

01985 15



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVSIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“ EL INDIVIDUO Y LA FAMILIA FRENTE AL
VIH / SIDA ”**

298639

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :

MTRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ROLANDO DÍAZ - LOVING

COMITÉ DE TESIS:

DRA. GRACIELA RODRÍGUEZ ORTEGA

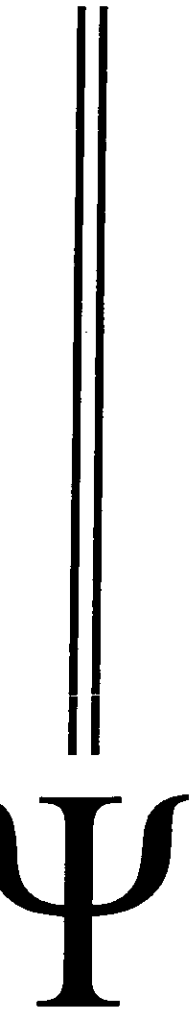
DR. HÉCTOR AYALA VELÁZQUEZ

DRA. LUISA ROSSI HERNÁNDEZ

DRA. V. NELLY SALGADO DE SNYDER

DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

DRA. LUCIANA ESTHER RAMOS LIRA





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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

A todos los hombres que hicieron posible esta investigación.

A mi hija Renata

A mi madre Mariana

**A mis hermanos:
María de los Ángeles,
María Elena,
Manuel Antonio y
Martha Cecilia**

**A:
Magaly,
Adrián,
Alejandro y
Mariana**

A la memoria de mi padre “El Chino”

familia, por siempre.

**Al Sherpa,
porque ya llegamos.**

A:

**Teresa Quiñones, Lilia Bertha Alfaro, Karina Torres, Carlos Contreras,
Alicia Saldívar, Mariana Contreras, Heddy Villaseñor, Ismael Díaz,
Mauricio Ramos, Patricia Priego, Antonio Rodríguez, Natalia Rodríguez,
Federico Sánchez, Verónica Alvarado, Nori Lignan, Emma Cubas,
Luciana Ramos, Ydalia Martínez, Mario Aranda, Mercedes Perelló,
Luz María Rocha, Tere Castillo, Lidia Ferreira**

por alegrarme el camino.

**A Raúl Moreno Wonchee por
su paciencia, su dedicación y su invaluable tiempo,
invertidos en la corrección del trabajo.**

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, en la cual creo como formadora de docentes e investigadores de alto nivel.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo que me ha brindado como becaria y por el financiamiento para llevar cabo el proyecto (3339P-S9608), que tiene como fruto esta investigación.

Al doctor Rolando Díaz-Loving por su apoyo en los proyectos que me he planteado -aún en los más descabellados- y por la confianza que me brinda.

A la doctora Patricia Andrade Palos, nuevamente mil gracias por los comentarios, el tiempo y el interés académico por mejorar el trabajo final.

A la doctora Luciana Ramos Lira, por su crítica constructiva para mejorar el trabajo.

A la doctora Graciela Rodríguez Ortega por creer en mí como investigadora.

Al doctor Héctor Ayala Velásquez por la confianza y el apoyo que me ha dado a lo largo de mi la formación.

A la doctora Nelly Salgado de Snyder gracias por alentarme a seguir y por las ideas que mejorarán mi desempeño como investigadora.

A la doctora Luisa Rossi Hernández, mil gracias por su confianza.

A la doctora Sue Hoppe, que proporcionó el hilo para tejer este proyecto sin el cual no hubiera sido posible.

A la doctora Sylvia Rojas-Drummond por introducirme al fascinante mundo de la investigación, hace ya tiempo.

Al doctor Federico Dickinson Bannak que sin quererlo o sin saberlo contribuyó con su visión antropológica a mi formación como investigadora.

A todos los que estuvieron y están antes que yo y de quienes he aprendido.

A la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA AC., al Hospital "La Raza" y Letra "S".

ÍNDICE

pag.

RESUMEN ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	i
--------------------	---

PARTE I. MARCO TEÓRICO

1. VIH/SIDA

1.1. ETIOLOGÍA Y FISIOLÓGIA	1
1.2. EPIDEMIOLOGÍA	10
1.2.1. FORMAS DE TRANSMISIÓN	14
1.2.2. FORMAS DE PREVENCIÓN	15
1.3 VACUNAS Y TRATAMIENTOS.....	16

2. MODELOS TEÓRICOS

2.1. MODELOS DE GENERALIDAD Y EL DE ESPECIFICIDAD	21
2.2. MODELO GENERAL DE ESTRÉS DE LÁZARUS Y FOLKMAN (1984).....	23
2.3. MODELO DE PEARLIN, MENAGHAM, LIEBERMAN Y MULLAN (1981)	24
2.4. MODELO DE MOOS. CRONKITE, BILLINGS Y FINNEY (1983).....	25
2.5 MODELO EXPLICATIVO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	26
2.6. CERVANTES Y CASTRO EL MODELO A PROBAR.....	28

3. FACTORES PSICOSOCIALES.....

3.1. ESTRÉS PSICOSOCIAL, EVALUACIÓN COGNOSCITIVA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	35
3.2. REDES DE APOYO, ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	51
3.2.1 MODELOS GENERALES (CENTRADOS EN EL ESTRÉS)	57
3.2.2 MODELOS ESPECÍFICOS O MODELOS DE PROCESO PSICOSOCIAL	58
3.3. AUTOCONCEPTO	67
3.4. LOCUS DE CONTROL SOBRE LA SALUD.....	82
3.5. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.....	87

PARTE II. INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	99
1.2 OBJETIVO GENERAL	99
1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	99
1.3 HIPÓTESIS	100

2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

2.1. VARIABLES INDEPENDIENTES	
2.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	102
2.1.2. VARIABLES DE CLASIFICACIÓN	102
2.2. VARIABLES INDEPENDIENTES.....	104

3. MÉTODO	
3.1 TIPO DE ESTUDIO	108
3.2 TIPO DE DISEÑO	108
3.3 SUJETOS.....	108
3.4 ESCENARIO.....	108
3.5 INSTRUMENTOS	109
4. ANÁLISIS DE DATOS	110
5. RESULTADOS	
5.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	111
5.2. PATRÓN SEXUAL	111
5.3. ESTRESORES POTENCIALES	116
5.4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	119
5.5 SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.....	126
5.6 LOCUS DE CONTROL SOBRE LA SALUD	130
5.7 AUTOCONCEPTO	134
5.8 REDES DE APOYO.....	139
5.8.1 ESTRUCTURA DE LA RED.....	139
5.8.2 FUNCIONAMIENTO DE LA RED	143
5.8.3 SATISFACCIÓN CON LA RED.....	152
5.9 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES DEL MODELO.....	155
5.10 ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE.....	158

PARTE III

1. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	174
1.2 PATRÓN SEXUAL.....	174
1.3 ESTRESORES POTENCIALES	175
1.4 ESCALAS	176
1.4.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	177
1.4.2 SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	178
1.4.3 LOCUS DE CONTROL SOBRE LA SALUD.....	179
1.4.4 AUTOCONCEPTO.....	180
1.4.5 REDES DE APOYO	181
1.5 ANÁLISIS ENTRE ESCALAS	185
1.6 LOS GRUPOS POR SEROESTATUS.....	191
1.7 EL MODELO	196

BIBLIOGRAFÍA	121
---------------------------	------------

ANEXOS

RESUMEN

El objetivo fue probar el modelo teórico de respuesta al estrés de Cervantes y Castro (1985) en 100 hombres (HSH) con diferente seroestatus al VIH/SIDA (26 seronegativos, 23 seropositivos asintomáticos, 26 con Complejo relacionado con el SIDA y 25 seropositivos con SIDA) usuarios de los servicios del Hospital "La Raza" del IMSS, Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A.C., CONASIDA y Hospital "Dario Fernández" del ISSSTE. Los instrumentos utilizados son: Formato de Selección; Estresores Potenciales; Patrón Sexual; Escalas de: Afrontamiento, Locus de Control sobre la Salud, Autoconcepto, Redes de Apoyo social y Satisfacción Percibida de la Red de Apoyo y Sintomatología Depresiva. Las entrevistas se auto-administraron a pacientes ambulatorios e individualmente a pacientes internados; el tiempo aproximado de duración fue de dos horas.

Los resultados indican que: la personalidad de los individuos tienen una influencia en la Evaluación Cognoscitiva del evento estresor y que ésta a su vez, junto con la Satisfacción Percibida de la Red y el Autoconcepto favorecen las Respuestas de Afrontamiento. Por otra parte, el Autoconcepto, el Locus de Control sobre la Salud, las Respuestas de Afrontamiento y las Redes de Apoyo tienen impacto en la Sintomatología Depresiva. El tamaño de las Redes de Apoyo está influenciado por las Respuestas de Afrontamiento y por la Sintomatología Depresiva. Finalmente, el Estresor Potencial variará conforme la Sintomatología Depresiva.

En conclusión, se cubrieron todos los objetivos del estudio; el modelo trabajado se probó parcialmente, encontrándose nuevas relaciones, ya que tanto las Redes de Apoyo como variables de Personalidad tienen influencia sobre la Sintomatología Depresiva, no considerada dentro del modelo. Los resultados pueden ser usados para desarrollar programas para mejorar la calidad de vida y para prevenir nuevas infecciones de VIH.

ABSTRACT

To prove Cervantes and Castro's (1985) stress response theoretical model on 100 males (HSH) with different HIV status (26 HIV-negative, 23 asymptomatic HIV-positive, 26 HIV-positive complex related and 25 AIDS patients) attending medical services at Hospital "La Raza" (IMSS), Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, AC., CONASIDA y Hospital "Dario Fernández" (ISSSTE).

Instruments used were: Selection Format; Potential Stressing Factors; Sexual Pattern; Scales of: Coping, Health Locus of Control, Self-concept, Social Support Nets, Perceived Satisfaction of Supporting nets and Depressive Symptomatology. Interviews were self-administered by ambulatory patients and individually administered to internal patients; approximate interview time two hours.

Results show that: personalities of these individuals have an influence on the Cognitive Evaluation of the stressing event and that the latter, together with the Perceived Satisfaction of Supporting nets and Self-concept favor the Coping responses. On the other hand, Self-concept, Health Locus of Control, Coping responses and the Supporting Nets have an impact on the Depressive Symptomatology. The size of the Supporting Nets is influenced by the Coping responses and by the Depressive Symptomatology. Finally, the Potential stressing factor will vary according to the Depressive Symptomatology.

To conclude, all objectives of the study were fulfilled; the used model was partially proved, and new relations were found, due to the fact that both the Supporting Nets and variables of Personality have certain influence on the Depressive Symptomatology, this not considered in the used model. Results can be used to develop programs in order to improve patients' quality of life and to prevent new HIV infections.

INTRODUCCIÓN

A principios de los ochenta surgió uno de los más complejos y asombrosos problemas sociales encarados por la sociedad moderna: la epidemia producida por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

El conocimiento científico sobre esta mortal enfermedad ha avanzado más que cualquier otra en la historia de la humanidad en un período similar. Sin embargo, a la fecha no hay vacuna para prevenir la infección, las terapias curativas para aquellos infectados con el VIH están en etapas experimentales y los seropositivos pueden permanecer por muchos años como portadores asintomáticos que pueden inconscientemente infectar a otros. Las soluciones biomédicas no están cercanas, por lo que la sociedad recurre a las ciencias sociales en general y a las ciencias conductuales en especial, para tratar de detener la epidemia impidiendo la diseminación del VIH, es decir evitando nuevas infecciones.

Los datos epidemiológicos indican que México ocupa el tercer lugar por número de infectados en América, después de Estados Unidos y Brasil, con 46 870 casos de SIDA registrados hasta el 30 de septiembre del año 2000. Sin embargo, debido al retraso en la notificación y al subregistro, se calcula que existen aproximadamente 64 mil casos. También se calcula que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por VIH (ONUSIDA/OMS/OPS, 2000).

El SIDA avanza de manera constante y silenciosa como nueva pandemia que ha trastocado la dinámica de las interacciones sociales y económicas. El impacto en la salud de los individuos y en el ánimo de la población general ha propiciado reacciones muy diversas, desde el hostigamiento hacia los grupos más afectados, hasta el rechazo frontal estigmatizante. El SIDA se ha presentado como un evento desconocido, repentino y tremendamente devastador, para el cual no había preparación, que reúne características que son universalmente estresantes y produce una rara combinación de enfermedades. Es un padecimiento tan maligno como el cáncer y tan estigmatizante como lo fueron en el pasado las enfermedades asociadas al ejercicio de la sexualidad.

El VIH/SIDA es una enfermedad que va más allá de lo individual, pues afecta la salud mental de quienes rodean al enfermo como la familia, los amigos o los conocidos, produciendo tanto en el individuo y su grupo circundante depresión, angustia, temor, estados que pueden limitar el desenvolvimiento cotidiano de ambos (individuo-grupo), afectando la calidad de vida.

El desenlace natural del VIH/SIDA es la muerte. Sin embargo, se ha encontrado que los síntomas clínicos y psicológicos se encuentran determinados por la interacción de tres diferentes niveles de causalidad: la influencia orgánica del virus y otras infecciones oportunistas; la influencia psicológica (individual) y la influencia social, que en su conjunto suponen un impacto emocional de considerable importancia para el curso de la enfermedad.

La epidemia está actualmente atacando a hombres relativamente jóvenes que se ven obligados a enfrentar las demandas incapacitantes de la enfermedad en vez de dedicarse a su trabajo y a la realización de sus aspiraciones personales. Considérese entonces que está siendo atacada la población económicamente activa y reproductiva.

La epidemia representa especialmente para los homosexuales, bisexuales y sus familias (parientes, amigos y conocidos), un estrés de magnitud sin precedente. Para afrontarlo se requieren de formas que tampoco tienen precedente pues demanda de los sujetos asumir estrategias especialmente psicológicas para hacerle frente.

La preocupación principal en salud pública apunta hacia la prevención, para lo cual se han estudiado los factores psicosociales asociados o directamente conducentes a las conductas de riesgo o preventivas; sin embargo, dentro de la perspectiva psicosocial, es necesario ir más allá de lo individual y recurrir a la institución familiar.

Es la familia la que puede aportar recursos y sustentar estrategias que permitirán hacer frente a los estresores de manera efectiva o de formas más saludables. Es la familia donde el individuo toma las herramientas de sobrevivencia tanto física como mental. Es la familia la que en su conjunto enfrenta los avatares del VIH/SIDA.

A partir de que la principal forma de transmisión en México es la sexual, de que el grupo por preferencia sexual más susceptible es el que tiene prácticas homosexuales y bisexuales y de que el grupo etáreo más afectado está entre los 20 y 45 años de edad, el propósito de este trabajo es probar el Modelo de Cervantes y Castro (1985), que incluye como estresores: el conocimiento del seroestatus al VIH/SIDA, el tiempo de conocerlo y las enfermedades que se han padecido y/o se padecen; los mediadores internos: el locus de control sobre la salud, el autoconcepto y la satisfacción con la red; los mediadores externos: las redes de apoyo; las estrategias de afrontamiento: la evaluación cognoscitiva del evento estresor y las respuestas de afrontamiento y las consecuencias a corto plazo: la Sintomatología Depresiva.

Para lograr el objetivo de comprender el fenómeno, se presenta en la Parte I el Marco Teórico que incluye natural y social del VIH/SIDA y los tratamientos desarrollados para evitar su

avance. Como factores psicosociales, se presentan los conceptos introducidos en el modelo (evaluación cognoscitiva, estrategias de afrontamiento, redes de apoyo y satisfacción con las redes de apoyo; autoconcepto, locus de control sobre la salud y sintomatología depresiva). Se presentan además otros modelos teóricos que explican las respuestas a eventos estresores.

En la Parte II Investigación, se desarrolla el planteamiento del problema, la definición conceptual y operacional de las variables, el método y el tipo de análisis de datos utilizado. Se presentan además los Resultados: descripción sociodemográfica de la población, descripción del patrón sexual, enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA, estrategias de afrontamiento, sintomatología depresiva, locus de control sobre la salud, autoconcepto, satisfacción con la red y Redes de Apoyo, análisis de correlación entre las variables del modelo y los análisis para probar el modelo de Cervantes y Castro.

En la Parte III se presentan la discusión y conclusiones, la bibliografía y los anexos.

PARTE I

MARCO TEÓRICO

1. VIH/SIDA

El VIH produce una enfermedad que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986; cit. en Sander, 1990) denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la cual es una enfermedad grave, mortal, caracterizada por una deficiencia inmunitaria producida por un retrovirus (género lentivirus), que ataca al sistema inmunológico, específicamente a los leucocitos T4 (leucocitos auxiliares) y macrófagos, dejando a la persona expuesta a una serie de cuadros clínicos de tipo infeccioso y tumoral, localizados y o diseminados, que caracterizan este síndrome.

El significado de las siglas SIDA es:

Síndrome. Conjunto de signos y síntomas que se presentan simultáneamente.

Inmuno. Se refiere al sistema inmunitario del que depende la capacidad de defensa que tiene o desarrolla el organismo contra los agentes infecciosos para combatir a las enfermedades.

Deficiencia. Indica la falta o carencia, en este caso se refiere a la debilidad del sistema inmunitario, el cual funciona de manera deficiente.

Adquirida. Quiere decir que no es una condición genética o hereditaria, sino que se obtiene o consigue después de la concepción, a consecuencia de acciones específicas.

1.1 ETIOLOGÍA Y FISIOLÓGÍA

El origen del VIH apunta hacia el continente Africano por su gran similitud con el virus SIV que afecta a los monos verdes, el cual se piensa que sufrió mutaciones hasta convertirse en el VIH-2. El mono verde ha logrado adaptarse al virus en un proceso de larga evolución que le ha permitido una alta tolerancia. El ser humano mientras tanto, presenta una enorme susceptibilidad a los virus (Cuello y Echebarría, 1997).

Otra línea de investigación es la posibilidad de que el virus provenga de uno existente en el chimpancé, ya que éste es el único animal que ha sufrido infección experimental del VIH sin que evolucione hacia la muerte. Se ha especulado también que el virus puede estar presente en poblaciones humanas aisladas, que presentan relativa tolerancia.

Por otra parte, existe la hipótesis de que el virus es producto de la ingeniería genética, incluso para usarse como arma biológica. Sin embargo, la idea ha sido casi descartada ya que a fines de los 70's no se había tenido un desarrollo tecnológico que lo permitiera. Otro de los

argumentos para rechazar esta hipótesis es el haber encontrado sueros que datan de 1959 (Rico y Uribe, 1993 y Cuello y Echebarría, 1997).

La diseminación de la pandemia se debe principalmente a la enorme y rápida movilización de las poblaciones (migración interna y externa), a la liberalización de las costumbres sexuales y al aumento en el uso de drogas intravenosas (Cuello y Echebarría, 1997).

Para 1983, Luc Montagnier, del Instituto Pasteur, después de ardua investigación con material obtenido de los ganglios linfáticos de uno de los afectados, descubrió al responsable de tan novedosa enfermedad, el cual fue descrito como retrovirus (las características de los retrovirus se pueden revisar en el Cuadro 1), del género lentivirus (se caracteriza por producir infecciones lentas, es decir, donde la aparición de los síntomas está separada temporalmente del momento de la infección, por meses e incluso años), lo que hace al VIH un virus de alta peligrosidad.

