

168



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

09-24

**COMPARACION DE ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO EN HOMBRES Y  
MUJERES ANTE EL DIAGNOSTICO DE VIH**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**PRESENTAN:**

**MARTHA ALICIA MORA BARBOSA  
LORENA OLIVIER TELLEZ**



**DIRECTORA DE TESIS:  
MTRA. GABINA VILLAGRAN VAZQUEZ**

**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A la Universidad Nacional Autónoma de México,**  
porque su existencia ha posibilitado el logro de este proyecto  
que es una parte sumamente importante y fundamental en nuestras vidas.

**A la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA, A.C.**  
por brindarnos la oportunidad de conocer y compartir la lucha contra  
el sufrimiento por la discriminación, el rechazo, la intolerancia  
y el juicio entre los seres humanos.

**A la Mtra. Gabina Villagrán Vázquez**  
Por sus valiosos conocimientos compartidos,  
los cuales nos ayudaron a conformar este trabajo  
y alcanzar esta meta.

**A cada hombre y a cada mujer,** que nos regalaron parte de su historia  
y nos permitieron asomar no sólo a su dolor, sino también,  
acercamos a la entereza, al valor  
y al amor que se puede sentir por la vida.

**Martha Alicia Mora Barbosa**

**y**

**Lorena Olivier Téllez.**

## DEDICATORIAS

A mi mamá y a mi papá.

Por ser mi apoyo en todos los aspectos y momentos de mi vida, por alentarme a conseguir mis metas, este logro también es suyo. LOS QUIERO MUCHO!!!.

A mis hermanos.

Sissy y Raúl, por ser mi ejemplo de superación, de apoyo pero sobretodo de AMOR.

A mis sobrinos Leo y Manuel.

Por sus risas y energía que me transmiten llenándome de vida.

A mis primas.

Xoch, Nena y Aída, por todos esos momentos tan maravillosos que hemos pasado juntas y por su apoyo incondicional.

A mis amigas del alma, Silvia, Yara, Gaby, Elba y Sandra.

Porque a través de tantos años y situaciones compartidas he descubierto lo que significa la verdadera amistad. Gracias por ser parte de mi vida.

A los Olivier y a los Téllez.

Al Dr. Mario Grimaldo.

Por acompañarme en el proceso de descubrirme a mí misma, de liberarme de mis propias ataduras y de encontrar respuestas a tantas preguntas, aunque todavía quede mucho camino por recorrer.

A las personas que viven con VIH/SIDA.

Ya que me han enseñado la importancia de la igualdad, el respeto y la tolerancia. En especial a mis amigos (as) para que juntos continuemos en esta lucha.

A Martha Alicia Mora.

Hermana mía... lo hemos logrado.

LORENA.

## DEDICATORIAS.

### **A Salvador**

Al compañero de mi vida, quien decidió tomar mi mano y apretarla fuertemente para alzar mis sueños y con su calor apoyar el logro de mis proyectos que ahora se convierten en realidad. El camino ha sido difícil Salvador y de pronto se oscureció al punto de perdernos, pero la luz de nuestras miradas nos ha permitido iluminarlo de nuevo y dibujar juntos una vida llena de diferentes tonalidades y de ganas de vivir. ¡GRACIAS POR TODO AMOR!

### **A Julio**

Mi hijo, quien desde su llegada a este mundo ha traído mensajes llenos de dulzura, amor, sabiduría y fortaleza a mi vida. Sin tu presencia hijo, nada, nada de esto hubiese sido posible, tu risa clara y alegre, llena de gozo mi existencia y me inspira para continuar soñando. ¡Gracias por elegir ser mi hijo, te quiero con el alma!

### **A ti, "chica" o "chico"**

A mi gran sueño, quien ha tenido que esperar, te agradezco haberme regalado el tiempo necesario para que ahora puedas llegar a una familia que te espera con amor y te tiene preparado un lugar justo para ti.

### **A mis padres y a mis hermanos**

A cada uno de ustedes por tener un significado especial en mi vida, porque a partir de ustedes he podido valorar la comprensión, el amor, el respeto y la justicia en mi vida.

### **A mi hermana Angélica**

Por ser mi compañera en la infancia, por acudir a mi llamado cuando la vida se presentaba ante mi amenazante y gris, por reírse de mis chistes y por reconocer mis juegos con las palabras, por saber que ahora, en esa mujer puedo encontrar a una amiga, ¡te quiero mucho karemini!

A mis **sobrinos** y **sobrinas**, con cariño.

### **A la familia Flores Vega**

Por su interés y sus porras, gracias **Ale**, por los libros y las prácticas ¿te acuerdas colega?

### **A la Dra. Gaby Villagrán**

Quien con enorme sencillez y generosidad nos brindó todos sus conocimientos y apoyo necesarios para realizar este trabajo, pero sobre todo te agradezco por la disponibilidad y el cariño con que siempre nos recibiste.

**A Alicia y a Irma,**

Mis amigas del alma, cuantos momentos de travesuras adolescentes en el salón de clases, cuanto esfuerzo compartido para presentar los exámenes, cuantas risas y señas para acompañarnos por la vida, gracias por todo amigas mías.

**A Nadina, Alma, Vero, Anel y Carmen**

Mis cómplices, porque el deseo de analizar nos ha reunido y ahora me regala su amistad.

**A la Dra. Olga Granados Lara**

Quiero dedicar esta tesis muy especialmente a la mujer que con cada silencio ha permitido que surjan mis palabras y que con cada palabra ha propiciado mi silencio y que con estos silencios y con estas palabras tuyas y mías he podido ir construyendo una historia, que ahora, siento me pertenece. A quien todos los lunes y jueves me acompaña a descubrir mi existencia y a saber del significado e importancia de mis sentimientos, a mi psicoanalista, porque con usted, ha sido posible escribir cada una de las letras de estas dedicatorias, de este trabajo y de esta historia mía.

**A Lorena Olivier Téllez**

Quien ha sido mi amiga, mi compañera de trabajo y cuyo entusiasmo ha sido esencial para no detenernos en el camino.  
En efecto hermana mía....¡lo logramos!

**MARTHA ALICIA**

## INDICE

	Página
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>I. MARCO TEÓRICO</b>	4
<b>A. VIH/SIDA</b>	4
1. Etiología	4
2. Epidemiología	8
2.1 Formas de transmisión	15
2.2 Etapas de la infección	18
2.3 Manifestaciones clínicas	19
2.4 Detección del VIH	21
2.5 Tratamientos de la infección por VIH/SIDA	22
2.6 Formas de Prevención	25
<b>B. ASPECTOS PSICOSOCIALES.</b>	27
1. Ansiedad	27
2. Estrés	29
2.1 Estresores	31
2.2 Sociología del estrés	36
3. Afrontamiento	40
3.1 Concepto de afrontamiento	40
3.2 Funciones del afrontamiento	41
3.3 Recursos del afrontamiento	42
3.4 Estrategias de afrontamiento	44
4. Modelos Teóricos	46
4.1 Pearlin y cols.	46
4.2 Moos y cols.	47
4.3 Cervantes y Castro	48
4.4 Lazarus y Folkman	51
5. Investigaciones sobre afrontamiento	55
5.1 Investigaciones sobre afrontamiento en VIH	56
6. Expectativas	59
7. Preocupación	60
<b>II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	66
A. Justificación	66
B. Preguntas de investigación	67
C. Objetivos	67

<b>III. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES</b>	<b>68</b>
<b>IV. MÉTODO</b>	<b>70</b>
A. Tipo de estudio	70
B. Tipo de diseño	70
C. Sujetos	71
D. Escenario	71
E. Instrumentos	71
F. Procedimiento	72
G. Análisis de datos	72
H. Resultados	72
<b>V.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>83</b>
<b>VI. APORTACIONES</b>	<b>91</b>
<b>VII. SUGERENCIAS</b>	<b>92</b>
<b>VIII. LIMITACIONES</b>	<b>94</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>96</b>
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 3	



## INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual ocasiona el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), desde su aparición hasta el momento se ha propagado a vastas regiones por lo que se ha convertido en una pandemia. Este virus es miembro de un grupo de microorganismos extremadamente pequeños que sólo pueden vivir dentro de las células atacando al sistema inmunológico del cuerpo; una vez deteriorado el organismo, es vulnerable a infecciones y cánceres que las personas con sistemas inmunológicos intactos pueden evitar. Una vez que el virus se instala en las células, permanece allí por años antes de manifestarse, por esta razón la persona infectada es capaz de transmitir la infección sin darse cuenta (Gordon, 1989; cit. en Richardson, 1990).

En 1981 en Estados Unidos se inició el estudio sistemático de los afectados por la enfermedad, los primeros datos se asociaron a grupos con preferencias y prácticas homosexuales (Stanislawski, 1989). El primer caso de SIDA en México fue reportado en el año de 1983 y el primer caso en una mujer se presentó en 1985.

El patrón de la epidemia del SIDA ha cambiado recientemente. Según datos actuales, el 40% de las nuevas infecciones por VIH a nivel global se está produciendo en mujeres (Herrera y Campero, 1999) y por transmisión heterosexual.

En Francia, el porcentaje de casos de SIDA en mujeres pasó del 12% al 20% en diez años; en ese mismo lapso en España pasó del 7% al 19% y en Brasil del 1% al 25%.

En México, en 1986 había 30 casos en hombres por un caso en mujeres, esta proporción ha disminuido y desde 1988 existen por cada 6 casos de SIDA en hombres uno en mujeres (CONASIDA, 1998).

Es un hecho que la disparidad por sexo observada en los primeros tiempos de la pandemia está desapareciendo. En México, el SIDA es la 3ª causa de muerte en el ámbito nacional entre hombres de 25 a 34 años y la 6ª causa entre mujeres de esa misma edad (Dirección General de Estadística e Informática del Sector Salud, 1999).

Gran parte de los nuevos casos, se da entre mujeres que reportan una única pareja sexual y que fueron infectadas por su compañero estable. La noción de "grupo de riesgo" fácilmente es transformada por sentido común a la de "grupo riesgoso", de donde se derivan otras nociones como las "identidades riesgosas" (típicamente homosexuales); o en el caso de la transmisión heterosexual, a "mujeres riesgosas". De esta forma se

colocan los peligros y las amenazas de la enfermedad en grupos específicos de la población femenina. Sin embargo, es preciso reconocer que las mujeres, en tanto mujeres, tienen vulnerabilidades propias de su género frente al VIH/SIDA así como experiencias muy diferentes al interior del mismo.

La desigualdad social se encuentra en el centro del riesgo de la mayoría de las mujeres frente a la posibilidad de infección por VIH y en general por una vida marcada por el riesgo: la vulnerabilidad biológica, debido a las características fisiológicas de las mujeres; la vulnerabilidad social, en relación con la diferencia de edad y experiencias con las parejas masculinas y la vulnerabilidad cultural, que marca en la mujer un comportamiento tradicional esperado.

Estas condiciones de vulnerabilidad suelen manifestarse en actitudes comúnmente observadas en las mujeres, como la dificultad para buscar atención médica, acceder a servicios o proponer y/o insistir en el uso del condón con la pareja. Al interior de esta vulnerabilidad de género, común a toda mujer, existen vulnerabilidades específicas que se relacionan con prácticas, momentos, sitios y zonas de riesgo por las que las mujeres pueden transitar o no en diferentes momentos de su vida, según el contexto que les toque vivir con sus particulares sesgos de raza, etnicidad, clase y sexualidad (Herrera y Campero, 1999).

Es por eso que pueden identificarse grupos y situaciones de mayor vulnerabilidad que otros: las mujeres de los sectores socialmente desfavorecidos; dentro de ellos, el grupo de las niñas y las adolescentes (tanto por la inmadurez de su aparato reproductor como por deficiencias en la educación sexual); las mujeres particularmente expuestas a prácticas de riesgo (como las mujeres migrantes o compañeras de migrantes temporarios) y las mujeres que intercambian sexo por dinero o drogas. Muchas mujeres pertenecen a varias de estas categorías al mismo tiempo y estrictamente a ninguna, sin que por esto disminuya su vulnerabilidad (op, cit).

Esta vulnerabilidad coloca a las mujeres al igual que a los hombres frente al riesgo de infectarse con VIH, una enfermedad para la cual no existe cura y que ha ocasionado la muerte de miles de personas, mientras que muchas miles más viven con ella. Representa para las mujeres y para los hombres una demanda que es evaluada como una situación estresante, amenazante y que requiere de cada una de ellos una respuesta de afrontamiento con la finalidad de intentar manejar esta situación.

El propósito de esta tesis, es conocer y comparar las estrategias de afrontamiento, las expectativas y preocupaciones en mujeres y hombres, además, pretende servir de base para continuar con el trabajo preventivo que permita generar diferentes alternativas con el fin de reducir la propagación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que desencadena el SIDA.

Este trabajo se llevó a cabo conforme a las actividades de Consejería y con base al instrumento que actualmente se aplica en la Fundación Mexicana para la lucha contra el Sida, A.C.

Se presenta inicialmente una investigación sobre el origen y desarrollo del VIH/SIDA, se revisó el comportamiento de la epidemia a partir de su aparición a nivel mundial, así como el impacto que ha tenido en América Latina y principalmente en nuestro país. Por su importancia, ha sido fundamental, revisar las formas de transmisión del virus, las etapas de la enfermedad, las formas de detección y de prevención, así como los tratamientos con que actualmente se atiende a los pacientes infectados.

Ha sido necesario hacer mención específica sobre las manifestaciones clínicas, tratamiento y formas de prevención del VIH en las mujeres, debido a que existen diferencias con relación a los hombres que parecen importantes de considerar en este estudio.

También se presenta una revisión acerca de los aspectos psicosociales implícitos en la problemática del VIH/SIDA, como el afrontamiento (modelos teóricos), ansiedad, estrés, expectativas y preocupación, indispensables todos ellos para realizar el estudio comparativo de las estrategias que tanto en hombres y mujeres se presentan para afrontar una situación en donde se encuentra en riesgo aspectos tan importantes como su sexualidad, la vida afectiva de pareja, la estabilidad familiar, la aceptación o rechazo de la sociedad, la actividad cotidiana en el trabajo, la economía, y por supuesto la vida misma.

Este trabajo realizado por mujeres que laboran en un sector donde la salud emocional y la afectividad son fundamentales para el desarrollo de la vida, ha representado no solo una forma de adquirir conocimientos, sino una esperanza de que lo aprendido teóricamente sea puesto al servicio de la realización de un mundo en donde a futuro, el sufrimiento por la desigualdad y el rechazo no sean motivo de una lucha, sino que se encuentren formando parte del pasado de la humanidad.

# I. MARCO TEÓRICO

## A.- VIH/SIDA

### 1.- ETIOLOGÍA

El agente causal del SIDA es el **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**. Éste es un virus filtrable, el cual fue identificado por primera vez en 1983 por Françoise Barré-Sinoussi y Jean Claude Chermann, que pertenecen al grupo del profesor Luc Montagnier del Instituto Pasteur de París. El virus fue denominado por ellos como LAV (Virus asociado a Linfadenopatías). En 1984 este virus también fue identificado por el Profesor. Robert Gallo y su grupo en el The National Cancer Institute de Bethesda, Maryland (Galbán, De Quesada, Cadiz, 1989).

Este investigador había indentificado el primer retrovirus humano, productor de la leucemia por células T al que había denominado HTLV-I, y luego el virus de la leucemia por células peludas HTLV-II. Por las similitudes, lo designó HTLV-III (op.cit).

Posteriormente, en julio de 1986, el Comité Ejecutivo del Comité Internacional para la taxonomía de los virus (ICTV) propuso designarlo VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, HIV en inglés o VIH en español y francés, añadiéndoseles el sufijo 1 y 2 para denominar a los dos virus bien diferenciados que hasta ahora se han identificado. Realmente no se trata de un solo virus sino de toda una familia constituida por dos virus bien diferenciados y otros relacionados (op, cit).

Los dos bien definidos son: El VIH-I, en el que se han identificado 120 cepas mutantes, antes denominado HLV-III, el cual es responsable de la inmensa mayoría de los casos y el VIH-2 (antes LAV-II), en el que se han identificado 20 cepas mutantes (op,cit).

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

El VIH fue el primer lentivirus descubierto con implicaciones en patología humana, clasificado así por pertenecer a la familia de los retrovirus (retroviridae), ya que produce infecciones lentas en donde los síntomas están separados del momento de la infección por meses e incluso años; produce un deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico hasta ocasionar el SIDA. (Sander, 1990).

El virus inserta su información genética en el mecanismo de la reproducción de la célula, gracias a la enzima transcriptasa inversa.

El material genético del VIH es muy simple y pequeño, es precisamente esta característica de los virus la responsable de su facilidad para multiplicarse y esa rápida producción de nuevos virus hace que sea difícil su total producción alrededor del RNA, de este virus existe una capa protectora formada por gluco y lipo-proteínas y diversas enzimas esta capa se caracteriza por la gran variación de sus estructuras proteicas y a su vez por poseer un gran potencial para hacerle variar (op, cit).

Todas estas funciones, además de su capacidad para producir enzimas específicas de multiplicarse millonariamente y de destruir a la célula T invadida, hacen de este virus un agente muy difícil de aniquilar (op, cit).

**TABLA 1. CRONOLOGÍA DEL SIDA.**

1950-1960	Posibles primeros casos, África.
1970-1975	Infección Silenciosa por el VIH, Estados Unidos.
1978-1979	Primeros casos clínicos, Estados Unidos.
1981	GOTLIEB. Describe los primeros casos.
1982	CDC. Primera definición de caso de SIDA.
1983-1984	Montagnier y Gallo; LAV/HTLVIII.
1985	Desarrollo de las pruebas diagnósticas comerciales.
1986	Denominación actual de caso de SIDA.
1987	Definición actual de caso de SIDA.

### **Sistema inmunológico.**

El sistema inmunológico, genéticamente determinado para la sobrevivencia de la especie, es de primordial importancia para mantener la vitalidad del individuo, es una red conformada por células especializadas y órganos que, cuando funciona de manera adecuada ataca diversas clases de infecciones producidas por bacterias, hongos, parásitos y virus, su alteración o debilitamiento significa una catástrofe que va a tener

como consecuencia la invasión inmediata de miles de microorganismos con la consecuente destrucción orgánica (Cahn, Cahn, Casiro, Goodkin, Maldovsky, Mangone, Noguero, Pagano, Pérez, Soriano y Sumay, 1992).

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

Los órganos linfoides están constituidos por:

- la médula ósea
- el timo
- el bazo
- las amígdalas
- las adenoides
- el apéndice
- las placas de Peyer (acúmulos de linfocitos ubicados en las paredes de los intestinos).
- los vasos linfáticos y sanguíneos que transportan los linfocitos de un sitio al otro del organismo, así como los ganglios linfáticos.

Es en la médula ósea donde se fabrican las diferentes células de la sangre:

- a) Glóbulos rojos, que distribuyen oxígeno a todos los sectores del organismo.
- b) Plaquetas, que intervienen en la coagulación.
- c) Leucocitos, que tienen un rol decisivo en la defensa contra las enfermedades infecciosas. Se dividen por su forma y coloración en: neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monocitos y linfocitos, estos últimos tienen un papel muy importante en la respuesta inmune, y se subdividen en: linfocitos B (crecen fuera del timo), los que fabrican los anticuerpos y linfocitos T (producidos en el timo), que actúan en el interior de las células, atacan a los virus y otros microorganismos que las invaden. Conservan el papel protagónico en el ataque contra las células que comienzan a crecer descontroladamente.

Dentro de las células T se distinguen:

-Células supresoras CD8 o T8

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

El sistema inmunológico entonces, está compuesto por diferentes grupos de células llamadas linfocitos, destacando las CD4, que son quienes dirigen la defensa enviando señales químicas a otros grupos linfocitarios para exterminar al agente dañino, llamado antígeno (op, cit).

El VIH ataca al sistema inmunológico, en específico a las células CD4, introduciendo en ellas su código genético. Así las obliga a reproducir el virus en lugar de células CD4, al tiempo que las aniquila. El VIH ingresa al organismo a través de líquidos corporales como: sangre, líquido preeyaculatorio, semen, fluidos vaginales y se anida en los linfocitos CD4, allí comienza la actividad viral (op, cit).

El VIH se replica y multiplica su capacidad de invasión al sistema inmunológico. Se han postulado una amplia gama de factores que influyen en esta transformación como por ejemplo: la desnutrición, otras infecciones, la reinfección por VIH, el estrés, la depresión, etc. Una vez dada la deficiencia del sistema inmunológico, se precipitan las infecciones y tumores oportunistas que consituyen criterios diagnósticos de SIDA (op, cit).

SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Inmunodeficiencia quiere decir que existe algo que impide que el sistema inmunológico funcione correctamente. Un síndrome es un grupo de síntomas o enfermedades de origen común, en este caso el SIDA (Berer, 1993).

Se dice que una persona tiene el SIDA si el VIH reduce el sistema inmunológico hasta un cierto nivel, y/o cuando se encuentran presentes una o más enfermedades vinculadas al VIH. La función del sistema inmunológico puede medirse mediante un análisis que cuenta la cantidad de células T4 presentes en la sangre. Se considera que dicha función está impedida en grado avanzado cuando el conteo es inferior a 200 células por milímetro cúbico de sangre (op, cit).

## **2.- EPIDEMIOLOGÍA.**

Cada fenómeno biológico, salud o enfermedad, tiene su propia epidemiología, es decir, incluye el conjunto de factores que los producen e influyen. En el continuum salud-enfermedad que son manifestaciones de la relación ecológica entre el hombre y su ambiente intervienen tres factores ecológicos (San Martín, 1980):

- a). El agente causal
- b). El huésped o paciente
- c). El medio ambiente (que los contiene a ambos).

La cadena epidemiológica o de transmisión es un paradigma utilizado frecuentemente para representar mediante eslabones los principales factores que intervienen en la transmisión de las enfermedades infecciosas. (Sepúlveda Amor, Valdespino, García García e Izazola, 1988).

La Epidemiología se ocupa de la frecuencia, distribución y tipo de las enfermedades infecciosas en diferentes puntos de la tierra y en diversas épocas y que al mismo tiempo estudia las relaciones del hombre y del ambiente que lo rodea. Con el método epidemiológico se pueden explorar las causas y orientar la prevención (San Martín, 1980).

El agente está representado por los virus VIH-1 y VIH-2. En la práctica, el primero de ellos es el más importante y frecuente, y es el causante de la casi totalidad de los casos en el mundo occidental y por lo menos de la mayor parte del continente africano. El reservorio es exclusivamente humano (Sepúlveda Amor, Valdespino, García García e Izazola, 1988).

El uso adecuado de la información epidemiológica permite seleccionar a los grupos más vulnerables a adquirir VIH como población objetivo de intervenciones, e identificar prácticas, objetivos de cambio de comportamiento, que pueden modificarse para alterar significativamente la epidemia. La mayor parte de las infecciones por VIH y casos de SIDA está ocurriendo en las regiones en vías de desarrollo de África, Asia, América Latina y el Caribe (Izazola, 1996).

### **Panorama mundial:**

Desde el inicio de la epidemia, a principios de la década de los ochenta, hasta fines de 1996, se habían registrado 8.4 millones de casos de SIDA en el mundo, 40% de los cuales corresponden a mujeres (CONASIDA, 1998).



El tema de mujer y SIDA empezó a generar una mayor preocupación entre los investigadores, médicos y autoridades de salud a principios de los noventa, debido a la propagación acelerada de la epidemia en este grupo. En países de África como Rwanda, Uganda, Zambia y Malawi, se ha encontrado que del 20% al 30% de las mujeres embarazadas son portadoras del VIH y en el África Subsahariana existen 6 mujeres con SIDA por cada 5 hombres (op, cit). Según el informe de ONUSIDA (2000) (cuadro 1), a nivel mundial, la epidemia ha tenido el siguiente comportamiento:

***CUADRO 1. Epidemia de VIH/SIDA en el mundo.***

<b><i>Personas recién infectadas por el VIH en el 2000</i></b>	
Total	5.3 millones
Hombres	2.5 millones
Mujeres	2.2 millones.
Menores de 15 años	600,000
<b><i>Personas que viven con VIH/SIDA.</i></b>	
Total	36.1 millones
Hombres	18.3 millones
Mujeres	16.4 millones
Menores de 15 años	1.4 millones
<b><i>Defunciones causadas por el SIDA en el 2000.</i></b>	
Total	3.0 millones
Hombres	1.2 millones
Mujeres	1.3 millones
Menores de 15 años	500,000
<b><i>Muertes por SIDA desde el inicio de la epidemia.</i></b>	
Total	21.8 millones
Hombres	8.5 millones
Mujeres	9.0 millones
Menores de 15 años.	4.3 millones

## **América Latina y el Caribe**

La diseminación del VIH ha sido más lenta en esta región del mundo que en otras, a pesar de lo cual la pandemia está bien establecida.

Según el informe de ONUSIDA, Vigilancia del SIDA en las Américas, elaborado por el programa Regional sobre SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2000), hasta Mayo del 2000 el acumulado total de casos reportados en las Américas ascendía a 1 millón 088 mil 053 enfermos lo que representa un aumento de más de un tercio en un periodo de tres años. Al mismo tiempo, los casos pediátricos (menos de 15 años de edad) aumentaron de 13,119 a 19,321, constituyendo el 1.8 por ciento de todos los casos. Los casos reportados en nuestro continente concentran casi el 70% de los casos de América Latina.

La epidemia en las Américas es muy diversa. Los países andinos se encuentran aparentemente entre aquellos menos afectados por la infección por VIH, mientras por el otro lado del espectro, países del Caribe han sido afectados gravemente por la epidemia.

Al final de 1999, más del 5% de los adultos entre 15 y 49 años estaban viviendo con el VIH en Haití, y en las Bahamas la tasa de prevalencia en los adultos era mayor del 4% (op, cit).

El principal modo de transmisión del VIH en Centroamérica y el Caribe sigue siendo heterosexual. Hasta mayo del 2000, la exposición al virus del VIH a través de contactos heterosexuales fue responsable del 72.8% de todos los casos de SIDA notificados en Centroamérica, del 61.8% en el Caribe de habla inglesa y del 44.9% en el Caribe Latino.

La transmisión homo/bisexual fue responsable de un 42.3% del total acumulado de casos del SIDA en la Región Andina, de un 28.7% en el Brasil y un 49% en América del Norte. En este caso, la baja prevalencia de la infección por VIH entre los heterosexuales se refleja en una tasa de prevalencia relativamente baja entre las mujeres embarazadas. La transmisión atribuida al consumo de drogas intravenosas predomina en el Cono Sur, donde el 33.4% de los casos de SIDA notificados hasta mayo del 2000 se atribuyó a esta causa, seguido de América del Norte con 33.2% y el Brasil con 19.3%.

En Guatemala y Belice, la epidemia debida a transmisión heterosexual está aumentando rápidamente, con tasas de prevalencia de infección por VIH entre 1 y 2% en la población general adulta. Esto también se refleja en las mujeres embarazadas (op, cit).

Las cifras totales de casos en América Latina y el Caribe durante el año 2000 fueron: 210,000 adultos y niños infectados, de los cuales el 25% en América Latina y 35% en el Caribe corresponden a mujeres. (ONUSIDA, 2000).

### México

México ocupa el tercer lugar en el continente americano después de Estados Unidos y Brasil de casos acumulados con 45,133 enfermos reportados y 16 mil 636 muertes desde 1983 hasta el 30 de Junio del 2000 (Cuadro 2). De las cuales el 14% son mujeres.

**CUADRO 2. COMPORTAMIENTO DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN MÉXICO.**

Año	Notificados	Diagnosticados.
1983	6	60
1984	6	198
1985	29	349
1986	246	673
1987	518	1485
1988	905	2069
1989	1605	2661
1990	2587	3517
1991	3155	3625
1992	3210	3988
1993	5058	3950
1994	4111	4129
1995	4310	4218
1996	4216	4014
1997	3670	3902
1998	4758	3916
1999	4372	2083
2000	25	296
<b>TOTAL</b>	<b>42787</b>	<b>45,133</b>

A los casos acumulados hay que agregar: 15,797 por retraso en notificación (35%). (ONUSIDA, 2000)

6,770 por subregistro (15%)

45,133 casos oficialmente registrados

67, 700 Estimado de casos de SIDA a la fecha.

Considerando el retraso en la notificación y el subregistro se estima que en realidad existen alrededor de 64 mil personas que lo padecen. Según estimaciones conservadoras de la SSA hay entre 116 mil y 177 mil personas infectadas y la mayoría de ellas lo ignora (Cruz, 2000).

Según ONUSIDA por cada caso de SIDA deben considerarse de 3 a 4 casos de VIH sin haber desarrollado el SIDA; según esto, en nuestro país hay además 270,798 casos de VIH (ONUSIDA, 2000).

**CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL ACUMULADO DE CASOS DE SIDA POR CATEGORÍA DE EXPOSICIÓN EN MÉXICO, AL 30 DE JUNIO DEL 2000.**

Acumulado al	31-12-99	Trimestre 1	31-03-00	Trimestre 2	30-06-00	%
Desconocido	13,352	1	13,353	22	13,374	31.06
Homosexual	9,520	4	9,524	54	9,574	22.24
Heterosexual	9,269	15	9,284	158	9,427	21.90
Bisexual	6,461	4	6,465	54	6,515	15.13
Transfusión	2,458	0	2,458	0	2,458	5.71
Perinatal	578	1	579	4	582	1.35
Donador	376	0	376	0	376	0.87
Drogas	269	0	269	2	271	0.63
Hemofílico	267	0	267	0	267	0.62
Homo/drogas	204	0	204	0	204	0.47
Ocupacional	8	0	8	0	8	0.02
Sumas	42,762	25	42,787	295	43,057	100.00

En México, las principales formas de transmisión son la sexual: homo-bisexual (62.4%) y heterosexual (37.6%) (op,cit). En México, el VIH se transmite principalmente por contactos sexuales, no protegidos entre varones (OPS/OMS, 2000).

