgo de contagio debido al comportamiento sexual que mantienen, es decir, tienen una vida sexual activa sin los cuidados y medidas preventivas para

evitar la infección (mayor número de parejas, uso de drogas, etc.). Lo cual no se corroboró en esta investigación, toda vez que los estudiantes universitarios dejan de lado esta información, restándole importancia, ya que la interpretan como abstinencia, fidelidad, etc.

Partiendo de lo encontrado en la investigación, refiriéndonos a las diferencias entre estudiantes y no estudiantes, como puede verse en la tabla 16, los no estudiantes presentaron mayor percepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA, que se traduce como un buen manejo de información sobre formas de transmisión, sexo seguro y prevalencia del virus, lo que les permite identificar las conductas de riesgo en personas con varias parejas, sin importar su orientación sexual; en contraposición a lo encontrado en estudios anteriores, en los que la orientación sexual era un obstáculo para la prevención del VIH/SIDA, puesto que eran grupos estigmatizados los que se percibían como riesgosos, ahora se percibe el riesgo en el número de parejas sexuales (Del Río y Rico, 1996), de tal forma que a mayor número de parejas sexuales mayor riesgo de contagio de VIH/SIDA. Con respecto a la población de estudiantes, como puede observarse en la tabla 15, ésta no se percibió en riesgo de contagio, lo cual puede explicarse por medio del estudio de McCormack (1997), el cual menciona que los estudiantes por la falta de información caen en falsas creencias. Lo anterior es importante, ya que Alfaro (1991), en su estudio, explica que entre mayor sea el conocimiento se tiene una actitud más favorable hacia el sexo seguro, hacia la libertad en las relaciones sexuales, hacia el aborto, los diferentes tipos de prácticas sexuales y hacia el embarazo, es decir, los conocimientos sobre sexualidad influyen de manera directa en algunas actitudes sexuales que son importantes para prevenir el SIDA.

Los hallazgos de esta investigación sobre autopercepción confirman el estudio realizado por Marin (1993) en el cual los jóvenes universitarios por considerar tener "una conducta sexual adecuada socialmente" no tienen autopercepción de riesgo de contagio; asimismo, Alfaro y cols. (1992) encontraron que su muestra teme contagiarse con el VIH, especialmente al tener relaciones sexuales, no obstante no se autoperceben como personas que estén en riesgo de contraer el virus. Anteriormente, esto había sido ya encontrado por Sepúlveda, Izazola, Valdespino, Juárez y Mondragón (citados en Sepúlveda, 1989), es decir, el que se sienta temor al contagio no es suficiente para llevar a cabo conductas adecuadas que disminuyan el riesgo.

En lo que se refiere a la población de no estudiantes, tampoco se autopercebe en riesgo, de acuerdo a los resultados obtenidos (tabla 16). Tales resultados los explica Bellak (1970) y Erikson (citado en Dicaprio, 1989), en cuanto a la capacidad que tienen los sujetos para regular los impulsos, la cual depende de la intensidad del impulso y de los métodos adquiridos para manejarlos y la capacidad de decir sí o no a los mismos. Por su parte, Moos y Billings (1982) señalan que el sujeto hace intentos para evitar enfrentarse al

problema, negar o minimizar la seriedad de una crisis o para reducir indirectamente las tensiones emocionales por medio de conductas. Es decir, no se autoperciben en riesgo.

Estos resultados también confirman el estudio realizado por Villagrán y Díaz (1992), en el que se afirmó que el conocimiento no es suficiente para provocar cambios conductuales que conduzcan a la prevención.

Los hombres de la muestra de este estudio, estudiantes y no estudiantes, no presentaron percepción y autopercepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA, lo cual puede explicarse con base en el estudio hecho por Del Río y Rico (1996), que expone que el hombre que tiene una "pareja estable femenina" frecuentemente se autopercibe como monógamo, aunque tenga relaciones sexuales con otras parejas. Nuestros sujetos respondieron que ellos no estaban en riesgo de contagio porque tenían la certeza de que sus parejas les eran fieles, además hacían hincapié en la buena reputación de las mismas. Asimismo, mencionaron que se cuidaban al tener relaciones, pero no explicaron cómo lo hacían, con lo cual no puede afirmarse que utilicen el condón correctamente. Lo anterior lo explica el estudio de Pérez y Sánchez (1996), en donde se observa que los hombres no asumen comportamientos sexuales responsables por las diversas ideas, creencias y valores sociales que tienen, es decir, el hombre no ha desarrollado habilidades conductuales, tales como postergar su actividad coital. Por su parte, Kimmel (abril, 1999) expresa que se debe abordar el sexo seguro desde el punto de vista de la masculinidad, ya que para los hombres lo sexual es apasionado, explosivo, espontáneo, mientras que lo seguro es suave, tibio, acariciable; lo cual es incompatible con el placer; ellos lo entienden como "dejen de tener relaciones sexuales como hombres", por eso es tan difícil hacer que los varones heterosexuales practiquen el sexo seguro, poniéndose en riesgo cada vez que tienen relaciones sin protección.

Derivado de los resultados obtenidos (que se explican en las tablas 20 y 21), respecto a la población de mujeres estudiantes y mujeres no estudiantes, fueron las mujeres no estudiantes quienes percibieron y autopercibieron riesgo de contagio de VIH/SIDA. Dicho hallazgo muestra el cambio que se ha dado actualmente; estas mujeres de 18 a 28 años mostraron contar con información, conocimientos y actitudes con respecto a la prevención. Dichos resultados contradicen lo expuesto por Rico y Liguori (1998) y BIBLIOGRAFIA COMENTADA (1998), ya que las mujeres no tienen una clara conciencia de estar en riesgo y el único medio que tienen a su alcance para prevenir la transmisión del VIH es convencer a sus parejas sexuales de que utilicen el condón, lo cual las deja en permanente riesgo, pues su seguridad depende de la voluntad del otro.