Simultáneamente, el investigador estadounidense Robert Gallo logró aislar el virus llamándolo HTLV-III (Virus Linfotrópico-T Humano tipo III) (Cotte, 1987; Miller, 1989).

Es hasta 1986 que se propone unificar la denominación del virus entonces conocido tanto como LAV como HTLV-III, por la de Human Immunodeficiency Virus (HIV) o VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (Gómez y Velázquez, 1992); es en ese mismo año que se elabora un mecanismo para la detección del virus en los organismos.

Uno de los hallazgos más interesantes, a partir del desarrollo de la técnica para la detección de anticuerpos, es que algunos sueros sanguíneos congelados provenientes de África Central y Haití, que fueron recogidos en la década de los setenta y cuya fecha más antigua data de 1959, fueron diagnosticados como infectados por el VIH.

En estudios retrospectivos, hechos en Florida (Estados Unidos), se encontraron historias clínicas de pacientes fallecidos no diagnosticados, fechados desde 1970, que presentaban cuadros clínicos similares al del SIDA. También se encontraron en Alemania en 1976 y en 1977 en Dinamarca.

Una vez caracterizado el virus causante del SIDA y a través de muy diversas investigaciones, se han reconocido dos agentes etiológicos: VIH-1 y VIH-2, genéticamente diferentes. Mientras que el primero es el responsable de la pandemia a nivel mundial, el segundo es endémico de África Oriental.

CUADRO 1
FUNCIONES DE LOS RETROVIRUS

a) Protección	Capa externa de proteínas capaces de resistir el ataque de diferentes sustancias como detergentes, ácidos o bien condiciones ambientales adversas como la desecación, calor, frío, etc.
b) Selectividad.	Capacidad enzimática para reconocer receptores en células específicas.
c) Defensa.	Posee ciertas enzimas, que anulan las acciones inmunológicas, tanto mecánicas como biológicas, que pueden funcionar de barreras hacia la célula que será atacada.
d) Adhesividad.	Capacidad de adherirse a la membrana de la célula a invadir.
e) Penetrabilidad.	La célula invadida permite que el núcleo del virus que contiene el RNA penetre
f) Variación antigénica	Esta función le permite al virus variar la estructura de su cápsula para proteger su integridad cuando es atacado por antígenos. Los lentivirus, como es el caso del VIH, tienen además la facultad de cambiar la estructura proteica de su envoltura cada vez que sus proteínas son reconocidas por el mecanismo inmunológico del organismo atacado.
g) Replicación	Esta función le permite multiplicarse dentro de la célula atacada, ya sea introduciendo todo o parte del material genético. Al integrarse determinado genoma del virus con el DNA de la célula atacada, le modifica su función en favor de una masiva replicación viral, lo cual detrimenta la vitalidad de la célula que lo cobija.
h) Transformación	Al integrarse el virus en el material genético de la célula huésped, modifica las funciones del genoma. Esta función produce un cambio total de las funciones preestablecidas de las células, la cual sin control, provoca envejecimientos prematuros, inmortalidad, multiplicaciones sin límites, lo que corresponde a la oncogénesis (producción de cáncer) y otros cambios en el comportamiento de ésta.
i) Camuflaje	Al integrarse el material genético del virus con el de la célula huésped, prácticamente se esconde haciéndose irreconocible para el aparato inmunológico.
j) Similitud Protéica	La membrana de algunos retrovirus (VIH-1 y VIH-2) está cubierta por proteínas casi idénticas a las que se encuentran en varios tejidos y órganos del hombre. Esto hace que al sistema informativo del aparato inmunológico le sea difícil identificar al virus como sustancia extraña, siendo incapaz de producir los anticuerpos necesarios para su destrucción.
k) Engaño	Función específica de los lentivirus, que al ser atacados antigénicamente, en el momento de su adherencia a la membrana de la célula atacada, suelta su envoltura proteica, la cual es destruida por los anticuerpos, desviando así la función inmúnológica a su favor.
l) Transcripción	La transcriptasa reversa permite efectuar al revés la transcripción del DNA en RNA. De esta manera el RNA viral, tiene la capacidad de transformarse en DNA, para luego dividirse en una segunda cadena. Ya dentro del núcleo, las dos cadenas del DNA viral se acoplan a las cadenas de DNA del huésped, para modificarle su código genético, dándole una nueva información a su favor. Al producirse la multiplicación viral, los diferentes DNA de los nuevos virus, se vuelven a cambiar a RNA antes de abandonar la célula.
m) Activación a Distancia	Ciertos retrovirus (oncovirus) tienen la capacidad de actuar a distancia sobre el código genético del huésped, o sea, no en el sitio donde se integra su genoma, sino sobre otras bandas de información. De esta manera, el virus hace cambiar el comportamiento de partes distantes al de su integración.
n) Autoinhibición	En momentos determinados parecen frenar o anular momentáneamente su desarrollo, quedando en situación de latencia. Esto es con el fin de obtener tiempo suficiente para cambiar su material de información al ser agredido inmunológicamente. De esta manera cambia su efecto antígeno con el fin de proteger a sus <i>hijos</i> contra el sistema inmunológico en el momento de salir éstos de la célula huésped.

El VIH-2 produce enfermedades menos agresivas que el VIH-1 ya que destruye de manera más lenta el sistema inmune, la transmisión vertical (madre-hijo) es menos probable y existe variación en la regulación del virus a nivel genético.

Los genomas de estos dos tipos de virus presentan una similitud entre el 40 y 50 por ciento y el VIH-2 presenta una homogeneidad del 75% con el virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIV); sin embargo los efectos que producen son clínicamente similares.

El VIH es un retrovirus compuesto de núcleo, cápsula y envoltura externa, que alcanza un diámetro de entre 80 y 100 μ y cuyo material genético es ARN (ácido ribonucleico). Su enzima retrotranscriptasa, le permite transcribir, una vez dentro de la célula huésped, el ARN a ADN como paso previo a la integración de su información genética en el genoma de la célula infectada. Por otra parte, el núcleo también alberga dos enzimas: integrasa y proteasa, las cuales contribuyen a su capacidad infecciosa. El proceso de integración con la célula atacada provoca en el virus una gran cantidad de mutaciones, de tal manera que es muy posible que en una misma persona infectada se encuentren varias cepas del mismo virus (Rico y Uribe, 1993).

La cápsula del VIH está formada por una capa doble de proteínas, la cubierta externa está formada también por proteínas que sobresalen de una capa de glicoproteínas, una de ellas es la gp160 formada por: gp120 —ésta es especialmente importante porque le permite al virus adherirse a la superficie de las células que poseen en su membrana el receptor CD4— y la gp41 —que facilita la inyección del material genético al interior de la célula invadida—. La presencia de estas proteínas en la sangre delatan la presencia del VIH (Nájera Morrondo, 1989).

Uno de los más recientes hallazgos del equipo de trabajo del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID) de los Estados Unidos es la identificación de una proteína llamada fusina que permite la entrada o *fusión* (de ahí su nombre) del VIH a la célula.

En el ARN del VIH se han identificado nueve genes: GAG, POL, ENV, NEF, VIF, VPR, TAT, REV y VPU. El GAG y el ENV tienen una mayor capacidad antigénica, mientras que el VPR impide la multiplicación de los linfocitos CD4. El NEF actúa como factor de virulencia, por lo que si se logra eliminar, se atenúa la infección; se llegó a esta conclusión después de haber encontrado un paciente neoyorkino de 17 años de edad infectado de VIH, sin haber desarrollado la enfermedad, una de las explicaciones, fue precisamente la deficiencia del gen NEF. Este hallazgo puede ser muy importante para la preparación de vacunas (Haseltine y Wong-Staal, 1989 y Cuello y Echebarría, 1997)

Una vez que el virus logra penetrar en el organismo (las formas de transmisión se tratarán más adelante), se alojan en los linfocitos T4 ó CD4+ (aunque también atacan a otro tipo de leucocitos como los macrófagos, a los que no destruyen como a los linfocitos, sino que los utilizan como depósito y medio de transporte, a diferentes partes del cuerpo). La fusión entre el virus y célula produce un orificio en la membrana celular, el cual permite el paso del virus hacia el citoplasma (Gallo y Montagnier, 1989).

El ser humano cuenta con un sistema complejo que le permite defenderse del ataque de elementos que reconoce como extraños que se denomina *sistema inmunitario*, el cual está conformado por una red de células especializadas que, cuando funciona en forma adecuada, puede enfrentar exitosamente diversas infecciones (bacterias, virus, parásitos). Un mal funcionamiento del sistema inmune puede permitir el avance de diversas enfermedades de diferente grado y severidad.

El sistema inmunitario se halla distribuido a largo de todo el organismo, sus estructuras biológicas se denominan órganos linfoides y en ellos se producen, desarrollan y almacenan los linfocitos, células que forman parte de los glóbulos blancos y constituyen un elemento clave en la producción de anticuerpos. Los órganos linfoides son la médula ósea (en ella se fabrican los glóbulos rojos y blancos o leucocitos y las plaquetas), el bazo, las amígdalas, las adenoides, el apéndice, las placas de Peyer (acúmulos de linfocitos ubicados en la paredes del intestino), los vasos linfáticos y sanguíneos que transportan los linfocitos de un sitio a otro del organismo y el timo (dentro de él se producen los linfocitos T y fuera de él se producen los linfocitos B).

Los linfocitos B fabrican anticuerpos, los cuales son vertidos al torrente sanguíneo y a otros fluidos corporales, donde se enfrentan a los antígenos circulantes : Esta fase de la respuesta inmune se llama inmunidad humoral.

Por otra parte, los linfocitos T actúan en el interior de las células que atacan a los virus y otros microorganismos que las invaden, por lo que su acción se denomina inmunidad celular. Las células T pueden ser cooperadoras/inductoras que se identifican con el marcador CD4 o T4 en su superficie — son las directoras en el ataque, determinan el momento y la intensidad de la intervención de cada componente, se caracterizan por la capacidad de activar otras células e incluso a otros grupos celulares— y las células supresoras que poseen el marcador CD8 o T8 —cuando la infección se encuentra bajo control clausura la respuesta inmune—. La información sobre el invasor queda registrada en la *memoria inmunológica* que al facilitar el reconocimiento del antígeno permite una respuesta más rápida y eficaz en caso de una nueva infección.

Para defenderse de los agentes patógenos (virus, bacterias, hongos, etc.) el organismo humano presenta tres tipos de barreras:

1) La piel y las mucosas que recubren las cavidades internas tienen propiedades germicidas y antibióticas que funcionan como un primer freno a la penetración de cualquier microbio.

2) La respuesta celular inespecífica se inicia cuando la primera barrera no funciona y el microorganismo penetra. Los tejidos locales se inflaman y aumentan la circulación sanguínea y por ende la presencia de las células fagocitarias (macrófagos y leucocitos); estas células barreras son capaces de fagocitar cuerpos extraños.

3) La respuesta inmunitaria específica contra la sustancia específica expuesta corresponde al sistema inmunitario. Aquí los linfocitos B fabrican anticuerpos distintivos contra el agente, mientras que los linfocitos T despliegan una enorme variedad de acciones con el propósito de reforzar el ataque.

Al ingresar el VIH en el organismo humano, es fagocitado por los leucocitos sanguíneos y los macrófagos que introducen al virus al torrente sanguíneo. Ahí los virus alcanzan las células con cubierta celular que contengan la proteína CD4 (linfocitos T cooperadores o CD4+) y es en su interior en donde se reproducen (Haseltine y Wong-Staal, 1989).

Diagnóstico. Los métodos más comunes para determinar si una persona es portadora o no, se basan en la detección de anticuerpos contra el VIH en sangre. Los anticuerpos son proteínas que el cuerpo produce para eliminar cualquier microorganismo o agente extraño. Es posible detectar anticuerpos en saliva u orina (Del Río Chiriboga, 1994), sin embargo, sólo se acepta como evidencia para el diagnóstico las pruebas realizadas en sangre (suero o plasma).

La infección puede detectarse de dos maneras:

• Métodos directos. Detectan la presencia del virus o de alguno de sus componentes. Estas pruebas se practican en casos muy específicos ya que son costosos y requieren de tecnología de punta para realizarse. Son tres los métodos:

a) Cultivo del virus: se utiliza fundamentalmente en el control de protocolos terapéuticos; tardan aproximadamente un mes en confirmarse los resultados;

b) Test del antígeno P24: se utiliza generalmente para detectar la infección primaria (período de ventana) y en pronóstico y control terapéuticos: Los resultados se obtienen en 24 horas.

c) Prueba de la reacción en cadena de la polimerasa: esta prueba es muy sensible y tiene la ventaja de dar resultados en dos o tres horas. Se utiliza en el diagnóstico de casos neonatales.

•Métodos indirectos. Detectan los anticuerpos que produce el organismo como respuesta a la presencia del virus. Su costo es más accesible que los anteriores. No detectan el VIH durante el periodo de ventana, ya que durante esta etapa inicial de la infección no existe la cantidad necesaria de anticuerpos para ser detectados por las pruebas, por lo que en si se sospecha de posible infección (menos de cuatro meses), se recomienda repetir la prueba después de un lapso similar: Los métodos son cuatro:

a) La ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), fue la primera prueba utilizada para el diagnóstico de la infección. Aunque es altamente sensible, no detecta la presencia del virus en el periodo de ventana; si el resultado es positivo es necesario hacer pruebas confirmatorias. Es más usual en donaciones de sangre y estudios epidemiológicos, es utilizada también para detectar otros virus como el de la hepatitis o el de la rubéola y requiere aproximadamente de tres horas para dar resultados. Para llevarla a cabo se utiliza el suero del paciente, el cual se mezcla con antígenos obtenidos de un cultivo tisular del VIH y se incuban juntos. Después se agregan otro tipo de anticuerpos (inmunoglobulinas) dirigidos contra los anticuerpos humanos. Si el suero está infectado con VIH se provoca una reacción que produce una coloración que denota la presencia del virus. Si no hay cambios de color, el resultado es negativo.

b) La Western blot es una prueba confirmatoria de resultados positivos o dudosos de la prueba ELISA. Tiene una alta sensibilidad y especificidad (cerca al 100%); su técnica es complicada y costosa. Esta prueba permite saber no sólo si existen anticuerpos anti VIH sino conocer el antígeno específico (Cuello y Echebarría, 1994).

c) La IFA (immunofluorescent Assay) es una prueba que también se utiliza como confirmatoria de un resultado positivo de ELISA. Es más económica y más rápida que la Western blot (Cassuto, 1991).

Se dice que se encuentra en proceso de registro en Estados Unidos la primera prueba doméstica de detección del VIH. Se espera su comercialización en un corto plazo y que su uso se generalice en el mundo, ya que tiene la ventaja de la rapidez y la confidencialidad.

El Centro de Control de Enfermedades propuso en 1987 un esquema de la historia natural de la enfermedad dividiéndola en cuatro etapas en las que se correlacionan el daño viral y el estado físico de la persona seropositiva (CDC, 1987).

Infección aguda o primoinfección. Entre dos y cuatro semanas después de haber estado expuesto al virus, la persona presenta un cuadro agudo caracterizado por fiebre, ganglios inflamados, malestar y decaimiento: estos eventos son de corta duración y desaparecen. Es muy probable que se confunda con un cuadro gripal, pues también se presentan dolores de cabeza, dolores articulares y/o musculares, ojos irritados, ardor de garganta, sensación de malestar generalizado, erupciones cutáneas del tipo de la rubéola.

El cuadro coincide con el momento en que se hacen detectables los anticuerpos contra el virus. En la mayoría de los pacientes, la seroconversión se produce entre la segunda y octava semanas de la exposición. Dentro de esta etapa se presenta el *periodo de ventana*, en el cual el virus está alojado en el organismo pero aún no es posible detectar su presencia debido a que no se han generado anticuerpos suficientes. Durante esta etapa la persona infectada puede infectar a otras.

Infección asintomática. Durante esta fase el individuo permanece libre de síntomas y signos clínicos, pero es portador del virus y tiene la capacidad de transmitirlo a otras personas. En esta etapa el paciente presenta como única evidencia de la presencia del virus la presencia de anticuerpos VIH y su estado clínico es similar al de una persona no infectada. Se considera que un 5% del total de infectados progresa a la siguiente etapa (Castro, Escalante y Guerra, 1992). Durante este período, el virus continúa su replicación lenta y progresiva y en consecuencia aumenta la cantidad de anticuerpos. El tiempo aproximado de esta etapa es entre 6 y 10 años.

Complejo relacionado con el SIDA (C.R.S) o Linfadenopatía generalizada persistente (LGP). Se caracteriza por una tumefacción de los ganglios linfáticos, en especial de la nuca o axilas, sin una etiología definida. La afección debe ser muy precisa, ya que los ganglios deben ser mayores a 1 cm de diámetro en dos diferentes áreas del cuerpo, cuando menos durante tres meses, descartando los ganglios tumefactos en las ingles. La mayoría de las personas seropositivas también tienen cierto grado de tumefacción en los ganglios linfáticos, por un tiempo variable. Una tumefacción ganglionar sin molestias debe preocupar, ya que puede representar una forma de respuesta al virus.

Algunos síntomas que ocurren en personas seropositivas indican que existe cierto deterioro en el sistema inmunológico, aunque no suficiente para considerarlo SIDA. Incluye fiebre o diarrea persistente (más de un mes sin causa aparente) pérdida de más del 10% del peso corporal, sudoraciones nocturnas y fatiga (síndrome de desgaste). Los pacientes con

estos síntomas pueden evolucionar a la siguiente etapa. La duración aproximada de esta etapa es de 3 a 5 años.

SIDA. Representa la etapa final del proceso de infección. El daño causado por el virus al sistema inmunológico es de tal magnitud que la capacidad de respuesta del sistema se ve tan disminuida que permite infecciones oportunistas por microorganismos habitualmente inocuos pero patógenos en quienes tienen alteraciones inmunológicas. Estas infecciones que ponen en peligro la vida de un paciente que ha llegado a la fase de SIDA, se dividen en tres:

1) *las que afectan los pulmones;* casi la mitad de las personas con SIDA tienen infecciones respiratorias por *Pneumocystis carinii* (microorganismo que se encuentra en los pulmones de muchas personas) y que es inocuo a menos que se padezca de inmunodepresión; la mayoría de las personas tratadas de este mal se recuperan, pero pueden recaer, por lo que es necesario la toma de pequeñas dosis diarias de medicamentos.

2) *las del sistema digestivo,* entre ellas la candidiasis (*Candida albicans*); las infecciones que causan diarrea, la más común es la originada por la *Cryptosporidium*. Sin embargo, sucede con frecuencia que no es posible encontrar el microorganismo específico, por lo que se trata con anti-diarréicos sencillos. Otra manifestación es herpes zoster en la zona anal.

3) *el sistema nervioso.* Un trastorno neurológico primario del VIH es la encefalitis subaguda, la cual causa una pérdida gradual de las funciones intelectuales que pueden evolucionar hasta la demencia grave. En ocasiones, el VIH afecta la médula espinal o nervios periféricos, causando debilidad en miembros y anomalías sensoriales. El hongo *Cryptococcus*, puede producir meningitis, lo cual origina cefalea, fiebre persistente y fotofobia (intolerancia a la luz). También puede presentarse toxoplasmosis cerebral que causa ataques, cefalea, somnolencia y debilidad de uno o varios miembros.