**CUADRO 4. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS ACUMULADOS DE  
TRANSMISIÓN POR VÍA SEXUAL**

Acumulado al	31-12-99	Trimestre 1	31-03-00	Trimestre 2	30-06-00	%
Homosexual	9,520	4	9,524	54	9,574	37.22
Heterosexual	9,269	15	9,284	158	9,427	36.65
Bisexual	6,461	4	6,465	54	6,515	25.33
Homo/drogas	204	0	204	0	204	0.79
Sumas	25,454	23	25,477	267	25,721	100.00

Con respecto a la tasa de incidencia anual de SIDA, nuestro país ocupa el onceavo sitio, por debajo de naciones como Belice, Honduras, Panamá y El Salvador (op. cit).

Al inicio de la epidemia del VIH/SIDA en México, la población afectada fue la de varones homo y bisexuales. La transmisión por vía sanguínea fue muy importante en la primera década de la epidemia. Si bien en un principio eran pocas las mujeres infectadas, con el paso del tiempo esta situación ha cambiado. En estudios realizados sobre la percepción de riesgo frente al VIH en mujeres, indican que ellas no se perciben como sujetos de riesgo y cuando lo hacen lo asocian con la exposición a prácticas médicas y no con la transmisión sexual, ni la drogadicción (Rico, Vandale, Allen y Liguori, 1997).

En 1995, al analizar el perfil sociodemográfico de las mujeres con SIDA en México; se encontró que la mayor parte son casadas o viven en unión libre (51.4%); con un nivel de escolaridad relativamente bajo (5.6% son analfabetas, 31% tienen un nivel de educación primaria o menor) y con una ocupación de ama de casa (57.7%) (Del Rio, Liguori, Magis-Rodríguez; Valdespino; García y Sépulveda Amor, 1995).

Este perfil sociodemográfico concuerda en general con el de la mayoría de las mujeres mexicanas. De las cuales, 9.5% de estas mujeres ya eran viudas al momento de la notificación, 13% eran solteras y 4.9% eran divorciadas o estaban separadas (op, cit).

Las mujeres dedicadas a su hogar se encuentran en nuestro país, en un tercer lugar respecto al listado de número de casos, según ocupación Datos publicados por el CONASIDA en Octubre del '98 reportan que 58.2% de las mujeres con VIH en el país

adquirieron el virus por relaciones sexuales, habiendo rebasado a las que lo recibieron por transfusión sanguínea (que originalmente eran la abrumadora mayoría de los casos de SIDA femeninos) (Zozaya,1999).

Las trabajadoras sexuales, en esta lista ocupan el sitio 16, por lo tanto estas mujeres gozan de mayor protección, que las amas de casa que no tienen el "permiso social" de pedir o negociar una relación sexual sin riesgo (Secretaría de Salud, 2000).

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que en las relaciones heterosexuales, las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables a la infección por VIH que los hombres. Algunas de las razones de esta situación son:

#### ***Razones Biológicas.***

- ◆ El espermatozoides contiene mayor cantidad de virus que las secreciones vaginales.
- ◆ La superficie de la mucosa vaginal es más larga.
- ◆ Durante el coito pueden ocurrir microlesiones vaginales que facilitan la entrada del virus.

#### ***Razones Económicas.***

- ◆ Por la dependencia material de los hombres, muchas mujeres no tienen la capacidad de decidir cuando, con quién y en qué circunstancias tener sexo.

#### ***Razones Culturales y Sociales.***

- ◆ Los hombres tienen muchas más parejas sexuales que las mujeres.
- ◆ Las mujeres suelen casarse o relacionarse con hombres mayores, con más experiencia sexual y mayores probabilidades de estar infectados por el VIH.
- ◆ Muchas mujeres no tienen la capacidad de exigir a sus parejas el uso del condón.
- ◆ El sexo forzado, al que se ven sometidas muchas mujeres, incrementa el riesgo de infección.

- ♦ Las mujeres suelen necesitar transfusiones sanguíneas más frecuentemente que los hombres, sobre todo en función de complicaciones durante el embarazo y/o el parto.

### ***Razones Psicológicas.***

- ♦ La economía, la cultura y la sociedad han permitido que la autoestima y la confianza de las mujeres se encuentre afectada de tal manera que les imposibiliten tomar decisiones sobre su sexualidad por el temor a ser juzgadas y rechazadas por su pareja y por la sociedad.

Los reportes de CONASIDA sobre la distribución de la infección por VIH/SIDA, indican que la población de mujeres con mayor incidencia, se encuentra entre las edades de 15 a 44 años de edad, época en que la mujer se encuentra en un periodo productivo y reproductivo.

Por lo tanto el VIH/SIDA, no solo afecta la salud física de los hombres y mujeres, también se encuentra incidiendo directamente en su vida laboral afectando los aspectos económicos y emocionales de su entorno personal, familiar y social. El estudio de la prevención en ambos sexos se aprecia necesaria debido a que el crecimiento de la pandemia no sólo depende de las prácticas sexuales entre grupos que se han considerado hasta ahora como exclusivos del VIH (homosexuales y/o trabajadoras sexuales), sino de los patrones sexuales de ambos sexos.

## **2.1 FORMAS DE TRANSMISIÓN.**

El VIH se encuentra principalmente en los fluidos corporales como sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna. Por lo tanto se clasifican en tres tipos de transmisión únicamente y por ninguna otra forma:

### **1. - Transmisión sanguínea.**

Todo contacto con sangre contaminada por el VIH, ya sea:

- a)- Por transfusiones.

Si es que la sangre no fue analizada y ésta se encontraba infectada.

- b)- Uso de jeringas contaminadas.

Si se utiliza la misma jeringa la cual a su vez fue usada por una persona que estaba infectada de VIH, por lo tanto será necesario utilizar una nueva en cada ocasión, es uno de los principales riesgos entre personas que se drogan por vía intravenosa ya que va directamente al torrente sanguíneo.

## **2. - Transmisión sexual.**

Se da al contacto con fluidos que estén contaminados como semen, líquido preeyaculatorio, secreciones vaginales y menstruación, ya sea por coito anal o vaginal.

### **a)- Coito Vaginal.**

Aunque la vagina está cubierta por una capa gruesa, elástica, protectora y está preparada para la penetración, pueden producirse pequeñas heridas o rupturas en esta pared, de la cuales tal vez no se da cuenta la mujer por ser tan pequeñas y no le ocasionen ninguna molestia. Sin embargo, si un hombre infectado por el VIH eyacula, el semen entra en contacto con la vagina y por lo tanto con estas heridas, penetrando así en el torrente sanguíneo (Sepúlveda Amor. et al, 1989).

En ocasiones no es necesario que existan laceraciones o heridas, ya que el VIH es capaz de penetrar y traspasar la membrana vaginal y llegar al torrente sanguíneo; y con mayor riesgo durante el periodo menstrual ya que debido a los cambios hormonales a los que se expone la mucosa vaginal hay una mayor accesibilidad a éste(op, cit)

A su vez una mujer infectada puede infectar a un hombre durante el acto sexual, al entrar en contacto los genitales masculinos con las secreciones vaginales infectadas penetrando el VIH al torrente sanguíneo a través de la mucosa del glande y uretra o por pequeñas heridas en su superficie (op, cit).

### **b)- Coito Anal.**

Es una práctica de mayor riesgo de transmisión, son más frecuentes que se den las heridas y/o rupturas ya que el epitelio rectal es más delgado y frágil, éste tapiza la porción final del intestino grueso, y se encuentra constituido por una sola capa de células, la irrigación sanguínea es muy rica en esta región, y además está rodeado por tejido linfóide (tejido rico en células del sistema inmunológico); de la misma manera, la persona que



penetra puede también tener laceraciones en el pene que al contacto con la sangre contaminada facilitan la entrada del virus (op, cit).

La práctica de coito anal es igualmente riesgosa tanto en una pareja homosexual como heterosexual, esto es, no importa la orientación sexual (op, cit).

c).- Sexo Oral.

En las relaciones sexuales con participación de la boca, sexo oral, existe un riesgo aunque este es menor, ya sea oral-peneana (fellatio), oral-vaginal (cunnilingus), oral-anal (anilingus), es posible que este tipo de prácticas favorezcan la transmisión del VIH, aunque no se ha podido documentar su papel en forma exclusiva. El poner en contacto la mucosa oral, que sufre con frecuencia lesiones imperceptibles para quien las padece, con semen o secreciones vaginales que contengan al virus, permitiendo la entrada al torrente circulatorio. El hecho de deglutir semen o secreciones vaginales no implica riesgo en sí mismo, puesto que el virus se inactiva al ponerse en contacto con los jugos gástricos (op, cit).

**3. - Transmisión Perinatal.**

Este tipo de transmisión puede ocurrir durante el embarazo, el parto o la lactancia.

a) Transplacentario.

Se encuentra el VIH en el líquido amniótico, es decir, la madre lo puede transmitir a su hijo por medio de la placenta cuando está in utero.

b) Durante el parto.

Si durante el parto existe contacto de la sangre de la madre con la del bebé.

c) Lactancia.

Se ha encontrado la presencia del VIH en la leche materna.

De esta manera se observa que son las únicas formas de transmisión del VIH, descartando definitivamente que se pueda transmitir a través del aire, de insectos (como picaduras de mosquitos), de manera casual (saludo de mano, beso en la mejilla), por saliva, sudor, lágrimas, así como por contacto con objetos (sanitario, toalla, utensilios de cocina) (op, cit).

## 2.2 ETAPAS DE LA INFECCIÓN.

Son cuatro etapas por las cuales pasa la infección por VIH desde su transmisión (Olivier y Thomas, 1996):

1) Infección Aguda: La mayoría de las personas que contraen la infección desarrollan anticuerpos dentro de las primeras seis semanas de la infección sin presentar alguna manifestación clínica, aunque una minoría puede presentar molestias de corta duración como fiebre, ardor de garganta, cansancio, diarrea, dolor abdominal, estas molestias desaparecerán de manera espontánea en un lapso menor a tres semanas. Sin embargo, no se presentan cambios inmunológicos detectables por medio de una prueba de laboratorio; es alrededor de los tres a los seis meses cuando en la persona que estuvo expuesta al virus se empiezan a generar anticuerpos (proteína producida por el linfocito B, como resultado de la introducción de un agente extraño que se combina con un antígeno para bloquear o destruir al agente), por lo cual es recomendable a la persona que piensa que pudo estar en contacto con el VIH que espere este periodo de tiempo para que la prueba de laboratorio detecte el anticuerpo, a este lapso de tiempo se le llama periodo de seroconversión o periodo de ventana.

Si anteriormente al periodo de ventana la persona se realiza la prueba es muy probable que la prueba no detecte al anticuerpo, sin embargo, no significa que no esté infectado sino que aún no ha desarrollado los anticuerpos.

2) Infección Asintomática: Esta etapa se caracteriza por no presentarse ninguna manifestación clínica en la persona que está infectada, aunque eso no signifique que no pueda contagiar a otras personas ni que el virus no se encuentre en su organismo.

La ausencia de manifestaciones clínicas y biológicas que caracterizan esta etapa no significa un periodo de latencia del VIH, éste continúa multiplicándose en el tejido linfóide, destruyendo así poco a poco el sistema inmunitario.

El tiempo que se puede permanecer en esta etapa es variable, dependerá de diversas circunstancias pero se calcula un periodo alrededor de 2 a 12 años o más.

3) Linfadenopatía generalizada o Complejo relacionado al SIDA: En esta etapa ya se empiezan a presentar manifestaciones clínicas que se conocen como Síndrome de desgaste, entre los que se encuentran síntomas como cansancio, dolores en distintas partes del cuerpo, y signos como fiebre recurrente, tos, diarreas frecuentes, sudoraciones nocturnas, baja de peso del 10% del peso habitual, inflamación de ganglios

principalmente en cuello, axilas e ingles de más de tres meses, todos estos signos y síntoma son crónicos. Esta fase de la infección puede durar alrededor de 3 a 8 años.

4) SIDA: Es la fase terminal de la infección caracterizada por manifestaciones clínicas específicas, el riesgo de tener una infección oportunista o un cáncer asociado se acentúa, las principales manifestaciones son: Neumonía debida al *Pneumocystis carinii*, infecciones por citomegalovirus, candidiasis en esófago, traquea y/o bronquios; tuberculosis, bronquitis, Sarcoma de Kaposi, Herpes simple, Neumonía recurrente, cáncer cervical. Su aparición está estrechamente ligada a la inmunosupresión la mayoría de las infecciones oportunistas aparecen cuando el conteo de linfocitos CD4 es muy bajo (menor a 200/ml).

### 2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

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

(Olivier y Thomas, 1996):

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

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

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

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

- ◆ Infecciones oportunistas incluyen un listado de enfermedades específicas:

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

#### **Sintomatología de la enfermedad del VIH/SIDA en mujeres.**

Las mujeres tienen ciertos síntomas de la infección por VIH que no se presentan en los hombres. En las mujeres el síntoma inicial más común es la candidiasis vaginal, esta infección es un problema para mujeres infectadas y no infectadas. Muchas veces el médico no se da cuenta o no sabe que esta condición médica, sobretodo si se presenta con frecuencia, puede ser una señal de infección por VIH, perdiendo de ese modo la oportunidad de examinar y tratar a su paciente durante las primeras etapas de la infección. Actualmente se sabe que las infecciones ginecológicas en general son más comunes, más severas y más difíciles de tratar en mujeres seropositivas que en mujeres seronegativas. Un problema médico que se está observando con mayor incidencia en mujeres seropositivas que en seronegativas es la presencia de amenorrea (pérdida prematura de la menstruación), con la infección por VIH se triplica la posibilidad de padecer esta condición (Levine, 1997).

#### **Enfermedades oportunistas en mujeres y hombres con VIH/SIDA.**

Con una gran excepción, las mujeres VIH positivas parecen desarrollar las mismas enfermedades oportunistas que los hombres VIH positivos. Adicionalmente la tasa de incidencia de estas enfermedades oportunistas es aproximadamente la misma en ambos sexos. La gran excepción es el Sarcoma de Kaposi (KS). Casi el 40% de los hombres homosexuales VIH positivos adquieren el Sarcoma de Kaposi, mientras que en las mujeres sólo es el 12% (op, cit).

#### **Sobrevivencia de las mujeres y hombres con VIH/SIDA.**

Durante el periodo de 1981 a 1999, las mujeres diagnosticadas con SIDA tuvieron un periodo de supervivencia de 11 meses comparado con 14.4 meses en los hombres con SIDA, se observó que las mujeres murieron más rápido que los hombres y fue más común para las mujeres haber sido diagnosticadas con VIH al morir (op, cit).

## **El VIH/SIDA en las mujeres embarazadas.**

La mayoría de las mujeres que están infectadas se encuentra en sus años de fertilidad, debido a eso, la cuestión del embarazo es uno de los asuntos más importantes entre ellas. A la fecha no se tiene evidencia de que el VIH cause problemas adicionales al feto o a la madre durante el embarazo (op, cit).

En general, mientras más alto sea el nivel de carga viral, mayor es el riesgo de transmisión para el feto. Sin embargo, no hay un nivel de carga viral determinado que ayude a predecir la posibilidad de que el bebé nazca infectado o no (op, cit).

### **2.4. DETECCIÓN DEL VIH.**

El diagnóstico de la infección por VIH, se basa en las pruebas que detectan anticuerpos contra el VIH.

Las primeras pruebas de detección del VIH se llevaron a cabo desde marzo de 1985, posteriormente se estableció su uso rutinario en los bancos de sangre, en México esta norma se implementó a partir del 22 de Mayo de 1986 (Ponce de León y Del Río Chiriboga, 1998).

Las pruebas de detección de VIH se clasifican en:

a) Pruebas iniciales de detección o tamizaje:

En éstas se encuentra la prueba de ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) o sea, ensayo inmunoenzimático; la de Aglutinación y las pruebas rápidas con formato de inmunodot por métodos no invasores.

b) Pruebas suplementarias o confirmatorias:

La más utilizada es la de inmunoelectrotransferencia o Western Blot (Wb).

Las pruebas de tamizaje o iniciales siempre deben interpretarse de acuerdo a la historia clínica del paciente y a pruebas auxiliares del laboratorio como biometría hemática, cuenta de linfocitos, química sanguínea, PPD, entre otras. En pacientes sin

manifestaciones clínicas ni otras pruebas disponibles, las pruebas de tamizaje siempre deberán ser confirmadas (op, cit).

Sin embargo, dado que el Wb requiere de un laboratorio con cierta tecnología, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto otros esquemas, combinando dos o tres pruebas diferentes (ELISA, Simples o rápidas), que utilizadas en poblaciones con prevalencia de infección por VIH superior al 10% son equivalentes al Wb (op, cit).

Se considerará como persona infectada por el VIH o seropositiva aquella que presente (op, cit):

a). Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje de anticuerpos (ELISA, aglutinación) y prueba suplementaria (Wb) positiva, incluyendo a pacientes asintomáticos aún en ausencia de factores de riesgo.

b). Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje de anticuerpos en un paciente con cuadro clínico sugestivo de infección por VIH. En esta situación no es indispensable confirmar.

c). Alguna prueba suplementaria positiva que determine la presencia del virus o de algún componente del mismo (cultivo de virus, determinación de antígeno, reacción de la polimerasa en cadena (PCR).

En ocasiones, puede presentarse el caso de que el resultado sea indeterminado, por lo cual se le recomendará a la persona que repita la prueba en tres meses, cumpliéndose este periodo de tiempo se realizará la prueba confirmatoria, es entonces cuando se confirmará el resultado, sea positivo o negativo (op,cit).

## **2.5 TRATAMIENTOS DE LA INFECCIÓN POR VIH.**

Desde la aparición de los primeros tratamientos, se ha avanzado mucho aunque desgraciadamente no se ha encontrado una cura definitiva. Se ha evolucionado de mono a doble y a triple terapia, actualmente existen 11 antirretrovirales pero no se ha encontrado la mejor manera de combinarlos ni se sabe cuál es el momento adecuado para empezar su uso (Olivier y Thomas, 1996).

El estado clínico de la infección es el elemento más importante para decidir el inicio del tratamiento antirretroviral. Esto puede ser decidido midiendo los linfocitos CD4

cada seis meses, es recomendable practicarlas más frecuentemente cuando hay una rápida disminución del número de linfocitos, o en presencia de una infección definitiva de SIDA.

Asimismo, también se deberá establecer el grado de replicación viral (carga viral) lo que permitirá que en un futuro se establezca cuál es el momento adecuado para comenzar el tratamiento. Se recomienda el uso de antirretrovirales en pacientes asintomáticos con un conteo de CD4 menor a 500/ml y en pacientes sintomáticos no importando cual sea su conteo. El inicio del tratamiento en forma más temprana no ha mostrado, hasta ahora, disminuir la mortalidad.

Los tratamientos para las personas con VIH intentan tres cosas fundamentalmente:

- 1) Evitar que el virus se reproduzca.
- 2) Reforzar o estimular el sistema inmunitario.
- 3) Curar infecciones oportunistas.

Los medicamentos de tipo antiviral evitan la reproducción del VIH en las células humanas ya que estos medicamentos tienen una estructura química similar a la del DNA humano, entonces el virus se adhiere al medicamento y no al DNA evitando que el VIH se propague (op, cit).

El medicamento antiviral más usado desde 1985 hasta la fecha es el AZT o zidovudina, de nombre comercial Retrovir, aunque sus beneficios se han visto limitados cuando se le toma sin combinación con otros; en cambio cuando se le tomó junto con ddI (didanosina), ddC (zalcitabina) o d4T(staduvina) los resultados fueron mejores.

Los medicamentos antivirales además, han probado que tienen varias desventajas, una de ellas es que se puede desarrollar resistencia al mismo, como lo es al AZT, asimismo causan varios efectos secundarios entre los que se encuentran la anemia, náuseas, desgaste muscular, molestias gastrointestinales, diarrea, pancreatitis. Generalmente los efectos secundarios aparecen con mayor frecuencia cuando la infección está más avanzada o cuando la dosis es muy alta.

Es muy importante considerar que el tratamiento con antirretrovirales debe ser continuo y sin interrupciones. Esto es particularmente crítico para el uso de los inhibidores

de la proteasa, pues las resistencias aparecen rápidamente, corriendo el riesgo de que el tratamiento pierda su utilidad (Ponce de León y Del Río Chiriboga, 1998).

Existen tres grupos de medicamentos para la infección por el VIH/SIDA:

#### Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa.

A este grupo pertenecen los primeros medicamentos que estuvieron disponibles para la infección por VIH/SIDA. Inhiben a la enzima transcriptasa reversa, esencial para la replicación viral entre los cuales se encuentran:

Zidovudina o AZT, nombre comercial Retrovir.

Didanocina o ddl, nombre comercial Videx.

Zalcitabina o ddC, nombre comercial Hivid.

Lamivudina o 3TC, nombre comercial 3TC.

Stavudina o d4T, nombre comercial Zerit.

#### Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa.

Se trata de una segunda generación de medicamentos que inhiben a la enzima de la transcriptasa reversa. Pertenecen a un grupo químico diferente a los nucleósidos, y actúan uniéndose a sitios específicos de la enzima por ejemplo:

Nevirapina, nombre comercial Viramune.

#### Inhibidores de la Proteasa.

Este grupo de fármacos interactúa con un gran número de medicamentos por lo que no deben administrarse simultáneamente, y son los siguientes:

Indinavir, nombre comercial Crixivan.

Ritonavir, nombre comercial Norvir.

Saquinavir, nombre comercial Invirase.



## Las mujeres y los antirretrovirales

En el caso de las mujeres, los médicos deben tomar en consideración el peso corporal de la mujer. La dosis para un hombre de 1.80 m. puede no ser la ideal para una mujer de 1.50 m. Por otra parte, puede haber interacciones entre los medicamentos que son exclusivamente para mujeres (tratamientos hormonales) y los medicamentos contra el VIH, un ejemplo de esto es la interacción de los inhibidores de proteasa y los anticonceptivos orales (Levine, 1997)

## 2.6 FORMAS DE PREVENCIÓN.

Dentro de las formas de prevenir la transmisión del VIH encontramos las siguientes:

### *Transmisión por contacto sexual:*

- ◆ *Abstinencia y fidelidad mutua en personas no infectadas.*
- ◆ *Sexo Seguro:* Son todas las prácticas sexuales en las cuales no exista la penetración ni el intercambio de fluidos tales como: líquido preeyaculatorio, semen, fluidos vaginales y sangre.
- ◆ *Sexo protegido:* Son todas las prácticas sexuales en las cuales se evita el intercambio de fluidos sexuales y sangre por medio de la utilización de implementos como son: guantes y dedos de latex, Kleenpack, diques dentales, condones (masculinos o femeninos) y lubricante soluble al agua, etc.

### *Condón masculino.*

El uso adecuado y constante del condón es una de las estrategias recomendadas para la prevención del VIH/SIDA por la Organización Mundial de la Salud.

El uso correcto y constante del condón protege en un 90 a 95% de la transmisión de la infección por VIH, siendo las principales fallas secundarias al uso incorrecto o inconsistente por parte del usuario (Condomes ahora más que nunca, 1990).

Diversos estudios científicos, entre los que destaca el realizado por la Food and Drugs Administration (FDA) que concluye que el condón reduce diez mil veces la transferencia del fluido. La posibilidad de rompimiento de los condones es del 0,5% al 3% en uso vaginal y del 5 al 10% en uso anal (Mann, Tarantoto, Netter, 1992).

### *Condón Femenino.*

El condón femenino sin ser el método ideal surgió como una opción más para la mujer que se encuentra en riesgo, pero no como un sustituto del condón masculino. El condón femenino cuenta con dos anillos flexibles de poliuretano. El mayor de los anillos es de 7.5 cm. de diámetro, se encuentra en la entrada del condón y al colocárselo sobresale en la región vulvar con lo que se ofrece una mayor protección al evitarse así el contacto directo de la vulva con el escroto y la base del pene. El más pequeño de los anillos es de 6 cm. de diámetro y se introduce en la vagina, es de una sola medida y su función es favorecer la inserción en la vagina y el anclaje interno detrás del pubis. El condón femenino ya viene lubricado y su colocación es sencilla y puede hacerla cualquier mujer. La posibilidad de falla del condón femenino, está en un rango de 0 al 4.5% (Uribe, 1994).

#### ***Transmisión Perinatal:***

- ◆ Acceso a medicamentos, (AZT) en el caso de que la madre esté infectada.

Se recomienda no amamantar al bebé proveyendo a la madre de alternativas viables para el amamantamiento y para la atención médica. La transmisión perinatal, no se puede prevenir si la mujer desconoce que es VIH positiva. (Mujeres y SIDA, 2000).

- ◆ Por Parto por Cesárea (op, cit).

#### ***Transmisión Sanguínea:***

- ◆ Utilizar agujas y jeringas nuevas.
- ◆ Instrumentos punzocortantes desinfectados.
- ◆ En caso de transfusiones y donaciones de órganos verificar que la sangre donada no esté infectada.

Conocer como se ha expandido el virus de inmunodeficiencia humana en los hombres y en las mujeres nos da la oportunidad de poder pensar en las diversas formas que puede ser abordado el estudio de esta pandemia. Existen diferencias y semejanzas en el comportamiento del virus dentro de los dos sexos, nuestro interés es enfocarnos a las diferentes estrategias para afrontar la posibilidad de estar infectado(a) de VIH, que manifiestan tanto los hombres como las mujeres y llevar a cabo una comparación de las mismas.

## B.- ASPECTOS PSICOSOCIALES.

Dentro de la problemática implícita en el VIH/SIDA, existen múltiples factores psicosociales, sin embargo, para fines de nuestro estudio nos enfocaremos principalmente a los siguientes:

### AFRONTAMIENTO.

Para abordar el concepto de afrontamiento, es necesario en principio establecer las relaciones y diferencias entre los conceptos de ansiedad y estrés, debido a que se encuentran estrechamente vinculados y cuyo conocimiento permitirá clarificar el proceso que se lleva a cabo para afrontar una determinada situación, en este caso el afrontamiento a la posibilidad de estar infectado(a) por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Zuckerman (1960), define la *ansiedad* como una actitud mental comprensiva que precede la respuesta actual de *estrés*. Los eventos desagradables o molestos son estresantes, aunque no incluyan temor. Hay que distinguir la angustia (indeterminada) del miedo (a un objeto real considerado peligroso con razón o sin ella).

Ajuriaguerra (1984), señala que el término de *ansiedad* está reservado al aspecto psíquico (afecto penoso asociado a una actitud de espera de un acontecimiento imprevisto pero experimentado como desagradable) y el de *angustia* a la vertiente somática (acompañada de un cortejo de manifestaciones somáticas neurovegetativas y viscerales); el *miedo* está asociado a un objeto o situación precisa, sea a causa de la experiencia o la educación.

### 1. ANSIEDAD

La *ansiedad* se puede definir como una emoción que se caracteriza por sentimientos de peligro inminente, tensión y angustia y por la activación o excitación del sistema nervioso simpático. Spielberger, (1979; cit. en Mercado, 1992) define la ansiedad como un estado emocional que consiste en sentimientos displacenteros, percibidos concientemente, de nerviosismo, tensión y aprehensión con acciones asociadas o activación del sistema nervioso autónomo; la persona con frecuencia responde a sus

sentimientos con pensamientos, palabras o acciones que parecen inapropiados, perturbados, irracionales o desorganizados.

En cuanto a la teoría de *ansiedad Rasgo-Estado*, Spielberger (1972), considera que un individuo ansioso puede observar y describir sus sentimientos displacenteros y reportar la intensidad y duración de esos sentimientos. Los reportes introspectivos verbales asumen lo anterior y suponen que el sujeto esté motivado a reportarlo objetiva y honestamente.

Cattell (1971), ha mostrado que la *ansiedad "rasgo" y "estado"* han emergido consistentemente como factores principales de la personalidad.

Un *estado* de personalidad existe en un momento dado y a un nivel particular de intensidad; pueden recurrir si son evocados por los estímulos apropiados y persistir a lo largo del tiempo cuando persisten las condiciones que lo provocan. Las reacciones emocionales son expresiones de *rasgos* de personalidad.

En contraste, los *rasgos* de personalidad se conceptualizan como diferencias individuales relativamente permanentes en cuanto a tendencias especificables a percibir al mundo en cierta forma y/o en disposiciones a reaccionar o conducirse de una manera específica con regularidad predecible .

Spielberger (1972) distingue entre:

- Estado de Ansiedad (A-Estado o "A-State"): es transitorio, condición o reacción emocional única, compleja, que puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. El nivel A-Estado, debe ser alto en circunstancias percibidas por un individuo como amenazantes, independientemente del peligro objetivo.
- Rasgo de Ansiedad (A-Rasgo o "A-Trait"): se refiere a diferencias individuales relativamente estables en la disposición a percibir un amplio espectro de situaciones estresantes como peligrosas y amenazantes, y en la tendencia a responder a dichas amenazas (tanto en frecuencia como en intensidad) con reacciones de A-Estado. Los puntajes en A-Rasgo son inalterables ante el estrés situacional y relativamente estables en el tiempo (op,cit).

## 2. ESTRÉS

El concepto **estrés** tiene su antecedente histórico en el siglo XIV; se describía al "stress" como un estado de angustia, opresión, penuria y adversidad. Durante los siglos XVIII y XIX denotaba una fuerza, presión o influencia poderosa ejercida sobre un objeto físico o una persona (Spielberger, 1972). Existen varias definiciones de estrés por diversos investigadores que lo contemplan desde perspectivas distintas.