En lo que respecta al grupo de mujeres estudiantes, quienes tienen conocimientos e información sobre el virus, que se traduciría como un mayor

grado de percepción y autopercepción, no lo tienen; dichas estudiantes expresaron en sus respuestas el tener una vida sexual activa, haber tenido una o varias parejas, también manejan la posibilidad de estar con varias parejas a la vez; lo anterior manifiestan hacerlo con "protección" sin definir cómo lo hacen, es decir, si piden el uso del condón.

Las mujeres estudiantes por estar en un contexto cultural que les brinda conocimientos sienten poder en sus actos debido a que su percepción como lo menciona Stoetzel (1971) depende de la cultura, es decir, en la percepción se mezclan los juicios de cada persona: los estímulos no pueden ser percibidos más que en un marco significativo y este marco a menudo es social. Por lo cual la estimación que hacen acerca de la probabilidad de que ocurra una infección es mínima por mantener una conducta sexual adecuada socialmente (Marín, 1993).

Con respecto al tema estrategias de afrontamiento se describirán únicamente aquellas en las que se encontraron diferencias.

Como pudo observarse en las tablas 16 y 17 no se encontraron diferencias entre estudiantes y no estudiantes, siendo lo anterior relevante porque el objetivo de nuestra investigación era encontrar diferencias en las estrategias de afrontamiento de nuestra muestra, toda vez que los factores personales tales como compromisos y creencias afectan la evaluación cognoscitiva del riesgo o de las situaciones estresantes; tales factores impulsan al individuo hacia toda una constelación determinada de roles sociales, los cuales son desarrollados, alterados y mantenidos a través de los encuentros de la vida diaria.

Lo expresado hacía suponer que los estudiantes universitarios, al estar en un medio académico, utilizarían estrategias de afrontamiento que les permitiesen afrontar de manera efectiva las situaciones de riesgo, es decir, utilizarían estrategias centradas en el problema, cuya función es captar la fuente del estrés, ya que la persona considera que puede hacer algo constructivo. Sin embargo, por lo encontrado en esta investigación, el hecho de estar estudiando una licenciatura no es determinante en el uso de dichas estrategias y el no haber asistido a una escuela de Estudios Superiores no implica que se utilicen estrategias de afrontamiento ineficaces para evitar el contagio de VIH/SIDA (ver tablas 16 y 17).

Las diferencias encontradas en las estrategias de afrontamiento de hombres estudiantes y hombres no estudiantes se centraron para hombres estudiantes en confrontación y huida-evitación, siendo ellos quienes obtuvieron la media más alta (tabla 18), lo cual señala que los estudiantes realizan esfuerzos para alterar la situación estresante, que implica cierto grado de hostilidad y riesgo en acciones directas, así como la utilización de un

pensamiento desiderativo que disminuye el grado de trastorno emocional. En la estrategia de búsqueda de apoyo social, fueron los hombres no estudiantes quienes tuvieron la media más alta; esta estrategia describe los esfuerzos para buscar apoyo, es decir, buscan consejo, asesoramiento, asistencia o información, apoyo moral, simpatía o comprensión. Lazarus y Folkman (1986) hablan de esta escala como un modo que puede estar centrado en el problema y en la emoción.

Si los hombres estudiantes utilizan la confrontación y la huida-avoidancia puede decirse que éstas no son las adecuadas para la prevención del VIH/SIDA; siendo que no puede evitarse el contagio haciendo cosas que sabe que no funcionarían pero que al menos las hace, que el encontrar a la persona responsable no soluciona el problema, así como, el expresarle su enojo y que sobre todo no pueden esperar a que ocurra un milagro, ni negar lo que está ocurriendo, ni desear que la situación desaparezca o termine de algún modo, etc. (Lazarus y Folkman, 1986).

Si los hombres no estudiantes utilizan la estrategia búsqueda de apoyo social quiere decir que cuando algo les provoca estrés, por medio de esta estrategia el mismo es reducido al conseguir ayuda profesional, hablar con alguien para saber más acerca de la situación. Dicha estrategia para el problema del VIH/SIDA es de ayuda, ya que al buscar apoyo profesional se obtienen opciones para un mejor ejercicio de la sexualidad.

En las estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres estudiantes y mujeres no estudiantes, se encontró que las mujeres estudiantes utilizan en mayor medida la planificación (ver tablas 20 y 21), la cual según Sánchez-Cánovas en Buela-Casal (1991), describe los esfuerzos deliberados centrados en el problema para alterar la situación unido a la aproximación analítica para resolver el problema, esto es, cambian algo para que las cosas salgan bien, recuerdan experiencias pasadas similares, piensan en un par de soluciones diferentes para resolver el problema, etc. Lo cual esta siendo inefectivo para manejar la prevención del VIH/SIDA, ya que si alguna vez tuvieron una relación sexual sin uso del condón esta experiencia no las previene para exigir su uso en la siguiente relación; lo anterior, está explicado por Rico y Liguori (1998) quienes mencionan que las mujeres estudiantes pueden sentir que ponen en entredicho la masculinidad del hombre al no ser él quien pida o use el condón. Pueden pensar asimismo en tener sexo seguro, pero como ya se dijo anteriormente, el hombre en nuestra sociedad aún maneja al coito como la única forma de obtener placer. Siendo el sexo seguro una alternativa y una forma eficaz para no contagiarse de VIH/SIDA, la mujer universitaria aún no puede proponerlo a su pareja.