Otra afección común es el cáncer cutáneo llamado *Sarcoma de Kaposi* (SK), el cual era una rara enfermedad, que se presentaba en hombres de edad avanzada de ascendencia mediterránea y en algunas personas sometidas a tratamientos con inmunosupresores. En los pacientes portadores de VIH, la agresividad del *Sarcoma* es mayor.

Casi todas las infecciones comunes que sufren las personas con SIDA son por microorganismos que se han alojado por mucho tiempo en el organismo sin causar alteraciones, pero que las producen a consecuencia de la inmunosupresión.

Para determinar el avance de la infección por VIH en personas de 13 años o más, con dos o más pruebas reactivas de ELISA positivas e identificación de anticuerpos específicos por una

prueba confirmatoria (p.e. Western blot), es necesario considerar: 1) categorías clínicas (tres) y 2) rangos de cuentas de CD4 (tres categorías); el cruce proporciona nueve categorías (ver Cuadro 2) (CONASIDA, 2000).

Debido a que la cuenta de linfocitos T CD4 tiene un alto costo y no está disponible en todo el país, no se consideran para el diagnóstico de SIDA, al menos en México. La definición se aplica a adolescentes y adultos infectados con el VIH, los cuales deben presentar algunas de las manifestaciones clínicas debidas a una inmunosupresión severa.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La historia actual de lo que se conoce como VIH/SIDA, se inicia en Estados Unidos en 1981, en la ciudad de Los Angeles, en donde se notifica un brote de cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en varones jóvenes de la ciudad. El cuadro que mostraban sólo se había presentado en ancianos débiles, en pacientes con trasplantes de órganos y en infectados por deficiencias inmunológicas. Un segundo acontecimiento fue el informe de ocho casos de pacientes que presentaban un cuadro de bajo peso, debilidad extrema, ardores en la boca, faringe, dificultad para respirar, tos, fiebre, diarrea con adenopatía generalizada y *Sarcoma de Kaposi*. Posteriormente aparecieron casos similares en jóvenes varones que vivían en la ciudad de Nueva York (Durham, 1990).

El Centro para el Control de las Enfermedades de Atlanta (CDC: Center for Disease Control), recopiló en 1981 los casos de pacientes con neumonía por *Pneumocystis carinii* y *Sarcoma de Kaposi*, fallecidos por graves efectos inmunológicos, datos que interrelacionó a través de variables que aparecían constantes: práctica homosexual y existencia de grandes defectos inmunológicos. Por esta razón inicialmente se le conoció como cáncer gay, peste o cáncer rosa, mientras que clínicamente se le llamó GRID (Gay Related Immunodeficiency) o Inmunodeficiencia Relacionada con Homosexuales.

A través de diversos registros se encontró que la nueva enfermedad no solamente afectaba a las personas con preferencias homosexuales ubicadas en Los Angeles, San Francisco y Nueva York, sino también a hemofílicos, usuarios de drogas intravenosas y hombres y mujeres heterosexuales habitantes de Haití y África Central (Cotte, 1987).

A partir de estos hallazgos, el CDC de Atlanta abandonó la denominación GRID, para denominarla Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en español.

Cuadro 2
Clasificación y Vigilancia para la infección de VIH en adolescentes y adultos

CD4 Categorías Células/ μ L	Categorías Clínicas		
	A	B	C
(1) $\geq 500/\mu$ UL	Una o más de las condiciones que a continuación se describen: Infección Asintomática por VIH, linfadenopatía persistente generalizada, infección primaria aguda por VIH, asociada a un padecimiento o antecedentes de infección aguda por VIH.	Padecimientos indicativos de una deficiencia en la inmunidad. Angiomatosis basilar, candidiasis orofaríngea, candidiasis vulvo-vaginal persistente, frecuente o sin respuesta a tratamiento, displasia cervical (moderada o severa) carcinoma cervical <i>in situ</i> ; ataque al estado general como fiebre (38.5° C), diarrea de más de un mes de evolución leucoplasia oral, herpes zoster por lo menos dos episodios o más de un dermatoma, púrpura trombocitopenica ideopática, listeriosis, enfermedad inflamatoria pélvica particularmente si se complica con abscesos tubo-ováricos y neuropatía periférica.	Candidiasis pulmonar, bronquial, traqueal o esofágica; cáncer cervico-uterino invasivo; coccidioomicosis diseminada o extrapulmonar o crónica intestinal (> un mes de duración), enfermedad por citomegalovirus (localización diferente al hígado, bazo o ganglios); retinitis con pérdida de la visión; encefalopatía (relacionada al VIH); Herpes simple; úlceras crónicas (> de un mes de duración) o bronquitis, neumonitis o esofagitis; histoplasmosis diseminada o extrapulmonar; isosporiasis intestinal crónica (> de un mes de duración); <i>Sarcoma de Kaposi</i> , Leucoencefalopatía progresiva multifocal; linfoma de Burkitt's (o denominación equivalente); linfoma inmunoblástico; linfoma primario cerebral, neumonía recurrente o por neumocistis carini, septicemia recurrente por salmonella; síndrome de desgaste por VIH, y toxoplasmosis cerebral
(2) 200-499/ μ UL			
(3) < 200/ μ UL			

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

A finales del 2000, ONUSIDA (Magis-Rodríguez, Bravo-García y Rivera-Reyes, 2000) estima que había 36.1 millones de personas con VIH (34.7 millones de adultos, 16.4 millones de mujeres y 1.4 millones menores de 15 años).

Existen a nivel mundial tres tipos de patrones de transmisión:

- Tipo I. Corresponde a los países occidentales (países industrializados. La transmisión se efectúa entre homosexuales y bisexuales, para luego extenderse a los heterosexuales, y por el uso compartido de jeringas no esterilizadas entre usuarios de drogas intravenosas. En estos países la infección se extendió masivamente a finales de los años ochenta.

- Tipo II. Este patrón es característico de los países del África subsahariana, América Latina y Caribe. La transmisión es principalmente entre hombres que tienen sexo con hombres. La región más afectada es África subsahariana en donde se concentra más del 70% de las infecciones totales.

- Tipo III. Corresponde a los países del sudeste Asiático, Medio Oriente, Europa del Este y zonas rurales de América del Sur. El virus se difundió en la segunda mitad de la década de los ochenta a través de migrantes. Afecta principalmente a grupos que intercambian múltiples parejas sexuales. prostitución masculina y femenina, relaciones homo y heterosexuales (Gómez Dantes, 1997).

Para América del Norte y Latinoamérica, ONUSIDA/OMS/OPS (2000) calculan que dentro del grupo etáreo de 15-29 años, una de cada 200 personas estará infectada de VIH a principios del tercer milenio.

América Latina cuenta con 1.4 millones de infecciones. Durante 1999, se estima que ocurrieron 5.3 millones de nuevos casos, 4.7 millones de adultos, 2.2 millones de mujeres y 600 mil en menores de 15 años. Esto indica que se infectaron 567 personas por día, lo que permite suponer que en la próxima década, morirán muchos hombres y mujeres, adultos y niños.

En México, la historia social del VIH/SIDA ha tenido un desarrollo muy peculiar. Las principales formas de transmisión fueron inicialmente las transfusiones sanguíneas y las relaciones sexuales; los grupos más afectados fueron los hemofílicos y los homosexuales. Para atacar frontalmente la diseminación del virus, la Secretaría de Salud reglamentó el uso de sangre y hemoderivados, con lo cual se disminuyeron considerablemente los nuevos casos de infección por transfusiones sanguíneas. La transmisión por vía sexual continúa atacando principalmente a los homosexuales y en creciente medida a los heterosexuales.

El nivel de prevalencia del VIH en México, en la población adulta de 15 a 44 años de edad es de 0.29%, la cual se cataloga como baja, si se compara con otros países cercanos como Belice (2.01%), Guatemala (1.38%) o Estados Unidos (0.61%) (Magis-Rodríguez, Bravo-García y Rivera-Reyes, 2000).

El primer caso de SIDA en México, se registró en 1983. De ese año hasta la segunda mitad de los ochenta, el número de casos registró un crecimiento exponencial y al inicio de los noventa un crecimiento exponencial amortiguado, mostrándose una aparente tendencia hacia la estabilización de 1994 a la fecha, con 4 mil casos nuevos al año (op. cit).

Se puede decir que en México existen dos epidemias: una urbana, más avanzada en sus comienzos y predominantemente entre HSH (aunque la tendencia aumenta hacia grupos heterosexuales) y adictos a drogas, y otra rural que se transmite a través del contacto sexual por migrantes temporales a Estados Unidos que regresan a sus lugares de origen infectados (OPS/OMS, 1997).

Del inicio de la pandemia al 30 de septiembre del año 2000, se registraron de manera acumulada 46 mil 870 casos de SIDA. Sin embargo, se considera que no es la cifra correcta, debido al retraso en la notificación y al subregistro, por lo cual se calcula que existen aproximadamente 64 mil casos. Se calcula también, que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por VIH (op. cit).

La vía más importante de transmisión registrada es la sexual: 86.6%. De este porcentaje corresponde a la transmisión homosexual el 62.2% y a la heterosexual un 37.8%. Al comparar por sexo este tipo de transmisión, se encuentra que el 90.5% son hombres y el 9.5% mujeres; se calcula la razón hombre-mujer en 6 a 1, sin embargo, la tasa es diferente en el interior del país. Por ejemplo en Puebla, Tlaxcala y Morelos es de 3 a 1 y de 12 a 1 en Nuevo León. Lo anterior indica la heterogeneidad de la pandemia a lo largo de la República y que en algunos sitios la vía de transmisión del VIH/SIDA es predominantemente homo-bisexual, y en otros heterosexual (op. cit).

Es necesario destacar que en México, desde el inicio de la historia de la pandemia hasta la fecha, las personas más afectadas y con mayor riesgo de adquirir VIH/SIDA han sido los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). A principios de 1999, el 63.3% de los casos de SIDA transmitidos sexualmente correspondieron a este grupo. Esta proporción se ha presentado a lo largo de los 17 años de epidemia. En 1998 ONUSIDA informó que en México aproximadamente un 30% de HSH están infectados.

En la ciudad de México se encuentra más del 27% de los casos de SIDA y en el área metropolitana asciende al 40%. La tasa de casos acumulados en el país es de 38.9 x 100, 000 habitantes, mientras que en el DF, llega a 90.5 x 100, 000 (2.3 veces más alta). A nivel nacional la proporción hombre-mujer es de 6-1, en el DF, la relación es de 9-1; se está hablando entonces de una epidemia masculina. Para la transmisión sexual la proporción es de 19-1 y corresponde a HSH en 80% (Díaz Betancourt, 2000). Otro dato a considerar es que en el país el SIDA es la 3ª causa de muerte en hombres y la 7ª en mujeres en la población entre 25 y 40 años (ONUSIDA/OMS/OPS 2000).

1.2.1 Formas de Transmisión. Dado que los primeros casos de VIH/SIDA involucraban casi exclusivamente a hombres con prácticas homosexuales y se desconocía el agente causal, se pensaba que la enfermedad se debía exclusivamente a prácticas sexuales y se especuló muchísimo acerca de cómo una persona podría infectarse. Los avances tecnológicos han permitido reconocer las células mediante las cuales se transporta el virus de un organismo a otro: sangre, secreciones vaginales, semen y leche materna, y en menor proporción en saliva y orina (Glasner y Kaslow, 1990; Levy, 1992; cit., en Kalichman, 1995).

El mecanismo de transmisión debe ser lo suficientemente efectivo para atravesar las barreras naturales del individuo y poner en contacto al VIH con los tejidos del nuevo receptor, por lo que se considera de gran importancia la integridad de la piel y de las mucosas como defensa contra la infección (Cahn y Goodkin, 1992).

En la actualidad al hablar del VIH/SIDA y sus formas de transmisión, se habla de prácticas de alto riesgo en las que es muy probable que se pongan en contacto células infectadas con células sanas. Las prácticas de riesgo son:

1) De persona a persona. A través del intercambio de fluidos durante la relación sexual sin protección. Esta es la principal vía de infección en México. Se presenta tanto en hombres como en mujeres mediante la penetración anal o vaginal. El mecanismo de infección será más fluido cuando existen lesiones en las paredes o mucosas de la vagina, del ano, y en la piel del pene. No se han reportado casos por cunnilingüis o felatio, sin embargo existe la posibilidad de que suceda si existen escoriaciones o heridas en la boca que se pongan en contacto con semen o secreciones vaginales infectados (Rico y Uribe, 1993; Cuello y Echebarria, 1994).

El riesgo de transmisión aumenta: a) mientras más contactos sexuales se tengan con un portador; b) cuando se traumatizan las mucosas anales y vaginales durante el coito; c) con la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente aquellas que producen úlceras; d) mientras más avanzada se encuentre la infección del postador del VIH con el

individuo sano; e) en la dirección hombre-mujer, aunque también se presenta mujer-hombre. La posibilidad de transmisión del virus durante un solo coito vaginal sin protección es de 1 a 300 cuando el infectado es un hombre y de 1 a 1000 cuando la infectada es una mujer (Caldwell y Caldwell, 1996).

2) Por vía parenteral. Al inicio de la pandemia en México se presentaron un alto número de casos en individuos que habían recibido sangre y hemoderivados contaminados, así como en donadores de sangre. A este respecto, las autoridades reaccionaron de inmediato, regulando el uso de sangre y hemoderivados mediante su análisis minucioso y prohibiendo la venta de sangre. Sin embargo, existe aún el riesgo aunque pequeño (1/100 000 unidades de sangre) de que el donador se encuentre en un período de ventana (que se refiere al período de entre 6 y 8 semanas, durante el cual un individuo infectado no puede ser detectado debido a que no se encuentran anticuerpos).

Otra vía parenteral se refiere al uso de instrumentos contaminados, por ejemplo al utilizar equipo de manicure, pedicure, hojas de afeitar, agujas de acupuntura, agujas para tatuarse y jeringas no esterilizadas, estas últimas utilizadas con mucha frecuencia por usuarios de drogas intravenosas (Cuello y Echebarría, 1994; Rico y Uribe, 1993).

3) De madre a hijo. La transmisión puede suceder durante el embarazo a través de la placenta (transmisión intrauterina) o bien durante el parto. La posibilidad de que el hijo de una seropositiva nazca infectado se calcula en un 20%. Recientemente se ha comprobado que la administración de AZT durante el embarazo disminuye notablemente el riesgo de infección en el producto, aunque aún no se tiene información sobre sus efectos colaterales. A las madres infectadas se les aconseja no amamantar ya que la leche materna se encuentra infectada, y aunque la infección por esta vía es poco probable, no es imposible.

Por otra parte, se sabe de la fragilidad del virus para vivir fuera de organismos vivos, esto indica que la transmisión es viable siempre y cuando el virus se encuentre presente en una cierta cantidad y no esté expuesto a situaciones desfavorables, por lo que no es posible la transmisión por picadura de mosquito o por el uso del mismo sanitario por un seropositivo (op. cit.).

1.2.2 Formas de Prevención. La documentación de los casos de VIH/SIDA ha permitido por lo tanto proponer diferentes formas de prevención para cada una de las formas de transmisión, las cuales son las siguientes:

a) Por vía parenteral. Se recomienda utilizar sangre que haya sido analizada y se debe exigir la etiqueta **sangre segura**. Se recomienda no compartir instrumentos punzocortantes como agujas, navajas, cortauñas, etc. En caso de conocer que se es portador del VIH, no donar sangre, órganos o tejidos.

En caso de que se sospeche que algún instrumento se encuentra infectado, es necesario lavarlo con una solución de nueve partes de agua por una de cloro.

Se recomienda a los trabajadores de la salud utilizar el equipo necesario para evitar el contacto con sangre o secreciones de pacientes.

b) Por vía perinatal. Toda mujer deberá realizarse la prueba antes de embarazarse; las mujeres infectadas deberán recibir asesoría para evaluar los riesgos, cuidados y tratamientos antes de decidir un embarazo; la mujer infectada deberá evitar darle pecho a su bebé (Rico y Uribe, 1993).

c) Por transmisión sexual. La abstinencia, la mutua monogamia de personas no infectadas; la práctica del sexo seguro y protegido; evitar contacto sexual con personas que tengan prácticas de riesgo (prostitutas-os o personas con múltiples parejas sexuales); no debe olvidarse que el uso correcto del condón no está exento de riesgos de fabricación (2%).

La preocupación principal en salud pública apunta hacia la prevención, para lo cual se han estudiado una serie de factores psicosociales asociados o directamente conducentes a las conductas de riesgo o preventivas. Como se sabe, toda la población está en riesgo, sin embargo, se pueden dividir las acciones preventivas hacia grupos sanos (no infectados) a fin de evitar infecciones, hacia aquellos grupos que no saben que están infectados (aparentemente sanos). Para evitar que nuevos casos o una reinfección que acelere el proceso de la enfermedad, y hacia grupos que conocen de su infección (seropositivos asintomático o sintomático), para evitar la diseminación del virus. Sin embargo, aunque la prioridad es la prevención, las personas que ya están infectadas y que tienen que hacer frente a la enfermedad representan un serio problema sanitario y social.

1.3 VACUNAS Y TRATAMIENTOS

Desde que aparece el fenómeno VIH/SIDA, la meta biomédica ha sido el desarrollo de una vacuna. Sin embargo existen muchos obstáculos y dificultades para alcanzar el éxito por la singular forma de desarrollo del virus.

El virus tiene la posibilidad de permanecer en el interior de las células, sin delatarse en la superficie misma. También puede modificar la composición de la cubierta celular, particularmente la glicoproteína 120, que cambia constantemente los aminoácidos que la componen, e instala sus genes dentro del huésped.

Por otro lado, es un padecimiento que afecta precisamente al sistema encargado de combatir las enfermedades y además no existe un buen modelo animal donde probar vacunas antes de suministrarlas a humanos, ya que sólo algunos primates como el chimpancé o el gibón han podido infectarse de VIH en situaciones controladas y encontrar voluntarios para experimentar las vacunas no es fácil.

El desarrollo de una vacuna para hacer frente al VIH/SIDA sería un evento innovador, ya que la aparición de los retrovirus en el humano es relativamente reciente (15 años) y no existen precedentes que faciliten las actuales investigaciones (Rico y Uribe, 1993).

Las estrategias a seguir para el desarrollo de vacunas contemplan varias estrategias, todas en fase de ensayo (Cuello y Echebarría, 1997; Matthews y Bolognesi, 1989):

- Inmunización con virus muerto (vacuna tipo Salk). No recomendada para individuos sanos.

- Inmunización con VIH atenuados. Se considera peligrosa pues posibles mutaciones *in vivo* podrían convertir la vacuna en patógena.

- Inmunizaciones con VIH inactivados asociados a adyuvantes.

- Inmunización con proteínas del VIH recombinantes, asociadas a adyuvantes-

- Utilización de organismos vivos recombinantes.

- Inoculación intramuscular de genes virales.