El término estrés o tensión emocional se usa para referirse a un complejo proceso psicobiológico que comprende varios elementos (op, cit):

1. El proceso puede iniciarse con una condición o situación externa, peligrosa o nociva (en términos objetivos); este es el agente productor de la tensión y es una forma de estímulo (estresor).
2. El agente es visto como algo potencialmente peligroso o amenazador, es decir, se interpreta, se evalúa (valoración o "appraisal") o percibe como tal mediante pensamientos, juicios, estados emocionales y procesos fisiológicos.
3. Se produce un estado mental que consiste en sensaciones subjetivas de tensión, temor, preocupación, o sea, que se trata de una reacción de ansiedad o perturbación emocional ("distress").
4. Asimismo, sufre una serie de cambios conductuales ya sean producto de la desadaptación o como intento de reducir (evitar o minimizar la amenaza) el estímulo y/o las sensaciones disruptivas asociadas. El estrés interfiere entonces con los patrones normales de respuesta; la tensión es una fuerza que requiere un cambio en su adaptación ("starin").
5. Se produce una reacción emocional que se manifiesta en la activación y excitación del sistema nervioso autónomo.

Cabe señalar que los cinco componentes se interrelacionan y varían en orden de presentación o se dan simultáneamente.

Cannon (1932, cit. en Carey, Ubinhardt y Carey, 1995) considera al estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia, etc., y Selye (1976) quien utiliza el término estrés para referirse a un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas); reacción que él llamó Síndrome general de Adaptación.

El estrés no era una demanda ambiental (a la cual Selye llamó estímulo estresor), sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda.

Mahl (1953) distinguió entre demandas crónicas y agudas; ya que el grado y calidad de las reacciones individuales ante el estrés pueden ser substancialmente diferentes ante tipos de demandas aún cuando la pérdida fuese la misma (muerte de un familiar de forma repentina o muerte del mismo debido a una enfermedad prolongada).

A partir de la década de los sesentas se fue aceptando la idea de que sí bien el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final.

Lazarus (1966) propuso al estrés como un concepto organizador para entender un amplio grupo de fenómenos de importancia en la adaptación humana, sin embargo, señaló que en el proceso de adaptación el individuo puede pasar por procesos cognitivos, acciones específicas y estilos de vida de forma rutinaria y automática que no necesariamente significan estrés.

Lazarus (1966), Lazarus y Averill (1972), Lazarus y Folkman (1986) y Lazarus y Launier (1978; cit. en Sotelo y Maupome, 2000), sostienen que las respuestas de estrés deben ser consideradas en términos de una transacción entre el individuo y el ambiente con el significado y evaluación (valoración) del evento intrínseco a su definición. Las reacciones de determinada persona hacia una situación específica parece depender enormemente de la manera en que ésta interpreta o percibe la situación; el peligro potencial objetivamente asociado a ella no es lo único que cuenta. El mismo evento puede ser percibido por diferentes individuos como irrelevante, benigno, amenazador y dañino o como un reto a enfrentar.

La valoración cognitiva ("appraisal") primaria de una persona sobre el significado positivo o negativo de un evento particular determina si éste es experimentado como estresante (op, cit).

La valoración secundaria se refiere a la conceptualización de las implicaciones del evento en términos de recursos de afrontamiento ("coping") y opciones (op, cit).

Existen pruebas de que se experimenta menos tensión cuando se siente el control de la situación (locus de control), cuando las tensiones son predecibles y cuando se ve la posibilidad de una solución (op, cit).

Lazarus y Cohen (1977) distinguieron tres tipos de acontecimientos inductores de estrés o estresores según la denotación de Selye (1976).

1. - Cambios mayores que afectan a la mayoría de las personas.
2. - Cambios mayores que afectan a una o pocas personas.
3. - Los ajetreos diarios.

Estos cambios pueden ser positivos o negativos, Holmes y Masuda (1974), sostienen que pueden conllevar un efecto estresante.

Además de sus consecuencias psicológicas, el estrés se ha asociado con diversos problemas somáticos: Presión alta, enfermedades cardíacas, úlceras e incluso cáncer y esquizofrenia. Aunque aún no se sabe de manera certera en qué forma produce el estrés estas enfermedades, los estudios de las reacciones fisiológicas al estrés indican respuestas importantes, especialmente en lo que se refiere a enfermedades físicas (Cohen, 1989).

Heaven (1996), considera un acontecimiento estresante a aquél que crea demandas en el sistema familiar, más que en el individuo.

El interés por el estrés en sí mismo se desplaza en cierta medida hacia el afrontamiento (Lazarus, 1966).

Parece difícil concebir el estrés únicamente como algo que incluye las exigencias del medio o estresores y las reacciones de las personas ante ellas o estrategias de afrontamiento.

Las demandas del medio o estresores pueden ser físicas o psicológicas, pueden ser intrínseca a una situación o algo que atribuye la persona, puede ser universal o pertenecer solo a la experiencia de una persona. Existen diversos estresores de naturaleza física como: el hambre, la falta de sueño o el ruido. Otros estresores son de naturaleza psicosocial como: los problemas cotidianos, los acontecimientos de la vida, las dificultades crónicas, los conflictos y los eventos traumáticos.

## **2.1 Estresores**

Diversos autores han postulado diferentes clases de estresores. En un principio, se hizo una división en cuatro clases (Miller, 1980):

- Estresores físicos
- Estresores psíquicos
- Estresores mentales
- Estresores sociales

Según esta propuesta, los *estresores físicos* son de tres clases:

- A. Cualquier tipo de actividad corporal como correr, nadar, jugar, entre otros. Causan estrés ya que el organismo requiere de mayor cantidad de energía para un esfuerzo deportivo exigido.
- B. Encontrarse sometido a condiciones ambientales que obligan, a una reacción adaptativa, como calor elevado, ruido, estímulos visuales invasivos, entre otros.
- C. Pueden ponerse en marcha en el cuerpo procesos a los que reacciona el estrés, tales como bacterias, virus, sustancias tóxicas, dolor, etc.

Los *estresores psíquicos y sociales* están mutua e íntimamente relacionados. El ser humano parece funcionar de tal manera, que tiene que reaccionar constantemente con estrés a situaciones de ansiedad, engaños, conflictos, toma de decisiones delicadas y presión del tiempo. Estos factores se crean a partir de la organización o distribución de cargas de trabajo, condiciones de vivienda, de las posibilidades de disfrutar tiempo libre, tráfico y otros relacionados con la comunicación social. Estos problemas parecen derivarse de los estilos de convivencia familiar, relaciones sociales o de la carencia de éstas (op, cit).

Lazarus (1989), agregó un estresor adicional al que denominó: *evento estresante traumático*, caracterizado como:

- Un proceso dinámico, no estático, un único evento.
- En cualquier fase de un evento estresante, las personas frecuentemente experimentan emociones y estados de ánimo o pensamientos totalmente contradictorios.
- La gente afronta de modos muy complejos.
- En cualquier fase del evento estresante hay substanciales diferencias individuales en cuanto a la emoción, y esto, en gran medida, refleja las



diferencias individuales en cuanto a la valoración cognoscitiva y el afrontamiento.

Los cambios importantes que alteran o amenazan las actividades normales de individuos o familias se llaman *eventos vitales*. Estos incluyen las etapas de la vida que son normales, como el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, la jubilación, etc. También incluyen cambios vitales menos usuales, como un divorcio, una enfermedad o herida, descenso en el empleo y cambios de la trayectoria profesional.

Los eventos vitales, tanto positivos como negativos, requieren de un ajuste importante en el comportamiento, y este puede ser fuente de estrés (Holmes y Rahe, 1967).

Con el paso del tiempo han cambiado la concepción de los estresores, dieciseis años después de las primeras definiciones y clasificaciones de los estresores, aparece una más que propone que los estresores son estímulos que provocan la respuesta biológica y psicológica tanto del estrés normal como de los desarreglos que llegan a convertirse en enfermedades (Orlandini, 1996).

Orlandini, postula trece clases de estresores:

- **Por el momento en que actúan** (remotos, recientes, actuales, futuros):

Los *estresores remotos* actuarían durante la infancia y la adolescencia y provocan enfermedades psíquicas inmediatas o determinan una sensibilidad o vulnerabilidad permanente que se evidencia en la adultez.

Los *estresores recientes* actuarían durante los dos últimos años.

Los *estresores actuales* suceden en el momento presente, y los futuros resultan de una desgracia anunciada o esperada que influye desfavorablemente antes de que sucedan.

- **Por el periodo en que actúan** (muy breves, breves, prolongados, crónicos).
- **Por la repetición de la experiencia traumática** (único o reiterado).
- **Por la cantidad en que se presentan** (únicos o múltiples):

Las enfermedades por estrés ocurren por psicotrauma único, sin embargo, resulta frecuentemente que un individuo esté sometido a estresores múltiples que se producen en cadena, donde el precedente determina el consecuente.

- **La intensidad del impacto** (microestresores y estrés cotidiano, estresores moderados, estresores intensos, estresores de gran intensidad). Los microestresores de la vida cotidiana pueden ser positivos, como el encuentro con amigos queridos, o negativos como puede ser el reencuentro con una persona no deseada; en general lo que determina la sensibilidad al psicotrauma es la vulnerabilidad personal. La intensidad del psicotrauma suele determinar la forma clínica de la enfermedad psíquica por estrés, de esta forma los microestresores cotidianos originan irritabilidad, fatiga o agotamiento; los moderados y los graves provocan ansiedad, ira o depresión y los estresores excepcionalmente intensos suelen dar lugar a trastornos permanentes, como lo fue el síndrome Post-Vietnam.

- **La naturaleza del agente** (físicos, químicos, fisiológicos, intelectuales, psicosociales):

Se consideran factores de estrés *físico*:

-El ruido, la exposición prolongada al sol, el defecto o el exceso de luz, de humedad o temperatura, las tormentas, terremotos o ciclones.

Los *estresores químicos* son:

-Aquéllos producidos por el estrés nutricional debido al exceso o déficit de azúcares, grasa, proteínas, vitaminas o minerales. También por déficit o el exceso de oxígeno, por sustancias irritantes y/o tóxicas, etc.

Los *estresores fisiológicos* pueden ser:

-Ejercicio extenuante, privación de sueño, hambre, algunos encuentros sexuales, menstruación, parto, lactancia, inflamación de algún órgano, infecciones, heridas, entre otros.

Los *estresores intelectuales* suelen incluir:

Cálculo matemático, tests de inteligencia, sobrecarga, incoherencia, ininteligibilidad de la información, lectura de un texto complejo, entre otros.

Los *estresores psicosociales* suelen incluir:

-Duelo, conflictos de pareja, competencias deportivas, trabajo aburrido o excesivo, pobreza, guerra, entre otros.

- **Por su magnitud social** (microsociales, macrosociales):

La influencia de los estresores macrosociales actuaría sobre una gran cantidad de personas, como en el caso de los componentes de una clase social o los integrantes de la comunidad. Por el contrario los estresores microsociales actuarían sobre escasos individuos, como son la muerte de un familiar, una desventura amorosa o una vocación frustrada.

- **Por el tema traumático** (sexual, conyugal, familiar, ocupacional, etc.).

- **La realidad del estímulo** (real, representado, imaginario):

El estímulo que dispara estrés puede incluir una representación surgida de una obra literaria, de fotografía o videos, o puramente imaginativo creado por el propio sujeto.

- **La localización de la demanda** (exógena o ambiental, endógena o intrapsíquica):

El estresor que proviene del ambiente se le denomina exógeno y los que se originan en el cuerpo endógenos. Cuando el estrés se origina en la mente del sujeto se le denomina intrapsíquico.

- **Sus relaciones intrapsíquicas** (sinergia positiva, sinergia negativa, antagonismo, ambivalencia):

En el sinergismo positivo se suman los valores del buen estrés, como ejemplo, un atleta que compite y gana (primer estresor positivo), la gente le aplaude (segundo estresor positivo), recibe un trofeo (tercer estresor positivo).

Los estresores negativos se suman a la sinergia negativa, como ejemplo, las personas que presentan problemas económicos, maritales, estrés ocupacional y demandas ante la ley. Al estar compuestos de diferente signos (positivos y negativos), en los estresores antagónicos los efectos nocivos de un agente pueden amortiguarse por la acción saludable de otro, como cuando la sobrecarga de trabajo es compensada con un muy alto salario y las consecuencias del estrés ocupacional sobre la salud resultan menores.

- **Los efectos sobre la salud** (positivo o eustrés, negativo o distrés).

Una tarea deseada, agradable y fácil produce un estrés saludable, positivo o eustrés. Por el contrario, una demanda no deseada, desagradable, difícil y prolongada significa un estrés no saludable, negativo o distrés.

El carácter de estrés saludable o nocivo no depende solamente de la tarea sino de su interpretación por el sujeto. En sujetos susceptibles y con baja autoestima, los sucesos positivos pueden no resultar equivalentes de buen estrés; se ha demostrado que a este tipo de individuos la buena fortuna puede causarles enfermedades. Por el contrario, los sucesos venturosos en personas no vulnerables y con una autoestima alta, no causan males.

Las demandas al individuo suelen estar por encima de sus dotes naturales y sus capacidades de afrontamiento en el estrés nocivo. El buen estrés es necesario para la salud y el crecimiento de la personalidad. Cada sujeto requiere cierto nivel de estrés que le provoque un sentimiento de bienestar.

- **La fórmula diátesis-estrés** (factor formativo o causal de la enfermedad, factor mixto, factor precipitante o desencadenante de la enfermedad):

Para que un desarreglo ocurra se necesitan al menos dos factores. Uno es el agente estresante y el otro la diátesis o susceptibilidad a enfermarse. La distinta participación de estos factores admite tres posibilidades: las enfermedades por estrés, mixtas, endógenas o constitucionales.

En las primeras todo depende del estresor y la participación de la vulnerabilidad resulta menor; estos desarreglos se denominan enfermedades situacionales o psicogénicas. En las segundas la participación equivalente del estrés y la susceptibilidad biológica se conjugan y ocasionan neurosis y trastornos de la personalidad. Las enfermedades endógenas o constitucionales son aquellas en las que el estresor solo juega un papel como contribuyente o desencadenante: así, se supondría que existe en el individuo una tendencia orgánica a enfermarse, como en los casos de diabetes, depresión endógena o esquizofrenia (Orlandini, 1996).

## **2.2 Sociología del Estrés**

Es difícil entender los problemas de una persona sólo bajo el conocimiento de la biología y la psicología, debe de añadirse la comprensión sociológica, ya que se nace y se vive en determinados contextos sociales, como la familia, la escuela o el lugar de trabajo, cuya ideología y estructura tienen influencias decisivas sobre el sujeto. La sociología explica que detrás de la conducta saludable o perversa de cada individuo hay un sistema social que lo condiciona (op, cit).

Los temas sociales del estrés pueden resumirse en seis aspectos: los estudios sobre los estresores psicosociales; los sucesos vitales o contingencias ambientales negativas; la influencia de las instituciones sobre el estrés; el concepto y los modos de operar de la red de apoyo social; los sistemas de valores; las relaciones con el otro; y el estrés de las comunidades. El inventario de estresores psicosociales más utilizado se denomina Escala valorativa de reajuste social y fue creado en 1967 por el psiquiatra norteamericano Holmes con la ayuda de su colaborador Rahe. Los autores intentan medir el "gasto psíquico" para adaptarse al cambio (op, cit). Se puede observar en la siguiente tabla que los renglones correspondientes a las modificaciones en salud, lesiones y/o enfermedades graves, así como los desarreglos sexuales en las personas tienen puntajes de estrés elevados (Cuadro 5).

**CUADRO 5. ESCALA VALORATIVA DE REAJUSTE SOCIAL DE HOLMES Y RAHE**

Puntos de estrés	Situación de estrés	Puntos de estrés	Situación de estrés
100	Muerte de esposo o esposa	73	Divorcio
65	Separación de la pareja	63	Estancia en la cárcel
63	Muerte de un familiar cercano	53	Lesiones o enfermedades graves
50	Casamiento	47	Ser despedido del trabajo
45	Reconciliación con la pareja	45	Jubilación
44	Cambio importante en la salud/conducta de un miembro de la familia		
40	Gestación	39	Desarreglos sexuales
39	Ingreso de un nuevo miembro a la familia	39	Reorganización de la empresa
38	Empeoramiento o mejoramiento de la economía		
37	Muerte de un amigo íntimo	36	Cambio de tareas en el trabajo
35	Aumento o reducción de discusiones en la pareja	31	Tomar una hipoteca o crédito cuantioso
30	Vencimiento de un préstamo o hipoteca	29	Cambio de cargo en el trabajo
29	La marcha de la casa de una hija (o)	29	Conflictos con la familia de esposa (o)
28	Notable éxito personal	26	La esposa consiente o deja de trabajar fuera del hogar
25	Cambios en la vivienda	24	Cambios de estilo personal
23	Conflictos con el jefe	20	Cambios notables en el horario y condiciones de trabajo
20	Cambios de domicilio	20	Cambio de colegio
19	Cambio notable en la cantidad y tipo de recreación	18	Mayor o menor participación en las prácticas religiosas
17	Tomar hipoteca o préstamo menor	16	Cambios de horario y cantidad de sueño
15	Mayor o menor tiempo compartido con la familia	15	Cambios de horario y cantidad de comidas
13	Vacaciones	12	Navidades
11	Transgresiones menores de la ley		

## **Conflicto**

Lazarus (1989) fue el primero en describir al conflicto como otro tipo de exigencia que provoca estrés, que es algo que una persona debe elegir entre varios objetivos o modos de proceder incompatibles, contradictorios o mutuamente excluyentes cuando el acto necesario para realizar uno automáticamente le impide alcanzar el otro. Puede haber conflicto cuando están en oposición dos necesidades internas, cuando dos exigencias externas tiran de la persona en direcciones diferentes, o cuando una necesidad interna es incompatible con una externa.

### **Perspectiva psicológica del estrés**

Cada individuo vive a su manera cada una de las exigencias, cada frustración, cada decisión, cada conflicto y cada amenaza cae sobre él, es decir, que compara estas situaciones con las experiencias que ha vivido hasta el presente y les da una significación específica según su personalidad. Desde un punto de vista subjetivo, estas reacciones de estrés desencadenadas son, sin duda, adecuadas porque corresponden a la capacidad y adaptación actual del sujeto (Troch, 1980).

Los estudios subsecuentes al respecto definieron al estrés psicológico como una relación particular entre la persona y el ambiente valorado por las personas como excediendo sus recursos y poniendo en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984).

El individuo responde al estrés mediante percepciones, conocimientos, rememoraciones, emociones, defensas y mecanismos de afrontamiento, cambios de actitudes y en la autoestima, conductas y síntomas. A través de esas respuestas el individuo puede lograr la percepción del agente del estrés e interpretar su significado como favorable o desfavorable. El conocimiento determina la capacidad o incapacidad de que el sujeto dispone para enfrentar la demanda que supone un estresor. Pueden intervenir en el proceso las rememoraciones (recuerdos) detalladas de los sucesos traumáticos y las modificaciones afectivas tanto de emociones positivas y placenteras como negativas, se genera la actividad de los mecanismos de afrontamiento como la evitación o el humor, se producen cambios en las actitudes hacia la gente, la vida o el futuro a consecuencia de acontecimientos desventurados; la autoestima de la persona suele deteriorarse debido a los sucesos traumáticos y ocurre la aparición de síntomas

psíquicos como el tedio, la fatiga, la escasa concentración, el insomnio o la melancolía (Boss, 1985).

Las investigaciones más recientes mencionan que el estrés incluye mucho más que el estímulo o estresor y la respuesta individual. Se enfatiza la relación entre la persona y su ambiente, reconociendo que algunos individuos son más susceptibles al estrés que otros (Heaven, 1996).

### **Perspectiva Cognoscitiva al Estrés**

Se puede decir que **“no es el acontecimiento en sí mismo lo que provoca el estrés, sino la forma como lo percibe el individuo”**.

Lazarus (1980), propone que es la persona quien determina cuál de estas experiencias será constructiva y cual degradante; y lo hace, en parte por la manera como actúa para construir su propia vida y, en parte, por el modo de reaccionar frente a la forma que va adquiriendo su vida.

Algunas situaciones se consideran universalmente productoras de estrés, como sería un asalto a mano armada o un secuestro, en cambio, la capacidad de otras situaciones para producir estrés depende más del modo como las interprete el individuo que las sufre a causa de una experiencia previa de acontecimientos similares, y de su habilidad actual para enfrentarse a ellas (Papalia, 1988).

Después de haber revisado los conceptos de ansiedad y estrés se puede decir, que la posibilidad de estar infectado de VIH/SIDA, es un evento altamente estresante en la vida de cualquier persona, debido a que puede considerarse que en esta situación convergen diversos tipos de estresores que afectan los aspectos físico, psicológico y social.

¿Cómo es que las personas logran afrontar un evento tan estresante?, ¿De qué recursos se valen para atravesar por este proceso?

Para poder contestar estas preguntas es necesario enfocarnos a dicho tema.

### **3. COPING/ AFRONTAMIENTO.**

El concepto de coping/ afrontamiento al estrés, actualmente es reconocido en el campo de la psicología. Los planteamientos originales sobre este concepto provienen de dos aproximaciones teóricas distintas:

-La experimentación animal que lo define en función de los actos que controlan las condiciones aversivas; y

-La psicología psicoanalítica del yo, que lo relaciona fundamentalmente con la cognición.

En el modelo psicoanalítico de la psicología del yo, el afrontamiento se define como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto reducen el estrés. Los sistemas de afrontamiento al estrés basados en la psicología psicoanalítica se refieren a una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos hasta mecanismos más evolucionados. Este modelo hace una diferencia entre varios procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo-entorno (Lazarus, 1986).

#### **3.1 Concepto de Afrontamiento**

Murphy (1962), definió el afrontamiento como cualquier intento de manejar (dominar) una situación nueva potencialmente amenazadora, frustrante, retardadora o gratificante. Considera que no importa cual conducta muestre el individuo pues cada uno usa su propio método para enfrentar una situación particular en un momento específico.

El afrontamiento son aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1985).

Menninger (1963), Haan (1969,1977), Vaillant (1977), nos proporciona una jerarquía en la que el afrontamiento hace referencia a los procesos más organizados o maduros del ego, después vendrían las defensas que se refieren a las formas neuróticas de adaptación, y por último los procesos de fragmentación (Haan) o fracaso del ego que Menninger homologa a los niveles regresivos o psicóticos de conducta.

El afrontamiento es un proceso, más que un rasgo, ya que es cambiante con demandas y conflictos específicos. No se debe confundir el afrontamiento con los



esfuerzos para manejar las demandas, ya que éste permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que obtenga; mientras que manejar significa minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno (Sotelo y Maupome, 2000).

El afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales:

1. El que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace en contraposición con lo que generalmente hace o haría en determinadas condiciones.

2. Lo que realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico.

3. El proceso de afrontamiento implica un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por lo tanto, es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar con estrategias defensivas que le ayuden a resolver el problema (Lazarus, 1980; cit en Sotelo y Maupome, 2000).

Las propuestas sobre el estrés y el afrontamiento sugieren que la conducta de afrontar está influenciada por: recursos de afrontamiento como creencias, autoestima, neuroticismo, negación y apoyo social. Estas son algunas variables que reflejan a valoración de las personas ante situaciones específicas incluyendo el nivel de estrés, control de creencias, autoeficiencia y la importancia del evento (Lazarus y Folkman, 1987).

### **3.2 Funciones del Afrontamiento**

La función del afrontamiento es el objetivo que persigue cada estrategia de afrontamiento, mientras que los resultados de éste se refieren al efecto que tiene cada estrategia. Sus funciones no se definen en términos de los resultados obtenidos, pero se espera que determinadas funciones tendrán determinados resultados (Sotelo y Maupome, 2000).

Teóricamente, tanto el afrontamiento dirigido al problema, como el dirigido a la emoción pueden interferirse entre sí, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro. Un resultado ideal del afrontamiento incluiría resoluciones permanentes que den satisfacción a la persona. Durante su desarrollo, el afrontamiento incluye un proceso de

evaluación cognoscitiva del evento estresante que puede ser primaria o secundaria (Lazarus y Folkman, 1984).

Lazarus y Folkman (1980), resaltan dos funciones principales del afrontamiento: el afrontamiento dirigido a la emoción y el afrontamiento dirigido al problema, en el cuadro 6 se pueden identificar las funciones de cada uno.

**CUADRO 6. FUNCIONES DEL AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LA EMOCIÓN Y DIRIGIDO AL PROBLEMA.**

AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LA EMOCIÓN	AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA
<p>Reducir el estrés emocional manteniendo un estado emocional satisfactorio.</p> <p>Cambiar el estado emocional que acompaña al estresor.</p> <p>Cambiar la relación emoción-estresor.</p> <p>Dar soluciones emocionales.</p> <p>Estrategias de afrontamiento como escape, evitación, distanciamiento.</p>	<p>Tratar de disminuir el estrés haciendo cambios conductuales.</p> <p>Cambiar o modificar la fuente de estrés.</p> <p>Cambiar la relación persona- ambiente.</p> <p>Dar soluciones cognoscitivas y conductuales.</p> <p>Estrategias emocionales como afrontamiento confrontativo o planteamiento de solución al problema.</p>

Los investigadores juzgan al afrontamiento de acuerdo a la efectividad en la reducción de la angustia psicológica. Si las emociones negativas como la ansiedad y la depresión son reducidas con los esfuerzos de afrontamiento, los esfuerzos de afrontamiento son juzgados como exitosos (op, cit).

El éxito del afrontamiento depende de una variedad de recursos de afrontamiento. Recursos internos que consisten en los estilos de afrontamiento y en los rasgos de personalidad, los cuales estudiaremos a continuación.

**3.3 Recursos de Afrontamiento**

Los recursos del afrontamiento son las características o conductas individuales que manejan eficazmente los estresores. Se reflejan entre otras cosas, en el tiempo en que tarda una persona para recuperarse del evento estresante. Están constituidos por facetas

de la personalidad que afectan la variedad de factores de afrontamiento y pueden incrementar el potencial individual para resolver efectivamente el estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

La forma en que una persona afronta la situación estresante depende principalmente de los recursos de que dispone y de las limitaciones que dificulten el uso de dichos recursos en el contexto de una interacción determinada (Terry, 1991).

El que una persona tenga muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos sino que tiene habilidad para aplicarlos ante las diferentes demandas de su entorno. Los recursos se obtienen de uno mismo, ya sean como tales o como un medio para hallar otros recursos necesarios pero no disponibles. Existe una gran variedad de recursos de afrontamiento, como se muestra en el siguiente diagrama: (op, cit).

### RECURSOS PARA EL AFRONTAMIENTO



Los recursos personales del afrontamiento se refieren a las condiciones con que el sujeto cuenta; abarcando las físicas y las psicológicas.

Dentro de las condiciones físicas se encuentran la salud y la energía que facilitan el afrontamiento; es más fácil afrontar una situación cuando uno se encuentra bien que cuando se encuentra mal físicamente (op, cit).

Los *recursos personales psicológicos* de la persona son aquéllos que se refieren a las creencias positivas y las condiciones personales. Las creencias positivas sirven como base a la esperanza y favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas.

En síntesis, las condiciones personales se forman por los valores y las creencias que provocan ciertas formas de acción o de sentimientos y los déficits psicológicos que son producto del desarrollo del sujeto (op, cit).

Existen los *factores sociales* donde se encuentra la resolución al problema que incluye la habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles con el fin de obtener resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado (op, cit).

Las *habilidades sociales* se establecen en la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás, en una forma socialmente adecuada y efectiva. Facilitan la resolución de problemas en coordinación con otras personas, aumentando la capacidad de atraer su cooperación o apoyo, y en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.

El apoyo social, de alguna persona que proporcione apoyo emocional, informativo y/o tangible. A diferencia de esto, los recursos materiales hacen referencia al dinero, a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él (op, cit).

La importancia que se le atribuye al evento estresante es un predictor de la conducta de afrontamiento. La tendencia afirma que a altos niveles de amenaza las personas consideran importantes los hechos (Lazarus, 1980).

### **3.4. Estrategias de afrontamiento.**

Las estrategias de afrontamiento son las conductas que ocurren después que se presenta un evento estresante. Una estrategia usada por el afrontamiento individual pertenece a un recurso de uso prolongado o constante (Sheier, 1986).

A lo largo de varios años, se han propuesto diferentes clasificaciones e investigaciones de las estrategias de afrontamiento. Menninger (1963), identifica cinco

órdenes o “aparatos regulatorios” clasificados de acuerdo al nivel de desorganización interna:

- ❖ En el primer orden, existen estrategias para reducir la tensión causada por episodios estresantes cotidianos. Son recursos de afrontamiento que incluyen autocontrol, buen humor, llanto, blasfemar, lamentarse, juramentos, retractarse, hablar y pensar.
- ❖ En el segundo orden, aparecen las estrategias de disociación (narcolepsia, amnesia, despersonalización), de displacer por agresión (aversión, prejuicio, fobias), sustitución por símbolos y modalidades para una descarga más hostil (compulsiones y rituales), y la sustitución de uno mismo o parte de uno mismo como un objeto de agresión desplazada (autorestricción, humillación e intoxicación).
- ❖ El tercer orden incluye episodios explosivos, energía agresiva, más o menos desorganizada (agresiones violentas, convulsiones y crisis de pánico) los cuales se consideran negativos.
- ❖ El cuarto orden representa un incremento de desorganización .
- ❖ El quinto orden es una desintegración total del Ego.

Basándose en el concepto de afrontamiento, Törestad (1990) distinguió diferentes estrategias de afrontamiento: *constructivas, pasivas y de escape*. Las estrategias de *afrontamiento constructivas* se distinguen por ser esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales para tratar eventos estresantes de una forma directa y confrontativa. *El afrontamiento pasivo* incluye situaciones emocionales en los cuales no se hace nada para mover o cambiar la situación. *El escape*, incluye conductas y actos cognoscitivos que requieren manejar el evento física y psicológicamente (Törestad, 1990).