Las mujeres no estudiantes utilizaron la estrategia huida-avoidancia, la cual describe el pensamiento desiderativo; ésta es una estrategia defensiva que no

soluciona el problema causante de estrés ya que no puede hacerse nada para modificar las condiciones, que para las mujeres de nuestro estudio dichas condiciones son tener relaciones sexuales sin la protección debida, al no tener ellas los medios necesarios para exigir el uso del condón, ya que en México existe la doble moral que le permite al hombre presumir con todo mundo que las parejas (hombre y mujer) son fieles (Del Río y Rico, 1996), pero en la realidad no siempre es así, cuando él es infiel no siempre se cuida con la pareja ocasional por diversas razones (creer que el condón quita sensibilidad, falta de acceso o simplemente no querer usarlo) siendo tal irresponsabilidad un medio para no usar el condón con su pareja habitual; por lo anterior, aunque la mujer se atreviera a pedir que se use el condón y correr el riesgo de ser tomada por infiel, el hombre por sus mecanismos de defensa no siempre va a aceptar su uso, dejándola siempre en riesgo de contagio de VIH/SIDA. Lo anterior, sin embargo, es eficaz para que se autoperciban en riesgo de contagio, puesto que evitan el tener relaciones con o sin condón. El que para ellas esto funcione en determinadas situaciones no las previene del riesgo, ya que no siempre tendrán la posibilidad de negarse a una relación sexual sin usar condón que implicaría una gran carga emocional y por consiguiente la aparición del estrés causado por el temor de contagiarse (BIBLIOGRAFIA COMENTADA, 1998).

4.14 Conclusiones.

En los estudios revisados (Marín, 1993 y Torres, 1996) se sugería llevar a cabo más investigaciones sobre VIH/SIDA para conocer qué factores son los que provocan en la gente la percepción y la autopercepción de riesgo de contagio y si éstas se han incrementado con información proporcionada por las instituciones en las campañas de prevención.

Los resultados mostrados en este estudio indican un cambio en la forma en que se percibe y autopercibe el riesgo de contagio de VIH/SIDA, sin embargo dichos resultados deben tomarse con cautela, ya que por el tipo de estudio sólo se pueden aplicar a poblaciones que presenten las mismas características de la muestra estudiada. Tomando en cuenta lo anterior, es interesante observar el cambio que se ha dado en la población de no estudiantes, ya que muestra un mayor y mejor manejo de información y conocimientos que les permiten sentirse vulnerables ante la enfermedad, a diferencia de los estudiantes, quienes de igual forma los manejan, no obstante los han dejado de lado restándoles importancia, ya que dicha información la interpretan como abstinencia, fidelidad, no uso de drogas, etc., siendo lo anterior incompatible con su forma de pensar, la cual les permite aceptar que cada individuo ejerza una sexualidad libre de prejuicios, preferencias, actitudes, etc., olvidándose de la responsabilidad y protección que siempre debe existir en cada relación sexual.

La epidemiología en la actualidad indica que las mujeres heterosexuales son el grupo que corre el mayor riesgo de infección, ya que sus parejas están siendo infieles y debido a que en México el uso del condón es masculino, lo cual las deja de lado porque aunque lo pidan el hombre al final de cuentas es quien decide si lo usa o no (Magis y cols., 1998).

Dicha información ha alertado a las mujeres no estudiantes, quienes han entendido que el condón es una forma eficaz para la prevención, que no necesariamente conlleva el supuesto de su infidelidad y que las protege de la vida sexual anterior de la pareja, que debe verse como un elemento más de la sexualidad y de erotización (BIBLIOGRAFIA COMENTADA, 1998). Si en épocas pasadas se utilizaban aromas como afrodisíacos que hacían al acto sexual más placentero, en la actualidad el condón (rugoso, fluorescente, de color, de sabor, etc.) debe ser parte del erotismo en cada relación sexual, por lo cual es necesario informar al género masculino de las cualidades del mismo, como lo menciona Grmek (1992).

Si los hombres de la muestra estudiada, estudiantes y no estudiantes, no se autopercebieron en riesgo de contagio de VIH/SIDA es porque por una parte tienen la creencia de que saben elegir correctamente a sus parejas; dicho de otro modo, son serias, de buena reputación, etc., y por otra parte, aún manejan la idea de que sus conductas son las adecuadas ante la sociedad dejando de lado el riesgo de infección que las mismas conllevan. Lo anterior se observó en un estudio realizado por Alfaro y Díaz (1996) en el cual los grupos masculinos perciben más presión social para tener parejas sexuales ocasionales, lo cual los pone en un alto riesgo ante el contagio de VIH, sobre todo al considerar que entre los adolescentes es muy irregular el uso del condón.

Como ya se abordó en la discusión, para el hombre el sexo seguro sigue siendo una parte inexplorada de la sexualidad, siendo lo anterior una forma eficaz en la prevención del VIH/SIDA. A los hombres como ya lo señalaron Pérez y Sánchez (1996), se les debe enseñar todo el placer que pueden sentir al tener sexo seguro, es decir, erotizar el preludeo de cada acto sexual, jugando con cada una de las partes del cuerpo humano y tomando en cuenta sobre todo que no necesariamente un coito es la única forma de sentir un orgasmo.

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, se concluye que no necesariamente una estrategia es eficaz para toda la población en la prevención del VIH/SIDA, puesto que lo que para unos es funcional en determinadas situaciones, para los otros no lo es, es decir, si para las mujeres no estudiantes el utilizar la estrategia de huida-evitación es eficaz, debido a que se autoperciben en riesgo de contagio, para las mujeres estudiantes no lo es, porque éstas no van a dejar de tener relaciones sexuales. En las mujeres estudiantes, la estrategia de planificación está siendo ineficaz debido a que no se autoperciben en riesgo de contagio (ver tablas 20 y 21).

Puede decirse que la eficacia de las estrategias de afrontamiento que obtuvieron diferencias estadísticamente significativas puede estar condicionada al tener percepción y/o autopercepción de riesgo de contagio de VIH/SIDA.