Los éxitos han sido escasos. Se ha obtenido inmunidad pasajera que se pierde al cabo de un tiempo. La excepción parece ser la vacuna elaborada en el Centro de Ingeniería Genética de Biotecnología de Cuba (CIGB) que después de haber sido aplicada a 24 investigadores de ese centro, ha demostrado que crea anticuerpos neutralizantes del VIH en pacientes sanos y que se espera poder aplicar en forma ampliada en Brasil o Uganda en los próximos dos o tres años (La Jornada, 3 de junio de 1998).

Aún falta mucho para desarrollar un medicamento que elimine el VIH de los organismos, sin embargo se han logrado tratamientos anti-VIH que reducen sus niveles en sangre. Se ha

puesto especial atención al manejo de la infección primaria por VIH dados sus efectos favorables sobre el curso de la infección, ya que evita en la medida de lo posible el daño inmunológico. Esta perspectiva aún se debate debido a los efectos secundarios de los antirretrovirales, el desarrollo de la resistencia viral y el elevado costo que tendría el mantenimiento de la terapia por tiempo prolongado.

Los tratamientos antirretrovirales ofrecen claros beneficios a los individuos infectados. Cuando se utiliza una combinación potente denominada terapia antirretroviral altamente activa (TARAA), la cual implica generalmente dos análogos nucleósidos y un inhibidor de proteasa (IP) (CONASIDA, 2000).

Por otro lado, se han desarrollado métodos para medir la replicación viral o carga viral (CV: cuenta de virus, copias del virus por ml) con gran precisión. La medición de la CV permite discriminar en forma muy precisa la velocidad de progresión de la infección; esta medición también se ha utilizado como medida de eficacia del tratamiento antiviral.

El objetivo de la terapia (TARAA) es mantener la CV en niveles no detectables con incremento progresivo de las cuentas de linfocitos CD4, por el mayor tiempo posible. Hasta el momento se desconoce la verdadera eficacia del TARAA en tratamientos por más de tres años.

Las indicaciones para iniciar tratamiento antirretroviral depende básicamente del estadio clínico del paciente evaluado de acuerdo a la presencia de manifestaciones asociadas al VIH o SIDA, a las cifras de linfocitos CD4, así como a la determinación de la CV. Se recomienda iniciar el tratamiento en:

- a) Pacientes con infección primaria sintomática
- b) Pacientes sintomáticos (de acuerdo a las categorías clínicas B o C, que se presentan en el Cuadro 3).
- c) Individuos asintomáticos con cuentas de linfocitos $CD4 < 500/ml$ o cifras de $CV > 10,000$ copias/ml por bDNA o $20,000$ por RT-PCR.

Para la elaboración del *cóctel*, se utilizan los Inhibidores de Transcriptasa Reversa Análogos o Nucleósidos (ITRAN); los Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No Nucleósidos (ITRNN) y los Inhibidores de Proteasa (IP) (ver Cuadro 3), ya sea en doble o triple esquema; otro antirretroviral, no mencionado en el cuadro es el Hidroxiurea (Hydrea), cuyo efecto secundario es la supresión de médula ósea: anemia y/o neutropenia.

Efectos secundarios de los medicamentos utilizados para el tratamiento de la infección por VIH

ITRAN. Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos a Nucleósidos		
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Efectos secundarios
Zidovudina (AZT o ZDV)	Retrovir	Supresión de médula ósea: anemia y/o neutropenia, intolerancia gastrointestinal, cefalea, insomnio, astenia, acidosis láctica con esteatosis hepática
Didanosina (ddI)	Videx	Pancreatitis, neuropatía periférica, náusea, diarrea, acidosis láctica con esteatosis hepática.
Zalcitabina (ddC)	HIVID	Neuropatía periférica, estomatitis, acidosis láctica con esteatosis hepática.
Stavudina (d4T)	Zerit	Neuropatía periférica, rash, acidosis láctica con esteatosis hepática
Lamivudina (3TC)	3TC	(Minima toxicidad) Acidosis láctica con esteatosis hepática.
Abacavir (ABC)	Ziagenavir	Náusea, vómito, cefalea, dolor abdominal, rash (reacción de hipersensibilidad en 2-5% en las primeras 4 semanas)
ITRNN. Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No Nucleósidos		
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Efectos secundarios
Nevirapina	Viramune	Exantema, Hepatitis, Elevación de transaminasas
Delavirdina	Rescriptor	Exantema, cefalea
Efavirenz	Stocrin	Exantema, síntomas neurológicos y elevación de transaminasas
IP. Inhibidores de Proteasa		
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Efectos secundarios
Indinavir	Crixivan	Nefrolitiasis, intolerancia gastrointestinal (GI), ▲ bilirrubina indirecta, cefalea, mareo, hiperglucemia
Ritonavir	Norvir	Intolerancia GI, parestesias, hepoatitis, astenia, alteración del gusto, hiperglucemia
Saquinavir	Invirase	Intolerancia GI, cefalea, ▲ transaminasas, hiperglucemia
	Fortovase	Intolerancia GI, dolor abdominal, cefalea, ▲ transaminasas, hiperglucemia
Nelfinavir	Viracept	Diarrea, hiperglucemia, aleteración en la distribución de lípidos, episodios de sangrado en hemofílicos
Amprenavir	Agenerase	Náuseas diarrea, rash, parestesias bucales, cefalea, fatiga, vómito.

El orden en que son presentados es aleatorio y no tiene relación a la prioridad terapéutica (CONASIDA, 2000).

Los efectos secundarios producidos por los dobles (p.e AZT+ddl ó d4T+ddl) y triples (p.e. AZT+3TC+Abacavir o ITRAN, ITRNN e IP) son indeseables; sin embargo logran mejorar la calidad y cantidad de vida, así como disminuir la frecuencia de algunas infecciones oportunistas y el número de hospitalizaciones, con el consecuente ahorro en costos de atención (CONASIDA, 2000).

2. MODELOS TEÓRICOS

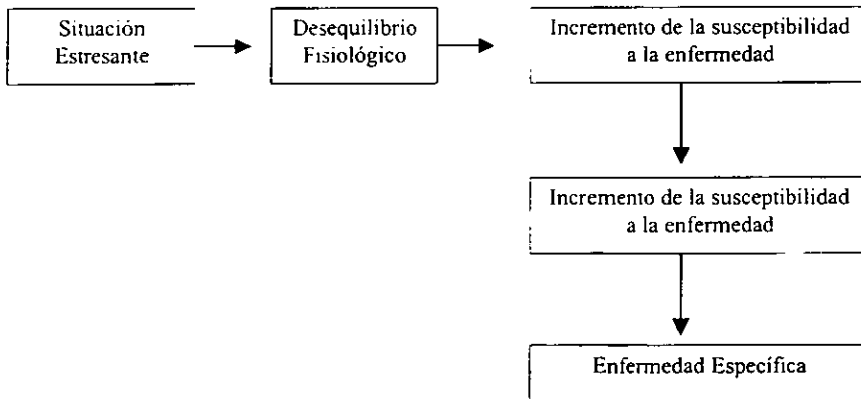
Parte de la naturaleza humana es buscar explicaciones a los hechos cotidianos y es así como se desarrollan los modelos teóricos. Un modelo teórico es el resultado de la sistematización de posibles vínculos o asociaciones entre eventos o variables que explican una faceta de la realidad. Un ejemplo de modelo que atañe a esta investigación es sobre la evaluación de la amenaza de un evento estresor, los mediadores y/o precursores de la enfermedad y hasta los esfuerzos de afrontamiento así como el modo en que éstos afectan la salud.

Para explicar el fenómeno de salud-enfermedad, se han propuesto distintos modelos, algunos de los cuales son los siguientes:

2.1. MODELOS DE GENERALIDAD Y EL DE ESPECIFICIDAD

Lazarus y Folkman (1986) distinguen el modelo de generalidad (basado en Selye), que considera que la enfermedad como resultado de los efectos del desequilibrio fisiológico sobre los mecanismos inmunológicos de los efectos metabólicos de las hormonas en el estrés (Figura 1),

FIGURA 1
MODELO DE GENERALIDAD DE LA ENFERMEDAD

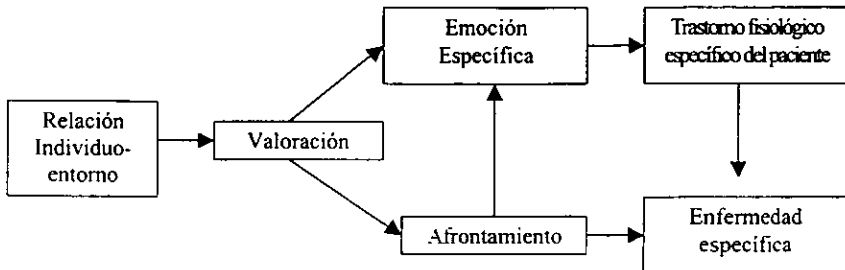


Tomada de Lazarus y Folkman (1986)

el modelo de especificidad, donde la enfermedad puede originarse a través de formas particulares de trastorno fisiológico que se asocian a los distintos modelos de respuesta, según el modelo de Depue y cols., (op. cit), y/o los efectos directos de la conducta de afrontamiento.

Con este modelo se pretende destacar el hecho de que el afrontamiento puede afectar a la salud mediante otras vías distintas al desequilibrio fisiológico (Figura 2).

FIGURA 2
MODELO DE ESPECIFICIDAD DE LA ENFERMEDAD



Tomada de Lazarus y Folkman (1986)

El Modelo General de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y cols., (cit. en Zimrin, 1986) abordan las transacciones persona-medioambiente. El modelo concibe el estrés como un estado que refleja las interacciones entre los elementos del estrés y los recursos externos y externos para manejarlos. De acuerdo a este modelo, el estrés físico es un factor objetivo e incontrolable, mientras en que en el estrés psicológico, quien lo padece no es meramente una víctima pasiva, sino que es capaz de dar forma a la experiencia del estrés.

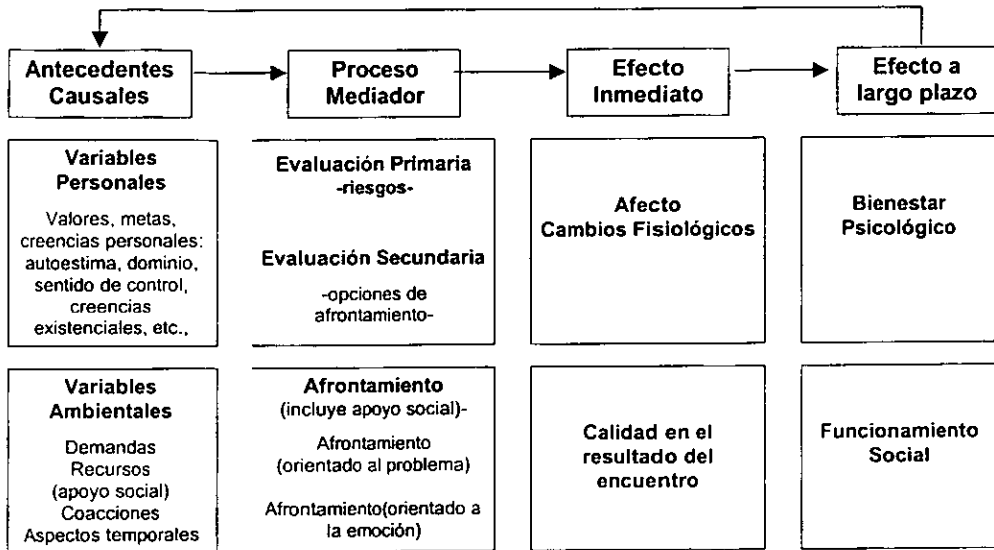
El tipo de reacción al estrés y la capacidad resultante del ajuste en el futuro son determinados por ciertas variables (Evaluación Cognoscitiva, Respuestas de Afrontamiento y el estrés como un procesos transaccional).

La transacción implica que el estrés está tanto en la situación ambiental como en la persona, reflejando la conjunción de una persona con ciertos motivos y creencias en un contexto ambiental cuyas características conllevan daño, amenaza o desafío, dependiendo de las características personales; la transacción también es un constante interjuego entre la persona y el ambiente.

2.2. MODELO GENERAL DE ESTRÉS DE LAZARUS Y FOLKMAN (1984)

Las investigaciones basadas en los dos modelos anteriores, permitieron a Folkman, Schaeffer y Lazarus (1979) y más tarde Lazarus y Folkman (1984), proponer que los recursos de afrontamiento se encuentran en la persona y en su entorno social, con lo cual aportan la siguiente clasificación de recursos: 1) recursos personales –salud y energía, moralidad, resolución de problemas y sistemas de creencias- y habilidades sociales -capacidad de comunicarse y actuar en forma socialmente adecuada y efectiva- y 2) recursos medioambientales –materiales y apoyo social- (Figura 3).

FIGURA 3
MODELO PROPUESTO POR LAZARUS Y FOLKMAN (1979)



Tomada de González-Forteza, (1992)

Las estrategias de afrontamiento han sido utilizadas para llevar a cabo investigaciones en poblaciones portadoras de VIH. Solano y cols., (1993) encontraron un estilo activo de afrontamiento *de pelea espiritual* relacionado a los efectos positivos sobre la progresión de la enfermedad, o bien Leserman, Perkins y Evans (en 1992) en relación al ajuste a la infección; sin embargo, debe destacarse que los resultados son bidireccionales, ya que con una mejoría en la salud, la gente siente mejor y tiene más energía para llevar a cabo actividades que promueven el sentido positivo de bienestar.

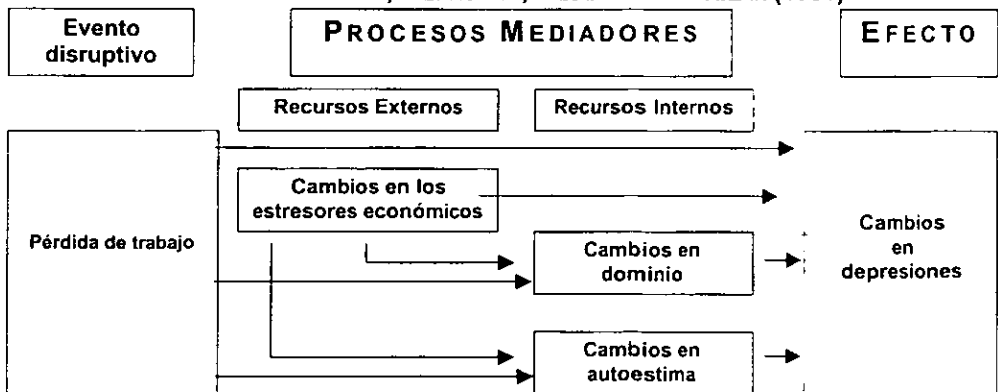
2.3. MODELO DE PEARLIN, MENAGHAM, LIEBERMAN Y MULLAN (1981)

En 1978, Pearlin y Schooler consideraron que la función protectora de la conducta de afrontamiento se expresa de la siguiente forma: 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. y 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.

En este mismo artículo, hacen una distinción entre los recursos sociales (familia, amigos, compañeros de trabajo y vecinos), los recursos psicológicos (características personales que proporcionan un soporte al individuo para resistir la amenaza de eventos estresantes de la vida) y las respuestas de afrontamiento.

Con un ejemplo muy particular Pearlin, Menagham, Lieberman y Mullan (1981) plantean su modelo: el efecto de la pérdida de empleo (evento disruptivo que se relaciona con el rol) que afectan alguna particular área de la vida sobre el estado depresivo, se encuentra mediado por la esfera ambiental –cambios en los estresores económicos- y la esfera personal –cambios en la percepción del dominio de los eventos, locus de control y cambios en la autoestima (Figura 4).

FIGURA 4
MODELO DE PEARLIN, MENAGHAM, LIEBERMAN Y MULLAN (1981)



Tomada de González-Forteza, (1992) y adaptado para el presente trabajo.

2.4. MODELO DE MOOS, CRONKITE, BILLINGS Y FINNEY (1983)

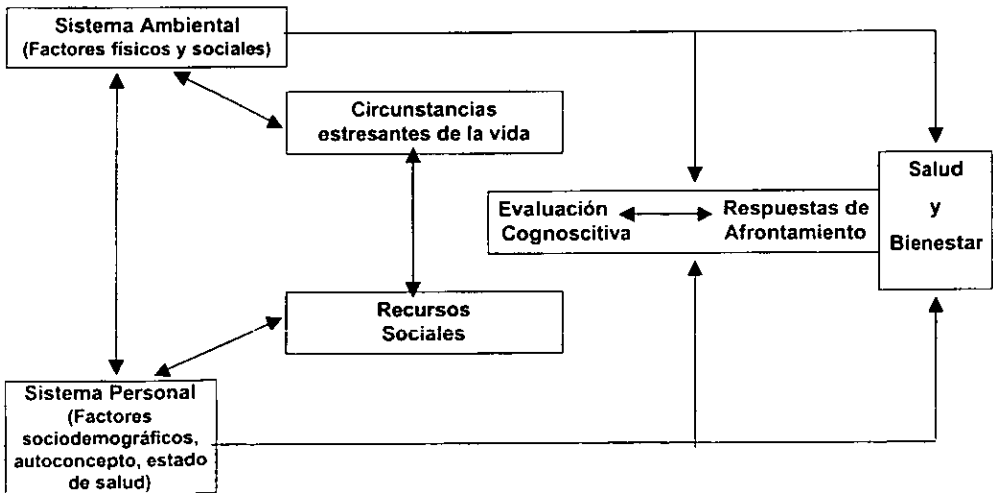
Los autores crearon un instrumento basados en la teoría y en los hallazgos compilados de su investigación sobre salud y vida cotidiana (HDL) y en los índices de respuestas de afrontamiento, con el cual se dieron a la tarea de evaluar el *Método* y el *Enfoque* de Afrontamiento, para lo cual desarrollaron las siguientes categorías:

1) Método de Afrontamiento, con las siguientes dimensiones: a) Cognitivo activo; b) Conductual activo y c) Evitativo

2) Enfoque de Afrontamiento, con las siguientes dimensiones: a) Análisis lógico; b) Búsqueda de información; c) Resolución del problema; d) Regulación Afectiva y e) Descarga emocional.

En el modelo se plantea que el sistema ambiental y el personal pueden funcionar como amortiguadores de las situaciones de estrés, pero también como productores de estrés (Figura 5).