Las estrategias de evitación que son menos adaptativas incluyen escape- evitación, describen los esfuerzos de escape a través del pensamiento mágico, comer, beber, fumar, usar medicamentos o drogas, dormir. Estas estrategias sólo proveen una breve pausa al dolor.

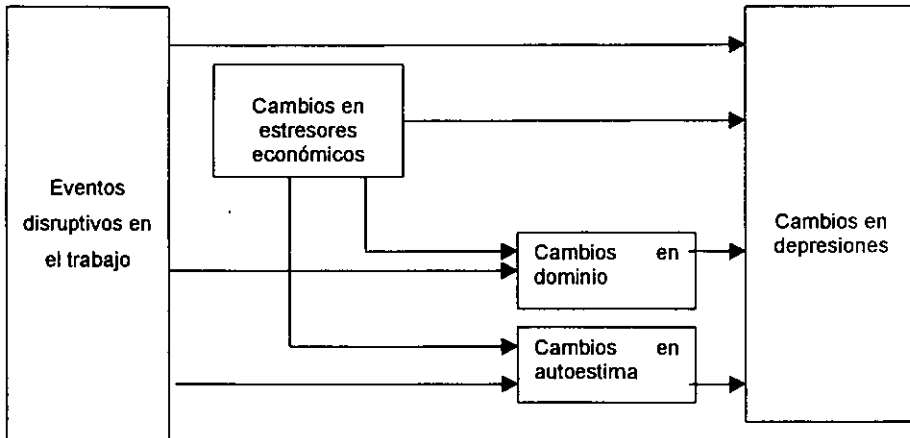
En contraste al afrontamiento de escape, está aquel en el que la atención se pone en el problema, es decir, las estrategias de vigilancia en las cuales la atención está puesta directamente hacia el problema en los esfuerzos para prevenir o controlar la situación.

#### 4. MODELOS TEÓRICOS.

##### 4.1 Pearlin, Lieberman, Menagham y Mullan (1981)

Para Pearlin, Lieberman, Menagham y Mullan (1981), entre un evento disruptivo que atañe a un área particular de vida y por tanto a un rol social y los cambios en el estado depresivo existen variables mediadoras que influyen en el impacto de la relación estrés-estado emocional. (Fig.1)

**FIGURA 1. MODELO PROPUESTO POR PEARLIN Y COLS.  
EVENTOS ESTRESORES ECONÓMICOS, AUTOESTIMA Y CAMBIOS EN  
DEPRESIÓN.**



Las respuestas de afrontamiento son entendidas en el contexto de un proceso. Pearlin y Schooler (1978) consideraron al afrontamiento como una conducta que protege al individuo de un daño psicológico derivado de experiencias sociales problemáticas, es decir una conducta que mediatiza el impacto que las sociedades tienen sobre sus miembros.

Consideraron que la función protectora de la conducta de afrontamiento puede expresarse en las siguientes tres formas:

1. Por la eliminación o modificación de las condiciones dadas por el problema: respuestas directas activas dirigidas a cambiar la fuente de estrés.

2. Por el control perceptual del significado de la experiencia como una manera de neutralizar su carácter problemático: respuestas paliativas o intrapsíquicas dirigidas a cambiar el significado psicológico o el impacto del estrés experimentado.

3. Cuidando las consecuencias emocionales derivadas del problema, manteniéndolo dentro de los límites manejables o tolerables por el individuo: respuestas de resignación dirigidas a intentar aceptar el estrés (Lazarus, 1966, Pearlin y Schooler, 1978).

Pearlin y Schooler (1978) hacen una distinción fundamental entre recursos sociales, recursos psicológicos y respuestas específicas de afrontamiento.

Los recursos sociales están representados por las redes de apoyo de las que forma el individuo, como la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc.

Los recursos psicológicos son las características personales que ayudan al individuo a resistir la amenaza de ciertos eventos de su entorno social, denominados estresores de vida. Y ambos tipos de recursos están involucrados en las respuestas de afrontamiento.

#### **4.2 Moos, Cronkite, Billings y Finney (1983)**

Moos en 1984, plantea que el sistema ambiental y el sistema personal influyen no solo en la relación de la evaluación cognitiva de una circunstancia estresante de vida y las respuestas de afrontamiento, sino también como antecedente de la relación entre las circunstancias estresantes de vida y los recursos de apoyo social. (Figura 2).

En 1983 Moos, Cronkite, Billings y Finney diseñaron y adaptaron varios instrumentos compilados en "Salud y Vida cotidiana", entre estos se encuentran los "Índices de respuesta de afrontamiento" derivado de sus observaciones Billings y Moos, (1981) y con el cual se evalúa el método y el enfoque de afrontamiento, con base en 32 reactivos caracterizados de la siguiente forma:

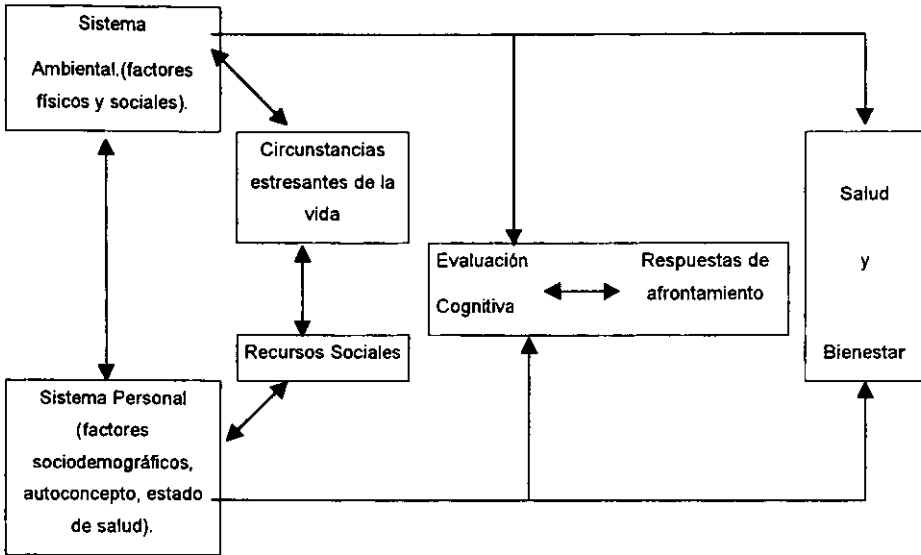
- I. Cognitivo Activo,      II. Conductual activo,      III. Evitativo.

#### **Enfoque de afrontamiento:**

- 1 Análisis lógico
- 2 Búsqueda de información

- 3 Resolución de problemas
- 4 Regulación afectiva
- 5 Descarga emocional

**FIGURA 2 .MODELO PROPUESTO POR MOOS Y COLS.**



### 4.3 Cervantes y Castro (1985)

Esta aproximación teórica se deriva de su aplicación en grupos hispanos principalmente México-Americanos inmigrantes en los Estados Unidos. Este modelo propuesto es un modelo multivariado de estrés, cuya aplicabilidad no se restringe solo a población de inmigrantes en E.U.A (Padilla, Cervantes, Maldonado y García, 1988, Salgado de Snyder y Padilla, 1987). Dicho modelo fue desarrollado con el interés de elaborar investigaciones sistemáticas que consideraran:

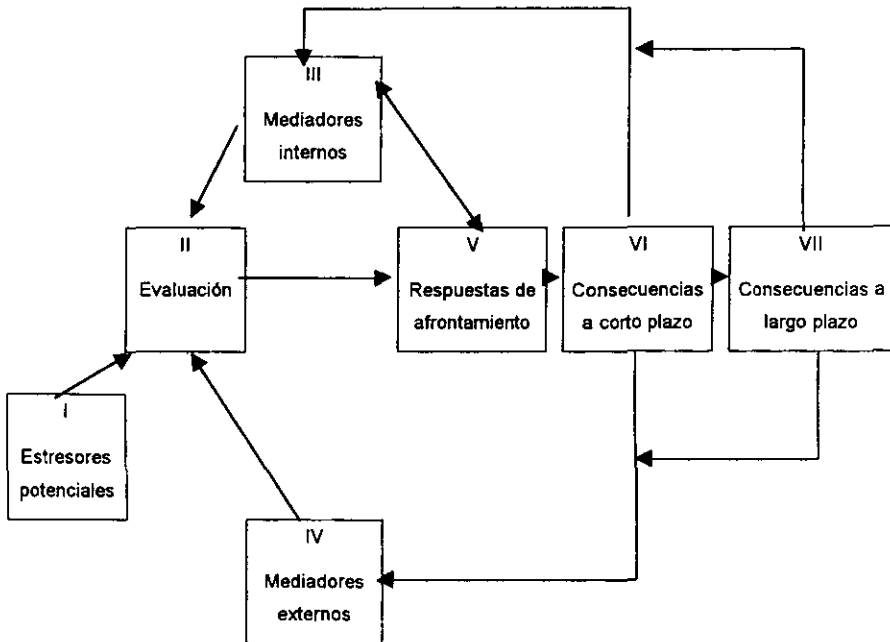
- A. Antecedentes
- B. Mediadores personales y ambientales
- C. Consecuencias en el campo de la salud mental, a partir de las experiencias de estrés-respuestas de afrontamiento.

La base del modelo se fundamenta en la interacción de la persona con su ambiente



y en las variables situacionales dentro de un contexto temporal (Cox, 1978; Coyne y Lazarus, 1980).

**FIGURA 3. MODELO PROPUESTO POR CERVANTES Y CASTRO.**



**Componentes del modelo.**

I. Estresores potenciales: que pueden ser de dos tipos:

A).- Estresores inherentes, que universalmente son aversivas como un terremoto.

B).- Estresores simbólicos. Como la pérdida de un objeto, rasgos de autoestima, etc.

Es decir, cualquier persona puede evaluar la exposición a un estresor potencial inherente como estresante; mientras que lo estresante de un estresor potencial simbólico depende del significado personal y cultural aprendido y de sus implicaciones contextuales.

II.- Evaluación del estrés potencial. Se refiere al significado cognitivo para la delimitación de los eventos/situaciones que generan mayor estrés en determinadas personas o grupos culturales. Es decir, a la detección de los eventos/disruptores de un entorno social, de un área de vida.

III.- **Mediadores Internos:** La investigación que enfoca el paradigma estrés mediadores-consecuencias sigue identificando factores de personalidad o factores internos que median en la experiencia del estrés (Fleming, Baum y Singer, 1984; Lazarus y Folkman, 1984). Variables de personalidad como la búsqueda de sensaciones (Smith, Johnson y Sarason, 1978) el control sobre los eventos de la vida, la deseabilidad percibida del evento, la anticipación de eventos estresantes (Folkman, 1984; Matheny y Cupp, 1983) y el grado de apoyo social percibido (Kobasa y Pucceti, 1982) han sido variables mediadoras internas que pueden modular los efectos ante un estresor potencial.

Así mismo variables internas como actitudes, valores y creencias culturales intervienen en el proceso **estrés-enfermedad** en términos de su función adaptativa, reduciendo o incrementando el significado estresante de una condición/situación/evento de la vida.

IV.- **Mediadores Externos:** Los mediadores externos son las fuentes de información ambientales o retroalimentación afectiva que afectan la habilidad de una persona para enfrentar estresores. Los mediadores externos pueden también tener un efecto sobre la evaluación del nivel de estrés que el individuo hace de un determinado estresor. Muchos estudios se han abocado al estudio de esta relación tomando como eje el apoyo social (Barrera, 1981; Cobb, 1976; Dean y Linn, 1977; Norbeck y Tilden, 1983).

V.- **Respuestas de Afrontamiento:** Las respuestas de afrontamiento ante estresores agudos o crónicos es un proceso personal muy complejo, el cual ha sido categorizado de diferentes formas. Las respuestas de afrontamiento pueden ser respuestas conductuales o psicológicas (cognitivas) que intentan reducir el significado estresante de una experiencia-situación-evento (Fleming, et al., 1984). En este modelo, las respuestas fueron caracterizadas en tres tipos generales de acuerdo con Pearlin, et al. (1981).

- A. Respuestas directas activas.
- B. Respuestas paliativas o intrapsíquicas.
- C. Respuestas de resignación.

Ya sea consciente o inconscientemente, el motivo para poner en práctica un particular tipo de respuestas de afrontamiento depende, en alguna medida de las experiencias previas del individuo, aunque no es del todo claro que una predisposición

general de afrontamiento prediga respuestas de afrontamiento específicas a una determinada situación (Fleming, et al., 1984).

#### VI.- Consecuencias a corto y largo plazo en la salud mental:

La relación entre estresores potenciales, variables mediadoras internas y externas respuestas de afrontamiento y las consecuencias en la salud mental es clara.

En este sentido las diversas formas de desórdenes mentales están derivadas de respuestas inefectivas de afrontamiento ante estresores de vida.

#### 4.4 Lazarus y Folkman (1984)

Lazarus y Folkman (1984) puntualizaron que aún ante acontecimientos estresantes extremos, medios o ante los estresantes vitales más ordinarios, la variabilidad de las respuestas es muy grande, ya que lo que puede ser estresante para uno en un momento dado, no lo es para otro por esto consideraron que no es posible definir al estrés en función únicamente de las condiciones ambientales sin tomar en cuenta las características individuales, por ello define al **estrés psicológico** como una **“relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluada por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”**.

La unidad de análisis es la transacción o encuentro, en donde la evaluación de una persona involucra daño, miedo al daño, o una actividad positiva optimista de sobreponerse a los obstáculos que Lazarus denomina desafío (challenge).

La teoría identifica dos procesos: La evaluación Cognitiva y el Afrontamiento.

La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina porqué y hasta que punto una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante, así mismo determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo. La evaluación cognitiva 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. Se puede hablar de dos formas básicas de evaluación:

1. Evaluación primaria y
2. Evaluación secundaria.

La evaluación primaria (lo que está en juego para el individuo).

El grado de estrés que experimenta un individuo depende de lo que se halle en juego en la interacción con el medio, de la magnitud de los costos y/o beneficios potenciales.

Se pueden distinguir tres clases de Evaluación primaria:

- ◆ Irrelevante.- El encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo.
- ◆ Benigno-positivas.- Las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo, estas evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras.
- ◆ Estresante.- esta evaluación sugiere amenaza, daño o pérdida o desafío potencial.

Evaluación secundaria: Cuando se está en peligro, ya sea bajo amenaza o desafío es preciso actuar sobre la situación; en este caso predomina una forma de evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse. La actividad evaluativa secundaria es característica de cada afrontamiento 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 aquéllas opciones de afrontamiento 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. La evaluación de la estrategia de afrontamiento incluye valorar también las consecuencias de utilizar una estrategia determinando un grupo de ellas respecto a otras demandas internas y/o externas que podrían ocurrir simultáneamente.

Las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y las primarias de lo que hay en juego, interaccionan entre sí determinando el grado de estrés y la intensidad y localización (o contenido) de la respuesta emocional.

El afrontamiento: es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ella genera. Esos procesos influyen las subsecuentes evaluaciones de la persona y por tanto, influyen la clase o intensidad de la relación ante el estrés.

Debe considerarse el afrontamiento como aquellos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cuál sea su resultado.

De acuerdo con ello, no debe considerarse ninguna estrategia mejor o peor que otra; las consideraciones sobre lo adecuado de una estrategia deben hacerse de acuerdo con el texto en el que se da.

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

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como el "conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos".

Las respuestas de afrontamiento sirven para:

-Manipular o alterar el problema del entorno causante de perturbación (enfrenamiento dirigido al problema).

-Regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Figura 4.

Tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción se influyen entre sí y pueden potenciarse o interferirse entre sí.

Un estilo de afrontamiento difiere de un rasgo principalmente en grado, ya que representa formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuo o a tipos particulares de situaciones; mientras que los rasgos hacen referencia a las propiedades de las que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones, tienen generalmente un espectro menos amplio.

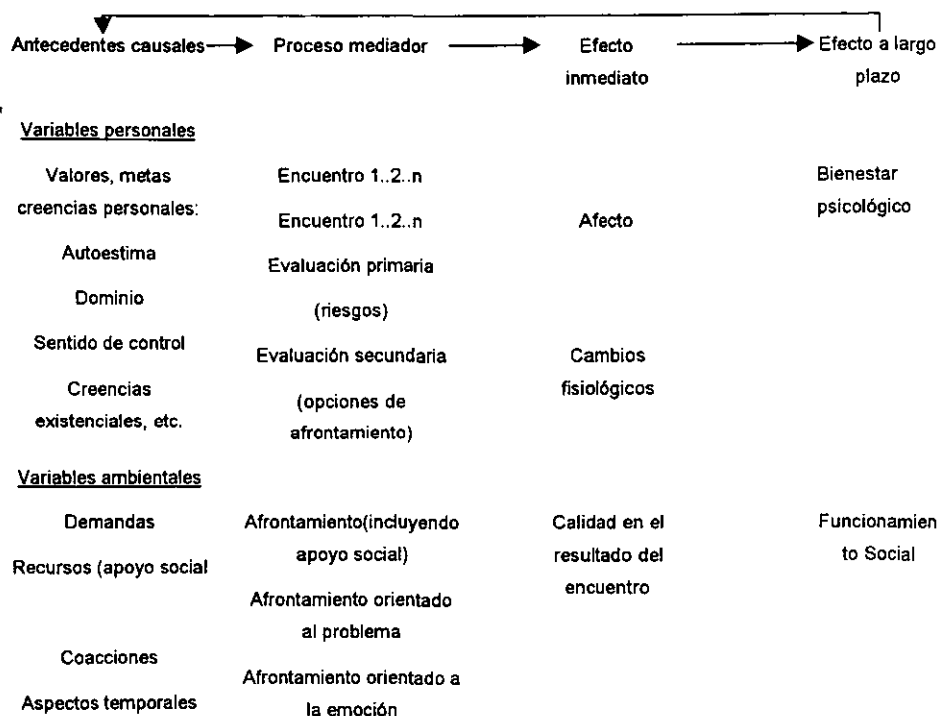
Para evaluar el afrontamiento como un proceso, Lazarus y Folkman señalaron que se deben cumplir tres condiciones:

- El afrontamiento debe ser examinado dentro del contexto de un encuentro estresante específico.

- Que la persona indique lo que hace (como contraste a lo que la persona usualmente hace o haría, lo cual corresponde a la aproximación al afrontamiento como rasgo).

- Debe haber múltiples evaluaciones durante el encuentro, en función de examinar los cambios en el afrontamiento a través del tiempo.

**FIGURA 4. MODELO PROPUESTO POR LAZARUS Y COLS. SISTEMAS DE VARIABLES EN EL PROCESO ESTRÉS Y EMOCIÓN.**



Los modelos tradicionales de afrontamiento tienden a insistir en los rasgos o estilos, es decir, en estructuras del yo desarrolladas por el propio sujeto que una vez creadas actúan presumiblemente como predisposiciones estables para enfrentar de una forma o de otra los acontecimientos de la vida. Por tanto los conceptos estructurales como es rasgo-estilo ocupan un lugar importante en la práctica y la investigación.

Se puede considerar como amenaza, la posibilidad de estar infectado con VIH/SIDA, es un evento estresante que demanda recursos de la persona para regular (dominar, tolerar o reducir) tal evento que pone en peligro el propio bienestar.

Por tanto, es necesario conocer y entender como las personas logran manejar esta situación (posibilidad de estar infectado con VIH) y cuáles han sido los recursos de afrontamiento utilizados para manipular o alterar el problema en el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema) o cómo han regulado la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción).

Para que una persona ponga en práctica las respuestas de afrontamiento, es necesario que las personas evalúen una transacción (la relación persona-ambiente) como estresante, para de esta forma manejar la relación problemática (persona-ambiente, en el presente caso persona-SIDA).

Estos procesos influyen en las siguientes evaluaciones de la persona y por consiguiente influyen en la clase de intensidad de la reacción ante el estrés.

La relación PERSONA-SIDA implica que el estrés está tanto en la situación ambiental como en la persona (que posee ciertos motivos y creencias, en este caso con respecto a la enfermedad del SIDA).

## **5. Investigaciones sobre afrontamiento.**

Lazarus y Folkman (1985) realizaron un estudio con estudiantes universitarios para evaluar las emociones y respuestas de afrontamiento ante una situación estresante como un examen, para ello desarrollaron un cuestionario para estimar el impacto estresante de la situación: "Stress Questionnaire" para que registrara en 5 opciones tipo Likert (0= en absoluto a 4= en gran medida) cómo sintieron 15 emociones propuestas.

Se produjeron 8 escalas:

Afrontamiento orientado al problema (11 reactivos). Ej. Trato de analizar el problema para entenderlo mejor; Hago un plan de acción y lo sigo; etc.

Afrontamiento dirigido a la emoción:

Pensamiento desiderativo (5 reactivos). Ej. Desearía que la situación dejara de existir.

Distanciamiento (6 reactivos) Ej. Espera a ver qué pasa antes de hacer algo.

Enfatizar lo Positivo (4 reactivos). Ej. De encontrar el lado positivo del asunto.

Autoculpa (3 reactivos). Ej. Realmente yo me ocasioné el problema.

Reducción de la tensión (3 reactivos). Ej. Hago ejercicio; Trato de sentirme mejor bebiendo, comiendo, fumando más etc.

Autoaislamiento (3 reactivos). Ej. Mantenerme alejado de la gente en general.

#### Afrontamiento Mixto, orientado al problema y a la emoción:

Búsqueda de apoyo social (7 reactivos). Ej. Hablar con alguien para saber más de la situación, acepta la simpatía y comprensión de alguien.

Las puntuaciones se calcularon por la suma de las respuestas en cada escala. En las tres fases de evaluación - antes, durante y después del examen- se encontraron cambios en las emociones, respuestas de afrontamiento y apoyo social. Los sujetos experimentaron emociones y estados contradictorios en las etapas, por ejemplo experimentaron emociones de desafío y de amenaza. En este sentido se evidencia el significado de la situación de examen en una complejidad de emociones.

Los sujetos usaron combinación de respuestas de afrontamiento, tanto dirigidas al problema, a la emoción y/o ambas, en cada etapa de la evaluación.

Las respuestas de afrontamiento orientadas al problema predominaron en la etapa anticipatoria, y el distanciamiento predominó en la etapa posterior al examen.

### **5.1. Investigaciones sobre Afrontamiento en VIH/SIDA.**

Taylor, Kemeny, Schneider y Aspinwall (1993) de la Universidad de California, con 550 hombres homosexuales y bisexuales que participaban en el Multicenter Aids Cohort Study (MACS) de los cuales 238 eran seropositivos y 312 seronegativos; examinaron:

a). Los determinantes en los cambios de las prácticas sexuales, enfocándose en los factores que promueven cambios en la conducta "salud".



b). Cómo afrontan la amenaza de desarrollar SIDA. Comparando las estrategias de afrontamiento ante la amenaza de desarrollar SIDA en los sujetos seropositivos y seronegativos.

c). Por último se examinaron específicamente las estrategias de afrontamiento usadas para ver si ayudan o minan el estado psicológico ante esta amenaza.

Primero se midió los "pensamientos de desarrollar SIDA" como el máximo evento de tensión experimentado en ambos grupos, con una escala de "Afrontamiento con los pensamientos de desarrollar SIDA (con 48 reactivos).

Además fue medido "el ajuste psicosocial con la escala de desesperanza (Beck, Wessman, Lester y Trexler, 1974) y el estado de ánimo con la escala (POMS) de McNair, Loo y Proppleman (1971). Conformando con estas dos escalas la medida de "sentimientos negativos".

Encontraron que no había diferencias significativas entre los sujetos seropositivos y los seronegativos en cuanto a los "sentimientos negativos".

Existieron diferencias significativas en los estilos de afrontamiento entre los seropositivos y los seronegativos donde los hombres seropositivos usaron más. Las actitudes positivas y evitar enfrentar los pensamientos de desarrollar SIDA.

No encontraron diferencias significativas en las otras estrategias de afrontamiento, asimismo se vió que los hombres seropositivos usaron más estrategias de afrontamiento que los seronegativos; que la relación entre los estilos de afrontamiento y el buen estado psicológico solo dependió de la edad entre los seropositivos.

Jenkins (1995) llevó a cabo dos estudios, el primero de ellos con 97 mujeres heterosexuales y 2 lesbianas (81% anglos, 13% África-americanas y 6% hispanas), estas mujeres acudieron a realizarse la prueba de diagnóstico de VIH al departamento de salud de una clínica en el condado de Dallas. El segundo estudio llevado a cabo con 58 mujeres heterosexuales y 24 mujeres lesbiana/bisexuales (90% Caucásicas, 2% Hispanas, 2% África-americanas y 5% de otros grupos). Estas mujeres acudieron a practicarse la prueba de anticuerpos de VIH a una clínica privada.

Los resultados encontrados con respecto a las posibles respuestas de afrontamiento que tendrían si su diagnóstico fuera positivo, fue:

En el primer grupo:

- Mujeres anglo: responderían espiritualmente y planeando optimistamente.
- Mujeres áfrica-americanas e hispanas: Responderían primero con pensamientos negativos y después espiritualmente y planeando optimistamente.

En el segundo grupo:

- Responderían planeando optimistamente y teniendo confianza en el apoyo social emocional.

La prioridad en el orden de respuestas en las dos muestras no tuvo diferencias significativas.

Brown, et al. (1992) examinaron las estrategias de afrontamiento usadas por 439 hombres y 328 mujeres de octavo y décimo grados cuando se les presentaba la situación hipotética de que un amigo tuviera SIDA:

Los sujetos presentaron un amplio rango de respuestas imaginarias, generalmente adaptativas.

Las muchachas más que los muchachos, y los estudiantes estresados más que los estudiantes no estresados tendieron más a patrocinar estilos de afrontamiento adaptativos.

Se comparó a los sujetos con una muestra de 251 mujeres y 221 hombres de noveno grado que respondieron a la situación hipotética de suicidio de un compañero. Mostraron más angustia las mujeres para el problema del SIDA y más angustia los muchachos en el problema del suicidio.

Los sujetos más angustiados utilizaron una extensa variedad de estrategias de afrontamiento en respuesta a la situación del SIDA más que al problema del suicidio.

La investigación de las estrategias usadas en el afrontamiento con enfermedades crónicas ha sido abordado por diversos grupos de investigadores. El principal enfoque ha sido sobre las estrategias de Evitación vs. Confrontación. Ninguno de los dos estilos se ha encontrado como más efectivo en el manejo del estrés, cada uno se ha visto que tiene ventajas en diferentes situaciones.

## 6. EXPECTATIVAS.

“El término expectativa se utilizó por primera vez en el análisis motivacional de la conducta hecho por Edward Tolman y Kurt Lewin, siguiendo esta línea los psicólogos cognitivos actuales definen la expectativa como la evaluación subjetiva de la probabilidad de alcanzar una meta concreta” Lo que permite a la persona predecir la probabilidad de que se de un acontecimiento o una consecuencia es una estructura de conocimiento basada en la experiencia previa. (Reeve, 1994, p.191).

La expectativa puede ser una fuente importante de motivación en cuanto que puede afectar la intensidad y la persistencia de la conducta. (Reeve, 1994).

Albert Bandura (1977,1986; cit. en op, cit), propuso una distinción entre tipos de expectativa, diferenciando entre:

a) Expectativas de eficacia: Es la estimación de la persona de la probabilidad de que pueda realizar un acto. Surgen de 4 antecedentes.

- ◆ Experiencia directa.
- ◆ Experiencia indirecta.
- ◆ Persuasión verbal.
- ◆ Estado fisiológico.

b) Expectativas de resultado: Estimación hecha por la persona de la probabilidad de que la conducta, una vez realizada, tenga ciertas consecuencias sociales, físicas y auto-evaluativas. Son 4 los factores que determinan estas expectativas:

- ◆ El feedback del resultado.
- ◆ Dificultad de la tarea.
- ◆ Información derivada de las comparaciones.
- ◆ Diferencias de personalidad.

### **Expectativa por valor.**

La teoría de la expectativa por valor propone que la tendencia de aproximación a un estímulo está en función de la multiplicación de los constructos cognitivos de expectativa y valor. Lewin es el principal teórico pionero que trabaja sobre este tema, y para él la conducta es resolutiva y dirigida por metas en la medida en que las personas se

esfuerzan por conseguir objetos valorados positivamente y evitan objetos que valoran negativamente. (Reeve, 1994).

**Expectativa** es una creencia de que la realización de una conducta en particular tendrá un resultado concreto.

La expectativa se expresa en términos numéricos (también el valor se expresa en términos numéricos).

**Valor** : es la satisfacción que la persona puede potencialmente derivar de un estímulo ambiental (Vroom, 1964). Un estímulo se valora positivamente cuando una persona prefiere tenerlo a no tenerlo y se valora negativamente cuando una persona prefiere no tenerlo a tenerlo.

**Fuerza**: las expectativas y los valores se combinan en una tendencia conductual de aproximación o evitación a los objetos del entorno (op,cit).

Cuanto mayor es el producto de las expectativas de éxito por el valor del objeto meta en una persona, más intensa será su motivación (es decir, fuerza) por acercarse a esa meta.

## 7. PREOCUPACIÓN.

Breznitz (1971) realizó el primer estudio específico sobre la preocupación partiendo de la idea que la preocupación es un proceso cognoscitivo activo y no una experiencia pasiva, Breznitz, señala que la preocupación puede manifestarse de dos maneras:

- a). Como una prueba de realidad.

En donde la preocupación es una etapa necesaria del afrontamiento normal ante situaciones amenazantes. El trabajo de preocuparse hace que las personas afronten más positivamente las situaciones realmente dolorosas. Una persona que no se preocupa no puede estar preparada para cuando el peligro se aproxima. La preocupación, en este sentido, es una preparación para la acción.

La preocupación cumple las siguientes funciones:

- ◆ Enfoca la atención sobre el problema.

- ◆ Genera una evaluación constante de opciones de solución, de sus posibles consecuencias, de su posibilidad de ocurrencia.