Finalmente, la población estudiante y no estudiante, hombres y mujeres, maneja de forma similar las estrategias de afrontamiento, debido a que éstas son constantemente cambiantes y que son desarrolladas para manejar las demandas específicas externas o internas de una situación de tensión (Lazarus y Folkman, 1986), lo cual señala que cada individuo utiliza indistintamente las estrategias en cuanto a su personalidad y la intensidad del estrés.

4.15 Sugerencias y limitaciones.

Es pertinente implementar talleres sobre sexo seguro en todas las instituciones de educación media y superior y que éstos sean de forma permanente, toda vez que de acuerdo a los resultados de nuestro estudio la población estudiantil es vulnerable al riesgo de contagio por no estar sensibilizados ante la enfermedad, ya que llevan una vida sexual sin la protección necesaria. Los contenidos de dichos talleres deben abarcar aspectos teóricos sobre sexualidad, anticoncepción, VIH/SIDA, dinámicas grupales, toma de decisiones, asertividad, etc., todo lo anterior resaltaré el erotismo del cuerpo humano, así como su sensualidad que permiten por sí mismas llegar a un orgasmo sin necesidad de una penetración, es decir, enseñar a los estudiantes (hombres y mujeres) a que practiquen el sexo seguro.

Las estadísticas mostradas en el capítulo 1 indican que hoy en día la infección por VIH/SIDA ha disminuido, esto puede ser un espejismo, ya que los números por una parte se refieren a casos diagnosticados (identificados), y por otra a casos notificados (cuentan ya con la historia clínica de cómo se dio el contagio), por ejemplo, si alguien toma los casos notificados como la cifra total encontrará que no existen casos en lo que va del año; de dichos datos sólo puede llegarse a la conclusión de que la epidemia poco a poco se ha mantenido en una cifra similar durante los últimos años; tales cifras han hecho que las instituciones disminuyan el énfasis que se le debiera seguir dando a la enfermedad. Las instituciones de salud, de educación y del trabajo han bajado la guardia al llevar a cabo los talleres, conferencias, mesas redondas, verbenas, etc., en los días cercanos al día mundial de lucha contra el VIH/SIDA. Es un gran logro que lo realicen, pero no hay que olvidar que el contagio no sólo se da una vez al año, sino que éste se da en todo momento, a toda hora y en todo lugar. Por anterior, se sugiere que dichas instituciones calendaricen un mayor número de actividades en todas las áreas en donde se tengan recursos humanos, dicho con otras palabras, una institución médica, por ejemplo, realiza su función informativa y preventiva con sus derechohabientes, olvidando

muchas veces que su personal no está exento del contagio, por lo que también debe ser informado y prevenido.

De todas las investigaciones consultadas sólo un artículo (BIBLIOGRAFIA COMENTADA, 1998) habla de la prevalencia del VIH/SIDA dentro de las cárceles, la cual en muchas ocasiones es más alta que en la población general, toda vez que las condiciones que existen en ellas son un terreno de cultivo ideal para la transmisión progresiva de la infección, ya que por lo general suelen estar superpobladas, sus reclusos están internos por delitos relacionados con las drogas y es común el contacto sexual entre hombres, en el cual el coito anal se realiza sin protección, lo que constituye un factor de alto riesgo de transmisión. La falta de investigaciones al respecto podría deberse a que las instituciones no permiten que especialistas ajenos a las mismas realicen estudios con la población (de reclusorios, consejo de menores, ceresos, etc.) ya que puede interferir con el tratamiento que les brindan; lo cual en realidad es temor a la crítica. Al final de cuentas, estas instituciones se están olvidando de que tienen seres humanos por reclusos, los mismos que pueden estar infectándose e infectando a la pareja que los visita, sin olvidar que muchos de ellos están por obtener su libertad y con ésta la posibilidad de contagiarse debido a que desean compensar todo lo que no pudieron hacer durante el tiempo en el que cumplieron sentencia. Por todo lo anterior, se sugiere realizar investigaciones sobre prevalencia de VIH/SIDA en este tipo de instituciones, enfatizándole a las mismas la seriedad e importancia del estudio. Esto debido a que en ellas se carece de la implementación de campañas preventivas.

Anteriormente, las campañas preventivas decían: "la fidelidad y el uso del condón son una forma eficaz para la prevención". Si la fidelidad está siendo un impedimento en la prevención del VIH/SIDA y las campañas están enfocadas a la misma, dicha prevención deja desprotegida a la población por la doble moral que se tiene. Porque aún en nuestros días es por todos conocido el dicho que tienen las madres que dice que la virtud del hombre no es la fidelidad sino la discreción, tal dicho es un claro ejemplo de que todo hombre alguna vez en su vida será o fue infiel, es decir, un acto de fe. Siendo que en la época actual del SIDA no puede haber actos de fe. Si las campañas se enfocaran en la infidelidad como una posibilidad de cada pareja, dicha infidelidad debe abordarse con responsabilidad, dejando a un lado la falsa creencia de que "no me voy a contagiar, es sólo una vez, se ve limpia, etc.", es decir, tomando en cuenta todos los riesgos que conlleva una relación sexual ocasional sin usar el condón correctamente.

Respecto a las limitaciones hay que considerar las de tipo metodológico que se tuvieron en la realización de este estudio, por lo que se sugiere que debe llevarse a cabo una investigación con una metodología que tenga un muestreo estratificado, N's iguales para realizar una prueba a posteriori con el fin de conocer en dónde se encuentra el cruce de las variables, así como un mayor

número de sujetos para que los resultados puedan ser referidos a la población correspondiente.

Es importante señalar que se tenía contemplado encuestar a un mayor número de sujetos estudiantes, pero debido al paro de actividades en la Universidad Nacional Autónoma de México (abril de 1999 a febrero de 2000) sólo se tuvo acceso a aquellas Facultades en donde los profesores aceptaron cooperar con la investigación brindando tiempo de su clase extramuros.