FIGURA 5
MODELO DE MOOS, CRONKITE, BILLINGS Y FINNEY (1983)



Tomada de González-Forteza, (1992)

2.5. MODELO EXPLICATIVO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

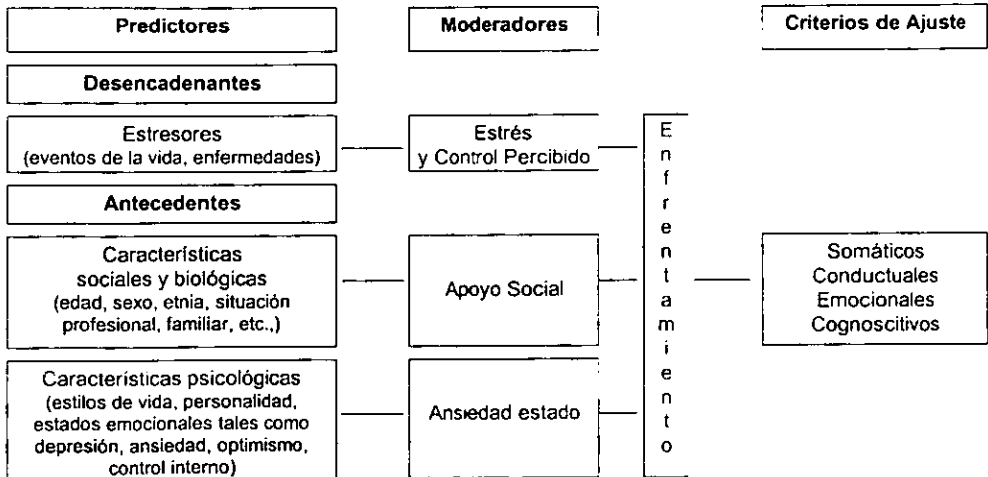
La Psicología de la Salud y la Medicina Conductual han aprovechado los modelos teóricos que parten de la teoría cognoscitiva, ya que a partir de los datos recabados empíricamente han podido desarrollar propuestas de intervención. La novedad de este modelo es que incorpora factores biomédicos (ritmo cardíaco, presión arterial y parámetros neuroendócrinos y neuroinmunitarios).

Este modelo considera tres categorías: 1) los predictores: variables desencadenantes y antecedentes; 2) los moderadores: estrés y control percibidos, apoyo social y ansiedad estado y 3) los criterios de ajuste: somáticos, conductuales, emocionales y cognoscitivos, a través de los cuales los individuos se enfrentan a la situación de estrés; estos criterios de ajuste dependen tanto de factores personales como de los recursos sociales (Matarazzo, 1984, cit. en Alfaro Martínez, 2001).

Se dice que las estrategias adoptadas por los individuos para hacer frente a los estresores tienen una estrecha relación con la evolución de la enfermedad ya sea para detener el proceso o bien para facilitararlo (Figura 6).

FIGURA 6

MODELO DE EXPLICATIVO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD



(Tomada de Alfaro Martínez, 2001)

Es indudable que cada uno de los modelos presentados han contribuido a explicar los trastornos físicos y/o mentales en los seres humanos. Sin embargo, cada uno tiene sus propias

limitaciones, así por ejemplo, se presentaron modelos lineales, esto es, donde no se sugiere o se sugiere de manera muy limitada la interacción o asociación de variables tales como:

1)El Modelo de Generalidad de la Enfermedad, se centra más en la enfermedad, producida por un desequilibrio fisiológico, no toma en consideración los mediadores internos y externos y no considera la parte racional del humano para hacer frente a la enfermedad, pero considera la existencia de una situación estresante que produce el desequilibrio,

2)El Modelo de Lazarus y Folkman (1986), aunque más complejo, no considera la interacción entre los procesos mediadores sobre el efecto inmediato y a largo plazo de la enfermedad, además propone el funcionamiento familiar como un factor que se verá afectado por los procesos mediadores y no como un mediador que tiene un impacto sobre los efectos inmediato y a largo plazo.

3)El Modelo de Pearlin, Menaghan, Lieberman y Mullan (1981), tiene la virtud de mostrar por separado los recursos externos y externos, pero considera los recursos externos como variables que afectan los recursos internos y estos a su vez afectan el estado mental y omite la parte cognoscitiva y emocional del ser humano.

4)El Modelo Explicativo en Psicología de la Salud (Matarazzo, 1984, cit. en Alfaro Martínez, 2001) tiene la ventaja de dividir las variables predictoras en desencadenantes (estresores: de la vida cotidiana o enfermedades), antecedentes sociales (edad, etnia, sexo, profesión, etc.), biológicos (ritmo cardíaco, presión arterial, etc.) y psicológicos (estilos de vida, personalidad, etc.), pero es poco claro si los mediadores deben pertenecer a los desencadenantes o a los antecedentes.

Otros son más complejos por su direccionalidad son:

5)El Modelo de Especificidad de la Enfermedad se destaca por su aporte al incluir como variable a la valoración de la relación del individuo-entorno y las respuestas de afrontamiento, además considera a éstas últimas como variables que pueden tener un impacto directo o indirecto (a través de emociones específicas que producen trastornos fisiológicos) a la salud. Llama también la atención el componente fisiológico.

6)El Modelo de Moos, Cronkite, Billings y Finney (1983), presenta una mayor complejidad por la relación entre las diferentes variables, ya que además de mayor interacción toman en cuenta la bidireccionalidad: por ejemplo considera la interacción que se da entre el sistema ambiental y el sistema personal, pero también como cada una de manera independiente afectan la evaluación cognoscitiva y las respuestas de afrontamiento así como la Salud y el Bienestar;

por otra parte, el modelo considera la interacción de circunstancias estresantes de la vida y los recursos sociales, los cuales presentan una influencia de y hacia los sistemas ambiental y personal. Como en los anteriores modelos, no tiene parsimonia y la generalidad necesaria en toda propuesta teórica.

2.6 MODELO EXPLICATIVO DE RESPUESTA AL ESTRÉS DE CERVANTES Y CASTRO (1985)

Este modelo –que emerge de los modelos generales de salud- presenta de manera más general, lógica y organizada los elementos considerados en los modelos anteriormente expuestos, proporciona además direccionalidad y bidireccionalidad entre los mismos y demarca la relación entre ellos. Esta propuesta teórica fue desarrollada por un equipo de investigadores del Spanish Speaking Mental Health Research Center (SSMHRC) de la Universidad de California en Los Ángeles, con base en la secuencia Estrés-Mediadores-Consecuencias.

Cabe destacar que el modelo –que se fundamenta en la interacción de la persona con su medio ambiente y variables situacionales, contextuales y temporales- representa una revisión teórica y metodológica de los modelos anteriormente expuestos; es un modelo multivariado y de amplia aplicación; los autores consideran que la incorporación de los mediadores internos y externos, la evaluación del estrés y las respuestas de afrontamiento en la investigación del estrés y sus consecuencias ha hecho que el paradigma estrés-mediadores-consecuencias sea más sensible para detectar diferencias individuales y grupales

El modelo inicialmente se concibió para explicar los mecanismos de adaptación de inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos (Cervantes y Castro, 1985), particularmente para evaluar los mecanismos individuales de adaptación; también ha sido aplicado en poblaciones México-norteamericanas en los Estados Unidos (Padilla, Cervantes, Maldonado y García, 1988, Salgado de Snyder y Padilla, 1987), ambas con un especial interés sobre la salud mental.

Los elementos que integran el modelo son los siguientes (Figura 7):

I. Estresores Potenciales:

- a) estresores inherentes o universalmente aversivos: quemadura, explosión atómica, etc.;
- b) estresores simbólicos; que dependen del significado personal y cultural aprendido y de su contexto: pérdida de la autoestima, un ser querido o de algún objeto.

II. Evaluación del estrés potencial: en esta dimensión se considera el significado conocitivo a través del cual se delimitan los eventos/situacionales que generan mayor estrés en determinadas personas o grupos culturales. Con esta dimensión será posible detectar y clasificar los eventos disruptores del entorno -sociales, familiares, económicos- de tal manera que permita obtener información más detallada.

III Mediadores internos: el paradigma que propone el modelo es estrés-mediadores-consecuencias el cual permite identificar dentro de esta categoría todas las características de personalidad como posibles mediadoras en la experiencia del evento estresante tales como el control de los eventos de la vida (Palella y cols., 1998), satisfacción percibida de las redes de apoyo (Smith y Rapkin (1996, Serovich y Brucker, 2000), locus de control (Bartos y McDonald, 2001). Otras variables que pueden ser consideradas como mediadoras internas son las creencias, las actitudes, los valores, en fin todas aquellas variables que se encuentran en el individuo y que intervienen en el proceso estrés-enfermedad, que además tengan una función adaptativa.

IV Mediadores externos; los mediadores externos representan también una fuente de evaluación del evento estresor; son una fuente de información ambiental y retroalimentan ya sea afectiva o emocionalmente de tal manera que tienen un impacto en la habilidad de la persona para hacer frente al evento estresante.

Uno de los mediadores externos más socorridos es el apoyo social que destaca la función que tiene en las relaciones interpersonales al proporcionar ayuda material, sostén emocional, afectivo e informativo entre otros. Este mediador se encuentra representado por la familia, amigos, grupos de pares, religión, grupos de autoapoyo, O.N.G.'s, etc.

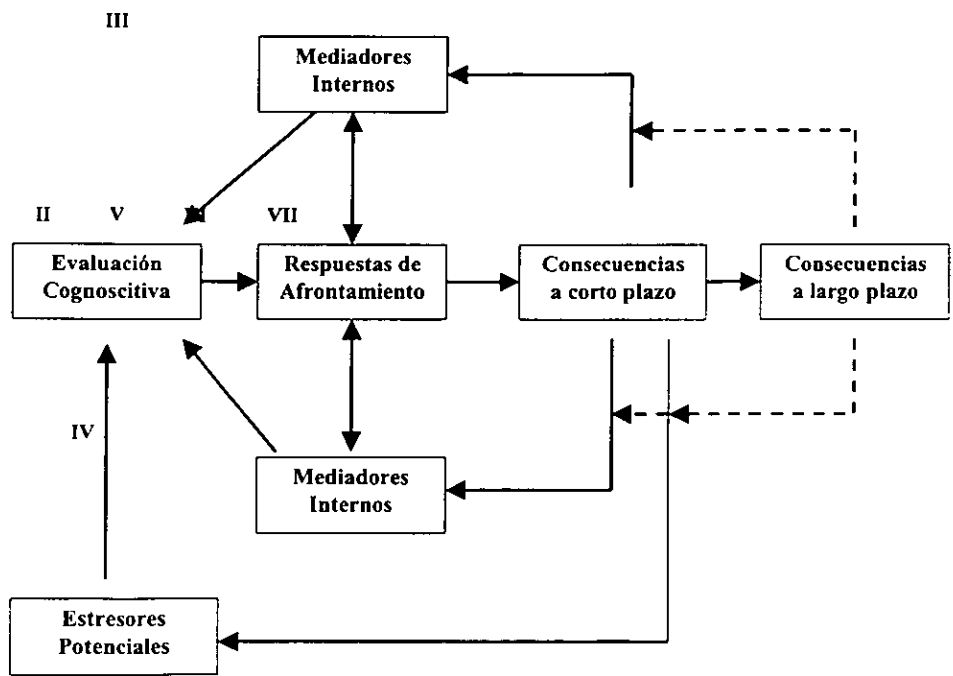
V. Respuestas de afrontamiento. Las respuestas de afrontamiento son complejas, ya que se evalúa el tipo de estresor (crónico o agudo) y pueden expresarse de forma conductual o cognoscitiva, que intentan reducir el significado estresante de la experiencia/situación/evento (González-Forteza, 1992).

Las respuestas son de tres tipos (Pearlin, Managhan, Lieberman y Mullan, 1981): a) respuestas directas activas o dirigidas a cambiar la fuente del estrés; b) respuestas paliativas o intrapsíquicas dirigidas a cambiar el significado psicológico o el impacto del estrés y c) respuestas de resignación que intentan aceptar al estresor (1966 y Pearlin y Schooler, 1978; op. cit.).

El propósito de evaluar una respuesta particular al estrés, así como sus consecuencias a corto o largo plazo, son elementos fundamentales para evaluar la efectividad de las respuestas de afrontamiento, ya éstas pueden ser inadecuadas, como por ejemplo el uso de drogas o alcohol.

VI y VII. Consecuencias a corto y a largo plazo en la salud mental. Si los eventos estresores no se enfrentan con respuestas adecuadas, es muy posible que a corto y a largo plazo traigan como consecuencia desórdenes mentales (p. e., depresión), temporales, progresivos, crónicos o cíclicos.

FIGURA 7
MODELO EXPLICATIVO DE RESPUESTA AL ESTRÉS PROPUESTO POR
CERVANTES Y CASTRO (1985)



Las investigaciones llevadas a cabo en México utilizando este modelo son muy pocas. González Forteza (1992) lo utilizó para explorar la relación entre estresores psicosociales cotidianos, su evaluación cognoscitiva del estrés, variables mediadora internas –locus de control, autoestima e impulsividad- variables mediadoras externas –relación con el papá,

relación con la mamá, apoyo familiar y apoyo social- y respuestas de afrontamiento sobre el estado emocional –síntomatología depresiva e ideación suicida- en adolescentes estudiantes del nivel de educación media básica en la Ciudad de México. Entre los resultados se destaca la construcción de género como un elemento de suma importancia, que actualiza el modelo. Por otra parte, proporciona un soporte empírico al modelo.

La misma autora, en 1996, lo utilizó nuevamente para identificar los indicadores protectores y de riesgo de sintomatología depresiva e ideación suicida, considerando como recursos internos la impulsividad, la autoestima y el locus de control y como recursos externos la relación con padre y con la madre y el apoyo; la evaluación cognoscitiva y las respuestas de afrontamiento. Trabajó con una muestra de adolescentes hombres y mujeres entre 13 y 15 años de edad, estudiantes en un plantel oficial de educación media básica –secundaria- y en una muestra de adolescentes hombres y mujeres entre 16 y 18 años de edad estudiantes en un plantel oficial de educación media superior –bachillerato- al sur de la Ciudad de México. Los resultados arrojan evidencia empírica que apoyan las relaciones entre las categorías que propone el modelo y una vez más, señala la importancia de considerar el género como una categoría de análisis y elemento indispensable para la interpretación de los datos.

Para conocer los estresores y compensadores relacionados con la salud mental de adolescentes tempranos mexicanos ante la ausencia paterna por migración internacional. Aguilera Guzmán (2001) consideró los siguientes elementos dentro del Modelo de Cervantes y Castro (1985) como evento potencialmente estresante o compensador: la Ausencia Física Paterna por Migración Internacional (AFPMI); como evaluación cognoscitiva general del estrés: la valoración desbordante del evento y dos tipos de evaluación cognoscitiva como evento estresor y como evento compensador de la AFPMI; las respuestas de afrontamiento ante el evento migratorio, los recursos internos (autoestima, impulsividad) y los recursos externos (Relación con figura masculina que lo cuida, la relación con mamá y la relación con amigos); las consecuencias a corto y largo plazo referidas al malestar y bienestar psicológico. Los datos que también fueron tratados utilizando el género como elemento de análisis, nuevamente arrojan diferencias por género en cuanto a los elementos predictores del malestar y bienestar Psicológico; pero además, también proporcionan soporte empírico al modelo propuesto.

El Modelo de Cervantes y Castro (1985) ha sido utilizado principalmente en adolescentes, para evaluar las consecuencias a corto y largo plazo de eventos estresantes que no están relacionados con padecimientos crónico degenerativos como es el VIH/SIDA.

El Modelo de Cervantes y Castro (1985) presenta una excelente propuesta teórica para analizar por separado y en interacción los recursos externos e internos y su influencia sobre el componente racional referido a la evaluación cognoscitiva del evento y sobre las conductas específicas, esto es, las respuestas de afrontamiento y todas ellas en conjunto sobre el malestar psicológico aquí tratado como sintomatología depresiva. Es importante también destacar que aquí se está tratando el estresor provocado por un estímulo plenamente identificado: el VIH/SIDA.

3. FACTORES PSICOSOCIALES

El SIDA es esencialmente una enfermedad conductual; en otras palabras, se trata de una pandemia que se transmite por la práctica de comportamientos bien definidos (Bayés, 1994): penetración sexual sin protección, compartir instrumentos de uso parenteral no esterilizados, uso de sangre y hemoderivados contaminados y, como consecuencia de las anteriores, de madre a hijo.

Para evitar la diseminación de tan mortal enfermedad, es necesario motivar a las personas a que cambien sus comportamientos de riesgo por los de prevención.

La intervención psicológica para enfrentar esta enfermedad debe seguir tres principales líneas: 1) evitar la difusión de la enfermedad; 2) maximizar la calidad de vida de los afectados y 3) disminuir la vulnerabilidad de los pacientes infectados (Arranz y Carrillo de Albornoz, 1994).

Para prevenir nuevas infecciones es necesario llevar a cabo estudios sobre la conducta sexual tanto de seronegativos como de seropositivos. Deben considerarse para el estudio el patrón sexual tales como: edad de inicio a la vida sexual, número de parejas en la vida, tipo de coito, frecuencia de uso del condón, orientación sexual y tipo de parejas sexuales -sexo-servidores(as), anónimas, conocidas y/o parejas-, tipo de coito, entre otras (Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1998).

Las poblaciones focales son muy diversas, pues existen poblaciones que con sólo recibir información pueden cambiar comportamientos. Otras, cuyas conductas de riesgo o preventivas están reguladas o asociadas a circunstancias que son percibidas como fuera de control o por sus mismas características de personalidad que los colocan en situaciones de riesgo que pueden ser consideradas como gratificantes (Díaz-Loving, 1994) y poblaciones infectadas en cuyo caso, las consecuencias médicas y sociales propias de la infección, pueden desembocar en numerosas reacciones emocionales, alteraciones psicológicas y psiquiátricas que bloquean los comportamientos para prevenir nuevas infecciones o reinfecciones. Algunos hallazgos sugieren que los hombres homosexuales han modificado sus conductas de riesgo en respuesta al VIH/SIDA, pero a pesar de la tendencia, muchos hombres no han cambiado sus conductas sexuales y otros recaen (Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA, A. C., 2000).

Las personas con VIH/SIDA, experimentan reacciones de rabia contra el mundo, culpa, sentimientos de indefensión (Villagrán-Vázquez, Díaz-Loving y López Muñoz, 1998), etc., que podrían traer como consecuencia buscar culpables y castigarlos mediante la infección. En el

caso de las reacciones físicas, los sujetos son susceptibles de cualquier clase de enfermedad oportunista y hasta desarrollar cualquier tipo de cáncer, pero ¿cómo combatir las reacciones negativas que mucha gente tiene hacia las personas con VIH/SIDA? ¿cómo ayudar a las personas a enfrentar su lucha contra la muerte?

Socialmente las personas que padecen el VIH/SIDA son estigmatizadas, entendiéndose el estigma como un patrón de prejuicio social que reduce y descuenta lo que un individuo siente o tiene, como resultado de juicios de otros acerca de sus características personales o de su membresía a un grupo (Herek y Capitanio, 1997). El doble estigma, se refiere por un lado a la enfermedad que padecen, ya que es peligrosa porque amenaza la vida y por otro lado, el VIH/SIDA, se identifica con grupos que han sido socialmente marginados: los homosexuales; lo cual por cierto es una situación perfecta para expresar más que la hostilidad hacia la enfermedad, su hostilidad o su prejuicio antihomosexual (Ruiz-Badillo, 2000).

Por otra parte ha tenido consecuencias graves para los individuos afectados, ya que son despedidos de sus empleos, rechazados en sus hogares (Strommem, cit. en Herek, 1998) y en algunas ocasiones las medidas son de aislamiento, tal como sucede en Cuba como parte de sus políticas de control sanitario; aún más, las personas afectadas son más negativamente evaluadas de lo que son las personas con otras enfermedades (Ruiz-Badillo, 2000).

El SIDA es un evento traumático y estresante para la población en general y en especial para el individuo que la padece y su familia, es por tanto un estímulo nocivo que produce un conjunto de reacciones fisiológicas y emocionales, que a diferencia de otros estímulos nocivos como desastres naturales, el SIDA se puede prevenir.