La preocupación puede convertirse en un proceso generador de ansiedad cuando:

- ✓ Se comienza a considerar alternativas al problema que no son realistas.
- ✓ Cuando existe una incapacidad para distraer la mente del problema.
- ✓ Cuando aparece el pensamiento mágico.
- ✓ Cuando existe una repetición obsesiva de algunos pensamientos.

b). Como una reacción neurótica.

Según este mismo autor, cuando ocurre la preocupación como una reacción neurótica es debido a que "las fantasías de castigo son proyectadas sobre el mundo externo". Indica, también, que la característica cognoscitiva predominante de la preocupación es la *incertidumbre* del futuro, que es lo que genera la ansiedad.

Por tanto, la preocupación para Breznitz (1971) es definida como un proceso de involucramiento gradual con la amenaza externa y es relevante en algunos contenidos generadores de ansiedad. **La incubación de la amenaza es la característica central de la preocupación.**

Borkovec, Robinson, Prusinsky y Depree (1983) definen la preocupación como :  
*“Una cadena de pensamientos e imágenes, asociadas con efecto negativo y relativamente incontrolables. Representan un intento de ocuparse en resolver mentalmente los problemas cuyos resultados son inciertos, pero contienen la posibilidad de que uno o más de ellos sean negativos. Consecuentemente, la preocupación se relaciona cercanamente con los procesos de miedo”.*

Proponen, igualmente, una secuencia de la preocupación: ésta se inicia con la presencia de un estímulo de miedo –ya sea ambiental y/o imaginado- el cual elicitó la actividad mental de resolver problemas, diseñado para prevenir la ocurrencia de eventos traumáticos futuros y para preparar una estrategia de afrontamiento para tal evento. Una de las características de la preocupación es su incontrolabilidad.

Sugieren las siguientes consecuencias de la preocupación:

- ◆ Consecuencias afectivas: ansiedad y depresión.
- ◆ La atención desadaptativa.

- ◆ Las autoafirmaciones de preocupación generan expectativas acerca del futuro. Puede determinar la reacción de las personas ante la ocurrencia del evento aversivo.
- ◆ A pesar de que la preocupación puede preparar al individuo a afrontar más efectivamente y menos emocionalmente con el evento temido, puede generar afectos negativos durante algún tiempo en anticipación al evento.
- ◆ Las autoafirmaciones son un reflejo superficial de un esquema profundo o sistema de creencias, que el estilo cognitivo preocupante sirve para preservar tal esquema contra el cambio.

Dentro de las preocupaciones más comunes se encuentran los siguientes contenidos (Saucedo, 1993):

- ✓ Relaciones íntimas.
- ✓ Confianza social.
- ✓ Realización vital.
- ✓ Competencia en el trabajo.
- ✓ Solvencia financiera.
- ✓ Problemas del mundo en general, por ejemplo la contaminación ambiental.

La preocupación excesiva es principalmente una inquietud por amenazas personales y emocionales al yo.

La preocupación es un estado especial del sistema cognoscitivo adaptado para anticipar un futuro daño posible. Como proceso de anticipación, la preocupación es un fenómeno humano único, tendiente a buscar la manera de evitar los peligros. Por lo tanto se opone a la solución de los problemas. En casos extremos de preocupación excesiva, al no basarse en el mundo real, es incompatible con una solución de problemas exitosa.

#### **Preocupación excesiva.**

-La preocupación excesiva y los estados excesivos de ansiedad están asociados con una tendencia para detectar y procesar selectivamente las señales de amenaza del ambiente. La gente con poca preocupación puede simplemente no hacer caso de esas señales de amenaza (Saucedo, 1993).

-Los individuos excesivamente preocupados tienden a seleccionar la interpretación más emocionalmente amenazante de las señales relacionadas con posibles eventos aversivos. Esta posibilidad puede ocurrir porque las señales de peligro en la vida cotidiana son ambiguas por naturaleza. Una tendencia a seleccionar la posibilidad más amenazante de interpretación de las señales ambientales puede estar asociada con una gran experiencia de preocupación (op, cit).

-Los pensamientos intrusivos sobre consecuencias aversivas refleja diferencias en la manera en la que la información sobre el peligro es almacenada en la memoria a largo plazo. Las personas más preocupadas recuerdan más fácilmente los eventos amenazantes (op, cit).

### **Investigaciones sobre preocupaciones.**

Una investigación sobre el riesgo de enfermar fue la que llevaron a cabo Field y Howells (1986), entrevistaron a 98 estudiantes del tercer año de la carrera de medicina sobre sus preocupaciones acerca de la muerte y la agonía, pensando que prontamente se tenían que enfrentar a estas circunstancias. Encontraron diferentes tipos de preocupaciones asociadas a diferentes aspectos de la muerte y la agonía: la muerte propia fue fuente de pocas preocupaciones; la agonía propia fue asociada con la presencia de dolor; en relación con la muerte de personas cercanas el contenido principal de las preocupaciones fue romper el lazo afectivo; la principal preocupación que manifestaron al interactuar con pacientes moribundos fue la dificultad de comunicarse con ellos.

Dentro de las investigaciones sobre preocupaciones producidas por la enfermedad, Anderson y Anderson (1986), describen alguno de los aspectos psicosomáticos de las mujeres con cánceres ginecológicos: demora en la búsqueda de tratamiento por malinterpretación de sus síntomas; estrés afectivo, dificultades sexuales relacionadas con la enfermedad, preocupaciones relacionadas con el tratamiento.

Spiegel y Sands (1988), demostraron que la preocupación es un elemento presente en los enfermos de cáncer con altos niveles de dolor. Compararon a 39 enfermos de cáncer con gran dolor en relación con 20 enfermos con poco dolor en diversas medidas del estado de ánimo. Los pacientes con mucho dolor obtuvieron valores significativamente más altos en ansiedad, depresión y preocupación. Por ello, concluyen

que en la rehabilitación del paciente con cáncer con mucho dolor, debe de tomarse en cuenta las perturbaciones de su estado de ánimo, a fin de proveerles de un tratamiento integral.

Vivir con enfermedades crónico-degenerativas también produce preocupaciones. Por ejemplo, evaluando pacientes diabéticos insulino-dependientes sin complicaciones manifiestas, Lundman y cols. (1990), encontraron que sus preocupaciones más importantes conciernen a las complicaciones potenciales de la enfermedad. En los pacientes jóvenes se manifestaron sentimientos de ansiedad, pérdida de libertad, inseguridad y autoestima disminuida.

El hecho de estar enfermo genera preocupaciones en las personas como se menciona anteriormente. Así mismo, el saber que se someterán a tratamientos médicos desconocidos o posiblemente dolorosos produce preocupaciones. Johnston (1987) demostró que algunas personas se preocupan más por las consecuencias de la cirugía que por el procedimiento en sí mismo.

Así como la gente se preocupa por la posibilidad de enfermar, de estar enferma o de intentar no estarlo, de igual modo la presencia de las preocupaciones puede generar enfermedades. Uno de los trastornos físicos más comunes asociados a la preocupación es el dolor de cabeza.

La preocupación, como parte de un proceso de solución de problemas y de preparación para la acción, también tiene componentes positivos en el ámbito de la salud: puede llevar a las personas a manifestar comportamientos adecuados para recuperar la salud.

Elegimos detenemos en este momento para pensar como en la actualidad el hecho de que se presente un fenómeno patológico en el organismo como lo es la enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida la cual es generada por el virus de Inmunodeficiencia Humana, altera no solamente al organismo físicamente sino que se presentan una serie de modificaciones en la vida de la persona que tiene que afrontar, nos estamos refiriendo a que dentro de la posibilidad de estar infectado podemos encontrar como factores importantes para el bienestar de la persona aspectos tales como el manejo de la sexualidad, es cierto, que anteriormente la práctica sexual de las personas tenía el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y llevarlas incluso a la muerte debido a que no podían ser controladas, actualmente estas infecciones pueden ser tratadas medicamente y curadas, así como la mujer corría el riesgo de



concebir un hijo que no estuviese planeado y el cual no fuese reconocido por su padre, hoy en día estos riesgos han sido rebasados por la posibilidad de contraer VIH/SIDA, ésta, modifica la forma de las prácticas sexuales para lo cual es recomendable el sexo seguro o el sexo protegido e incrementa la preocupación en la vida sexual desde el inicio de la misma, no sólo para elegir el tipo de protección sino también para negociarlo con la pareja, existen diversos temores y preocupaciones para poder negociar la protección sexual como ser juzgada en caso de las mujeres como una mujer con varias parejas, así como en el caso de los hombres no considerar que pueda su compañero o compañera estar infectado o considerarse inmunes ante la enfermedad, todo este entorno referente a la sexualidad es altamente estresante, el conflicto entre estar y no infectado debido a diversos factores como el haber tenido relaciones con una pareja casual de la que no se conoce nada acerca de sus prácticas, el no haberse protegido y saber que la pareja ha tenido diversas parejas sexuales, etc., propicia un efecto estresante, así como también es sumamente estresante la preocupación sobre su vida futura, la opinión social y familiar en caso de que estén infectados(as).

Dentro de las actividades como consejeras en la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, nos hemos interesado por conocer estas situaciones estresantes por las que atraviesan las personas que acuden a realizarse la prueba de anticuerpos de VIH y conocer a través de los instrumentos utilizados en la institución cuáles son las estrategias de afrontamiento que hombres y mujeres manejan ante dicha situación, así como poder establecer sus diferencias en caso de que las hubiera.

## **II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **a. Justificación.**

Actualmente en nuestro país la propagación del VIH/SIDA, ha crecido de tal manera que se ha convertido en un problema de Salud Pública, los programas de prevención y las campañas en medios de comunicación parecen ser que no han sido suficientes. Las personas se siguen infectando del Virus de Inmunodeficiencia Humana, tal vez sea falta de información y/o ésta no es clara, o no llega a difundirse tan ampliamente para que se tenga acceso a ella.

No se sabe con exactitud cuales son los factores que están favoreciendo la propagación del VIH, específicamente el grupo de mayor incidencia desde el inicio de la pandemia, ha sido conformado por personas con orientación homosexual, actualmente este grupo sigue ocupando el primer lugar en casos de transmisión del VIH/SIDA, sin embargo, en México se ha podido observar un crecimiento considerable en el sector de las mujeres heterosexuales.

Es preocupante que dentro de los programas de educación y salud la mujer ocupe el último lugar en atención, sólo en algunos casos como en el embarazo o urgencias es cuando la mujer recibe atención médica (es aquí donde generalmente se detectan a través de estudios de laboratorios que se practican, resultados positivos al VIH, los cuales son entregados sin los apoyos psicológico y médico adecuado).

Es la mujer también quien recibe una educación muy limitada sobre todo en las zonas marginadas, urbanas o rurales, en donde las mujeres sólo son consideradas como las ama de casa quienes realizan funciones de crianza y de atención al esposo.

La mayoría de las mujeres cuya actividad es el trabajo sexual son quienes se encuentran más informadas sobre la prevención de VIH/SIDA llevándola a cabo, a diferencia de otros sectores de mujeres en donde la prevención es considerada básicamente para la anticoncepción, además de no percibirse en riesgo por no tener varias parejas.

Por lo anterior resulta conveniente enfocar el trabajo preventivo en VIH/SIDA tanto en hombres como en mujeres debido a que ambos sexos son vulnerables a esta enfermedad.

La presente investigación proporcionará información que permita a los profesionales involucrados en la prevención de VIH/SIDA conocer la forma en que mujeres y hombres afrontan un diagnóstico de VIH, conocer el patrón sexual en ambos sexos, así como las preocupaciones y expectativas ante el diagnóstico de VIH.

La utilidad del presente trabajo reside en las alternativas que nos ofrece para la comprensión y el tratamiento de pacientes, mujeres y hombres, que se enfrentan a la posibilidad de estar infectados con VIH/SIDA. Así como proponer el desarrollo de un instrumento más sensible, válido y confiable para explorar con mayor claridad y profundidad esta problemática.

#### **b.- Preguntas de Investigación.**

1. ¿Existen diferencias en las prácticas sexuales en mujeres y hombres que se realizan una prueba de detección de VIH?
2. ¿Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento de las mujeres y hombres que se realizan la prueba de detección de VIH?
3. ¿Existen diferencias en las expectativas de las mujeres y hombres ante el diagnóstico de VIH?
4. ¿Existen diferencias en las preocupaciones de las mujeres y hombres ante el diagnóstico de VIH?

#### **c.- Objetivos.**

1. Comparar las prácticas sexuales entre mujeres y hombres al momento del pre-diagnóstico de VIH.
2. Comparar las respuestas de afrontamiento ante el diagnóstico de VIH entre mujeres y hombres durante el pre-diagnóstico.
3. Comparar las expectativas de resultado de la prueba de detección de VIH entre mujeres y hombres en el pre-diagnóstico.
4. Comparar las preocupaciones ante el resultado de la prueba de detección de VIH y las implicaciones de éste, entre mujeres y hombres en el pre-diagnóstico

### III. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

#### **Variables Sociodemográficas.**

Es el conjunto de variables atributivas que se refieren a las características sociodemográficas y etnográficas de la población a estudiar.

1). *Edad*. Variable continua que se refiere al tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista, se evaluará en años.

2). *Sexo*. Condición orgánica que distingue dos tipos de individuos que desempeñan distinto papel en la reproducción. (Diccionario Enciclopédico Salvat, Tomo II, 1976). Variable atributiva con dos niveles:

Hombre y Mujer.

3). *Escolaridad*. Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela. (Diccionario Enciclopédico Salvat, tomo V, 1976). Variable atributiva con 5 niveles: primaria, secundaria, técnica, bachillerato, estudios superiores.

4). *Estado Civil*. Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles (Diccionario Enciclopédico Larousse, 1996). Variable atributiva con 3 niveles: Soltero, casado, divorciado.

5). *Ocupación*. Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo, tener muchas ocupaciones. (Diccionario Enciclopédico Larousse, 1996). Variable atributiva con 5 niveles: empleado, ama de casa, estudiante, profesionista y trabajadora sexual.

6). *Religión*. Conjunto de creencias y dogmas que definen las relaciones entre el hombre y la divinidad. Conjunto de prácticas y ritos específicos, propios de cada una de dichas creencias. (Diccionario Enciclopédico Larousse, 1996). Variable atributiva con 3 niveles: no manifestaron ninguna, católico, otras.

#### **Variables dependientes.**

**Patrón sexual:** Proporciona información sobre la vida sexual de las personas y comprende los rubros de edad al debut sexual, número de parejas sexuales en la vida, orientación sexual, tipo de pareja, uso de condón.

1) Edad al Debut Sexual: Se refiere a la edad en años al momento de tener su primer coito. Es una variable categórica.

2) Número de parejas sexuales en la vida: Se refiere al número de personas con las que ha tenido coito en toda su vida. Es una variable continua.

3) Orientación sexual: Se refiere a la preferencia de sexo para tener coito. Es una variable atributiva con 2 niveles:

1. Heterosexual. Persona que experimenta atracción sexual hacia personas del sexo contrario (Diccionario Enciclopédico Larousse, 1996).
2. Homosexual. Persona que experimenta atracción sexual hacia personas del mismo sexo (Diccionario Enciclopédico Larousse, 1996).

4) Tipo de pareja: Se refiere a la continuidad con que se realiza el coito con una persona (variable nominal), que puede ser:

1. Regular. Se refiere a la(s) persona(s) con quien se realiza el coito de manera periódica.
2. Ocasional. Se refiere a la(s) personas(s) con quien se realiza el coito de manera esporádica.

5) Uso de condón: Se refiere a la continuidad del uso del condón durante el coito, tanto con la pareja sexual regular como con la ocasional. Es una variable continua que se medirá mediante la respuesta dada a la frecuencia de su uso, en una escala de:

- a. Siempre
- b. Algunas veces
- c. Nunca

6) Respuestas de afrontamiento: Se refiere a la conducta que la persona indica que llevará a cabo ante dos posibles resultados. Es una variable nominal que será evaluada mediante dos preguntas abiertas:

- a) ¿Cuál sería tu reacción ante un resultado positivo?
- b) ¿Cuál sería tu reacción ante un resultado negativo?

Las respuestas serán clasificadas según las respuestas dadas.

7) Expectativas de resultado: Se refiere al resultado esperado de la prueba. Las respuestas se clasifican en: Positivo o Negativo.

8) Preocupación: Se refiere a las inquietudes manifestadas frente a la posibilidad de estar infectado de VIH.

Se evaluará mediante dos preguntas abiertas:

- ¿Cuáles son sus preocupaciones personales, con respecto al resultado?
- ¿Cuáles son sus preocupaciones sociales, con respecto al resultado?

Las repuestas serán clasificadas según las respuestas dadas

## **IV. MÉTODO**

### **A. Tipo de estudio.**

Descriptivo, porque permitirá conocer cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. En este caso, se podrá tener mayor conocimiento sobre las respuestas de afrontamiento de los hombres y mujeres frente a la posibilidad de estar infectados de VIH.

### **B. Tipo de diseño.**

No experimental, transversal.

6) Respuestas de afrontamiento: Se refiere a la conducta que la persona indica que llevará a cabo ante dos posibles resultados. Es una variable nominal que será evaluada mediante dos preguntas abiertas:

a) ¿Cuál sería tu reacción ante un resultado positivo?

b) ¿Cuál sería tu reacción ante un resultado negativo?

Las respuestas serán clasificadas según las respuestas dadas.

7) Expectativas de resultado: Se refiere al resultado esperado de la prueba. Las respuestas se clasifican en: Positivo o Negativo.

8) Preocupación: Se refiere a las inquietudes manifestadas frente a la posibilidad de estar infectado de VIH.

Se evaluará mediante dos preguntas abiertas:

¿Cuáles son sus preocupaciones personales, con respecto al resultado?

¿Cuáles son sus preocupaciones sociales, con respecto al resultado?

Las repuestas serán clasificadas según las respuestas dadas

## **IV. MÉTODO**

### **A. Tipo de estudio.**

Descriptivo, porque permitirá conocer cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. En este caso, se podrá tener mayor conocimiento sobre las respuestas de afrontamiento de los hombres y mujeres frente a la posibilidad de estar infectados de VIH.

### **B. Tipo de diseño.**

No experimental, transversal.

### **C. Sujetos.**

La muestra fue elegida No Probabilística por cuotas (sexo: 150 mujeres y 150 hombres), ya que la elección de los sujetos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de esta investigación. Desde el inicio de las actividades dentro de la institución como Consejeras, se pudo observar que las personas que acuden a realizarse la prueba de anticuerpos VIH manifiestan diversas respuestas de afrontamiento, así como, diferentes preocupaciones y expectativas.

Se consideraron para este estudio los hombres y mujeres que acudieron al servicio de diagnóstico de la Fundación Mexicana para la lucha contra el Sida del 01 de Julio de 1999 al 30 de Junio del 2000. Este periodo de tiempo fue elegido con el fin de obtener una muestra suficiente, de la cual se pudiera obtener información significativa.

### **D. Escenario.**

El presente trabajo se realizó en las instalaciones de la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA, A.C.

### **E. Instrumentos.**

Hoja de Evaluación de Consejería Pre-prueba (antes de la toma de la sangre), Encuesta sobre infecciones de transmisión sexual y VIH (mujeres y hombres) Secretaría de Salud CONASIDA, utilizada en la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA.

#### **Descripción de los instrumentos.**

##### **e.1. Hoja de evaluación pre-prueba**

La hoja de evaluación pre-prueba se refiere a los datos obtenidos del paciente antes de la toma de muestra de sangre, la información que contiene es más amplia para efectos de este estudio sólo tomamos en cuenta los siguientes:

- a). Datos generales: Edad, sexo, ocupación, religión, preferencia sexual, estado civil.
- b). Expectativas del resultado.
- c). Reacciones ante el resultado.
- d). Preocupaciones vinculadas al resultado (Personal y Social)



## **e.2. Encuesta sobre infecciones de transmisión sexual y VIH (mujeres y hombres) secretaría de salud CONASIDA.**

Se consideró para este estudio la información sobre la escolaridad y prácticas sexuales.

### **F. Procedimiento.**

Los datos se obtienen de la realización de una entrevista del consejero con el paciente antes de la toma de sangre.

### **G. Análisis de datos.**

A. Para las variables sociodemográficas y las de patrón sexual (orientación sexual y tipo de pareja):

Análisis descriptivos. Se aplicó  $X^2$ .

B. Para la variable Patrón sexual, que presentan escala intervalar (edad al debut sexual, número de parejas sexuales en la vida y uso de condón):

Pruebas t (student) para grupos independientes por sexo.

C. Para las asociación sexo y orientación sexual, respuestas de afrontamiento, expectativas de resultado, preocupación personal y social:

Se aplicó  $X^2$ .

### **H. Resultados**

#### **h.1. Descripción de la población**

La muestra se constituye por 150 mujeres y 150 hombres, con un promedio de edad para las mujeres de 26 años y para los hombres de 28 años (rango de 18 a 45 años). En la tabla 1 se describen las **características sociodemográficas** de la población.

Los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas por **edad** ( $t = -2.32$  y  $p = .021$ ), en donde, las mujeres ( $X = 26.7$ ) que acuden a realizarse la prueba de detección son de menor edad que los hombres ( $X = 28.5$ ).

En cuanto a la **escolaridad**, no se encontró una asociación significativa entre escolaridad y sexo (Tabla 2).

En **estado civil**, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre sexo y estado civil ( $X^2 = 11.64$  y  $p = 0.002$ ), se observa que hay una mayor proporción de

hombres solteros en comparación con las mujeres. También se encontró una menor proporción de hombres divorciados en comparación con las mujeres (Tabla 2).

Con respecto a la **ocupación** se encontró asociación estadísticamente significativa por cada sexo ( $X^2= 41.65$  y  $p < 0.0001$ ), la cual indica que hay más empleados y profesionistas hombres en nuestra muestra en comparación con las mujeres; mientras que éstas, se encuentran en mayor proporción en las ocupaciones como son amas de casa y estudiantes. En cuanto a la categoría de trabajador(a) sexual, no se pudo establecer la comparación por encontrarse vacía la casilla de hombres (Tabla 2).

Por último, dentro del análisis de las variables sociodemográficas, los resultados con respecto a la **religión** indican que no existe asociación entre religión y sexo. El 74% de las mujeres y el 66 % de los hombres no manifestaron religión (Tabla 2).

**TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN**

Características	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
<b>Escolaridad</b>				
Primaria	7	4.7	7	4.7
Secundaria	29	19.3	27	18
Técnica	17	11.3	9	6
Bachillerato	36	24	45	30
Superior	61	40.7	62	41.3
<b>Estado Civil</b>				
Soltero(a)	100	66.7	114	76
Casado(a)	30	20	32	21.3
Divorciado(a)	20	13.3	4	2.7
<b>Ocupación</b>				
Empleado(a)	47	31.3	85	56.7
Hogar	20	13.3	4	2.7
Estudiante	49	32.7	31	20.7
Profesionista	20	13.3	30	20
Trabajador(a) sexual.	14	9.3		
<b>Religión</b>				
No manifestaron	111	74	100	66.7
Otras	3	2	3	2
Católica	36	24	47	31.3
<b>EDAD</b>	X = 26.7		X = 28.5	
	DS = 6.6		DS = 6.7	
	rango = 18-45		rango = 18-45	

## h.2. Patrón sexual

Para cumplir con el objetivo de comparar el patrón sexual: edad al debut sexual, número de parejas sexuales y uso de condón entre mujeres y hombres que asisten a solicitar examen de VIH, se corrió la prueba de *t de student* para grupos independientes; para conocer la asociación sexo y orientación sexual y tipo de pareja se utilizó  $\chi^2$ .

El promedio de edad de inicio a la vida sexual o **Edad al Debut sexual**, es de 19 años (rango = 18-45 años), tanto para hombres como para mujeres, lo que nos indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa (Tabla 4).

En cuanto al **Número de parejas sexuales en la vida**, se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $t=1.89$  y  $p= 0.06$ ), donde las mujeres ( $X=49.58$ ) tienen más parejas sexuales que los hombres ( $X=19.37$ ), cabe señalar que esta cantidad es mayor en mujeres debido a que, la muestra cuenta con trabajadoras sexuales (9.4%).

Se creyó conveniente separar la información del número de parejas sexuales en la vida considerando los datos de trabajadores sexuales y los datos de las mujeres con otra ocupación (Tabla3).

Los resultados obtenidos indicaron que las trabajadoras sexuales tienen un promedio alto de parejas sexuales ( $X= 495$ ) en esta muestra (rango 1-1500) en tanto que las mujeres con otra ocupación (90.6%) tienen un promedio de parejas sexuales mucho menor ( $X= 2.7$ ) (Tabla 3).

**TABLA 3. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LA VIDA DE MUJERES.**

OCUPACIÓN	%	X	rango
Trabajadoras sexuales	9.4	495	1-1500
Otra ocupación	90.6	2.7	1-20

En el **Uso del condón** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo. Tanto mujeres ( $X=2.18$ ) como hombres ( $X=2.36$ ) se ubican en que algunas veces usan el condón (Tabla 4).

En la **Orientación Sexual** se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 104.81$  y  $p < 0.0001$ ) en las mujeres es principalmente heterosexual (97.3%) y con un porcentaje menor en homosexual (2.7%); mientras que en los hombres el porcentaje mayor se encuentra en orientación homosexual (56.7%) seguido del heterosexual (43.3%) (Tabla 4).

En el **Tipo de Pareja** se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 12.61$  y  $p = 0.005$ ), en donde la mayoría de las mujeres tiene una pareja regular a diferencia de los hombres cuyas parejas en su mayoría son ocasionales (Tabla 4).

**TABLA 4. PATRÓN SEXUAL (EDAD AL DEBUT SEXUAL, NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LA VIDA, USO DEL CONDÓN, ORIENTACIÓN SEXUAL Y TIPO DE PAREJA).**

PATRÓN SEXUAL	MUJERES			HOMBRES		
	X	DS	rango	X	DS	rango
Edad al Debut sexual	19.6	4.17	15-30	19.04	4.78	15-30
Número de parejas sexuales en la vida	49.58	181.24	1-1500	19.37	74.31	1-1500
Uso del condón	2.18	0.592	18-45	2.36	1.08	18-45
<b>Orientación Sexual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	
Heterosexual	146	97.3		65	43.3	
Homosexual	4	2.7		85	56.7	
<b>Tipo de pareja</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	
Regular	83	55.3		60	40	
Ocasional	67	44.7		90	60	

### **h.3 Respuestas de afrontamiento**

Para cumplir con el objetivo de comparar las respuestas de afrontamiento ante el diagnóstico de VIH entre mujeres y hombres durante el pre-diagnóstico, las respuestas se clasificaron para el **resultado positivo**:

1.- No sabría que hacer. Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: no sé que haría, no haría nada, me quedaría igual.

2.- Alejarse. Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: me alejaría de casa, me iría a vivir lejos y no se lo diría a nadie, me aislaría de todo y de todos.

3.- Suicidio. Se refiere al deseo de quitarse la vida.

4.-Buscaría apoyo emocional. Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: Se lo diría a mis amigos, se lo diría a mi familia, se lo diría a mi madre, lo compartiría con mi pareja, acudiría a una terapia psicológica.

5.- Buscaría apoyo médico. Se refiere a acudir al médico para obtener un tratamiento adecuado.

6.- Tristeza/depresión. Comprende el grupo de respuestas correspondientes a : me sentiría muy triste, lloraría mucho, me costaría trabajo aceptarlo, dejaría que la enfermedad avanzara hasta que me muriera.

7.- Miedo. Se refiere al temor de vivir todo lo que implica la enfermedad como el deterioro físico, el rechazo familiar y social, la dependencia, y la muerte.

Y para el **resultado negativo**:

1.- Tranquilidad. Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: se me quitó un peso de encima, me siento más tranquilo(a), es otra oportunidad.

2.- Felicidad. Comprende el grupo de repuestas correspondientes a: me siento feliz, Gracias a Dios, sonrisas, risas, deseos de compartirlo, no lo puedo creer, llanto.

3.- Cuidarse más. Se refiere a las respuestas que se relacionan con la intención de llevar a cabo prácticas sexuales seguras y en ocasiones en no volver a tener relaciones sexuales.

4.- Continuar su vida. Se refiere a la intención de seguir viviendo como hasta el momento.

5.- Replicar y buscar información. Se refiere al deseo de compartir la información sobre VIH con otras personas así como ampliar los conocimientos sobre el tema.

Posteriormente se corrieron una serie de  $X^2$  para conocer la asociación entre el tipo de respuesta (resultado positivo y negativo) por sexo.

Se encontraron en las **Respuestas ante el resultado positivo**: que no hay diferencias estadísticamente significativas al aplicar  $X^2$  entre mujeres y hombres, sin embargo, se puede observar que la reacción que con mayor frecuencia se presenta es (Tabla 3):

**En ambos sexos:**

- 1ª Acudir al médico
- 2ª No sabría qué hacer
- 3ª Tristeza/depresión
- 4ª Miedo

**En mujeres**

- 5ª Buscar apoyo emocional
- 6ª Alejarse
- 7ª Suicidio

**En hombres**

- Alejarse
- Suicidio
- Buscar apoyo emocional.