El número de encuestados se vio reducido por los motivos de exclusión de la muestra, en los que está el haber regresado los cuestionarios sin ser contestados en una o varias escalas de los instrumentos, por lo que tuvieron que invalidarse. Lo anterior, refleja el temor del sujeto de mostrar su intimidad ante los demás, no obstante que se les indicó que su información era confidencial, anónima, etcétera.

Una de las limitantes encontradas fue que el instrumento sobre VIH/SIDA presenta una escala (Actitud hacia el condón) que no discriminó al aplicarse el tratamiento estadístico, por lo cual es necesario que se realice nuevamente la confiabilidad y validez de la misma, ya que la información que la escala pudo brindar hubiera sido relevante en los resultados de esta investigación y, además, permitiría saber qué actitud tenía cada grupo con respecto al uso del condón.

REFERENCIAS

- Aduna, A. (1998). Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental. Tesis de maestría. Fac. Psicología, UNAM.
- Aldaz, E. y Pick, S. (1996). El impacto del SIDA en las creencias y conductas sexuales en mujeres adolescentes. La Psicología Social en México, 6, 530-535.
- Alfaro, L. (1991). Sexualidad y SIDA en el adolescente. Tesis licenciatura. Fac. Psicología, UNAM.
- Alfaro, L. y Díaz, R. (1996). Análisis de conductas sexuales de riesgo ante el VIH, a través del modelo de acción razonada en adolescentes. La Psicología Social en México: Salud y sociedad, 6, 525-529.
- Bartley, S. (1973). Principios de percepción. México: Trillas.
- Bellak, L. (1970). Metas amplias para la evaluación de las funciones yoicas. México: Manual Moderno.
- BIBLIOGRAFIA COMENTADA. (1998). Las cárceles y el SIDA: Punto de vista del ONUSIDA. SIDA-ETS, 4, (1), 16-17.
- BIBLIOGRAFIA COMENTADA. (1998). Mujer, sexualidad y SIDA. SIDA-ETS, 4, (1), 18-20.
- Boletín. (2000, diciembre 24-30). EPIDEMIOLOGIA, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 17, (52), p. 8.
- Bonfil, C. (1999, enero 7),(a). Por debajo de tu piel. Letra S (Suplemento). La Jornada, p. 3.
- Bonfil, C. (1999, enero 7). (b). Nostalgia del paraíso medieval. Letra S (Suplemento). La Jornada, p. 8.
- Bonfil, C. (1999, febrero 4). La cercanía de tu pubis. Letra S (Suplemento). La Jornada, p. 3.
- Bonfil, C. (1999, marzo 4). La revelación del sexo femenino. Letra S (Suplemento). La Jornada, p. 3.

- Bonfil, C. (1999, septiembre 2). Al día siguiente de la cruda. Letra S (Suplemento). La Jornada, p. 3.
- Buela-Casal, A. y Caballo, E. (1991). Manual de psicología clínica aplicada. México: Siglo XXI.
- Cahn, P. (1992). PSIDA, Un enfoque integral. (1a. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1970). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu.
- Chester, A., Insko, B. Y Shopler, J. (1980). Psicología social experimental. México: Trillas.
- CONASIDA INFORMA. (1996). La XI Conferencia Internacional sobre SIDA: Buenas noticias y nuevos retos. SIDA-ETS, 2, (3), 129-130.
- Cotte, C. (1998). Sida y Sexo. Venezuela: Conicit y Monte Avila.
- Cruz, J. (1995). Enfoque socioecológico: relación entre desarrollo personal y respuestas de afrontamiento en mujeres en edad fértil. Tesis Licenciatura. Fac. Psicología, UNAM.
- Darley, J., Glucksberg, S. y Kinchla, R. (1990). Psicología. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.
- Daniels, D. (1998). SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (2a. ed.). México: El Manual Moderno.
- Del Río, C. (1998). La prevención de la infección por VIH: ¿dónde estamos y hacia dónde debemos ir? SIDA/ETS, 4, (3), 89-92.
- Del Río, C. y Rico, B. (1996). Prevención de la transmisión sexual: evaluación y perspectivas. SIDA-ETS, 2, 47-53.
- Dicaprio, N. (1989). Teorías de la Personalidad. (2a. ed.). México: McGraw-Hill.
- Eiff, A. y Gründel, J. (1988). El reto del SIDA, orientaciones médico-éticas. Barcelona: Herder.
- Flores, M. y Díaz, R. (1994). Locus de control, asertividad y comunicación en la prevención del SIDA. La Psicología Social en México: Psicología social y conducta sexual, 622-627.
- Freud, A. (1936). El yo y los mecanismos de defensa. (7a. ed.). Argentina: Paidós.

González, J., Romero, J. y De Tavira, F. (1986). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México: Trillas.

Grmek, M. (1992). Historia del SIDA. México: Siglo Veintiuno Editores.

Impacto psicosocial del SIDA. Guía para la Atención Psicológica de personas que viven con VIH/SIDA. (1a. ed.), 1994.

Internet <http://www.caps.ucsf.edu/madrehijo.html>.

Internet <http://www.ssa.gob.mx/prop/estadis/>

Jaccard, J. y Levinson, R. (1995). Student opinion leaders and HIV/AIDS knowledge and risk behavior. Journal of American College Health, 43, (5), 216-223.

Kalichman, S. (1996). Answering your Questions About AIDS. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Key, K. y DeNoon, D. (1995, junio 26). New poll shows college students still engage in risky sex. AIDS Weekly Plus, 22-25.

Kimmel, M. (1999, abril 8). La masculinidad y la reticencia al cambio. Letra S (Suplemento). La Jornada. p. 9.

Krech, D., Crutchfield, R. y Ballachey, E. (1972). Psicología Social. Madrid: Biblioteca Nueva Almagro.