Como padecimiento social, repercute a varios niveles: social, ya que trastorna la dinámica de interacción familiar y de los grupos asociados afectivamente al individuo; económica ya que el individuo que padece la enfermedad representa un costo social elevado; es un individuo menos dentro de la población económicamente activa, además de representar una carga dentro del sistema de salud pública, ya que se invierten enormes cantidades de dinero para prevenir o para tratar las infecciones secundarias.

Es posible entonces concluir que el VIH/SIDA (y la homosexualidad) es un estímulo estresor físico y psicológico.

3.1 ESTRÉS PSICOLÓGICO, EVALUACIÓN COGNOSCITIVA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El antecedente histórico del estrés se remonta al siglo XIV de nuestra era, se describía al estrés como un estado de angustia, opresión, penuria y adversidad; en los siglos XVII y XIX el estrés denotaba una fuerza, presión o influencia poderosa ejercida sobre un objeto físico o una persona (Spielberger, 1972).

En 1956, Selye (p. 3) considera que el estrés es "esencialmente una forma natural de desgaste corporal... cualquiera que siente lo que está haciendo o lo que le están haciendo, se fatiga y se desgasta, [esto es] conoce vagamente el significado del estrés". Se pueden añadir ejemplos al respecto tales como estar cansado, tener miedo o estar enfermo, como son sensaciones subjetivas del estrés.

Las investigaciones sobre el estrés se mantuvieron por un largo período aletargadas, debido al no tener un objetivo claro y no contar con índices medibles a evaluar. Fue hasta fines de los setenta que gracias a los avances tecnológicos, se encuentra que el estrés causa ciertos cambios en la estructura y composición química de los cuerpos que pudieran ser evaluados. Algunos cambios se refieren a daños, otros son manifestaciones de las reacciones adaptativas del cuerpo, son los mecanismos de defensa en contra del estrés.

El sistema nervioso y el sistema endócrino (u hormonal) juegan papeles importantes en el mantenimiento del equilibrio fisiológico ante pues cuidan la estructura y función del organismo cuando se expone a agentes estresores tales como tensión nerviosa, infecciones, venenos, etc. El estado de estabilidad es conocido como homeostasis, concepto que fue utilizado por primera vez en psicología por Walter B. Cannon, psicólogo de Harvard, para denominar la capacidad de los seres vivos para mantenerse constantes, es decir, *homeostasis* se refiere a la habilidad (orgánica) para permanecer igual, estático o estable (op. cit).

A los cambios totales —síndrome de estrés— se le llama el síndrome general de adaptación (GAS., por sus siglas en inglés), y es producida por agentes que tienen un efecto general en una amplia porción del cuerpo. Su función es adaptativa porque estimula la defensa y por lo tanto ayuda a la adquisición y mantenimiento de una etapa de habituación.

Este síndrome se desarrolla en tres etapas: (1) reacción de alarma; (2) etapa de resistencia y (3) etapa de agotamiento.

Estrés es el estado manifestado por un síndrome específico que consiste de todos los cambios no específicamente inducidos dentro de un sistema biológico. Así el estrés tiene su

forma característica propia, pero sin una particular causa. Los elementos de su forma son visibles a los cambios debidos al estrés, cualesquiera que sea su causa. El estrés es un estado que puede ser reconocido solamente mediante sus manifestaciones; su esta causa cualquiera que sea, se le denomina estresor.

El estrés es un complejo proceso psicobiológico que comprende varios elementos, los cuales se interrelacionan, varían en orden de presentación o son simultáneos (Spielberger, 1972).

1. El proceso se inicia con una condición o situación externa, peligrosa o nociva (en términos objetivos); el estresor 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 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, esto es una reacción de ansiedad o perturbación emocional.

4. El individuo 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 sensaciones disruptivas asociadas. El estrés interfiere entonces con los patrones normales de respuesta; la tensión es una fuerza que requiere un cambio, una adaptación.

5. El estímulo produce una reacción emocional que se manifiesta en la activación y excitación del Sistema Nervioso Autónomo.

Es necesario establecer las relaciones y diferencias entre los conceptos de ansiedad, estrés, temor y angustia; Zuckerman (1960) define la ansiedad como una actitud mental comprensiva que precede a 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). Por su parte, Ajuriaguerra y Marcelli (1984) señalan que el término 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 de la educación.

Lazarus y Folkman (1986) consideran cinco acontecimientos, que han estimulado el interés por el estrés (y el afrontamiento):

1. La preocupación por las diferencias individuales. Se ha visto que el rendimiento ante tareas similares, algunos individuos rinden más mejor que otros en situaciones de estrés. Los estudios ponen de manifiesto que no era posible predecir el rendimiento por simple referencia a estímulos estresantes y que para pronosticar el resultado era necesario tener en cuenta los procesos psicológicos responsables de las diferencias individuales en la reacción. Se destacan así los factores personales tales como la motivación y el afrontamiento, lo cual indujo a cambios en la formulación del problema del estrés, lo que se inicia el interés por las variables mediadoras o moderadores, así como sus interacciones.

2. El renacimiento del interés por los fenómenos psicosomáticos. Una mirada renovadora al estrés y la enfermedad, surgida del trabajo de Selye, el cual apoyó de manera importante la convicción de que los factores sociales y psicológicos son realmente importantes en la salud y en la enfermedad. Las enfermedades no son producidas solamente por agentes externos (bacterias o virus) o accidentes traumáticos sobre el organismo y se acepta que los organismos son vulnerables o resistentes a la enfermedad. El interés sobre los fenómenos psicosomáticos se refleja con la apertura de los campos de la psicoimmunología y psicología de la salud.

3. Terapia conductual como alternativa a la terapia psicodinámica tradicional. Este movimiento considera como factores principales en la psicopatología y en el afrontamiento, la forma en la que el individuo interpreta sus experiencias y se centra en las intervenciones necesarias para modificar los pensamientos y, con ellos los sentimientos y los actos.

4. La psicología evolutiva, ha dado pauta para prestar atención a los cambios que presenta el ser humano a lo largo del ciclo de vida. Uno de los temas centrales es el estrés de las transiciones y de los cambios sociales y de cómo se afrontan (p. e. el síndrome del nido vacío, las crisis de mitad de la vida, la viudez y la jubilación, entre otros).

5. Aspectos ambientales o sociológicos. Tanto la psiquiatría como la psicología clínica vuelven la mirada a los aspectos ambientales y se apartan del énfasis exclusivamente intrapsíquico otorgado a los procesos explicativos de la psicopatología, según el cual, estos procesos residían de forma primaria dentro del individuo. Los estudios etológicos vinieron a demostrar la importancia del medioambiente y proporcionaron información suficiente sobre los hábitats naturales del ser humano. Así llegaron a la conclusión de que el estrés depende, en parte, de las demandas sociales y físicas del entorno.

Lazarus (1966, cit. en Lazarus y Folkman, 1986: pp. 35-36) sugirió la definición del estrés como "un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal". El concepto, sin embargo, quedaba incompleto ya que para adaptarse mucha gente pasa por procesos cognoscitivos, acciones específicas y estilos de vida de forma rutinaria y automática que para ellos no significan necesariamente estrés.

Para esclarecer el concepto de estrés se consideraron las orientaciones definitorias clásicas: la definición de estímulos, de respuestas y de relaciones.

Definiciones de estímulo y de respuestas. La definición más común es la que considera al estrés como un estímulo (o acontecimiento que genera estrés); los acontecimientos pueden estar fuera del individuo o bien en el interior del individuo (hambre, apetencia sexual, hormonal, características neurológicas).

La clasificación de los estímulos inductores de estrés o estresores son los siguientes:

a. Cambios mayores que afectan a un gran número de personas, se sitúan fuera de cualquier tipo de control, por ejemplo los cataclismos, los desastres naturales, las guerras, el encarcelamiento, el desarraigo. Se trata de hechos que pueden ser prolongados o pueden ocurrir de forma rápida (temblores de tierra, huracanes), aunque el efecto físico y psicológico producido por el más breve desastre puede extenderse en el tiempo de forma prolongada.

b. Cambios mayores, que afectan a una persona o a unas pocas. Este tipo de acontecimientos pueden hallarse fuera del control de la persona (como la muerte de un ser querido), la amenaza a la propia vida (una enfermedad incapacitante, como el VIH/SIDA), pérdida del trabajo. También pueden estar fuertemente influidos por el control de los individuos, p. e., el divorcio, el dar a luz, someterse a exámenes.

Se considera que cualquier cambio, sea positivo o negativo puede tener un efecto estresante.

c. Los ajetreos diarios. La vida cotidiana está llena de experiencias estresantes mucho menos dramáticas que surgen como consecuencia de los lugares que ocupamos en la vida. Los ajetreos diarios son aquellas pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos (p. e., convivir con fumadores, reñir con la esposa/o, sentirse solo, etc.). Aunque las molestias que se presentan a diario sean menos dramáticas que los cambios mayores, pueden ser incluso más importantes en el proceso de adaptación y de conservación de la salud.

Las demandas pueden ser crónicas (p. e., la secreción gástrica, solo se produce en el estado de un estrés crónico) o agudas. En resumen los estímulos son potencialmente diferentes, sea en la magnitud y clase de adaptación requerida, el grado de control que tiene el individuo sobre el acontecimiento y hasta qué punto puede predecirlo, la valoración positiva o negativa, etc.

Elliot y Eisdorfer (1982, cit. en Lazarus y Folkman, 1986) proponen cuatro tipos de estímulos estresantes que difieren en su duración:

- a. Estresores agudos, limitados en el tiempo, p.e. una intervención quirúrgica.
- b. Secuencias estresantes o series de acontecimientos que ocurren durante un período prolongado, p. e., divorcio, pérdida del trabajo, fallecimiento de un familiar, etc.
- c. Estresores crónicos intermitentes, tales como visitas conflictivas, problemas sexuales.
- d. Estresores crónicos, los cuales pueden haberse iniciado o no por un acontecimiento discreto que persiste durante mucho tiempo, p. e., riña entre los padres, estrés laboral crónico.

Es necesario por lo tanto no solamente considerar el tipo de estresor, sino también las diferencias individuales a la vulnerabilidad de los estímulos. Las características individuales confieren fuerza y significado a las situaciones que actúan como estímulo.

Si se pretende evaluar el estímulo estresor a través de las respuestas que produce, entonces no se dispondría de un modo sistemático de identificar aquello que resulta estresante de lo que no. La respuesta al estímulo no puede juzgarse como reacción psicológica al estrés sin hacer referencia al estímulo que la ha originado; visto así, surge la pregunta ¿qué hay en el estímulo que produce una respuesta particular ante el estrés y qué hay en la respuesta que indique un estrés particular?

El planteamiento estímulo-respuesta (estresor-respuesta) hace difícil distinguir el estrés de cualquier otro estímulo excepto cuando el grado de trastorno originado sea muy superior al habitual. Más aún, se hace difícil definir un estado de equilibrio o estado basal a partir del cual evaluar el grado de trastorno producido.

Definición de relaciones. Una persona no se pone enferma como resultado único de la existencia de agentes nocivos en el medio ambiente, sino como resultado de su sensibilidad a la acción de esos agentes. Es la relación organismo-ambiente la que determina la condición de enfermar.

El estrés por sí sólo no es suficiente causa de enfermedad; para que ésta se produzca deben concurrir otras condiciones: tejidos vulnerables o procesos de afrontamiento inadecuados.

Una definición de estrés, por lo tanto, requiere que se consideren las condiciones ambientales y las características del individuo. Lazarus y Folkman (1986: p.43) definen el estrés psicológico como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar".

Aunque Lazarus y Folkman ponen en la mesa de la investigación la evaluación cognoscitiva haciendo referencia a las repercusiones y consecuencias que tienen lugar de forma continua durante todo el estado de vigilia, fueron Grinker y Spiegel (1945) quienes anteriormente escribieron que la evaluación "de la situación requiere una actividad mental en la que se incluye el proceso de enjuiciamiento, discriminación y elección, basados en la experiencia pasada" (p. 122).

Arnold (1970) fue la primera en intentar tratar el concepto de forma sistemática y trata a la evaluación como el determinante cognitivo de la emoción, describiéndola como un proceso rápido e intuitivo que ocurre de forma automática y que se diferencia del pensamiento reflexivo, más lento y abstracto.

El proceso de evaluación conlleva el hecho de que para sobrevivir, el ser humano necesita distinguir entre situaciones favorables y peligrosas. Dado que los individuos reaccionan ante los estímulos es necesario entender las diferencias observadas en la respuesta ante situaciones similares (p. e., ante un proceso terminal, el individuo suele negarse a afrontar el hecho de una muerte inminente, sin embargo puede presentar también ansiedad al considerar el problema una y otra vez o deprimirse ante tal situación); se deben tener en cuenta los procesos cognoscitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación. La evaluación cognoscitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, estilos de pensamiento, percepción, etc.) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse.

Esta postura acerca de la importancia de la mente en las respuestas ante los estímulos recibió enorme rechazo por parte de la psicología conductista, la cual se empeñó durante más de la mitad del siglo XX en demostrar la inutilidad e incluso la falta de credibilidad científica que tiene el hecho de estudiar lo que ocurre en ella (Bolles, 1974: cit. op. cit.). En esta visión se

destaca la enorme importancia que tiene la subjetividad, ya que dependiendo de las experiencias de los individuos se percibirán y evaluarán los estímulos.

El SIDA podría considerarse como un acontecimiento que induce a cambios mayores que afectan a pocas personas, pero que además se vincula con los ajetreos cotidianos; el SIDA es también como lo señala Flores (1994) un suceso tan negativo que es aún peor que la muerte. La adquisición del VIH/SIDA por alguno de los miembros de la familia es por tanto un estímulo estresante que obliga a los individuos (y a su familia) a exhibir una serie de estrategias para hacer frente al estímulo estresor.

Las formas de enfrentar el estrés se relacionan también con la filosofía de vida, los estilos de responder ante la crisis y el apoyo social (Marsella, Escudero y Santiago, 1969), además de las características del evento estresante. En el caso del SIDA, la exposición al estímulo es agudo y crónico, tanto para el enfermo como para todos aquellos relacionados afectivamente con el enfermo (amigos, parejas sexuales y miembros de la familia), ya que afrontan dificultades prácticas y problemas interpersonales (Rait, 1991; Williams y Stafford, 1991).

¿Cómo responden los individuos a los eventos estresantes?

Al responder a los eventos estresantes, el organismo pone en marcha mecanismos cognoscitivos y emocionales que tienen el propósito de dominar una situación nueva que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, cambiante o gratificante (Murphy, 1962, cit. en González Forteza, 1992).

Antes de responder, los individuos evalúan la situación. La evaluación cognoscitiva teóricamente conlleva dos procesos, que no implican un orden temporal (Lazarus y Folkman, 1986):

❖ Evaluación del evento (primaria). El individuo califica la situación como: a) *irrelevante*, esto es, no tiene ninguna implicación; b) *benigna-positiva*, cuando preserva el bienestar o ayuda a conseguirlo o bien c) *estresante*, la situación significa daño/pérdida, es decir, cuando el individuo ya recibió algún perjuicio, lesión o enfermedad incapacitante; o bien significa amenaza, es decir, los daños o pérdidas no han ocurrido, pero se prevén; o bien significa desafío, que tiene mucho en común con la amenaza en el sentido de que ambos implican movilización o respuestas para hacerle frente a la situación. La amenaza y el desafío no son excluyentes.

❖ Evaluación de los recursos (secundaria). Esta forma de evaluación está dirigida a determinar qué puede hacerse (*Estrategias de Afrontamiento*). Durante la evaluación, se

reconocen los recursos individuales y sociales que pueden aplicarse o utilizarse para hacer frente a la situación; conlleva además, una expectativa de resultados (positivos) y una expectativa de eficacia que se refiere a la convicción de que se es capaz de llevar a cabo y con éxito la conducta adecuada.

Dado que la percepción de la situación y su evaluación son dinámicas, se introduce un nuevo elemento: la *Reevaluación*, concepto que hace referencia a un cambio introducido en la evaluación inicial en base a la nueva información recibida del entorno. La Reevaluación se produce debido a los procesos que son mediadores en las complejas transacciones entre el individuo y el entorno e incluso puede llevar a una reevaluación defensiva, forma que se diferencia de otras ya que se considera autoinducida, es decir, proviene de la necesidad interna del individuo más que de las presiones del entorno.

El *afrontamiento* fue un concepto de gran importancia en las décadas de los 40' y 50' pues significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica, constituyendo el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos.

Dentro de los planteamientos tradicionales para explicar el concepto de afrontamiento se encuentran:

1) Los que utilizan la experimentación animal que se basan en las teorías sobre la supervivencia animal, la cual depende de las habilidades para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno y así poder evitar, escapar o vencer a los agentes nocivos; el animal depende de su sistema nervioso. Las investigaciones con un fundamento psicofisiológico trabajan sobre el concepto de afrontamiento activo (p. e., Miller, 1980 y Obrist, 1981: citados en Lazarus y Folkman, 1986) en contraste con el de afrontamiento pasivo. Se sugiere que el afrontamiento activo es un mediador importante en los cambios cardiovasculares regulados por el sistema nervioso simpático. La crítica a esta postura se dirige al enfoque simplista y pobre en contenido y complejidad cognoscitivo-emocional; ya que las investigaciones se sustentan principalmente en las conductas de huida y evitación, dejando de lado cuestiones humanas como los afrontamientos cognoscitivo y de defensa.

2) los que utilizan el modelo psicoanalítico del yo, que intentan explicar los procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo-entorno. Estos modelos ofrecen una jerarquía en la que el afrontamiento hace referencia a los procesos más organizados o maduros del ego; a continuación vendrían las defensas, que se refieren a formas neuróticas de

adaptación, también distribuidas jerárquicamente y, por último se encontrarían los procesos de fragmentación o fracaso del ego.

Meninger identifica cinco órdenes o recursos reguladores, clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna que indican (1963; cit. en Lazarus y Folkman):

a) recursos de afrontamiento de primer orden tales como el autocontrol, el humor, el llanto, lamentarse, discutir, pensar, liberar la energía de una forma u otra; cuando alguno de los recursos se presenta en forma extrema, pierde su categoría de recurso de afrontamiento.

b) recursos de segundo orden incluyen el abandono por disociación (amnesia, despersonalización), el abandono a impulsos hostiles (compulsiones, rituales) y la sustitución del yo o parte del yo como objeto de agresión desplazada (humillación autoimpuesta).

c) recursos de tercer orden están representados por conductas explosivas episódicas, incluyen las agresiones violentas, las convulsiones y las crisis de pánico.

d) recursos de cuarto orden representan un aumento de la desorganización.

e) recursos de quinto orden se refiere a la desintegración total del ego.

En el sistema anteriormente expuesto, los recursos de afrontamiento son aquellos que indican la desorganización y el quebrantamiento mínimo; la crítica al planteamiento es que cualquier indicio de descontrol o desequilibrio por definición, descalifica el recurso.

Otro sistema jerárquico para clasificar los procesos del ego es el que expone Haan (1977: cit en op. cit.); la organización jerárquica tripartita propone: a) Afrontamiento; b) Defensa y c) Fragmentación.