Las **respuestas ante el resultado negativo**: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar  $X^2$  entre hombres y mujeres ( $X^2 = 11.15$  y  $p = 0.02$ ) (Tabla 3). Se observa que las reacciones más frecuentes ante el resultado negativo son:

**En ambos sexos**

- 1ª Cuidarse más.
- 3ª. Tranquilidad
- 5ª Replicar y buscar información

**En mujeres**

- 2ª . Felicidad
- 4ª . Continuar su vida

**En hombres**

- Continuar su vida
- Felicidad

**TABLA 5. RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO**

RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO				
	MUJERES		HOMBRES	
	n	%	n	%
<b>Ante un resultado positivo</b>				
No sabría qué hacer	27	18.0	33	22.0
Alejarse	10	6.7	7	4.7
Suicidio	3	2.0	6	4.0
Buscaría apoyo emocional	13	8.7	4	2.7
Buscaría apoyo médico	61	40.7	69	46.0
Tristeza/Depresión	19	12.7	18	12.0
Miedo	17	11.3	13	8.7
<b>Ante un resultado negativo</b>				
Tranquilidad	19	12.7	22	14.7
Felicidad	22	14.7	12	8.0
Cuidarse más	787	52.0	88	58.7
Continuar su vida	18	12.0	25	16.7
Replicar y buscar información	13	8.7	3	2.0

#### **h.4. Expectativas de resultado**

Para cumplir con el objetivo de comparar las **Expectativas de Resultado** de la prueba de detección de VIH entre mujeres y hombres en el pre-diagnóstico, se corrió la prueba de  $X^2$ : Los resultados indican una asociación estadísticamente significativa ( $X^2 = 9.21$  y  $p = 0.01$ ), en donde, proporcionalmente más mujeres que hombres esperan que su resultado sea negativo. Y también, proporcionalmente más hombres que mujeres esperan un resultado positivo (Tabla 6).

**TABLA 6.EXPECTATIVAS DE RESULTADO**

EXPECTATIVA	MUJERES		HOMBRES	
	n	%	n	%
No sabe	30	20	30	20.3
Positivo	11	7.3	28	18.9
Negativo	109	72.7	90	60.8

#### **h.5. Preocupaciones**

Para cumplir con el objetivo de comparar las preocupaciones ante el resultado de la prueba de detección de VIH y las implicaciones de éste entre mujeres y hombres en el pre-diagnóstico, se aplicaron una serie de  $X^2$ .

En relación a las **preocupaciones personales**: se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres y hombres ( $X^2 = 46.8$  y  $p < 0.0001$ ).

Las respuestas se clasificaron de la siguiente manera:

**Pareja.** Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: la reacción de su pareja ante el resultado, el futuro de la relación (continuar o terminar), la posibilidad de haberla infectado.

**Hijos.** Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: el futuro de los hijos en cuanto estudios, manutención y cuidado durante la enfermedad y después de la muerte; posibilidad de haberlo(s) infectado.

**Embarazo.** Se refiere a la preocupación de no poderse embarazar en caso de estar infectada o de no poder embarazar a la pareja en caso de estar infectado.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



*Deterioro físico y emocional.* Se refiere a la preocupación sobre la disminución de capacidades y habilidades físicas, así como a la alteración emocional debida al progreso de la enfermedad.

*Costo del tratamiento.* Se refiere a la preocupación de no poder solventar el costo del tratamiento de la enfermedad que es muy elevado.

*Rechazo de la familia.* Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: Me preocupa que mi pareja sepa que soy homosexual, me preocupa que mis padres sepan que soy homosexual, me preocupa que mi madre sepa que soy homosexual, me preocupa que mi pareja o mi familia piensen que soy promiscuo(a), me preocupa que mi pareja piense que soy infiel.

*Obstaculización de planes.* Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: me preocupa no acabar mi carrera, me preocupa no seguir en mi trabajo, me preocupa no poder casarme, me preocupa no encontrar pareja.

*Muerte.* Se refiere a la preocupación, angustia y temor de creer próxima la muerte debido a que el SIDA es una enfermedad incurable.

Las frecuencias indican que las *preocupaciones personales* más frecuentes en las mujeres son (Tabla 5):

- 1ª. Los Hijos
- 2ª. Obstaculización de planes.
- 3ª. Deterioro físico y emocional
- 4ª. Ninguna
- 5ª. Pareja
- 6ª. Muerte
- 7ª. Embarazo
- 8ª. Rechazo de la familia
- 9ª. Costo del tratamiento

Y las *preocupaciones personales* más frecuentes en los *hombres* son:

- 1ª. Deterioro físico y emocional
- 2ª. Rechazo de la familia
- 3ª. Obstaculización de planes
- 4ª. Pareja
- 5ª. Ninguna
- 6ª. Costo del tratamiento
- 7ª. Embarazo y muerte
- 8ª. Hijos

Se puede observar que la preocupación principal en las mujeres son sus hijos, mientras que para los hombres es la última. Los datos obtenidos en esta muestra del número de mujeres que tienen hijos (32.6%) en relación con el número de hombres que también tienen hijos (15.33%) no muestra diferencias significativas por sexo, mujeres ( $X=1.65$ ) y hombres ( $X=1.86$ ).

Con relación a las **Preocupaciones sociales**: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $X^2 = 2.42$  y  $p= 0.657$ ) entre mujeres y hombres (Tabla 5).

Las respuestas se clasificaron de la siguiente manera:

*Familia*. Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: me preocupa que toda mi familia se entere de mi orientación sexual, que piensen que no me protejo y que piensen que soy promiscuo(a).

*Rechazo social*. Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: que se enteren de mi orientación sexual y de que estoy infectado(a) en mi trabajo, en mi escuela, mis amigos, mis vecinos, me preocupa el que dirán.

*Trabajo*. Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: que me corran del trabajo, que no me den el trabajo, que mis compañeros me maltraten.

*Infectar a otros.* Comprende el grupo de respuestas correspondientes a: infectar a mi pareja, infectar a mis compañeros de trabajo, infectar a mis familiares, infectar a parejas ocasionales.

**TABLA 7. PREOCUPACIONES PERSONALES/SOCIALES**

PREOCUPACIONES	MUJERES		HOMBRES	
	n	%	n	%
<b>PERSONALES</b>				
Ninguna	20	13.3	15	10.2
Pareja	15	10.0	20	13.6
Hijos	34	22.7	4	2.7
Embarazo	10	6.7	6	4.1
Deterioro Físico y emocional	23	15.3	38	25.9
Costo del Tratamiento	5	3.3	9	6.1
Rechazo de la familia	6	4.0	27	18.4
Obstaculización de planes	26	17.3	22	15.0
Muerte	11	7.3	6	4.1
<b>SOCIALES</b>				
Ninguna	44	29.3	34	22.8
Familia	66	44.0	67	45.0
Rechazo social	28	18.7	35	23.5
Trabajo	8	5.3	10	6.7
Infectar a otros	4	2.7	3	2.0

## V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### Descripción de la población

La población que asistió a la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA para conocer su seroestatus presenta características importantes a destacar; la edad –de 18 a 45 años-, tanto hombres como mujeres se encuentran en un período de la vida productiva, esto es, participan o deberían participar en una actividad que da sustento a la economía del país, y reproductiva, actividad que da como resultado la continuidad a la especie humana; se observa también que los hombres son significativamente mayores que las mujeres.

Se presentan una serie de similitudes entre los sexos; en cuanto a la escolaridad, no se registra persona analfabeta alguna, la distribución se agrupa principalmente en el nivel superior, esto es, personas que tienen estudios universitarios, seguidos de bachillerato, secundaria, técnica y primaria. La ocupación se encuentra asociada con el sexo, más mujeres son: estudiantes, trabajadoras del hogar y trabajadoras sexuales y más hombres son empleados y profesionistas. Tanto la escolaridad como la ocupación arroja información relevante sobre el tipo de población que solicita el servicio de la Fundación, esto es la cobertura de servicios se encuentra enmarcada en una población que posiblemente goza prestaciones para el cuidado de la salud como el IMSS, ISSSTE y Seguro de gastos médicos. Dado que se trata de una organización no gubernamental debería de tomar medidas para impactar poblaciones socialmente desfavorecidas.

Los individuos de la muestra son principalmente solteros, aunque los hombres son proporcionalmente más que las mujeres, en cambio, proporcionalmente se cuenta con más mujeres divorciadas que hombres.

Los datos obtenidos en la presente investigación, indican que casi un tercio de la población es católica y dos tercios de la población no dieron respuesta; este último dato sugiere una falta de estandarización del procedimiento que llevan a cabo los consejeros, los cuales no abundan más sobre las creencias religiosas o espirituales que los motiva a actuar.

En México, la Encuesta Nacional de Juventud 2000 (SEP, 2001) indica que hombres y mujeres entre 12 y 29 años de edad, se declaran en su mayoría católicos, aunque un muy alto porcentaje afirma también no practicarla. Cuestionados sobre las creencias ligadas a la doctrina cristiana, mencionaron como conceptos importantes: el alma, la Virgen de Guadalupe, el pecado y los milagros. Un 79% señaló que sus creencias poco tienen que ver con su actuar cotidiano y con sus actitudes hacia la sexualidad.

La religión es una arma de doble filo, por una parte puede apoyar emocionalmente, pero por otra puede producir sentimientos de culpabilidad, es por esto que conocer el tipo de creencia religiosa que se profesa y su impacto en las conductas es de vital importancia, las creencias religiosas son una herramienta importante para el afrontamiento de situaciones que producen estrés. Bustos (1994) señala que la religión es una institución importante en el proceso de socialización y también funciona como un factor de apoyo emocional.

### **Patrón sexual**

El promedio de edad de inicio a la vida sexual tanto para hombres como para mujeres es de 19 años, este dato coincide con los resultados obtenidos por Villagrán (1993), quien señala que los estudiantes que entrevistó se iniciaron sexualmente al final de la educación media superior o al ingresar a la universidad, entre los 17 y 19 años. Asimismo, la Encuesta Nacional de Juventud 2000 reporta que los jóvenes en México se inician sexualmente entre los 15 y 19 años y que el primer encuentro sexual se lleva a cabo con el novio(a) o esposo(a); aquellos que respondieron no haberse iniciado argumentan el hecho de querer llegar vírgenes al matrimonio, miedo al SIDA o a las infecciones de transmisión sexual (SEP, 2001).

Por otra parte, los resultados del presente trabajo, difieren en cuando se desglosa por sexo, ya que en la muestra estudiada, no se presentan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad de inicio a la vida sexual. Este dato evidencia definitivamente un cambio en las prácticas sexuales; las líneas de investigación para dar explicación a este resultado deberán encaminarse a la apertura sexual en la que incursionan las nuevas generaciones y la búsqueda de la equidad entre los sexos a todos niveles circunscrita en la cultura.

Conocer la edad de inicio a la vida sexual, proporciona una idea del momento en el que debe iniciarse la educación sexual, ya que una vez que los jóvenes se han iniciado sexualmente, resulta más difícil cambiar los patrones conductuales (Pick, Díaz-Loving y Andrade Palos, cit. en Villagrán, 1993). Iniciar la educación sexual antes del inicio a la vida sexual puede contribuir a prácticas sexuales protegidas o seguras.

Con respecto al número de parejas sexuales en la vida de mujeres, los resultados están sesgados ya que un 9.4% de ellas tiene como ocupación el comercio sexual y se obtiene un promedio de 495 parejas (rango de 1-1500), el resto presenta un promedio de 2.7 parejas (rango 1-20). Y por supuesto, la interpretación de los resultados con respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, deben considerarse a la luz de la información previa. En el estudio

reportado por Torres (1996) sobre patrón sexual, indica que las mujeres presentan un rango de parejas sexuales en la vida de 1 a 8 y los hombres de 1 a 30; como se puede observar los rangos presentados en cada uno de los dos estudios difieren; una posible explicación es que las personas que solicitan el servicio en la Fundación, justamente se perciben con características que los hacen más susceptibles de adquirir el VIH/SIDA.

Otro punto importante referido a la práctica sexual es la frecuencia de uso del condón, tanto hombres como mujeres lo utilizan de manera inconstante, lo cual proporciona información para procurar el desarrollo de talleres sobre el cuidado de la salud, especialmente en lo referente a las infecciones de transmisión sexual, considerando que el condón es un mecanismo que previene, que debe ser utilizado por las personas sexualmente activas cuya opción de relaciones sexuales no es la abstinencia, lo mutuamente monógamo o el sexo seguro.

Con respecto a la información anteriormente presentada es necesario destacar que el instrumento utilizado presenta carencias con respecto a la asociación tipo de pareja (estable y ocasional) y frecuencia de uso del condón, esto es, hallazgos como el de Villagrán y Díaz-Loving (1992) al aplicar una escala de actitudes y creencias sobre el uso del condón a estudiantes universitarios encontraron que la frecuencia del uso del condón con la pareja sexual regular es mucho más compleja, ya que se involucran factores de interacción de pareja, hedónicos, económicos, morales, de género y de experiencia sexual, con la pareja sexual ocasional sólo resultaron predictores del uso del condón factores hedónicos.

Aunque el propósito del estudio no está encaminado a la petición de uso del condón por las mujeres hacia su pareja, consideramos que es un punto importante que se debería incluir en el trabajo de consejería; Rico y cols. (1997) comentan al respecto que las mujeres no piden usar el condón debido a los factores psicosociales que dificultan tomar decisiones sobre las medidas de prevención, el rol social asignado a la mujer en la cultura mexicana favorece la sumisión ante su compañero sexual, de tal manera que se encuentra en una situación de vulnerabilidad ante las I.T.S.'s y SIDA; la mayoría de las mujeres no pueden negociar el uso del condón con su pareja porque no se perciben autónomas en el ejercicio de su sexualidad.

La Encuesta Nacional de la Juventud 2000 (SEP, 2001) señala que del cien por ciento de la población sexualmente activa y que conocen el condón, entre otros métodos anticonceptivos, sólo el 16% lo utiliza; esto es un importante punto de reflexión, ya que un 84% los conoce pero no los usa, cabe la pregunta ¿cuáles son las barreras que impiden su uso?

Para responder a la pregunta, Perelló Valls (2000) llevó a cabo un estudio en estudiantes de la Facultad de Ciencias utilizando para ello el Modelo de la Teoría de la Acción Razonada, tanto para explicar el uso y como la petición de uso del condón en hombres y mujeres con sus parejas sexuales regular y ocasional. Los resultados indican diferencias entre hombres y mujeres, por petición y uso del condón tanto con parejas regulares como ocasionales. Así, por ejemplo, la petición de uso del condón de mujeres hacia su pareja sexual regular, se llevará a cabo con mayor probabilidad cuando ellas presenten actitudes positivas racionales hacia el uso del condón (el uso del condón protege de infecciones de transmisión sexual y de embarazos) en cambio la petición de uso del condón de hombres hacia su pareja sexual regular, se llevará a cabo con mayor probabilidad cuando ellos tengan la intención de utilizarlo.

La orientación sexual de las mujeres en el estudio es principalmente heterosexual, en los hombres la orientación es tanto heterosexual como homosexual; valdría la pena que los consejeros abundaran más sobre la orientación bisexual, la cual no es manifestada con facilidad, ya que el hombre bisexual es tildado de indeciso -tanto por heterosexuales como por homosexuales-, esto es, la bisexualidad no es considerada como una más de las posibilidades dentro de la expresión de la sexualidad. Por otra parte, la bisexualidad no es asumida tan fácilmente, ya que la construcción del concepto está en relación con las relaciones de poder, el hombre que lleva la parte activa de la relación no se considera homosexual, como lo dice Villagrán (1993), los hombres se permiten jugar semánticamente con el rol heterosexual a través del artilugio mencionado anteriormente.

La población bisexual resulta de gran interés epidemiológico, ya que desde tiempo atrás, González-Block, Liguori y Bazúa (1990), consideran que los bisexuales jugaron un papel importantísimo en la diseminación del virus de la inmunodeficiencia humana, ya que fueron el puente entre la población homosexual (en donde se presentaron los primeros casos) y la población heterosexual, hacia donde se dirige el fenómeno.

La población con orientación bisexual resulta de gran interés, ya que se conoce poco de ella, en primer lugar los hombres son de difícil acceso, esto es, no es fácil encontrar hombres que asuman la bisexualidad, por el argumento anteriormente expuesto y en segundo lugar es importante conocer sus características para diseñar programas ad hoc.

En cuanto al tipo de pareja sexual, es necesario contextualizar el origen de las respuestas, ya que surgen en la entrevista a partir de que se les pregunta ¿porqué considera que puede estar infectado? Un 44% de mujeres (incluyendo el 9.4% que se dedica al comercio

sexual) y un 60% de hombres consideran que el riesgo proviene de la práctica sexual desprotegida con parejas ocasionales y un 56% de mujeres y un 40% de hombres consideran que han incurrido en prácticas de riesgo con su pareja regular. Estos datos indican la percepción de riesgo de infectarse a través tanto de parejas sexuales ocasionales como regulares.

En resumen, analizando lo referente al patrón sexual, se observan diferencias importantes en relación a estudios anteriores, las mujeres caminan hacia un patrón sexual más similar al masculino (referida al número de parejas sexuales en la vida y la edad de inicio a la vida sexual), es posible deducir que al menos para la población en estudio las premisas histórico-socioculturales de Díaz-Guerrero (1982) en relación a la expectativa de una mayor experiencia sexual en hombres (inicio sexual a más temprana edad y mayor número de parejas en la vida) va en decremento.

Respecto a la población de hombres homosexuales, la libertad sexual vino a añadirse a los esquemas de placer ligados al machismo; según esta visión, el hombre no sólo tiene deseos, sino *necesidades* sexuales y tiene el *derecho* de satisfacerlas sea como sea (Castañeda, 1999).

La *liberación* de la sexualidad coincidió con el auge de una sociedad de consumo que promueve la gratificación inmediata de todos los deseos y ofrece una cantidad infinita de objetos para consumir. Desde esta perspectiva, el placer se ha vuelto una meta principal de vida, y el derecho al placer se ha convertido en una prerrogativa universal. El consumismo también celebra la *novedad* y la *variedad*: lo nuevo es más excitante, y cuando las cosas, las personas o las relaciones se desgastan hay que reemplazarlas. Sin duda, estas ideas han contribuido a transformar a las personas en objetos de consumo sexual y, la junto con la pluralidad sexual y la búsqueda del placer exaltadas por el placer sexual, forjaron una nueva sexualidad más fácil y más libre (op. cit.).

## **Respuestas de afrontamiento**

El VIH es considerado como un estresor debido a que una vez instalado en el organismo, el virus permanecerá ya sea latente o activo el resto de la vida; no existe en la actualidad vacuna para prevenir su presencia en el organismo o medicamentos para erradicarla de él, sin embargo, se han desarrollado tratamientos que mejoran la calidad de vida y las expectativas de vida en la población infectada; estos tratamientos han modificado la percepción



de la enfermedad desde considerarla como incurable hasta en la actualidad concebirla como una enfermedad crónico-degenerativa.

El VIH es también un estresor macrosocial, ya que actúa sobre una gran cantidad de personas, las infectadas, el entorno familiar, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo y la economía del país.

Para considerar un evento como estresor, éste debe evaluarse como un factor de cambio que afecta alguna dimensión de la vida.

Las áreas que se consideran mayormente afectadas tanto para hombres como para mujeres en lo personal y en lo social son: el **deterioro físico y emocional y la obstaculización de planes**; estos datos son el resultado del conocimiento que se tiene de la evolución de la enfermedad y en lo que se refiere a la obstaculización de planes, esto es producto de la construcción social de la enfermedad, ya que es considerada por esta población como un padecimiento que evoluciona o lleva con mayor rapidez a la muerte, sin considerar que el VIH/SIDA es en la actualidad un padecimiento crónico degenerativo, que requiere de medicamentos y cambios de estilo de vida, al igual que la diabetes para proporcionar una más larga y mejor calidad de vida. Sin embargo, a pesar de que el deterioro físico fue mencionado por ambos sexos, los hombres consideran que esta área sería la más afectada en caso de resultado positivo, en cambio para las mujeres la principal preocupación se ubica en el área hijos.

La preocupación por el aspecto físico vio su auge entre los años ochentas y noventas donde aparecieron nuevos ideales físicos, los homosexuales adoptaron sin reservas *el nuevo look*, empezando a cultivar la visita diaria al gimnasio, el bronceado artificial, la chamarra de cuero, el cabello corto y el bigote. El ideal masculino homosexual es de una virilidad exagerada, como si los homosexuales trataran de deshacerse de una vez por todas de su imagen tradicional de hombres afeminados, aunque todavía persistan expresiones distintas. El ideal homo-erótico incluye a sí mismo la juventud eterna, parecería que está prohibido en el mundo homosexual (Castañeda, 1999).

En tanto que los hijos son para las mujeres la primera causa de preocupación, para los hombres resulta la última. Esta situación sugiere pensar que se debe a la educación y cultura en donde las mujeres aprenden roles que se ubican en la esfera privada, lo familiar, lo reproductivo, y los lazos personales y afectivos, en cambio en los hombres los roles públicos que se refieren a las tareas laborales y a la producción son más relevantes, aunque sean padres y esposos. La madre dentro de la familia ejerce el rol expresivo, es la encargada de

atender a cada miembro de la familia, es quien debe satisfacer las necesidades nutricias y emocionales de la familia, la encargada de las labores hogareñas y el cuidado personal de los demás miembros (Rocha, 2000).

No se debe soslayar que el interés por la formación de una familia (padre, madre, hijo, hija) es interés tanto de hombres como de mujeres (independientemente de su orientación sexual), tal como se puede evidenciar en la propuesta de la figura *sociedades en convivencia*, que, aunque actualmente no está planteada la posibilidad de adopción, se vislumbra a futuro incluirla como parte de un derecho.

Se ha visto que las principales razones por las cuales las mujeres solicitan ayuda son: poder auxiliar a sus hijos infectados; obtener asesoría legal en materia de despojo, patria potestad y divorcio, y tener acceso a los medicamentos, pues esto les permite prolongar el tiempo en que podrán proporcionar apoyo a sus hijos (Rico y cols., 1997).

Otra preocupación de importancia con respecto al posible resultado positivo se enfoca al rechazo familiar, no tanto en relación al VIH sino a la revelación de un estilo de vida que se ubica en la esfera privada (orientación sexual) y que se evidencia ante la enfermedad. Revelar la homosexualidad puede crear crisis familiar, tanto por el estigma hacia la homosexualidad como hacia el VIH/SIDA (Stulberg y Buckingham, 1998, cit. en Delgado y Solís, 2000).

En cambio para las mujeres revelar un resultado positivo, ya sea personal o de la pareja es decir, en caso de que ella no esté infectada y la pareja sí, implica una mayor carga emocional y familiar ya que con frecuencia la mujer que ha quedado viuda a consecuencia del SIDA es rechazada y discriminada por la sociedad y aún por su misma familia. En caso de que ella resulte infectada tiene poca posibilidad de recibir atención médica y psicológica adecuada, cuando se le atiende suelen ignorarse sus necesidades particulares como mujer y como madre de un hijo que puede estar infectado o bien que vaya a quedar pronto huérfano a consecuencia del SIDA (Rico y cols., 1997).

El instrumento utilizado en esta investigación no explora el estrés producido por la infección, sino las áreas que podrían verse afectadas por la presencia del virus, tal como se discutió en la sección anterior. Ahora se discutirán las respuestas de afrontamiento ante dos posibles resultados: positivo o presencia del virus y negativo o no presencia.

Ya Orlandini (1996) indicó que las posibilidades de estar infectado(a) por VIH/SIDA, se perciben como un evento que produce un alto grado de estrés, el cual es una respuesta psicológica al estresor. En este caso el estresor es la enfermedad y un resultado positivo

afectaría definitivamente el futuro de las personas, lo cual requeriría de un ajuste importante en el comportamiento (Holmes y Rahe, 1967).

Todo evento estresor produce respuestas para hacerle frente y desde el punto de vista de Lazarus y Folkman (1986), las respuestas son esfuerzos cognitivos y conductuales encaminados a manipular las demandas del entorno.

Las diferentes formas de responder ante un resultado positivo, coinciden con las dimensiones del afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (op. cit.), esto es, tanto hombres como mujeres presentan respuestas de Afrontamiento dirigido al Problema tales como alejarse, suicidio y la búsqueda de apoyo médico.

La respuesta lógica ante la presencia de un evento de tal naturaleza, es la búsqueda de apoyo médico a fin de iniciar tratamientos o cuidados especiales que prolonguen su vida. La consulta profesional también está encaminada a la solicitud de apoyo para informar a la pareja y familia.

Respecto al suicidio, esta respuesta puede representar tanto en hombres como en mujeres una posibilidad de actuar ante un resultado positivo, pero también puede considerarse como una manera de afrontar la noticia ante una situación que resulta sumamente estresante y desesperante.

El momento de la consejería puede explorar más profundamente los pensamientos suicidas de las personas, se puede evaluar que posibilidades tiene la persona de llevar a cabo efectivamente un suicidio y en base a la información canalizarlo a terapia o apoyo psicológico y tener en cuenta el hecho al entregarse el resultado.

Una respuesta que aparece en una quinta parte de la población tanto masculina como femenina es el no saber que hacer; esto puede considerarse como una respuesta de evitación, con la cual los afectados pueden ser incapaces de negociar las posibles amenazas futuras y pueden no hacer suficientes esfuerzos por anticipar y manejar problemas subsecuentes (Suls y Fletcher, 1985; Taylor y Clark, 1986; cit. en Hernández y Rozenel, 2000).

En cuanto al afrontamiento dirigido a la Emoción, en un resultado positivo, tanto hombres como mujeres responden con tristeza, depresión, miedo y búsqueda de apoyo emocional. Por Afrontamiento dirigido a la Emoción se entienden más que actos, pensamientos para cambiar la relación persona, medio ambiente, esto no significa que son pasivas sino que tiene que ver con la reestructuración interna; los cambios son en el significado, lo cual trae como consecuencia una reacción emocional.

Las respuestas de tristeza/depresión y miedo pueden considerarse como un ataque al yo, en donde hombres y mujeres se sienten mutilados(as) y existe un sentimiento de pérdida de la vida, de la salud, de los afectos familiares y sociales, del trabajo, de los planes futuros y de la vida sexual.

Las formas de afrontar en el caso de resultados negativos, se asocian con el sexo, así, las respuestas dirigidas al problema que presentan las mujeres: son replicar y buscar información, y en el caso de los hombres las respuestas asociadas a su sexo son: cuidarse más y continuar su vida.

En el caso del Afrontamiento dirigido a la emoción, en resultados negativos, los hombres responden preferentemente con tranquilidad; en el caso de las mujeres, ellas indican que su respuesta es de felicidad.

### **Expectativas de resultado**

Las expectativas de hombres y mujeres con respecto a los posibles resultados son generalmente negativas. El mecanismo de negación puede proporcionar un soporte psicológico a la persona o puede ser un elemento destructor. La negación positiva ayuda a amortiguar el impacto del resultado.

En cambio, las personas que responden que esperan un resultado positivo son individuos que pueden percibirse en riesgo, dado que, podrían estar conscientes de que sus prácticas han sido de alto riesgo, por ejemplo, tener conocimiento de que la pareja sexual está infectada y tener prácticas sexuales desprotegidas.

## **VI. APORTACIONES**

El presente trabajo aporta a los psicólogos y a personas que se desarrollan dentro del ámbito de la salud mental, física y sexual datos importantes para la intervención en hombres y mujeres con respecto al VIH/SIDA.

Para los psicólogos proporciona información fundamental que presentan personas de ambos sexos ante el diagnóstico de VIH/SIDA como: el estrés ante la posibilidad de estar infectado, respuestas de afrontamiento ante este evento, expectativas del resultado y preocupaciones personales como sociales implícitas.

Las respuestas de tristeza/depresión y miedo pueden considerarse como un ataque al yo, en donde hombres y mujeres se sienten mutilados(as) y existe un sentimiento de pérdida de la vida, de la salud, de los afectos familiares y sociales, del trabajo, de los planes futuros y de la vida sexual.

Las formas de afrontar en el caso de resultados negativos, se asocian con el sexo, así, las respuestas dirigidas al problema que presentan las mujeres: son replicar y buscar información, y en el caso de los hombres las respuestas asociadas a su sexo son: cuidarse más y continuar su vida.

En el caso del Afrontamiento dirigido a la emoción, en resultados negativos, los hombres responden preferentemente con tranquilidad; en el caso de las mujeres, ellas indican que su respuesta es de felicidad.

### **Expectativas de resultado**

Las expectativas de hombres y mujeres con respecto a los posibles resultados son generalmente negativas. El mecanismo de negación puede proporcionar un soporte psicológico a la persona o puede ser un elemento destructor. La negación positiva ayuda a amortiguar el impacto del resultado.

En cambio, las personas que responden que esperan un resultado positivo son individuos que pueden percibirse en riesgo, dado que, podrían estar conscientes de que sus prácticas han sido de alto riesgo, por ejemplo, tener conocimiento de que la pareja sexual está infectada y tener prácticas sexuales desprotegidas.

## **VI. APORTACIONES**

El presente trabajo aporta a los psicólogos y a personas que se desarrollan dentro del ámbito de la salud mental, física y sexual datos importantes para la intervención en hombres y mujeres con respecto al VIH/SIDA.

Para los psicólogos proporciona información fundamental que presentan personas de ambos sexos ante el diagnóstico de VIH/SIDA como: el estrés ante la posibilidad de estar infectado, respuestas de afrontamiento ante este evento, expectativas del resultado y preocupaciones personales como sociales implícitas.

Proporciona un motivo de estudio para cada uno de estos temas para poder tener un mejor manejo preventivo de esta situación no solamente en grupos específicos como hombres que tienen sexo con hombres o sexo servidoras en el caso de las mujeres, sino considerando la vulnerabilidad de todos los sectores en ambos sexos. Nos parece que el tener una mirada más amplia sobre el problema nos permitiría tener una mayor y mejor incidencia sobre el manejo de la epidemia.

## VII. SUGERENCIAS

Se sugiere para la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA, A.C y a otras organizaciones que trabajen con Consejería en VIH/SIDA, realizar un instrumento más sensible que permita la exploración más amplia en la consejería pre-prueba, considerando los siguientes rubros:

- **Conocimientos y creencias sobre el VIH/SIDA**
- **Historial de pruebas**
- **Patrón sexual**
  - Historia sexual
  - Uso del condón
  - Factores y situaciones de riesgo
  - Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- **Redes de apoyo**
  - Apoyo instrumental
  - Apoyo informacional
  - Apoyo emocional
  - Apoyo de esparcimiento

Proporciona un motivo de estudio para cada uno de estos temas para poder tener un mejor manejo preventivo de esta situación no solamente en grupos específicos como hombres que tienen sexo con hombres o sexo servidoras en el caso de las mujeres, sino considerando la vulnerabilidad de todos los sectores en ambos sexos. Nos parece que el tener una mirada más amplia sobre el problema nos permitiría tener una mayor y mejor incidencia sobre el manejo de la epidemia.