La Jornada. (1995, julio 4). México, D.F.

Lamas, M. (1999, enero 7). Escenas de un campo de batalla: la política sexual en México. Letra S (Suplemento). La Jornada. p. 6.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Leyva, J. (1988). El SIDA su impacto social y demográfico. Gaceta CONASIDA, 2, (1), 5-7.

Liebert, R. y Langenbach, L. (1999) Personalidad, estrategias y temas de Liebert y Spiegler. (8ª. Ed.). México: International Thomson Editores, S.A. de C.V.

Lizarraga, X. (1990). Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA. México: INHA.

López, A., Villagrán, G. y Díaz, R. (1994). Percepción de riesgo, atribución del contagio y aspectos emocionales en relación con el SIDA. La Psicología Social en México: Psicología social y conducta sexual, 594-600.

Lo que todos debemos saber. (1998). SIDA-ETS, 4, (2), 63-67.

Jones, E. (1980). Principios de Psicología Social. México: Limusa.

Magis, C., Bravo, E., Anaya, L. y Uribe, P. (1998). La situación del SIDA en México a finales de 1998. SIDA-ETS, 4, (4), 143-153.

Marchetti, R., Rodríguez, G. y Rodríguez, A. (1996). Los adolescentes y el SIDA: La importancia de la educación para la prevención. SIDA-ETS, 2, (2), 61-67.

Marín, M. (1993). Representación social del SIDA en universitarios. Tesis licenciatura. Fac. Psicología, UNAM.

McCormack, A. (1997). Revisiting college student knowledge and attitudes about HIV/AIDS: 1987, 1991 and 1995. College Student Journal, 31, (3), 356-361.

Méndez, I. (1996). Comunicaciones técnicas. México: Azul monografías.

Méndez, R. y cols. (1998). Protocolo de investigación, lineamientos para su elaboración. México: Trillas.

Miller, D. (1989). Viviendo con SIDA y HIV. (1a. ed.). México: El Manual Moderno.

Moos, R. y Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes, en L. Goldberger y S. Breznitz (comps.), Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. Nueva York: McMillan.

Pearlin, I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.

Pérez, L. y Sánchez, L. (1996). Propuestas de enfoque cognitivo-conductual para la modificación de los comportamientos de riesgo del VIH/SIDA. Revista Peruana de Psicología, 1, (1), 68-79.

Pick, S. y Alvarez, M. (1996). El impacto del SIDA en las creencias y las conductas sexuales de los varones adolescentes. La Psicología Social en México: Salud y sociedad, 6, 520-524.

Pick, S. y López, A. (1980). Cómo investigar en Ciencias Sociales. México: Trillas.

Prohaska, T., Albrecht, G., Sugrue, N. y Kim, J. (1990). Determinants of Self-Perceived Risk for AIDS. The Journal of Health and Social Behavior, 31, 384-394.

Ramírez, M. (1993). Percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios. Tesis licenciatura. Fac. Psicología, UNAM.

Rico, B. y Liguori, A. (1998). Mujeres y VIH/SIDA: Reflexiones sobre la situación actual y algunos retos legislativos. SIDA-ETS, 4, (2), 40-46.

Rivera, P. (2000). Jefa del Departamento de Análisis y Tendencias de la Dirección de Investigación de CONASIDA.

Rozenbaum, W., Seux, D. y Kouchner, A. (1935). Sida, Realidades y Fantasmas. México: Katún.

Sandner, O. (1990). SIDA, la pandemia del siglo. Venezuela: Monte Avila.

Seal, D. y Agostinelli, G. (1996). College students' perceptions of the prevalence of risky sexual behaviour. AIDS Care, 8, (4), 453-466.

Secretaría de Salud (1999, marzo 4). Mujeres, condones y poder de negociación. Letra S (Suplemento). La Jornada. p. 8.

Sepúlveda, J., Bronfman, M., Ruiz, G., Stanislawski, E. y Valdespino, J. (1989). Sida, Ciencia y Sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.

Stoetzel, J. (1971). Psicología Social. España: Marfil, S.A.

Talleres de Prevención y Apoyo. Guía para la Atención Psicológica que viven con VIH/SIDA, 1994.

Torres, K. (1996). La personalidad y su relación con el miedo al SIDA y la infección por VIH a través de factores cognoscitivos en estudiantes universitarios. Tesis licenciatura. Fac. Psicología, UNAM.

Torres, K., Alfaro, M., Díaz, R. y Villagrán, G. (1994). La atribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH. La psicología social en México.

Unda-Gómez, R. (1988). Los heterosexuales y el SIDA. Gaceta CONASIDA, 1, (1), 14-15.

Velásquez, G. y Gómez, R. (1992). Fundamentos de Medicina. SIDA Enfoque Integral. (1a. ed.). Medellín: Carvajal.

Villagrán, G. (1993). Autopercepción de riesgo y uso del condón en estudiantes universitarios mexicanos. Revista Interamericana de Psicología, 28, (1), 125-133.

Villagrán, G. y Díaz, R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. Revista Mexicana de Psicología, 9, (1), 35-40.

Wayne, D. (1978). Applied nonparametric statistics. U.S.A.: Houghton Mifflin Company.

Wolman, B. (1968). Teorías y sistemas contemporáneos en Psicología. España: Martínez Roca.



ANEXOS



Marque con una (X) lo que corresponda a su respuesta, o en su caso escriba lo que se le pide.

Es importante que responda, si tiene alguna duda pregunte al aplicador.

SEXO: Femenino _____ Masculino _____

EDAD: _____

RELIGIÓN: _____

ESTADO CIVIL: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____

Viudo _____ Unión libre _____ Separado _____

Otros _____

ESCOLARIDAD: Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____

Licenciatura _____ Posgrado _____ Otros _____

Ahora le haremos algunas preguntas acerca de su vida sexual, recuerde que lo que usted responda es confidencial y anónimo, por lo que le pedimos que conteste de manera sincera.