Los modelos psicoanalíticos que han dominado la teoría del afrontamiento también se han interesado en su medición, sin embargo lo que han hecho es simplemente clasificar a los individuos para predecir la forma en cómo afrontarían algunos o todos los acontecimientos estresantes.

Esta aplicación del modelo psicoanalítico del yo da como resultado considerar el afrontamiento estructuralmente, como un estilo o un rasgo más que como un proceso dinámico del yo (p. e. una persona puede clasificarse como conformista o consentida, obsesivo-compulsiva, supresora, represora o sublimadora).

Un estilo de afrontamiento representa formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a tipos particulares de individuos tales como el poderoso o el que carece de poder, el

amigable o el hostil, el controlador o el permisivo; o a tipos particulares de situaciones tales como ambiguas o claras, inminentes o alejadas, temporales o crónicas, evaluativas o no.

Los rasgos se refieren a las propiedades que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones, tienen un espectro menos amplio. Entre los rasgos identificados están la represión-sensibilización, mal humor y buen humor, afrontamiento-avoidancia, control-búsqueda.

Los estilos cognoscitivos originados en el modelo psicoanalítico se refieren a respuestas automáticas más que a las que obedecen a un esfuerzo y, por lo tanto, Lazarus y Folkman (op. cit) no los consideran estilos de afrontamiento. Los estilos cognoscitivos sirven como mecanismos de control y sus efectos guardan cierto parecido con los estilos de afrontamiento.

Los modelos tradicionales insisten en los rasgos o estilos; en estructuras del yo desarrolladas por el sujeto que, una vez creadas, actúan presumiblemente como predisposiciones estables para afrontar de una forma u otra los acontecimientos de la vida. Todos los intentos y propósitos de un individuo quedarían determinados por sus rasgos. Los rasgos de afrontamiento así considerados han tenido muy poco valor predictivo en los procesos de afrontamiento reales. Cohen y Lazarus (1973) entrevistaron a pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente, para conocer lo que pensaban y hacían en una determinada situación. En el momento en que aparecía la amenaza, este tipo de información no podía obtenerse con una medición de rasgos. Los resultados oscilaron entre la evitación, el escaso conocimiento y el afrontamiento vigilante. La medición directa del rasgo no predice la forma en que el individuo afrontaría realmente la amenaza en el momento de su aparición. Por otra parte, el rasgo no refleja adecuadamente la naturaleza multidimensional de los procesos de afrontamiento utilizados para enfrentarse a situaciones de la vida real.

Otro punto a destacar es cuando la eficacia (o éxito) implica necesariamente afrontamiento y la ineficacia defensa, se produce inevitablemente una confusión entre el proceso de afrontamiento y el resultado del proceso

Kahn y cols (1964, cit en Lazarus y Folkman, 1986: pp. 156-157) señalan que la conducta de afrontamiento debería incluir tanto éxitos como errores:

"El concepto de afrontamiento se define por las conductas englobadas en él, no por los éxitos conseguidos con tales conductas. Puede incluso resultar provechoso concentrarse en aquellas conductas que intentan afrontar el estrés sin conseguirlo. El estudio psicoanalítico de los mecanismos de defensa se habría complicado de haberse limitado a la observación de las conductas defensivas claramente efectivas. Muchas veces es en las situaciones de fracaso donde pueden verse con claridad las ramificaciones de un mecanismo de afrontamiento o de defensa"

Por lo anterior, las definiciones de afrontamiento deben incluir los esfuerzos necesarios para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado; lo que significa que ninguna estrategia debe considerarse inherentemente mejor que otra.

Como alternativa a las formulaciones tradicionales sobre el afrontamiento, Lazarus y Folkman (op. cit.: p. 164) proponen como definición:

“...aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

La definición se orienta hacia el afrontamiento como proceso, lo cual se refleja en las palabras constantemente cambiantes. Implica una diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada. Como proceso permite incluir lo que el individuo piense o haga independientemente del resultado, y el concepto manejar que significa minimizar, evitar, tolerar, aceptar las condiciones estresantes, así como intentar dominar el entorno.

El afrontamiento tiene múltiples funciones de acuerdo con el objetivo que se persigue. Las funciones del afrontamiento pueden ser muy generales cuando se trabaja desde el punto de vista teórico psicoanalítico del yo, o más específicos cuando se trabaja con afrontamiento en contextos delimitados (p. e. salud/enfermedad).

Se habla de estrategias de afrontamiento porque se habla de un proceso regulable, que tiene la finalidad de asegurar una decisión óptima en cada momento.

Las funciones del afrontamiento también pueden tratarse como (Lazarus y Folkman, op. cit.):

1) aquellas que se dirigen a manipular o alterar el problema (Afrontamiento dirigido al Problema). Este tipo de Afrontamiento tiene mayores probabilidades de aparecer cuando las condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio. Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las estrategias utilizadas para la resolución de éste, a la búsqueda de soluciones alternativas en base a su costo, a su beneficio, a su elección y a su aplicación. Sin embargo, el Afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio, mientras que la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno. El afrontamiento dirigido al problema incluye estrategias que hacen referencia al interior del individuo.

Kahn y cols. (1964; op.cit) señalan dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: a) las que hacen referencia al entorno, se dirigen a modificar las presiones

ambientales, obstáculos, recursos, procedimientos, etc., y b) las que se refieren al sujeto, incluyen estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognoscitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o aprendizaje.

En este sentido se podría hablar de reevaluaciones cognoscitivas dirigidas al problema.

2) dirigidas a regular la respuesta emocional surgidas de un problema específico (Afrontamiento dirigido a la Emoción). Este afrontamiento tiene una mayor probabilidad de aparecer cuando ha habido ya una evaluación que dio como resultado que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

Dentro del Afrontamiento dirigido a la emoción se encuentran los procesos cognoscitivos encargados de:

a) disminuir el grado de trastorno emocional, que incluye estrategias como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, extracción de valores positivos de acontecimientos negativos.

b) aumentar el grado de trastorno emocional, ya que algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor, o bien como medio para precipitarse a la acción.

c) las que modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente lo que implica una estrategia de reevaluación que se refiere a maniobras utilizadas para reducir la sensación de amenaza p. e.: *las cosas podrían estar peor*.

3) dirigidas a regular la respuesta emocional y la resolución del problema (Apoyo Social); la estrategia utilizada es hablar con alguien para saber más acerca de la situación y del problema, aceptar la simpatía y comprensión de sus semejantes.

Folkman y Lazarus (1980) consideran que los afrontamientos dirigidos al problema y a la emoción se influyen entre sí, o bien se pueden interferir. Mencionan que para evaluar el afrontamiento como proceso se deben cumplir tres funciones: 1) el afrontamiento debe examinarse dentro de un contexto de un evento específico; 2) que la persona indique lo que hace, en contraste con lo que generalmente hacía y 3) múltiples evaluaciones durante para examinar los cambios en el enfrentamiento a través del tiempo.

La decisión de cuál estrategia de afrontamiento llevar a cabo, como ya se dijo, requiere de una evaluación primaria, proceso durante el cual el individuo evalúa la situación como

irrelevante o estresante (daño/pérdida, amenaza, desafío), y de una evaluación secundaria, donde el individuo considera los recursos con los que cuenta, ya sean personales (físicos, psicológicos) y sociales.

De ahí que también se plantean dentro del presente trabajo la evaluación de los recursos psicológicos tales como el Locus de Control sobre la Salud, el Autoconcepto y la Satisfacción con la red de Apoyo y los recursos sociales, tales como la red de apoyo.

Las Estrategias de Afrontamiento es un constructo muy socorrido dentro de la investigación en relación con situaciones que producen alteraciones en el bienestar de las personas y en especial aquellas que llegan a producir estrés, como enfermedades, accidentes, situaciones de la vida cotidiana, etc.; de Ridder y Schreurs (2001) señalan que en la década pasada se han dedicado enormes esfuerzos para entender y explicar la forma en que los pacientes crónicamente enfermos enfrentan su condición. Los hallazgos sugieren que los pacientes están particularmente inclinados a usar estrategias orientadas a la emoción para reducir los altos niveles de ansiedad causada por sus enfermedades, aunque muchos de ellos emplean un amplio rango de estrategias cuando evalúan su situación como sumamente estresantes.

En el particular caso del VIH/SIDA, el momento de dar el diagnóstico y la forma de entregarlo constituye un elemento que puede potencializar el estrés. En este sentido, existe todo un procedimiento de consejería que ayudaría enormemente en lo que a la puesta en marcha de estrategias para hacerle frente al problema o bien para trabajar prevención en el caso de no estar infectados e incurrir en prácticas de alto riesgo de contraer VIH/SIDA.

Otro de los factores que se ha considerado de gran importancia es el apoyo social, el cual se dice que sirve como un amortiguador en contra de los eventos estresantes de la vida y que además promueve un afrontamiento más efectivo, ayuda fortalecer la autoestima, motiva y compromete a los individuos a llevar a cabo conductas saludables (Wortman, 1984); por otra parte, parecen estar también relacionadas las estrategias de afrontamiento saludables con la satisfacción del apoyo social en grupos de hombres seropositivos al VIH/SIDA (Leserman, Perkins y Evans, 1992).

En el caso del VIH/SIDA se ha encontrado que existe una relación entre el estrés, el deterioro del sistema inmunológico y la forma de hacerle frente. Ya en 1987, Workman informa que los estudiantes sometidos a un examen —situación de estrés— mostraron mayor supresión de la proliferación linfocitaria T, que el grupo control —que no presentaron examen—; además encontraron que los sujetos con un estilo de respuesta de intrusión (alto grado de invasión de

los estresores en la experiencia del individuo durante la semana anterior, por ejemplo soñar y pensar en el examen) estaban significativamente más inmunodeprimidos que aquellos con un estilo de evitación (cit. en Alfaro Martínez, 2001).

Murphy y cols. (2000) al llevar a cabo un estudio con adolescentes VIH positivos, encontraron que la satisfacción con la red de apoyo y las estrategias de afrontamiento se asociaron directamente con un decremento en la depresión; esto es, si el apoyo social no actúa como un amortiguador y los adolescentes tienen habilidades de afrontamiento pobres, es más probable que manifiesten síntomas depresivos.

El afrontamiento es un proceso influenciado por múltiples estresores que compiten incluyendo la discriminación social, la pobreza, el abuso de sustancias, así como los recursos de afrontamiento sociales e individuales, de tal manera que el afrontamiento relacionado al VIH se puede definir como los pensamientos y conductas usadas para abordar la infección del VIH. El afrontamiento implica actividades cognoscitivas y conductuales que sirven para manejar demandas externas relacionadas con la infección que son vistas como personalmente amenazantes.

Taylor (1983, cit. en Kalichman, 1995), basado en la investigación sobre VIH y afrontamiento propone un Modelo Cognoscitivo de Adaptación, el cual provee de una estructura para describir el ajuste –proceso penetrante que frecuentemente involucra distorsiones de la realidad al servicio de la protección psicológica- a la infección por VIH. La adaptación a la enfermedad que amenaza la vida se caracteriza por tres temas generales: la búsqueda del *significado*, intentos por recuperar el *poder o control* sobre la enfermedad y los esfuerzos por aumentar la *autoestima*.

El significado se deriva de los esfuerzos de un individuo por entender la adversidad y el sufrimiento humano. Las percepciones de cómo pudo infectarse de VIH y las creencias de sus implicaciones, pueden proporcionarle un sentido del significado o búsqueda a preguntas tales como ¿porqué a mí?. Un sentido del significado se obtiene frecuentemente de los esfuerzos conscientes de vivir cada día a su máximo, por lo que la gente con VIH suele experimentar un sentido personal de crecimiento. Los portadores de VIH declaran que se logra un sentido de sabiduría, fortaleza, resiliencia y consolidación de las creencias centrales como resultado del aprendizaje de que son VIH positivos (Borden, 1991, cit. en op. cit.)

Tanto Schwartzberg (1993) como Schaefer y Coleman (1992) han encontrado que los portadores de VIH perciben el hecho como un cataclismo que les permite crecer como

personas: surge el amor a uno mismo, se jerarquizan los valores y el tiempo y son capaces de perdonar con mayor facilidad.

Las percepciones de control desarrollan un sentido de poder que se cree que se tiene sobre la enfermedad. Un sentido de control amortigua los efectos de los eventos estresantes de la vida y puede conducir a un afrontamiento activo para facilitar la recuperación de la salud.

Las fuentes del control percibido incluyen: uno mismo, otros poderosos, dios, las oportunidades. Existen dos fuentes de control: interno (control personal, creencias acerca de las acciones que pueden cambiar la progresión de la enfermedad) y externo (el control involucra las creencias en agentes poderosos externos o fuerzas que controlan el curso de la infección. En este sentido se trata del locus de control sobre la salud. El control personal puede tomar la forma de estrategias de afrontamiento; en este sentido la persona puede asumir el control personal sobre algún particular aspecto de la enfermedad (p. e. tratamiento médico). El control y el afrontamiento pueden parecer similares y frecuentemente se traslapan. Las percepciones de control pueden motivar acciones de supresión de síntomas relacionados al VIH, tales como el incremento de la relajación, el sueño, el mejoramiento del autocuidado y la reducción del estrés (Reed y cols., 1993, cit. en Kalichman, 1995).

Los cambios en la imagen corporal, las limitaciones físicas y la pérdida de los roles sociales afectan adversamente la autoestima de los pacientes con enfermedades crónicas. El realce del yo se logra mediante la derivación de los beneficios personales de las experiencias de la enfermedad ya sea mediante las comparaciones con uno mismo o con otros quienes son menos afortunados o mediante el enfoque de aspectos de la enfermedad para producirse a sí mismo sentimientos de prosperidad.

Las variables socioculturales también son de suma importancia para el estudio del afrontamiento al estrés. Díaz-Guerrero (1984) trabajó sobre los determinantes de la filosofía general de vida del mexicano. Los datos que arrojan sus investigaciones indican que los anglosajones presentan un estilo *activo*, en contraste con el mexicano que es *pasivo*. Los mexicanos parecen menos dispuestos a confrontar el estrés, ya que se inclinan a una actitud de aguante; esta actitud parece estar más en consonancia con la tradición hispanoamericana basada en el valor enaltecido del sufrimiento

Las estrategias de afrontamiento también han sido de gran utilidad para desarrollar terapias tales como: *el Entrenamiento de Inoculación al estrés* y la *Terapia de Resolución de Problema*.

Auerbach, Oleson y Solomon (1992) al trabajar con terapia conductual y cognoscitiva conductual con pacientes HIV positivos con sesiones de relajación, biofeedback, imaginación guiada e hipnosis obtuvieron como resultado que los pacientes se mostraran más vigorosos, con menos síntomas postratamiento.

Folkman y cols. (1991, cit en de Ridder y Schreurs) llevaron a cabo una terapia cognoscitiva conductual con hombres homosexuales seropositivos al VIH deprimidos. Trabajaron ocho semanas en sesiones grupales: entrenamiento en afrontamiento, apoyo social, lecturas didácticas. Los resultados del entrenamiento arrojaron una mejoría en las estrategias de afrontamiento, por ejemplo reducción de la culpa y disminución del VIH; humor positivo y reducción de la depresión.

Otro ejemplo del uso de las estrategias de afrontamiento es el trabajo de Mulder y cols. (1994) quienes trabajaron con pacientes hombres HIV positivos terapia cognoscitiva conductual y psicoterapia; el entrenamiento consistió en una reestructuración cognoscitiva, habilidades de afrontamiento, educación fisiológica, social y psicológica (p. e. afrontamiento enfocado al problema y a la emoción), aspectos de respuesta al estrés y una terapia experiencial basada en el existencialismo humanista de la psicoterapia tradicional. Después del entrenamiento los individuos mostraron decremento de la ansiedad.

Por otra parte, Blomkvist y cols. (1994, cit. en Alfaro Martínez, 2000) observaron y registraron las estrategias de afrontamiento de pacientes hemofílicos HIV positivos y la relación entre el nivel de CD4. Los resultados indican que aquellos pacientes con afrontamiento activo (hábitos alimenticios adecuados, bajo consumo de alcohol, drogas y prácticas deportivas) mostraron significativamente más altos niveles de CD4, en comparación con aquellos pacientes con afrontamiento pasivos. esto es dependientes. con malos hábitos de alimentación y ausencia en las citas médicas.

Se ha puesto mucho énfasis en la forma en que las personas hacen frente al VIH/SIDA -estrategias de afrontamiento- a su relación con las redes de apoyo y con otros aspectos que se han considerado como parte de la personalidad, tales como la depresión, el locus de control, la autoestima. Como ha podido observarse algunos de los conceptos se traslapan al evaluarlos, pero no por ello pierden su independencia conceptual y teórica.

3.2. REDES DE APOYO, ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

La historia nos muestra cómo la visión acerca de las enfermedades ha variado. Antiguamente se consideraba que las causas de las enfermedades mentales se encontraban dentro del individuo. Posteriormente, para reducir el número de enfermos mentales, el tratamiento debía extenderse al mayor número posible de personas con problemas (Goodhart y Zautra, 1984, cit. en Barrón, 1992). Así, la concepción acerca de los trastornos mentales ha ido del énfasis en los factores intra psíquicos a los elementos socioambientales. Lo anterior implica el concepto de salud mental, en el que se ven involucrados no sólo los recursos del individuo sino también variables sociales, económicas y educativas.

A finales de los años sesenta se observaba un creciente interés por la influencia de los sistemas sociales en la conducta humana y en especial sobre la salud y la enfermedad.

Las severas críticas al modelo médico tradicional trajeron como consecuencia el cambio de enfoque en el estudio de los factores psicosociales potencialmente capaces de influir en la salud, bien ejerciendo un efecto benéfico, bien mostrando propiedades inductoras del estrés. El sociólogo Durkheim en un clásico estudio (cit. en Barrón, 1992) muestra cómo el debilitamiento de los lazos sociales (familia, comunidad, iglesia, etc.) predispone suicidio, por la anomia que se produce.

Dentro de la disciplina psicológica se han interesado por el fenómeno del apoyo social, los teóricos del Intercambio, quienes subrayan la importancia de la equidad y de los intercambios reforzantes en la satisfacción personal, en donde se consideran tanto los recursos materiales como simbólicos. También teóricos de la Congruencia Cognitiva, que destacan la importancia del grupo en distintos aspectos del desarrollo cognitivo-afectivo del ser humano y la Psicología Comunitaria, en cuya filosofía y características se encuentra la raíz misma del interés y preocupación prioritaria por el tema de apoyo social.

El auge del tema apunta hacia temas: a) la importancia etiológica de los distintos trastornos y enfermedades; b) su relevancia en los programas de tratamiento y rehabilitación y c) su utilidad en la integración conceptual de la literatura sobre factores psicosociales y trastornos, ya que gran parte de dichos factores psicosociales influyen en la salud a través de la ruptura que provocan en las redes sociales.

En 1985, Wilcox y Vernberg escriben “ la relativamente modesta relación entre la medición de estresores sociales y la medición de la sintomatología y de la conducta enferma ha conducido a muchos investigadores a explorar las formas en las cuales una variedad de

factores biológicos, psicológicos, conductuales y situacionales podrían moderar las relaciones entre los estresores de la vida y los resultados en la salud" (p. 3).