## **VII. SUGERENCIAS**

Se sugiere para la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA, A.C y a otras organizaciones que trabajen con Consejería en VIH/SIDA, realizar un instrumento más sensible que permita la exploración más amplia en la consejería pre-prueba, considerando los siguientes rubros:

- **Conocimientos y creencias sobre el VIH/SIDA**
- **Historial de pruebas**
- **Patrón sexual**
  - Historia sexual
  - Uso del condón
  - Factores y situaciones de riesgo
  - Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- **Redes de apoyo**
  - Apoyo instrumental
  - Apoyo informacional
  - Apoyo emocional
  - Apoyo de esparcimiento

□ **Respuestas de afrontamiento**

-Ante un resultado negativo

-Ante un resultado indeterminado

-Ante un resultado positivo

□ **Recomendaciones para realizar durante el periodo de espera previo a la notificación.**

A partir de la información que se pueda obtener a través del instrumento anteriormente propuesto se sugiere desarrollar un modelo de afrontamiento específico al VIH/SIDA.

Hacer investigación y prevención en mujeres, ya que ésta es muy escasa, y en esta población enfocarse principalmente a las amas de casa ya que son más vulnerables a dicha problemática, de acuerdo al incremento en los índices de transmisión; debido a que principalmente la prevención en mujeres se ha dirigido, hasta el momento, al sector de las trabajadoras sexuales.

Actualmente el trabajo preventivo que se lleva a cabo principalmente está dirigido a hombres que tienen sexo con hombres, sin embargo, los hombres heterosexuales son un sector que se encuentra también en riesgo de infección.

Parece fundamental considerar que el aspecto emocional y también psicológico no se encuentra considerado como principal respuesta de afrontamiento, a pesar de que se sufre de un deterioro emocional sumamente estresante los hombres y las mujeres enfocan su principal respuesta al tratamiento físico de la enfermedad.

Se considera que en un primer momento esta respuesta podría ser considerada como la más adecuada, sin embargo, el trabajo dentro de nuestra área podría proporcionar un fuerte apoyo para sostener un estado físico inmunológico estable, así como apoyar una adherencia terapéutica indispensable y muy valioso, en caso de un resultado positivo.

En caso de un resultado negativo el apoyo emocional puede fortalecer las prácticas sexuales protegidas, seguras y que permiten disfrutar a las personas de una mejor salud integral.

Se sugiere también que los programas preventivos que pueden ser folletos informativos, campañas publicitarias por radio y televisión, carteles en lugares públicos, así como, talleres



vivenciales dirigidos a hombres y a mujeres sin importar su orientación sexual, que incluyan aspectos de autoestima y asertividad, los cuales permitan a las personas reconocer su valía y por consecuencia poder negociar con su pareja prácticas sexuales protegidas.

Puede considerarse un aspecto fundamental el dar seguimiento a las personas que reinciden en sus prácticas sexuales de riesgo para conocer qué factores pueden estar interviniendo que los conducen a experimentar este continuo riesgo con todas sus implicaciones.

Es importante considerar dentro de la prevención en VIH/SIDA, no solo el trabajo en forma individual sino a la pareja, ya que teniendo la información ambos se podrá llevar a cabo el trabajo preventivo en conjunto, además de personalizarlo dependiendo de la situación particular de cada pareja.

## VIII. LIMITACIONES

El instrumento que se utiliza en la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA es limitado, ya que no arroja información sobre aspectos relevantes para la consejería que pudieran servir de apoyo para desarrollar proyectos e investigaciones.

Lo anterior nos permite deducir que tampoco se cuenta con información suficiente para poder establecer un modelo de afrontamiento específico para este tema.

La población estudiada se refiere exclusivamente a los hombres y mujeres que se presentaron a realizar la prueba de detección de anticuerpos a las instalaciones de la Institución, lo cual no permite conocer lo que sucede con las personas que acuden a otros lugares donde no se lleva a cabo la consejería.

Por último, cabe señalar que el trabajo que se vislumbra en VIH/SIDA es arduo, constante y continuo, debido a que existe información que confunde y por lo tanto, conduce al peligro de continuar con una vida sexual desprotegida, ya que existen campañas de prevención que no llegan a los oídos de todas las personas, además, porque existen diferencias creadas por los propios seres humanos que arriesgan más a unos que a otros, y, a que falta mucho por conocer de los potenciales de cada uno de los sexos que conforman nuestro universo, factores culturales, de género, en donde todavía hay mucho trabajo por incluir, para vivir mejor cada hombre, cada mujer, cada niño(a) que conforman las familias de este país.

vivenciales dirigidos a hombres y a mujeres sin importar su orientación sexual, que incluyan aspectos de autoestima y asertividad, los cuales permitan a las personas reconocer su valía y por consecuencia poder negociar con su pareja sexual prácticas sexuales protegidas.

Puede considerarse un aspecto fundamental el dar seguimiento a las personas que reinciden en sus prácticas sexuales de riesgo para conocer qué factores pueden estar interviniendo que los conducen a experimentar este continuo riesgo con todas sus implicaciones.

Es importante considerar dentro de la prevención en VIH/SIDA, no solo el trabajo en forma individual sino a la pareja, ya que teniendo la información ambos se podrá llevar a cabo el trabajo preventivo en conjunto, además de personalizarlo dependiendo de la situación particular de cada pareja.

## VIII. LIMITACIONES

El instrumento que se utiliza en la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA es limitado, ya que no arroja información sobre aspectos relevantes para la consejería que pudieran servir de apoyo para desarrollar proyectos e investigaciones.

Lo anterior nos permite deducir que tampoco se cuenta con información suficiente para poder establecer un modelo de afrontamiento específico para este tema.

La población estudiada se refiere exclusivamente a los hombres y mujeres que se presentaron a realizar la prueba de detección de anticuerpos a las instalaciones de la Institución, lo cual no permite conocer lo que sucede con las personas que acuden a otros lugares donde no se lleva a cabo la consejería.

Por último, cabe señalar que el trabajo que se vislumbra en VIH/SIDA es arduo, constante y continuo, debido a que existe información que confunde y por lo tanto, conduce al peligro de continuar con una vida sexual desprotegida, ya que existen campañas de prevención que no llegan a los oídos de todas las personas, además, porque existen diferencias creadas por los propios seres humanos que arriesgan más a unos que a otros, y, a que falta mucho por conocer de los potenciales de cada uno de los sexos que conforman nuestro universo, factores culturales, de género, en donde todavía hay mucho trabajo por incluir, para vivir mejor cada hombre, cada mujer, cada niño(a) que conforman las familias de este país.

La lucha contra el SIDA se inicio hace algunas décadas y ahora es permanente pero es una lucha que implica un riesgo, tocar otras fronteras, otras ideas, otros mundos, hay que conocer más sobre la forma en que se afronta este problema mundial pero tal vez la mirada tendría que ser más profunda y quizá más difícil de lograr, acercarse a conocer y modificar las estructuras de relación de la humanidad que a veces se sienten tan rígidas y frías que dificultan el camino hacia la salud mental, física y social de los seres humanos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, B. y Anderson, B. (1986). Psychosomatic aspects of gynecologic oncology: present status and future directions. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 5 (4), 233-244.
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, P. (1984). Manual de psicopatología del niño. México, D.F. Ed. Masson.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assesment issues. En B.H. Gottlieb (Ed.), Social networks and social support, Cap 2, p.p. 69-96, Beverly Hills, CA: Sage.
- Beck, A.T. Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism; the hopelessness scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 861-865.
- Benites, H. (1998). Estudio comparativo del funcionamiento psicosocial en mujeres profesionistas que trabajan y que no trabajan. Tesis de Licenciatura (no publicada). UIA.
- Berer, M. (1993). La mujer y el VIH/SIDA. Londres: Pandora Press. En español.
- Billings, A.G., y Moss, R.H., (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of Behavioral Medicine, 10, 2, 1411-1458.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. y Depree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. Behavior research and Therapy, 21, 1, 9-16.
- Boss, P.G. (1985). Family Stress: perception and context. Handbook of marriage and the family. Nueva York: Plenum.
- Breznitz, S. (1971, Septiembre). A study of worrying. British Journal of Social and Clinical Psychology, 10, 3, 271-279.
- Brown, L.K., Spirito, A., Reynolds, L.A. y Hemstreet, A. (1992). Adolescent coping behavior when confronted with a friend with AIDS. Special issue: HIV/AIDS and adolescents: an international perspective. Journal of Adolescence, 15, 4, 467-477.
- Bühler, Ch. (1973). Psicología de la vida activa. Potencialidades y expectativas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Psique.
- Bustos, O. (1994). La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación. En (1994). Antología de la Sexualidad Humana. México: CONAPO.

Cahn, P; Cahn R; Casiro, A; Goodkin, K; Maglio,F; Maldovsky,D; Mangone C.; Noguero,B.; Pagano,M.; Pérez, H.; Soriano,S.; Sumay, S.(1992). PSIDA, Un enfoque integral. Barcelona, España: Ed. Paidós.

Carey, M.P., Weinhardt, L.S.y Carey, K.B. (1995). Prevalence of infection with HIV among the seriously mentally ill. Review of research and implications for practice, 26, 3, 262-268. Nueva York.

Castañeda, M. (1999). La experiencia homosexual. México, D.F.; Ed. Paidós.

Cattell, R.B. (1971). El análisis científico de la personalidad. México, D.F. Ed. Fontanella. S.A.

Cervantes, R. C. y Castro, F.G. (1985). Stress coping and mexican american mental health: A systematic review. Hispanic Journal of Behavioral sciences, 7, 1, 1-73.

Coelho, G.V., Hamburg, D.A. y Adams, J.E. (1974). Coping and Adaptation. Nueva York: Basic Books.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.

Cohen, S., Kamark, T. y Mermelstein, R. A. (1983).Global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 24, 385-386.

CONASIDA, Secretaría de Salud. (1998, Abril). Mujeres y VIH/SIDA. Suplemento de La Jornada, Letra S, 21, 4. México, D.F.

Corona (1998). Hablemos de Salud Sexual. Manual para profesionales de Atención Primaria de la Salud. Información, herramientas educativas y recursos. Organización Panamericana de la Salud, México, D.F.

Coyne, J. C. y Lazarus, R. (1980). Cognitive style, stress perception and coping. En Kutash, I.L. y Schlesinger, L.B. Handbook on stress and anxiety (p.p.144-158).

Cox, T. (1978). Stress. Baltimore, MD: University Park Press.

Cruz , A. ( 2000, Noviembre). El combate al SIDA debe seguir siendo una prioridad de salud pública. Suplemento de La Jornada, Letra S, 52, .6,7. México, D.F.

Dean, A. y Linn, N. (1977). The stress-buffering role of social support. Journal of Nervous and Mental disease, 169, 403-417.

Del Río, Z.A., Liguori, A., Magis-Rodríguez, C., Valdespino G., J., García García, M. y Sépulveda Amor, J. (1995, noviembre-diciembre). Epidemiología del VIH/SIDA y la mujer en México. México: Salud Pública de México, 37, 6. (En red). Disponible en: [insp.mx/salud/37/376.html](http://insp.mx/salud/37/376.html).

Delgado Añorve, K. y Solís Z. E. (2000). Apoyo social en hombres homosexuales que han revelado y no su homosexualidad y/o su seroestatus al VIH/SIDA. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Díaz-Guerrero, R. (1967). The active and pasive syndromes. Revista Interamericana de Psicología, 8, 3, 263-272.

Díaz-Guerrero, R. (1973). Interpreting coping styles across nations from sex and social class differences. International Journal of Psychology, 8, 3, 193-203.

Díaz-Guerrero, R. (1982). Psicología del Mexicano. México: Ed. Trillas.

Díaz-Guerrero, R y Szakaym K. B. (1993). El mundo subjetivo de mexicanos y norteamericanos. México: Ed. Trillas.

Diccionario Enciclopédico Larousse . 1996

Diccionario Enciclopédico Salvat. 1984.

Diccionario Enciclopédico Salvat, Tomo II, 1976.

Diccionario Enciclopédico Salvat, Tomo V, 1976.

Dirección General de Estadística e Informática del Sector Salud. (1999, Junio) Boletín SIDA-Hoy, 31, 2.

Estadísticas en México: Amigos contra el Sida. (2000). En Red. Disponible en: [www.aids-sida.org/estdist01.htm](http://www.aids-sida.org/estdist01.htm)

Fernández, R. P. (1996). Manual para el buen morir para enfermos de SIDA. México, D.F.: Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA.

Field, D. y Howells, K. (1986). 'Medical students' self-reported worries about aspects of death and dying. Death Studies, 10 (2), 147-154.

Fleming, R., Baum, A. y Singer, J.E. (1984). Toward an integrative approach to the study of stress. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 4, 939-949.

Folkman, S. (1984). Personal control and coping processes: a theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 4, 839-852.

Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 1, 150-170.

Galbán G. E., De Quesada R. E., Cadiz L. A. (1989). Programa de entrenamiento sobre el SIDA Vol. II Etiopatogenia. La Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

González-Block, M.A., Liguori, A.L. y Bazúa, F. (1990). SIDA y estratos sociales en México: La importancia de la bisexualidad. Salud Pública de México, 32 (1), 26-37.

González Forteza C. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis de Maestría (no publicada). Facultad de Psicología, UNAM.

González Lira, M. (1996). Demanda de información sobre SIDA: Un análisis de las llamadas de mujeres a TelSIDA. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Haann, N. (1977). Coping and defending: processes of self-environment organization. Nueva York: Academic Press.

Heaven, L. (1996). Life events in young adolescence: stress situations. Journal of Social Issues, 21, 35-42.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (1996). Metodología de la investigación. México, McGraw Hill.

Hernández, S. P. y Rozenel D. V. (2000). Prevención del VIH en mujeres universitarias desde la perspectiva de género. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Herrera, C. y Campero, L. (1999). VIH/SIDA y las mujeres en América Latina. Grupo Latinoamericano de trabajo en mujer y SIDA GLAMS. En Red. Disponible en: [www.insp.mx/glams](http://www.insp.mx/glams).

Hinkle, L. E. (1977). The concept of stress in the biological and social sciences. En Z.J. Lipowski, D.R. Lipsit y P. Whybrow (Eds). Psychosomatic Medicine: Current trends and clinical implications. Nueva York: Oxford University Press.

Holmes, T.H. y Masuda, M. (1974). Life changes and illness susceptibility. En Dohrenwend, B.S. y Dorenwend, B.P. (Eds). Stressful life events: Their nature and effects. Nueva York: Wiley.

Howard, C. W. (Ed). (1987). Diccionario de Psicología. (16ª. reimpresión). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Janis, N. y Manns, L. (1977). Decision making, 87-98. Nueva York: Free Press.

Jenkins, S.R. (1995, Dec-Feb). Women coping with posible HIV+ Diagnosis: Two studies. Presented at the HIV infection in women conference, p. p. 22-24. Washington, U.S.A.

Johnston, M. (1987). Emotional and cognitive aspects of anxiety in surgical patients. Communication and Cognition, 20 (2-3), 245-260.

Izazola, L. (1996). SIDA: Estado actual del conocimiento. México: Noriega Editores.

Kobasa, S.C.O. y Puccetti, M.C. (1982). Personality and social resources in stress resistance. Journal of Personality and Social Psychology, 838-850.

Lazarus R. S., (1966). Psychological stress and the coping process. Nueva York; McGraw-Hill.

Lazarus, R.S. y Averill, J.R. (1972). Emotion and Cognition: with special reference to anxiety. En C.D. Spielberg, Anxiety: Current trends in theory and research. Vol. II, 3, 308-576 Nueva York: Academic Press.

Lazarus R., Cohen, J. (1977). Enviromental stress. En : Altman, I., Wohlwill, J.F. (Eds). Human behavior and the enviroment: current theory and research, 2, 102-185 Nueva York: Plenum.

Lazarus, R.S. (1980). The stress and coping paradigm: Competence and coping during adulthood. New England: University Press. 28-74.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1985). If it changes, it must be a process: study of emotion and coping three stages of a collage examination. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-852.

Lazarus R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España. Ed. Martínez Roca. (Trabajo original publicado en 1984).

Lazarus, R. y Folkman, S. (1987). Toward a cognitive theory of emotions. Nueva York: Academic Press.

Levine, A. (1997, Noviembre). Actualización Médica sobre la mujer y el VIH. (De Dios, C. y García, E. Trads.). AIDS Project Los Angeles. En Red. Disponible en: [www.usd.edu/ins/info/pr/vol5//509/levine.html](http://www.usd.edu/ins/info/pr/vol5//509/levine.html).

Lundman, B., Asplund, K. y Norberg, A. (1990). Living with diabetes: perceptions of well-being. Research in Nursing and Health, 13 (4), 255-256.

Mahl, G. F. (1953). Physiological changes during chronic fear. Analysis of the New York Academy of sciences, 56, 240-249.

Mankeliunas, M. (1991). Psicología de la motivación. México: Editorial Trillas.



Mann, J., Tarantoto, D. y Netter T. (1992). Condoms in: AIDS in the world. Londres: Harvard University Press. p 403.

Matheny, K. B., y Cupp, P. (1983). Control, desirability, and anticipation as moderating variables between life change and illness. Journal of Human stress, 9, 14-23.

McNair, D.M., Lorr, M y Droppleman, L.F. (1971). Profile of mood states. San Diego, C.A: Educational and industrial Testing Service.

Mcwhirter, D. P. y Mattison, A.M. (1985). Le couple Masculin. Montréal;Canadá; Ed. Le jour.

Mechanic, D. (1974). Social structure and personal adaptation: some neglected-dimensions. Coping and Adaptation, 1 (3). 73-80.

Menninger, K. (1963). The Vital Balance: The life process in mental health and illness. Nueva York: Viking.

Mercado, G. (1992). Estrés, ansiedad y afrontamiento en el manejo de pacientes pediátricos quirúrgicos. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Miller, N. (1980). A perspective on the effects of stress and coping on disease and health. Nueva York: Plenum. 33-41.

Moos, R.H. Cronkite, R. C., Billings, A. G. y Finney, J. W. (1983). Health and daily living form manual. Social ecology laboratory. Department of psychiatry and Behavioral Sciences. Palo Alto, California.

Moos, R. (1984) Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. Division 27 Distinguished contributions award, Plenum publishing corporation.

Mujeres y SIDA (2000, Enero-Abril). Boletín Informativo, 4, 1. México: GLAMS.

Murphy, L.B. (1962). The widening world of childhood: pathways toward mastery. Nueva York: Basic Books.

Norbeck, J. y Tilden, V. (1983). Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, Multivariate study. Journal of Health and Social Behavior, 24, 30-46.

Olivier, C. Robert, J.; Thomas, R. (1996). Le SIDA. (3ª. Ed. Rewe, corrigée et augmentée.) Québec, Canadá: Association des Médecins de langue française du Canadá. Chap. 2: L'infection par VIH/SIDA.

Organización Panamericana de la Salud (2000, Septiembre). Actualización sobre el VIH/SIDA en las Américas. Boletín epidemiológico, 21, 3. (En red). Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org)

Orlandini, A. (1996). El Estrés, qué es y cómo evitarlo. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

ONUSIDA (2000). Sistema de vigilancia epidemiológica de SIDA hasta la semana 52 del 2000. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (En red). Disponible en: [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

Padilla, A., Cervantes, R., Maldonado, M. y Garcia, R. (1988). Coping responses to psychological stressors among mexican and central americans inmigranst. Journal of Community Psychology, 16, 418-427.

Papalia, D. (1988). Psicología. México, D.F.: McGraw-Hill.

Pearlin, L. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 19, 2-21.

Pearlin, L., Lieberman, M., Menaghan, E. y Mullan, J. (1981). The stress process. Journal of Health and Social Behavior, 22, 337-356.

Perelló Vals, M. (2000) El modelo de la acción razonada en adolescentes como predictor de conductas preventivas. Tesis de Licenciatura en Psicología (no publicada). México: Facultad de Psicología, UNAM.

Ponce de León, R.S., Del Río Chiriboga, C. (1998). Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. Tercera Edición. CONASIDA.

Condomes ahora más que nunca.(1990, septiembre). Population Reports. Serie H.8.3.

Reeve, J. (1994). Motivación y emoción. Madrid, España: McGraw Hill/ Interamericana de España, S.A.

Richardson, D. (1990). La mujer y el SIDA. México: Manual Moderno.

Rico B., Vandale, S., Allen, B.y Liguori, A. (Edits.). (1997).Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina. Una agenda de investigación-acción. Morelos, México. Subdirección de Comunicación y Publicaciones del Instituto Mexicano De Salud Pública.

Rocha, S. T. (2000). Roles de Género en los adolescentes mexicanos y Rasgos de masculinidad-feminidad. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Salgado de S. y Padilla, T. (1987). Social support networks: Their availability and effectiveness. Simon Bolivar Research Monograph, 1, 93-107.

Sander, O. (1990). SIDA: La Pandemia del siglo. Venezuela: Editorial Monte Avila.

San Martín, H. (1980). Salud y enfermedad. México: Prensa Médica Mexicana.

Saucedo, A.P. (1993). Preocupación, proceso básico de la ansiedad. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Schmuckler, B. (1998). Familias y relaciones de Género en transformación. México, D.F.: Ed. Edamex.

Sears, D.O., Peplau, L.A. y Taylor, S.E. (1991). Social Psychology. (7ª. ed). Inglaterra. Ed. Prentice Hall.

Secretaría de Educación Pública (2001, Abril). Encuesta Nacional de Juventud 2000, resultados preliminares. México, D.F.: Centro de Investigaciones y estudios sobre juventud.

Secretaría de Salud (2000, Marzo). La vulnerabilidad de las mujeres y el VIH/SIDA. Suplemento de La Jornada, Letra S, 44, 7.

Selye, H. (1976). The Stress of life. Nueva York: McGraw-Hill.

Sepúlveda-Amor, J., Bronfman F., Ruiz Palacios G, Stanislawski, E. y Valdespino J.L: (1989) SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.

Sepúlveda Amor, J, Valdespino Gómez J.L., García García, M.L. Izazola Licea, J.A. (1988). Características epidemiológicas y cognoscitivas de la transmisión del VIH en México. Salud Pública de México.

Sheier, J. (1986). Overachievement and coping strategies in adolescent males. British journal of Educational Psychology, 66, 106-114.

Smith, R.E., Johnson, J.H. y Sarason, I. G. (1978). Life change the sensation seeking motive, and psychological distress. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 348-349.

Sotelo, C. y Maupome, V. (2000). Traducción y estandarización del cuestionario Modos de Afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Spiegel, D. y Sands, S. (1988). Pain management in cancer patient. Journal of Pshychosocial Oncology, 6 (3-4), 205-216.

Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed). Anxiety: Current trends in theory and research. Nueva York: Academic Press.

Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Schneir, S.G. y Aspinwall, L.G. (1993). "Coping with the threat of Aids". En: Prior, J.B. Reeder G:D. (Ed). The Social psychology of HIV infection (pp.305-332). New Jersey: Illinois State University. Lawrence Erlbaum Associate Publishers.

Terry, D. (1991). Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior. Personal Individual Differences, 2 (1), 1031-1041.

Törestad, B. (1990). Coping, control and experience of anxiety: An International Perspective. Anxiety Research, 3, 1-16.

Troch, A. (1980). El estrés y personalidad. Buenos Aires, Argentina: Hormé.

Torres, M. K. (1996). La personalidad y su relación con el miedo al SIDA y a la infección por VIH, a través de factores cognoscitivos en estudiantes universitarios. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Uribe, Z. (1994, Enero- Marzo). El condón femenino: ¿una nueva alternativa?. Revista Ciencias, 33, 56-63. México, D.F. Publicaciones de la UNAM.

Vaillant, G.E. (1977). Adaptation to life. Boston: Little Brown.

Villagrán-Vázquez, G., Díaz-Loving, 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.

Villagrán Vázquez G.(1993). Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del Condón. Tesis de Maestría (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Vroom, V. (1964). Work and motivation. Nueva York. Ed. Wily.

Zozaya, M. (1999, Noviembre). Respuesta a las inquietudes de un grupo de amas de casa. Suplemento de La Jornada, Letra S. No. 40, 3.

Zuckerman, M. (1960). The development of affect adjective checklist for the measurement of anxiety. Journal of Consulting Psychology, 24, 457-462.

Cahn, P; Cahn R; Casiro, A; Goodkin, K; Maglio,F; Maldovsky,D; Mangone C.; Noguero,B.; Pagano,M.; Pérez, H.; Soriano,S.; Sumay, S.(1992). PSIDA, Un enfoque integral. Barcelona, España: Ed. Paidós,

Carey, M.P., Weinhardt, L.S.y Carey, K.B. (1995). Prevalence of infection with HIV among the seriously mentally ill. Review of research and implications for practice, 26, 3, 262-268. Nueva York.

Castañeda, M. (1999). La experiencia homosexual. México, D.F.; Ed. Paidós.

Cattell, R.B. (1971). El análisis científico de la personalidad. México, D.F. Ed. Fontanella. S.A.

Cervantes, R. C. y Castro, F.G. (1985). Stress coping and mexican american mental health: A systematic review. Hispanic Journal of Behavioral sciences, 7, 1, 1-73.

Coelho, G.V., Hamburg, D.A. y Adams, J.E. (1974). Coping and Adaptation. Nueva York: Basic Books.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.

Cohen, S., Kamark, T. y Mermelstein, R. A. (1983).Global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 24, 385-386.

CONASIDA, Secretaría de Salud. (1998, Abril). Mujeres y VIH/SIDA. Suplemento de La Jornada, Letra S, 21, 4. México, D.F.

Corona (1998). Hablemos de Salud Sexual. Manual para profesionales de Atención Primaria de la Salud. Información, herramientas educativas y recursos. Organización Panamericana de la Salud, México, D.F.

Coyne, J. C. y Lazarus, R. (1980). Cognitive style, stress perception and coping. En Kutash, I.L. y Schlesinger, L.B. Handbook on stress and anxiety (p.p.144-158).

Cox, T. (1978). Stress. Baltimore, MD: University Park Press.

Cruz , A. ( 2000, Noviembre). El combate al SIDA debe seguir siendo una prioridad de salud pública. Suplemento de La Jornada, Letra S, 52, .6,7. México, D.F.

Dean, A. y Linn, N. (1977). The stress-buffering role of social support. Journal of Nervous and Mental disease, 169, 403-417.

Del Río, Z.A., Liguori, A., Magis-Rodríguez, C., Valdespino G., J., García García, M. y Sépulveda Amor, J. (1995, noviembre-diciembre). Epidemiología del VIH/SIDA y la mujer en

México. México: Salud Pública de México, 37, 6. (En red). Disponible en: [insp.mx/salud/37/376.html](http://insp.mx/salud/37/376.html).

Delgado Añorve, K. y Solís Z. E. (2000). Apoyo social en hombres homosexuales que han revelado y no su homosexualidad y/o su seroestatus al VIH/SIDA. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Díaz-Guerrero, R. (1967). The active and pasive syndromes. Revista Interamericana de Psicología, 8, 3, 263-272.

Díaz-Guerrero, R. (1973). Interpreting coping styles across nations from sex and social class differences. International Journal of Psychology, 8, 3, 193-203.

Díaz-Guerrero, R. (1982). Psicología del Mexicano. México: Ed. Trillas.

Díaz-Guerrero, R y Szakaym K. B. (1993). El mundo subjetivo de mexicanos y norteamericanos. México: Ed. Trillas.

Diccionario Enciclopédico Larousse . 1996

Diccionario Enciclopédico Salvat. 1984.

Diccionario Enciclopédico Salvat, Tomo II, 1976.

Diccionario Enciclopédico Salvat, Tomo V, 1976.

Dirección General de Estadística e Informática del Sector Salud. (1999, Junio) Boletín SIDA-Hoy, 31, 2.

Estadísticas en México: Amigos contra el Sida. (2000). En Red. Disponible en: [www.aids-sida.org/estdist01.html](http://www.aids-sida.org/estdist01.html)

Fernández, R. P. (1996). Manual para el buen morir para enfermos de SIDA. México, D.F.: Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA.

Field, D. y Howells, K. (1986). 'Medical students' self-reported worries about aspects of death and dying. Death Studies, 10 (2), 147-154.

Fleming, R., Baum, A. y Singer, J.E. (1984). Toward an integrative approach to the study of stress. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 4, 939-949.

Folkman, S. (1984). Personal control and coping processes: a theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 4, 839-852.

Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 1, 150-170.

Galbán G. E., De Quesada R. E., Cadiz L. A. (1989). Programa de entrenamiento sobre el SIDA Vol. II Etiopatogenia. La Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

González Forteza C. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis de Maestría (no publicada). Facultad de Psicología, UNAM.

González Lira, M. (1996). Demanda de información sobre SIDA: Un análisis de las llamadas de mujeres a TelSIDA. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Haann, N. (1977). Coping and defending: processes of self-environment organization. Nueva York: Academic Press.

Heaven, L. (1996). Life events in young adolescence: stress situations. Journal of Social Issues, 21, 35-42.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (1996). Metodología de la investigación. México, McGraw Hill.

Hernández, S. P. y Rozenel D. V. (2000). Prevención del VIH en mujeres universitarias desde la perspectiva de género. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Herrera, C. y Campero, L. (1999). VIH/SIDA y las mujeres en América Latina. Grupo Latinoamericano de trabajo en mujer y SIDA GLAMS. En Red. Disponible en: [www.insp.mx/glams](http://www.insp.mx/glams).