1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?:

Si _____

No _____

2. ¿Ha tenido relaciones sexuales?:

__ Sólo con mujeres _____

__ La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres _____

__ Tanto con hombres como con mujeres _____

__ La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres _____

__ Sólo con hombres _____

3. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en toda su vida?

_____ (número de personas)

4. ¿Actualmente tiene pareja sexual regular?

SI NO

5. ¿Conoce usted el condón?

SI NO

6. ¿Ha usado usted el condón?

SI NO

7. En los últimos 6 meses de relaciones sexuales con su pareja sexual regular ¿con qué frecuencia uso el condón?

Siempre___ Algunas veces___ Nunca___

8. ¿En el último mes ha tenido relaciones sexuales con otra(s) persona(s) además de su pareja sexual regular?

SI___ NO___ Cuantas ___

9. ¿En cuántas de esas relaciones usaron condón?

Siempre___ Algunas veces___ Nunca___

A continuación le presentamos algunas afirmaciones acerca de los condones, por favor tache con una (X) la opción que más se acerque a su manera de pensar.

	Cierto	Falso
10. Los preservativos o condones hacen las relaciones sexuales más placenteras.	_____	_____
11. Los condones son más apropiados para usar con parejas ocasionales.	_____	_____
12. El uso de los condones va en contra de mi religión.	_____	_____
13. Los condones pueden quedarse dentro de la matriz o el estómago.	_____	_____
14. El precio de los condones es muy alto para usarlos con frecuencia.	_____	_____
15. Los condones son ofensivos para las esposas o parejas habituales.	_____	_____
16. Los condones son útiles para prevenir el embarazo si se utilizan correctamente.	_____	_____
17. Los condones son más apropiados para usarse con parejas habituales.	_____	_____
18. Los condones son fáciles de usar.	_____	_____
19. Yo aceptaría el uso del condón si mi pareja me lo pidiera.	_____	_____
20. Los condones pueden hacer que el hombre pierda erección.	_____	_____
21. No tener condón es una buena razón para rechazar las relaciones sexuales con una pareja ocasional.	_____	_____

Ahora le presentamos algunas afirmaciones sobre SIDA, marque con una (X) la opción que más se acerca a lo que usted sabe.

22. ¿Qué es el SIDA?

23. El SIDA se transmite por la saliva.	Cierto	Falso	No sabe
24. Una mujer embarazada puede transmitir el virus al producto.	Cierto	Falso	No sabe
25. El SIDA se transmite por secreciones vaginales.	Cierto	Falso	No sabe
26. En una sola relación sexual con una persona infectada puede contagiarse de SIDA.	Cierto	Falso	No sabe
27. El virus del SIDA se ha encontrado en la saliva.	Cierto	Falso	No sabe
28. El SIDA se puede transmitir por compartir jeringas usadas y agujas.	Cierto	Falso	No sabe
29. El sexo seguro se basa en no dejar que los fluidos sexuales entren al organismo.	Cierto	Falso	No sabe
30. La prueba del SIDA se debe hacer a los donadores de sangre.	Cierto	Falso	No sabe
31. Los condones se dañan con la luz, el calor y tienen fecha de caducidad.	Cierto	Falso	No sabe
32. El cloro destruye al virus del SIDA.	Cierto	Falso	No sabe
33. Una persona seropositiva puede infectar a otra persona al igual que una con SIDA.	Cierto	Falso	No sabe
34. El virus del SIDA afecta al cerebro.	Cierto	Falso	No sabe
35. Una persona puede estar infectada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y no tener SIDA.	Cierto	Falso	No sabe
36. El nonoxynol-9 destruye al virus del SIDA.	Cierto	Falso	No sabe
37. Cuando en una pareja los dos son séropositivos es necesario protegerse en cada relación sexual.	Cierto	Falso	No sabe
38. Algunas personas resisten al virus del SIDA y no se infectan.	Cierto	Falso	No sabe

Señale que tan grande considera que es el riesgo de contagiarse del virus del SIDA al realizar las siguientes actividades.

39. Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA.	Mucho	Poco	Nada
40. Jugar con un niño que tiene SIDA.	Mucho	Poco	Nada
41. Acudir a una clínica dental o de salud en la que se atiende a gente con SIDA.	Mucho	Poco	Nada
42. Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA.	Mucho	Poco	Nada
43. Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA, aunque se use preservativo (condón).	Mucho	Poco	Nada
44. Masturbación mutua (estimularse uno al otro para tener un orgasmo) con una pareja ocasional.	Mucho	Poco	Nada
45. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional, aunque se use condón.	Mucho	Poco	Nada
46. Sexo oral con alguien que no conoce bien.	Mucho	Poco	Nada
47. Tener relaciones sexuales anales sin usar el preservativo (condón) con una pareja ocasional.	Mucho	Poco	Nada
48. Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo.	Mucho	Poco	Nada
49. Usar baños públicos.	Mucho	Poco	Nada
50. Nadar en albercas públicas.	Mucho	Poco	Nada
51. Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar condón.	Mucho	Poco	Nada
52. Inyectarse drogas como heroína o cocaína.	Mucho	Poco	Nada
53. Usar una jeringa o aguja usada por otra persona sin haberla esterilizado previamente.	Mucho	Poco	Nada
54. Donar sangre.	Mucho	Poco	Nada
55. Recibir una transfusión sanguínea en el hospital.	Mucho	Poco	Nada
56. Tener relaciones sexuales usando el condón con una persona que se inyecta drogas.	Mucho	Poco	Nada
57. Tener relaciones sexuales con muchas personas.	Mucho	Poco	Nada

Señale con una (X) las posibilidades que hay de que las siguientes personas se contagien de SIDA.