Hinkle, L. E. (1977). The concept of stress in the biological and social sciences. En Z.J. Lipowski, D.R. Lipsit y Pc. Whybrow (Eds). Psychosomatic Medicine: Current trends and clinical implications. Nueva York: Oxford University Press.

Holmes, T.H. y Masuda, M. (1974). Life changes and illness susceptibility. En Dohrenwend, B.S. y Dorenwend, B.P. (Eds). Stressful life events: Their nature and effects. Nueva York: Wiley.

Howard, C. W. (Ed). (1987). Diccionario de Psicología. (16ª. reimpresión). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Janis, N. y Manns, L. (1977). Decision making, 87-98. Nueva York: Free Press.

Jenkins. S.R. (1995, Dec-Feb). Women coping with posible HIV+ Diagnosis: Two studies. Presented at the HIV infection in women conference, p. p. 22-24. Washington, U.S.A.

Johnston, M. (1987). Emotional and cognitive aspects of anxiety in surgical patients. Communication and Cognition, 20 (2-3), 245-260.

Izazola, L. (1996). SIDA: Estado actual del conocimiento. México: Noriega Editores.

Kobasa, S.C.O. y Puccetti, M.C. (1982). Personality and social resources in stress resistance. Journal of Personality and Social Psychology, 838-850.

Lazarus R. S., (1966). Psychological stress and the coping process. Nueva York; McGraw-Hill.

Lazarus, R.S. y Averill, J.R. (1972). Emotion and Cognition: with special reference to anxiety. En C.D. Spielberg, Anxiety: Current trends in theory and research. Vol. II, 3, 308-576 Nueva York: Academic Press.

Lazarus R., Cohen, J. (1977). Environmental stress. En : Altman, I., Wohlwill, J.F. (Eds). Human behavior and the environment: current theory and research, 2, 102-185 Nueva York: Plenum.

Lazarus, R.S. (1980). The stress and coping paradigm: Competence and coping during adulthood. New England: University Press. 28-74.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1985). If it changes, it must be a process: study of emotion and coping three stages of a collage examination. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-852.

Lazarus R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España. Ed. Martínez Roca.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1987). Toward a cognitive theory of emotions. Nueva York: Academic Press.

Levine, A. (1997, Noviembre). Actualización Médica sobre la mujer y el VIH. (De Dios, C. y García, E. Trads.). AIDS Project Los Angeles. En Red. Disponible en: [www.usd.edu/ins/info/pr/vol5//509/levine.html](http://www.usd.edu/ins/info/pr/vol5//509/levine.html).

Lundman, B., Asplund, K. y Norberg, A. (1990). Living with diabetes: perceptions of well-being. Research in Nursing and Health, 13 (4), 255-256.

Mahl, G. F. (1953). Physiological changes during chronic fear. Analysis of the New York Academy of sciences. 56, 240-249.

Mankelinas, M. (1991). Psicología de la motivación. México: Editorial Trillas.

Mann, J., Tarantoto, D. y Netter T. (1992). Condoms in: AIDS in the world. Londres: Harvard University Press. p 403.



Matheny, K. B., y Cupp, P. (1983). Control, desirability, and anticipation as moderating variables between life change and illness. Journal of Human stress, 9, 14-23.

McNair, D.M., Lorr, M y Droppleman, L.F. (1971). Profile of mood states. San Diego, C.A: Educational and industrial Testing Service.

Mcwhirter, D. P. y Mattison, A.M. (1985). Le couple Masculin. Montréal;Canadá; Ed. Le jour.

Mechanic, D. (1974). Social structure and personal adaptation: some neglected-dimensions. Coping and Adaptation, 1 (3). 73-80.

Menninger, K. (1963). The Vital Balance: The life process in mental health and illness. Nueva York: Viking.

Mercado, G. (1992). Estrés, ansiedad y afrontamiento en el manejo de pacientes pediátricos quirúrgicos. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Miller, N. (1980). A perspective on the effects of stress and coping on disease and health. Nueva York: Plenum. 33-41.

Moos, R.H. Cronkite, R. C., Billings, A. G. y Finney, J. W. (1983). Health and daily living form manual. Social ecology laboratory. Department of psychiatry and Behavioral Sciences. Palo Alto, California.

Moos, R. (1984) Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. Division 27 Distinguished contributions award, Plenum publishing corporation.

Mujeres y SIDA (2000, Enero-Abril). Boletín Informativo, 4, 1. México: GLAMS.

Murphy, L.B. (1962). The widening world of childhood: pathways toward mastery. Nueva York: Basic Books.

Norbeck, J. y Tilden, V. (1983). Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, Multivariate study. Journal of Health and Social Behavior, 24, 30-46.

Olivier, C. Robert, J.; Thomas, R. (1996). Le SIDA. (3ª. Ed. Rewe, corrigée et augmentée.) Québec, Canadá: Association des Médecins de langue française du Canadá. Chap. 2: L'infection par VIH/SIDA.

Organización Panamericana de la Salud (2000, Septiembre). Actualización sobre el VIH/SIDA en las Américas. Boletín epidemiológico, 21, 3. (En red). Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org)

Orlandini, A. (1996). El Estrés, qué es y cómo evitarlo. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

ONUSIDA (2000). Sistema de vigilancia epidemiológica de SIDA hasta la semana 52 del 2000. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (En red). Disponible en: [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

Padilla, A., Cervantes, R., Maldonado, M. y Garcia, R. (1988). Coping responses to psychological stressors among mexican and central americans inmigranst. Journal of Community Psychology, 16, 418-427.

Papalia, D. (1988). Psicología. México, D.F.: McGraw-Hill.

Pearlin, L. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 19, 2-21.

Pearlin, L., Lieberman, M., Menaghan, E. y Mullan, J. (1981). The stress process. Journal of Health and Social Behavior, 22, 337-356.

Ponce de León, R.S., Del Río Chiriboga, C. (1998). Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. Tercera Edición. CONASIDA.

Condomes ahora más que nunca.(1990, septiembre). Population Reports. Serie H.8.3.

Reeve, J. (1994). Motivación y emoción. Madrid, España: McGraw Hill/ Interamericana de España, S.A.

Richardson, D. (1990). La mujer y el SIDA. México: Manual Modemo.

Rico B., Vandale, S., Allen, B.y Liguori, A. (Edits.). (1997).Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina. Una agenda de investigación-acción. Morelos, México. Subdirección de Comunicación y Publicaciones del Instituto Mexicano De Salud Pública.

Rocha, S. T. (2000). Roles de Género en los adolescentes mexicanos y Rasgos de masculinidad-feminidad. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Salgado de S. y Padilla. T. (1987). Social support networks: Their availability and effectiveness. Simon Bolivar Research Monograph, 1, 93-107.

Sander, O. (1990). SIDA: La Pandemia del siglo. Venezuela: Editorial Monte Avila.

San Martín, H. (1980). Salud y enfermedad. México: Prensa Médica Mexicana.

Saucedo, A.P. (1993). Preocupación, proceso básico de la ansiedad. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Schmuckler, B. (1998). Familias y relaciones de Género en transformación. México, D.F.: Ed. Edamex.

Sears, D.O., Peplau, L.A. y Taylor, S.E. (1991). Social Psychology. (7ª. ed). Inglaterra. Ed. Prentice Hall.

Secretaría de Educación Pública (2001, Abril). Encuesta Nacional de Juventud 2000, resultados preliminares. México, D.F.: Centro de Investigaciones y estudios sobre juventud.

Secretaría de Salud (2000, Marzo). La vulnerabilidad de las mujeres y el VIH/SIDA. Suplemento de La Jornada, Letra S, 44, 7.

Selye, H. (1976). The Stress of life. Nueva York: McGraw-Hill.

Sepulveda-Amor, J., Bronfman F., Ruiz Palacios G, Stanislawski, E. y Valdespino J.L: (1989) SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.

Sepúlveda Amor, J, Valdespino Gómez J.L., García García, M.L. Izazola Licea, J.A. (1988). Características epidemiológicas y cognoscitivas de la transmisión del VIH en México. Salud Pública de México.

Sheier, J. (1986). Overachievement and coping strategies in adolescent males. British journal of Educational Psychology, 66, 106-114.

Smith, R.E., Johnson, J.H. y Sarason, I. G. (1978). Life change the sensation seeking motive, and psychological distress. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 348-349.

Sotelo, C. y Maupome, V. (2000). Traducción y estandarización del cuestionario Modos de Afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Spiegel, D. y Sands, S. (1988). Pain management in cancer patient. Journal of Pshychosocial Oncology, 6 (3-4), 205-216.

Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed). Anxiety: Current trends in theory and research. Nueva York: Academic Press.

Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Schneir, S.G. y Aspinwall, L.G. (1993). "Coping with the threat of Aids.". En: Prior, J.B. Reeder G:D. (Ed). The Social psychology of HIV infection (pp.305-332). New Jersey: Illinois State University. Lawrence Erlbaum Associate Publishers.

Terry, D. (1991). Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior. Personal Individual Differences, 2 (1), 1031-1041.

Törestad, B. (1990). Coping, control and experience of anxiety: An International Perspective. Anxiety Research, 3, 1-16.

Troch, A. (1980). El estrés y personalidad. Buenos Aires, Argentina: Hormé.

Torres, M. K. (1996). La personalidad y su relación con el miedo al SIDA y a la infección por VIH, a través de factores cognoscitivos en estudiantes universitarios. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Uribe, Z. (1994, Enero- Marzo). El condón femenino: ¿una nueva alternativa?. Revista Ciencias, 33, 56-63. México, D.F. Publicaciones de la UNAM.

Vaillant, G.E. (1977). Adaptation to life. Boston: Little Brown.

Villagrán Vázquez G.(1993). Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del Condón. Tesis de Maestría (no publicada). Facultad de Psicología. UNAM.

Vroom, V. (1964). Work and motivation. Nueva York. Ed. Wily.

Zozaya, M. (1999, Noviembre). Respuesta a las inquietudes de un grupo de amas de casa. Suplemento de La Jornada, Letra S. No. 40, 3.

Zuckerman, M. (1960). The development of affect adjective checklist for the measurement of anxiety. Journal of Consulting Psychology, 24, 457-462.

# ANEXO 1

**Evaluación Pre-prueba.**

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Clave Muestra \_\_\_\_\_

Clave Psicología \_\_\_\_\_

**Edo. Civil:**

Soltero..... ( 1 )

Casado..... ( 2 )

Divorciado..... ( 3 )

Separado..... ( 4 )

Unión Libre.... ( 5 )

Pareja Homosexual.. ( 6 )

Sexo: Mas..... ( )

Fem..... ( )

Ocupación \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_

Preferencia sexual \_\_\_\_\_

Indet.

No sabe

Primera Prueba ..... (sí )

(no)

Resultado anterior: Pos.

Neg.

Fecha \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Motivo de Consulta:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Factores y Situaciones de Riesgo:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Expectativas del Resultado:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Reacciones ante el Resultado:** Pos.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Neg.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Preocupaciones Vinculadas al Resultado:** 1. Personal

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Social

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entrevistó: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2





AS\_8 ¿ Ha practicado algún método anticonceptivo?

1 Si  2 No

EN CASO NEGATIVO PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.

AS\_8A Jaleas o espumas  1  2  
 AS\_8C Dispositivo intrauterino  1  2  
 AS\_8E Condón (su pareja)  1  2  
 AS\_8O Embarazo  1  2

AS\_8B Anticonceptivos orales o inyectables  1  2  
 AS\_8D Condón Femenino  1  2  
 AS\_8F Papanicolaou  
 En caso positivo FECHA: \_\_\_\_\_ RESULTADO: \_\_\_\_\_  
 FUR

### PRÁCTICAS SEXUALES

PS\_1 ¿ Ha tenido relaciones sexuales?

1 SI  1 NO

EN CASO NEGATIVO PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.

PS\_2 En caso afirmativo ha sido con:

1 Hombres  2 Mujeres  3 Hombres y Mujeres

En sus relaciones sexuales con MUJERES practica:

	Siempre <input type="checkbox"/> 1	Casi Siempre <input type="checkbox"/> 2	La mitad de las veces <input type="checkbox"/> 3	Casi Nunca <input type="checkbox"/> 4	Nunca <input type="checkbox"/> 5
PS_3A Penetración vaginal (sin condón) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PS_3B Penetración vaginal (con condón) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PS_3C Penetración anal (sin condón) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PS_3D Penetración anal (con condón) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PS_4 Número de parejas sexuales masculinas: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	NUMERO		AÑOS		MESES
PS_4 Número de parejas sexuales femeninas: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	NUMERO		AÑOS		MESES

¿ Usted o su (s) pareja (s) tienen o han tenido alguno (s) de los siguientes riesgos a partir de 1980?

USTED

Si No

PAREJA SEXUAL

PS_7A Infectado (a) de VIH/SIDA _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
PS_7B Bisexual _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
PS_7C Hemofílico _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
PS_7D Transfundido (a) a partir de 1980 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	PS_7DP <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
PS_7E Usuario (a) de drogas intravenosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	PS_7EP <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
PS_7F Donador (a) remunerado (a) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	PS_7FP <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
PS_7G Prostituto (a) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	PS_7GP <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

Utilizar solamente en caso de ejercer la prostitución

PS\_8A ¿ A que edad empezó a ejercer la prostitución? \_\_\_\_\_

Años

PS\_8B ¿ Tiempo de ejercer la prostitución? \_\_\_\_\_

Años Meses

PS\_8C Número de clientes en los últimos seis meses: \_\_\_\_\_

### RIESGO OCUPACIONAL

Personas que hayan sufrido heridas o pinchaduras, al manejar instrumentos contaminados con sangre o fluidos corporales de personas con VIH

USTED

Si No  
 1  2

PAREJA SEXUAL

Si No  
RO\_1P  1  2

RO\_1 Exposición ocupacional a VIH

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## DROGAS INTRAVENOSAS

*Utilizar únicamente en caso de usuario de drogas intravenosas.*

DI\_1 ¿Usó usted drogas intravenosas en los últimos 12 meses?  1 Si  2 No

**Tipos de drogas que se ha inyectado:**

DI\_2A Heroína  DI\_2B Narcótico (Metadona, Demerol, Morfina, Codeína)   
 DI\_2C Cocaína  DI\_2D Anfetaminas   
 DI\_2E Heroína y cocaína (combinadas)  DI\_2F Barbitúricos

DI\_2G Otra droga:  1  2 Especifique \_\_\_\_\_

DI\_3 ¿Ha compartido agujas y/o jeringas usadas por otras personas?  1 Si  2 No

DI\_4 ¿Utiliza alguna sustancia diferente que el agua para limpiarlas?  1 Si  2 No

DI\_5 ¿Que sustancia utiliza?  1 Cloro/blanqueador  2 Alcohol  3 Otro: Especifique \_\_\_\_\_

### ESTADO ACTUAL ETS

#### A. SINTOMAS

	Si	No
ET_A1 Flujo Vaginal	1	2
ET_A2 Flujo Anal	1	2
ET_A3 Secreción Faringea	1	2
ET_A4 Ardor para orinar	1	2
ET_A5 Ulceras genitales	1	2
ET_A6 Ulceras anales	1	2
ET_A7 Fiebre	1	2
ET_A8 Dolor Genital	1	2
ET_A9 Dolor Anal	1	2
ET_A10 Crestas, Verrugas	1	2
ET_A11 Linfadenopatía	1	2
ET_A12 Dolor Abdominal Bajo	1	2

#### B. SIGNOS

	Si	No
ET_B1 Flujo Vaginal	1	2
ET_B2 Flujo Anal	1	2
ET_B3 Ulceras genitales	1	2
ET_B4 Ulceras anales	1	2
ET_B5 Condilomas genitales	1	2
ET_B6 Condilomas anales	1	2
ET_B7 Molusco Contagioso Genital	1	2
ET_B8 Linfadenopatía	1	2
ET_B9 Secreción Faringea	1	2
ET_B10 Pediculosis Pubis	1	2
ET_B11 Dolor abdominal Bajo	1	2

### RESULTADOS DE LABORATORIO

#### MUESTRAS

	Si	No
VIH Detección Inicial	M_1	1 2
VIH Detec. Repet.	M_2	1 2
VIH Confirmatoria	M_3	1 2
Hepatitis Bs	M_4	1 2
Hepatitis Bc	M_41	1 2
Hepatitis C	M_5	1 2
V.D.R.L.	M_6	1 2
FTAIgG	M_7	1 2
FTAIgM	M_8	1 2
HERPES I	M_9	1 2
HERPES II	M_10	1 2
NEISSERIA GONORRHOEAE	M_11	1 2
GARDNERELLA VAGINALIS	M_12	1 2
CANDIDA ALBICANS	M_121	1 2
CANDIDA SP.	M_13	1 2
CLAMIDIA TRACOMATIS	M_14	1 2
TRICOMONAS VAGINALIS	M_15	1 2
UREAPLASMA UREALYTICUM	M_16	1 2
MICOPLASMA HOMINIS	M_17	1 2
CD4	M_18	1 2

#### RESULTADOS

	Pos	Neg	Indet	Dilución	Código de laboratorio
R_1	1	2			L_1
R_2	1	2			L_2
R_3	1	2	3		L_3
R_4	1	2			L_4
R_41	1	2			L_41
R_5	1	2			L_5
R_6	1	2			L_6
R_7	1	2			L_7
R_8	1	2			L_8
R_9	1	2			L_9
R_10	1	2			L_10
R_11	1	2			L_11
R_12	1	2			L_12
R_13	1	2			L_13
R_131	1	2			L_131
R_14	1	2			L_14
R_15	1	2			L_15
R_16	1	2			L_16
R_17	1	2			L_17
R_18	Cuenta				L_18

#### FECHA

	DIA	MES	AÑO
F_1			
F_2			
F_3			
F_4			
F_41			
F_5			
F_6			
F_7			
F_8			
F_9			
F_10			
F_11			
F_12			
F_13			
F_131			
F_14			
F_15			
F_16			
F_17			
F_18			

R181 POR CIENTO \_\_\_\_\_

## RESULTADOS DE LABORATORIO

	MUESTRAS		RESULTADOS			Código de laboratorio		FECHA		
	Si	No	Pos	Neg	Indet			Día	Mes	Año
VPH	M_19 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	R_19 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1		L_19	F_19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPANICOLAOU	M_20 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	R_20 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1		L_20	F_20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRUEBA PARA DETECCION DE VIH EN NIÑAS MENORES DE 18 MESES	M_21 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	R_21 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3		L_21	F_21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

co\_1 Encuestador \_\_\_\_\_ co\_2 Fecha: \_\_\_\_\_ co\_3 Notifico \_\_\_\_\_ co\_4 Fecha: \_\_\_\_\_  
 co\_5 Capturista \_\_\_\_\_ co\_6 Fecha: \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

### INSTRUCCIONES GENERALES.

- Anotar con pluma y con letra de molde la información que se le pida.
- Escriba con números arábigos en la casilla correspondiente.
- Marque con una "X" en el cuadro que corresponda a su respuesta.

## INSTITUCIÓN NOTIFICANTE

IN\_1 La CLAVE ESTATAL será de acuerdo a cada Entidad Federativa (Ej.  1  6 ). Corresponde a Michoacán, ver Anexo 1); la REGIONAL será de acuerdo a la distribución que tenga cada Estado (Ej. Jurisdicción Sanitaria No. 7, será  0  7 ). EL FOLIO se constituye de cuatro dígitos que se utilizará de forma progresiva: (Ej.  0  0  0  1 ).

(Ej. Final IN\_1. CLAVE  1  6  0  7  0  0  0  1 )

ESTATAL

REGIONAL

FOLIO

IN\_2 No utilizar números romanos.

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DS\_2 Se anotará con letra de molde la ocupación principal y anotar la clave que le corresponda (ver ANEXO 2) (Ej. Trabajadora del sexo  9  3  0 ).

DS\_4B Escribir el nombre del Estado y/o País y anotar la clave correspondiente (ver ANEXO 1)

DS\_4C

DS\_7 Si es "No", anotar  0  0 ; si es afirmativa, anotar: Ej. Cinco Hijos,  0  5

## PRACTICAS SEXUALES

PS\_6A Edad en años cumplidos.

PS\_6B Indique el número de años cumplidos de ejercer y/o meses, según sea el caso

## RESULTADOS DE LABORATORIO

L\_1 AL L\_15 Anotar el código del laboratorio que procesó la muestra:

1.- SSA; 2.- IMSS; 3.- ISSSTE; 4.- PARTICULAR; 5.- OTROS

R\_15 Anotar el porcentaje de la cuenta de linfocitos

R\_15.1 Anotar el número de cuenta de linfocitos

RL\_12 El encuestador anotará datos que considere importantes para cada caso en particular y que no estén considerados en el cuestionario. (Ej. Que se encuentre embarazada).

Dil\_6 Anotar en números arábigos.

## ANEXO 3



## PRACTICAS SEXUALES

PS\_1 ¿ Ha tenido relaciones sexuales?  SI  NO

PS\_2 En caso afirmativo ha sido con:

Hombres PASE A (PSSA)  Mujeres PASE A (PSSA)  Hombres y Mujeres

*En sus relaciones sexuales con MUJERES practica:*

	Siempre	Casi Siempre	La mitad de las veces	Casi Nunca	Nunca
PS_3A Penetración anal (sin condón) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PS_3B Penetración anal (con condón) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PS_3C Penetración vaginal (sin condón) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PS_3D Penetración vaginal (con condón) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PS_4 Número de parejas sexuales femeninas: _____	<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	NÚMERO		AÑOS		MESES

*En sus relaciones sexuales con HOMBRES*

	Siempre	Casi Siempre	La mitad de las veces	Casi Nunca	Nunca
PS_5A ¿ Cuándo usted es penetrado su pareja utiliza condón? _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PS_5B ¿ Cuándo usted penetra utiliza condón? _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PS_6 Número de parejas sexuales masculinas: _____	<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	NÚMERO		AÑOS		MESES

*¿ Usted o su (s) pareja (s) tienen o han tenido alguno (s) de los siguientes riesgos a partir de 1980?*

	Si	No			
PS_7A Infectado (a) de VIH/SIDA _____					
PS_7B Bisexual _____				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
PS_7C Hemofílico _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	PS_7CP	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
PS_7D Transfundido (a) a partir de 1980	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	PS_7DP	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
PS_7E Usuario (a) de drogas intravenosas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	PS_7EP	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
PS_7F Donador (a) reenumerado (a)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	PS_7FP	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
PS_7G Prostituto (a)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	PS_7GP	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

*Utilizar solamente en caso de ejercer la prostitución*

PS\_8A ¿ A que edad empezó a ejercer la prostitución? \_\_\_\_\_

Años

PS\_8B ¿ Tiempo de ejercer la prostitución? \_\_\_\_\_

Años                      Meses

PS\_8C Número de clientes en los últimos seis meses \_\_\_\_\_

## RIESGO OCUPACIONAL

*Personas que haya sufrido heridas, pinchaduras, al manejar instrumentos contaminados con sangre o fluidos corporales de personas con VIH*

	USTED		PAREJA SEXUAL	
	Si	No	Si	No
RO_1 Exposición ocupacional a VIH	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## DROGAS INTRAVENOSAS

*Utilizar únicamente en caso de usuario de drogas intravenosas*

OL\_1 ¿Usó usted drogas intravenosas en los últimos 12 meses?  1 Si  2 No

EN CASO NEGATIVO PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

**Tipos de drogas que se ha inyectado:**

DL_2A Heroína <input type="checkbox"/>	DL_2B Narcótico (Metadona, Demerol, Morfina, (Codeína) <input type="checkbox"/>
DL_2C Cocaína <input type="checkbox"/>	DL_2D Anfetaminas <input type="checkbox"/>
DL_2E Heroína y cocaína (combinadas) <input type="checkbox"/>	DL_2F Barbitúricos <input type="checkbox"/>
DL_2G Otra droga: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Especifique _____
DL_3 ¿ Ha compartido agujas y/o jeringas usadas por otras personas? _____	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No
DL_4 ¿ Utiliza alguna sustancia diferente que el agua para limpiarla? _____	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No
DL_5 ¿ Que sustancia utiliza? <input type="checkbox"/> 1 Cloro/blanqueador <input type="checkbox"/> 2 Alcohol <input type="checkbox"/> 3 Otro: _____	

## ESTADO ACTUAL ETS

### A. SINTOMAS

	Si	No
ET_A1 Flujo Uretral	1	2
ET_A2 Flujo Anal	1	2
ET_A3 Secreción Faríngea	1	2
ET_A4 Ardor para orinar	1	2
ET_A5 Ulceras genitales	1	2
ET_A6 Ulceras anales	1	2
ET_A7 Fiebre	1	2
ET_A8 Dolor Genital	1	2
ET_A9 Dolor Anal	1	2
ET_A10 Crestas, Verrugas	1	2
ET_A11 Linfadenopatía	1	2

### B. SIGNOS

	Si	No
ET_B1 Flujo Uretral	1	2
ET_B2 Flujo Anal	1	2
ET_B3 Ulceras genitales	1	2
ET_B4 Ulceras anales	1	2
ET_B5 Condilomas genitales	1	2
ET_B6 Condilomas anales	1	2
ET_B7 Linfadenopatía	1	2
ET_B8 Secreción Faríngea	1	2
ET_B9 Molusco Contagioso Genital	1	2
ET_B10 Pediculosis Pubis	1	2

## RESULTADOS DE LABORATORIO

		MUESTRAS	
		Si	No
VIH Detección Inicial	M_1	1	2
VIH Detec. Repet.	M_2	1	2
VIH Confirmatoria	M_3	1	2
Hepatitis Bs	M_4	1	2
Hepatitis Bc	M_41	1	2
Hepatitis C	M_5	1	2
V.D.R.L.	M_6	1	2
FTAigG	M_7	1	2
FTAigM	M_8	1	2
HERPES I	M_9	1	2
HERPES II	M_10	1	2
NEISSERIA GONORRHOEAE	M_11	1	2
CANDIDA ALBICANS	M_12	1	2
CANDIDA SP.	M_121	1	2
CLAMIDIA TRACOMATIS	M_13	1	2
UREAPLASMA UREALYTICUM	M_14	1	2
MICOPLASMA HOMINIS	M_15	1	2
CD4	M_16	1	2
R161 POR CIENTO _____			

	RESULTADOS			Dilución	Código de laboratorio	FECHA		
	Pos	Neg	Indet			DIA	MES	AÑO
R_1	1	2			L_1	F_1		
R_2	1	2			L_2	F_2		
R_3	1	2	3		L_3	F_3		
R_4	1	2			L_4	F_4		
R_41	1	2			L_41	F_41		
R_5	1	2			L_5	F_5		
R_6	1	2			L_6	F_6		
R_7	1	2			L_7	F_7		
R_8	1	2			L_8	F_8		
R_9	1	2			L_9	F_9		
R_10	1	2			L_10	F_10		
R_11	1	2			L_11	F_11		
R_12	1	2			L_12	F_12		
R_121	1	2			L_121	F_121		
R_13	1	2			L_13	F_13		
R_14	1	2			L_14	F_14		
R_15	1	2			L_15	F_15		
R_16	1	2			L_16	F_16		
R_161 Cuenta _____					L_161	F_161		

## RESULTADOS DE LABORATORIO

PRUEBAS PARA DETECCIÓN DEL VIH EN NIÑOS MENORES DE 18 MESES M_17	MUESTRAS		RESULTADOS			Código de laboratorio	FECHA			
	Si	No	Pos	Neg	Indet		Día	Mes	Año	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L_17 <input type="checkbox"/>	F_17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

co\_1 Encuestador \_\_\_\_\_ co\_2 Fecha: \_\_\_\_\_ co\_3N Notifico \_\_\_\_\_ co\_4F Fecha: \_\_\_\_\_

co\_5 Capturista \_\_\_\_\_ co\_6 Fecha: \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

### INSTRUCCIONES GENERALES.

- Anotar con pluma y con letra de molde la información que se le pida.
- Escriba con números arábigos en la casilla correspondiente.
- Marque con una "X" en el cuadro que corresponda a su respuesta.

## INSTITUCIÓN NOTIFICANTE

IN\_1 La CLAVE ESTATAL será de acuerdo a cada Entidad Federativa (Ej. 1 6). Corresponde a Michoacán, ver Anexo 1.); la REGIONAL será de acuerdo a la distribución que tenga cada Estado (Ej. Jurisdicción Sanitaria No. 7, será 0 7). EL FOLIO se constituye de cuatro dígitos que se utilizará de forma progresiva: (Ej. 0 0 0 1).

(Ej. Final IN\_1. CLAVE 1 6 ESTATAL 0 7 REGIONAL 0 0 0 1 FOLIO

IN\_2 No utilizar números romanos.

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DS\_2 Se anotará con letra de molde la ocupación principal y anotar la clave que le corresponda (ver ANEXO 2) (Ej. Trabajadora del sexo 9 3 0).

DS\_4B

Escribir el nombre del Estado y/o País y anotar la clave correspondiente (ver ANEXO 1)

DS\_4C

Si es "No", anotar 0 0, si es afirmativa anotar: Ej. Cinco Hijos, 0 5

DS\_7

## PRACTICAS SEXUALES

PS\_6A Edad en años cumplidos.

PS\_6B Indique el número de años cumplidos de ejercer y/o meses, según sea el caso

## RESULTADOS DE LABORATORIO

L\_1 AL L\_15 Anotar el código del laboratorio que procesó la muestra:

1.- SSA; 2.- IMSS; 3.- ISSSTE; 4.- PARTICULAR; 5.- OTROS

R\_15

Anotar el porcentaje de la cuenta de linfocitos

R\_15.1

Anotar el número de cuenta de linfocitos

RL\_12

El encuestador anotará datos que considere importantes para cada caso en particular y que no estén considerados en el cuestionario (Ej. Que se encuentre embarazada). Anotar en números arábigos.

Dil\_6