	NINGUNA	REGULAR	MUCHAS
58. Hombre homosexual con una pareja.	1	2	3
59. Hombre homosexual con más de una pareja.	1	2	3
60. Mujer homosexual con una pareja.	1	2	3
61. Mujer homosexual con más de una pareja.	1	2	3
62. Hombre heterosexual con una pareja.	1	2	3
63. Hombre heterosexual con más de una pareja.	1	2	3
64. Mujer heterosexual con una pareja.	1	2	3
65. Mujer heterosexual con más de una pareja.	1	2	3
66. Hombres y mujeres bisexuales.	1	2	3
67. Tú.	1	2	3
68. ¿Porqué?			
<hr/> <hr/> <hr/>			
69. Tú con varias parejas.	1	2	3
70. ¿Porqué?			
<hr/> <hr/> <hr/>			
71. Tú con tu pareja homosexual.	1	2	3
72. Tú con tu pareja heterosexual.	1	2	3
73. Tú con tu pareja bisexual.	1	2	3

**CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
(LAZARUS Y FOLKMAN)**

_ La última vez que tuviste un problema respondiste de la siguiente manera:

	<i>En absoluto</i>	<i>En alguna medida</i>	<i>Bastante</i>	<i>En gran medida</i>
1. Concentrarte exclusivamente en lo siguiente que tienes que hacer.....	0	1	2	3
2. Harías algunas cosas, las cuales piensas que no funcionarían, pero al menos harías algo.....	0	1	2	3
3. Tratar de encontrar a la persona responsable.....	0	1	2	3
4. Hablar con otra gente para saber más acerca de la situación.....	0	1	2	3
5. Criticarte y reprenderte.....	0	1	2	3
6. Tratar de que no se te cierren las puertas.....	0	1	2	3
7. Esperar que ocurra un milagro.....	0	1	2	3
8. Irte solo con tu suerte.....	0	1	2	3
9. Seguir adelante como si nada hubiera pasado.....	0	1	2	3
10. Tratar de guardar tus sentimientos para ti mismo.....	0	1	2	3
11. Buscar lo positivo del problema. Tratar de buscar el lado bueno de las cosas.....	0	1	2	3
12. Dormir más de lo normal.....	0	1	2	3
13. Expresar tu enojo a las personas quienes causaron el problema.....	0	1	2	3
14. Aceptar la simpatía y comprensión de cualquier persona.....	0	1	2	3

	<i>En absoluto</i>	<i>En alguna medida</i>	<i>Bastante</i>	<i>En gran medida</i>
15. Inspirarte para hacer algo creativo.....	0	1	2	3
16. Tratar de olvidar por completo el asunto.....	0	1	2	3
17. Conseguir ayuda profesional.....	0	1	2	3
18. Cambiar o crecer como persona en sentido positivo.....	0	1	2	3
19. Disculparte o hacer algo para disculparte.....	0	1	2	3
20. Hacer un plan de acción y seguirlo.....	0	1	2	3
21. Dejar que tus sentimientos salgan de alguna manera.....	0	1	2	3
22. Comprender y responsabilizarte del problema.....	0	1	2	3
23. Salir de la experiencia mucho mejor que cuando entraste.....	0	1	2	3
24. Hablar con alguien que pueda hacer algo específico sobre el problema.....	0	1	2	3
25. Tratar de sentirte mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.....	0	1	2	3
26. Aprovechar la oportunidad y hacer algo muy arriesgado.....	0	1	2	3
27. Tratar de no actuar demasiado de prisa, no seguir la primera corazonada.....	0	1	2	3
28. Encontrar fe en algo nuevo.....	0	1	2	3
29. Descubrir lo que es importante en la vida.....	0	1	2	3
30. Cambiar algo, para que las cosas salgan bien.....	0	1	2	3

	<i>En absoluto</i>	<i>En alguna medida</i>	<i>Bastante</i>	<i>En gran medida</i>
31. En general, evitar estar con la gente.....	0	1	2	3
32. No permitir que te afecte; rehusarte a pensar demasiado en el problema.....	0	1	2	3
33. Pedir consejo a un familiar o amigo a quién respetas.....	0	1	2	3
34. Evitar que otros sepan lo mal que están las cosas.....	0	1	2	3
35. Dar poca importancia a la situación; no tomarla demasiado en serio.....	0	1	2	3
36. Hablar con alguien acerca de cómo te sientes.....	0	1	2	3
37. Mantenerte firme y luchar por lo que quieres.....	0	1	2	3
38. Desquitarte con los demás.....	0	1	2	3
39. Recordar experiencias pasadas similares.....	0	1	2	3
40. Hacer algo, esforzarte doblemente para que funcionen las cosas.....	0	1	2	3
41. No creer lo que está ocurriendo.....	0	1	2	3
42. Promaterte que la próxima vez, las cosas serán diferentes.....	0	1	2	3
43. Pensar en un par de soluciones diferentes para resolver el problema.....	0	1	2	3
44. Tratar de que tus sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas.....	0	1	2	3
45. Cambiaste algo de ti.....	0	1	2	3
46. Desear que la situación desaparezca o termine de algún modo.....	0	1	2	3

	<i>En absoluto</i>	<i>En alguna medida</i>	<i>Bastante</i>	<i>En gran medida</i>
47. Tener fantasías o deseos acerca de cómo deberían ser las cosas.....	0	1	2	3
48. Rezar.....	0	1	2	3
49. Repasaste mentalmente lo que harías o dirías.....	0	1	2	3
50. Pensaste como dominaría la situación alguna persona a quien admiras y la tomaste como modelo.....	0	1	2	3
51. Intentaste ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.....	0	1	2	3
52. Te recordaste a ti mismo cuanto peor podrían ser las cosas.....	0	1	2	3
53. Correr o hacer otro tipo de ejercicios.....	0	1	2	3