¿Qué es el apoyo social? Caplan (1974, cit. en Wilcox y Vernberg, 1985: p.4) sugiere que "los sistemas del apoyo social consisten en *grupos sociales que proveen al individuo de oportunidades para retroalimentarse acerca de ellos mismos y para validar sus expectativas de otros*". El apoyo de los otros abarca información y guía cognoscitiva, recursos tangibles y ayuda, sostenimiento emocional el tiempo que se necesite.

Por su parte, Cobb (1976, cit. en Wilcox y Vernberg, 1985: p.4) define el apoyo social "como "la información que conduce a los individuos a creer que es cuidado y amado... estimado y valorado ... [y] que pertenece a una red de comunicación con obligaciones mutuas". El autor describe posteriormente tres formas de apoyo social: apoyo instrumental (consejería), apoyo activo (maternaje) y apoyo material (bienes y servicios).

Para House (1981, cit. en Wilcox y Vernberg, 1985: p.4), el apoyo social es una transacción interpersonal que involucra uno o más de lo siguiente: interés emocional (simpatía, amor, empatía), ayuda instrumental; información (sobre el medioambiente) y evaluación (información relevante sobre la actuación personal).

Barrón (1996) plantea que definir el apoyo social no es tarea sencilla, ya que existen numerosas definiciones, con un número igual de relaciones y evaluaciones que implican muy variadas actividades, p. e. escuchar, demostrar cariño o interés, ayudar económicamente a alguien, prestar objetos materiales, pertenecer a asociaciones comunitarias, sentirse amado, dar consejo o guía acerca de la actuación, etc.

Pearlin y Schooler (1978) destacan que el término apoyo social prejuzga un efecto de ligas sociales que empíricamente son putativas

Muchas de las definiciones son tautológicas, ya que consideran que el apoyo es la conducta que apoya; otra característica es que se considera como un constructo multidimensional. Algunos investigadores han intentado sin éxito reflejar esta multidimensionalidad del apoyo, otros intentan medir varias categorías de apoyo (p. e. apoyo emocional, redes de apoyo, evaluación del apoyo, apoyo instrumental, etc.).

Una guía para la definición del apoyo social es el concepto interactivo que proponen Felton y Shinn (1992), que se refiere en cualquier caso a transacciones entre personas.

Dentro del apoyo social se deben distinguir tres aspectos desde el punto de vista de Barrón (1990, cit. en Barrón, 1996):

1. Niveles de análisis: comunitario, redes sociales y relaciones íntimas. En este nivel de análisis se refleja la concepción de Lin y cols. (1981: p. 79) quienes consideran que el apoyo social es "la ayuda accesible a un sujeto a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global".

a. Nivel comunitario, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social. La integración social es evaluada en función de la implicación en roles y contextos sociales, p. e.. estado civil, pertenencia a clubes, padre, hijo, etc.

b. Redes sociales, aportan un sentido de unión con los demás, aunque sea de forma indirecta. En este nivel se incluyen todos los contactos sociales que mantienen las personas, así como sus propiedades: densidad, tamaño y homogeneidad.

c. Relaciones íntimas. Son las transacciones que ocurren dentro de las relaciones íntimas y que están más directamente ligadas al bienestar y la salud, ya que en este tipo de relaciones se esperan intercambios recíprocos y mutuos, y la responsabilidad por el bienestar es compartida.

2. Perspectivas: estructural, funcional y contextual. En algunas definiciones de apoyo social se destacan aspectos estructurales, ofreciendo conceptualizaciones del mismo basadas en la existencia, cantidad y propiedades de las relaciones sociales que mantienen las personas.

a. Perspectiva estructural, se incluye todos los contactos que mantiene el sujeto, sin tener en cuenta las funciones que cumplen, asumiendo que tener relaciones sociales es equivalente a obtener apoyo de las mismas (no hay que olvidar los estudios sobre el estrés asociado a la red). Se han estudiado las siguientes dimensiones:

a.1 Tamaño de la red. Número de personas que la componen, o número de sujetos con quienes mantiene contacto personal el sujeto central. Se dice que redes grandes ofrecen efectos beneficiosos en oposición a las pequeñas (Veiel y cols., 1988).

a.2 Densidad. Interconexión entre las personas que forman parte de la misma, independientemente del sujeto central. Se sugiere que las redes menos densas fomentan el bienestar en mayor medida que las densas. Las redes menos densas se caracterizan generalmente por tener normas más flexibles y por permitir un mayor acceso a una más amplia variedad de roles (Hirsch, 1980; Wilcox, 1981, citados en Barrón, 1996).

Este tipo de redes serían más adaptativas porque permitirían el acceso a un mayor número de roles diferentes para mejorar el repertorio de afrontamiento; las relaciones diádicas son más manejables que las grupales y reflejan el cambio de intereses y necesidades de una

persona a lo largo del tiempo. En redes menos densas hay mayor probabilidad de encontrar a alguien que sea congruente con los mismos.

a.3 Reciprocidad. Se refiere al grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas. Las relaciones recíprocas promueven más salud (p. e., Green-Brody, 1985).

a.4 Homogeneidad. Semejanza o congruencia entre los miembros de la red en una dimensión determinada: actitudes, experiencias, valores, etc. Las personas que forman parte de las redes homogéneas tienen interacciones más reforzantes (p. e., Brim, 1974).

b. Perspectiva funcional. Se acentúan las funciones que cumplen las relaciones sociales; se enfatizan los aspectos cualitativos. Se distinguen los recursos que se intercambian en las transacciones (servicios, dinero, objetos, etc.) de las funciones (proveen apoyo emocional, material e informacional).

b.1 Función de Apoyo Emocional. Hace referencia a la disponibilidad de alguien con quien hablar, e incluye conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo. Se trata de expresiones o demostraciones de amor, afecto, estima y/o pertenencia a grupos. Se dice que esta función tiene un efecto favorable sobre la autoestima, la cual a su vez fomenta la salud y el bienestar.

b.2 Función de Apoyo Instrumental. Se define como el apoyo material (acciones o materiales) encaminado a resolver problemas prácticos y facilitar la realización de tareas cotidianas: p. e. cuidar a los niños, prestar dinero, etc. Supone que este tipo de apoyo deja tiempo libre para actividades de ocio.

b.3 Función de Apoyo Informacional. A través de este apoyo los individuos reciben información, consejo o guía relevante que les ayuda a comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él.

Es muy difícil separar los tres tipos de funciones mencionadas, ya que suelen darse en conjunto, de modo que el apoyo material o instrumental o el informacional pueden considerarse apoyo emocional, siempre que no se den como una obligación.

Así, recursos y funciones se relacionan entre sí. Escuchar y empatizar se relacionan con la función emocional; ayudar en las tareas domésticas con la función instrumental.

Thoits (1985: p. 17) propone como definición de apoyo social "el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros".

c. Perspectiva Contextual. Se refiere al contexto en que los apoyos son dados o recibidos y percibidos; Cohen y Syme (1985, cit. en op. cit.), proponen los siguientes aspectos contextuales:

c.1 Características de los participantes según su procedencia, ya que el mismo tipo de apoyo puede ser efectivo o no y puede ser aceptable o inaceptable dependiendo de la persona. El apoyo de amigos es más útil para manejar conflictos con la familia, mientras que para tratar con problemas de salud, es más efectivo el apoyo familiar que el de amigos. El apoyo en el ámbito laboral es otorgado más por compañeros de trabajo y colegas.

c.2 Momento de dar el apoyo. El afrontamiento con el estrés implica la necesidad de distintos tipos de apoyo en momentos diferentes. Refleja la reevaluación emocional y hacia el problema.

c.3 Duración. El que apoya deberá ser sensible al mantener y/o cambiar el apoyo durante el tiempo en que las personas afrontan los problemas, especialmente los crónicos, donde el estrés que padecen es de larga duración.

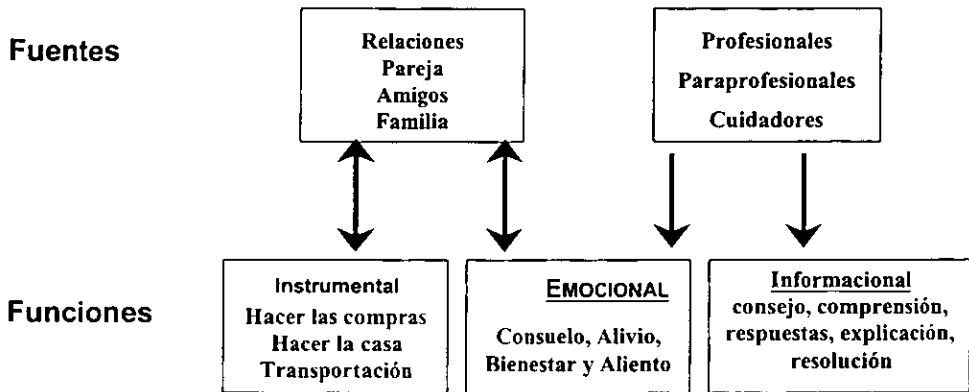
c.4. Finalidad. El apoyo social depende de la adecuación entre el apoyo que se da y las necesidades suscitadas por el problema concreto. Diferentes problemas requerirán distintos tipos de apoyo.

3. Diferencia entre aspectos objetivos y subjetivos de las transacciones donde evalúa el apoyo social percibido. En este sentido, el apoyo social se concibe como la información que lleva al sujeto a creer que cuidan de él y que es amado, la información que le lleva a creer que es estimado y valorado y la información que le lleva a creer que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

Kalichman (1995) propone relaciones entre las funciones de las redes de apoyo y las fuentes de apoyo (Figura 8). Este autor dice que los componentes de la estructura y funcionamiento del apoyo social, independientemente o en conjunción con las estrategias de afrontamiento, juegan un papel muy importante en el ajuste a la infección por VIH. En resumen, las parejas, los amigos y la familia funcionan para apoyar instrumental (hacer las compras, aseo de la casa y transportación entre otras actividades) y emocionalmente (consuelo, alivio, bienestar y aliento entre otras). Los profesionales, paraprofesionales y cuidadores cumplen

tanto la función emocional como la informativa (consejo, comprensión, respuestas, explicación, resolución).

FIGURA 8
COMPONENTES ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DEL APOYO SOCIAL



Tomada de Kalichman, 1995.

Este apoyo está influido por la personalidad, incluso puede considerarse como una variable de personalidad más o menos estable, puesto que es lo que la persona cree o espera. Los sujetos con alta autoestima puede que esperen más apoyo social (Schwarzer y Leppin, 1991); para otros autores es una variable ambiental.

Lazarus y Folkman (1986) y Sarason y Sarason (1988) consideran también que el apoyo social es una variable de personalidad, pero con relación a las habilidades sociales y la competencia social (Lazarus y Folkman, 1986; Sarason, 1988).

b. Se evalúa por otra parte el apoyo recibido en forma retrospectiva, esto es sobre los apoyos concretos recibidos.

Tanto el apoyo recibido como el percibido son importantes ya que pueden incrementar el bienestar: Se pueden presentar algunas situaciones en donde las personas que reciben apoyo no lo perciben (sería el caso menos deseable), mientras que otras se sienten apoyadas a pesar de no recibir apoyo. Las discrepancias pueden deberse a una infra o supervaloración debidas a las percepciones distorsionadas o a los procesos de memoria.

Una de las concepciones de apoyo consideradas por Barrón (1996) como la más completa es la que presenta Vaux (1988, cit. en op. cit: p.21), quien plantea que el apoyo social "es un metaconstructo con tres elementos conceptuales, que se relacionan en un proceso

dinámico de transacciones entre el sujeto y su ambiente". Los elementos que lo conforman son: Recursos de la red de apoyo, Conductas de apoyo y Evaluaciones del apoyo.

Cobb (1974, cit. en Wilcox y Vernberg, 1985: p.6) indica que el apoyo social juega un papel importantísimo en los procesos de afrontamiento al mantener bajo control los afectos de la persona, lo que le permite a esa persona enfocar su atención en tareas que necesariamente tratan con aspectos objetivos de la situación. Pearlin y cols. (op. cit.) sugieren que el apoyo emocional parece proteger a los individuos indirectamente de las consecuencias negativas del estrés mediante el reforzamiento de su sentido de maestría en el manejo de la situación y la autoestima.

Las redes de apoyo se pueden estudiar de forma independiente o bien en interacción con otros fenómenos como el estrés y el afrontamiento y sus efectos sobre la salud y el bienestar. Para aclarar los mecanismos a través de los cuales se presenta esta relación y sus efectos, se han desarrollado modelos teóricos. Una de las taxonomías más conocidas es la que propone Cohen (1988) quien clasifica los modelos sobre la base de sus efectos en la salud y enfermedad.

3.2.1. Modelos Generales de Apoyo Social (centrados en el estrés)

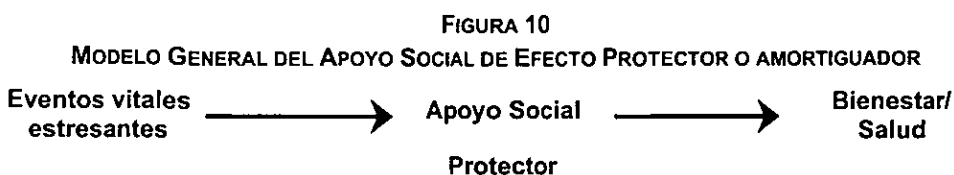
a. Efectos directos o Principales. Estos modelos sostienen que el apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar pues fomenta directamente la salud, independientemente del nivel de estrés. El apoyo social tiene influencia en los patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de padecer diferentes trastornos (dieta, ejercicio, etcétera) y en respuestas biológicas (neuroendócrina, e inmunológica) independientemente del nivel de estrés (Figura 9).

La hipótesis del modelo sustenta que a mayor nivel de apoyo social, menor será el malestar psicológico experimentado, y a menor grado de apoyo social mayor será la incidencia de trastornos, independientemente de si la persona está expuesta a estresores o no. Esto sólo ocurre cuando los niveles iniciales de apoyo social son mínimos.

FIGURA 9
MODELO GENERAL DEL APOYO SOCIAL DE EFECTO DIRECTO O PRINCIPAL



b. Efecto protector o amortiguador. La hipótesis sustenta que el apoyo social actúa como un moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar, p. e. los eventos estresantes. Supone además que los estresores sociales sólo tienen efectos negativos con bajo nivel de apoyo social. En ausencia de estresores el apoyo social no influye en el bienestar. Se limita a proteger a las personas de los efectos del estrés, siendo esencialmente un moderador del impacto del estrés (Figura 10).



Estos modelos presentan dos dificultades (teórica y metodológica): los factores estudiados dificultan la integración de los hallazgos y la comparación de los resultados. Se centran en distintos aspectos del apoyo social, además de utilizar medidas diversas. Los estudios presentan diferentes tipos de estresores (ansiedad, depresión, sintomatología depresiva, estados de ánimo, etcétera).

Vaux (1988, cit. en Barrón, 1996) se pregunta hasta qué punto es posible probar el efecto directo, puesto que se basa en situaciones en donde no hay estrés. El efecto protector es más visible cuando se estudian estresores dramáticos que en aquellas situaciones de demandas cotidianas.

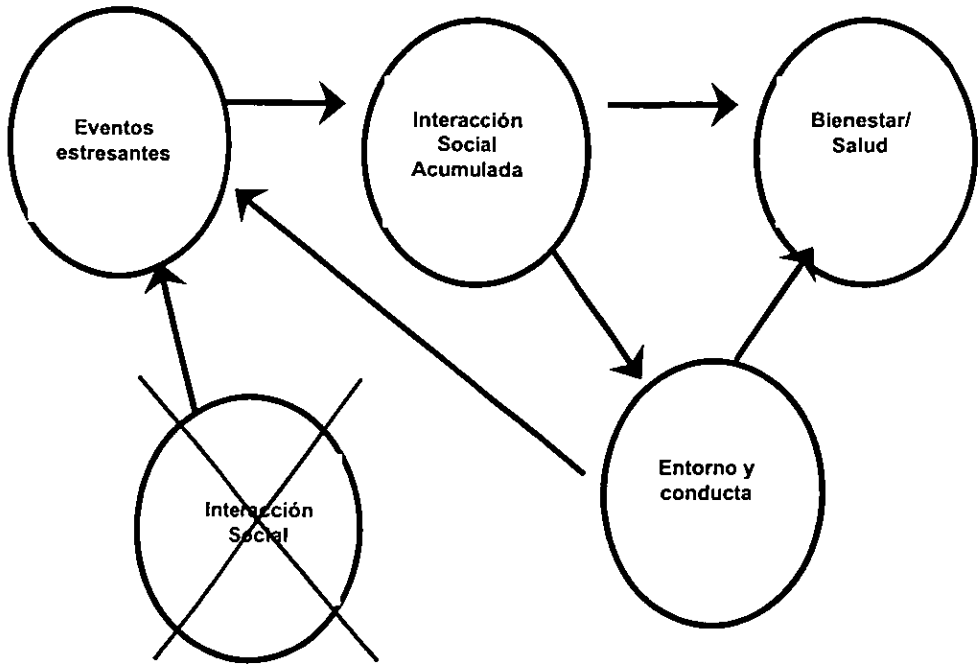
3.2.2. Modelos Específicos o Modelos de proceso psicosocial

Estos modelos tratan de especificar los mecanismos mediante los cuales el apoyo social tiene efectos directos sobre la salud y el bienestar y así cumplir con su función protectora.

a. Modelos de efecto directo. Los efectos en el bienestar son producto de los efectos acumulativos de las interacciones sociales y de su mera existencia.

Las personas con poco apoyo social tienen mayor riesgo de experimentar estresores ambientales que aquellos que están socialmente integrados o tienen acceso a apoyo en caso de necesitarlo. El apoyo social previene de la exposición de cierto tipo de estresores (p. e. estilos de vida) (Figura 11).

FIGURA 11
MODELOS ESPECÍFICOS. MODELO DE EFECTO DIRECTO



Basándose en el Interaccionismo Simbólico, Thoits (1985) señala que las relaciones sociales se pueden beneficiar por medio de proporcionar al sujeto un conjunto de identidades sociales que se desarrollan en interacción con los demás a partir de los roles sociales.

Los roles que juegan contribuyen al bienestar, ya que dan significado a la vida, previniendo la ansiedad y guiando la conducta. También son una fuente de autoevaluaciones positivas, a las que percibe durante las interacciones regulares. Las relaciones de rol son pues una fuente de autoestima. Las relaciones sociales proporcionan además la base de sensación de control y dominio; una buena actuación (cumplimiento del rol) determina sensación de dominio o de autoestima basada en la eficacia, además de placer y satisfacción, sentimientos que son mediados por los procesos de comparación social.

Esta visión supone también que los efectos beneficiosos pueden deberse a la percepción de ayuda (potencial) que recibirían en caso de experimentar eventos estresantes.

Esta percepción lleva a un estado de ánimo positivo, de autoestima, de sensación de control sobre el ambiente y el reconocimiento de su valor personal (Cohen y Syme, 1985, cit. en Barrón, 1996).

Los mecanismos a través de los cuales la red social puede influir en la salud pueden ser directos proporcionando información relevante o fomentando la motivación para comprometerse en conductas adaptativas o indirectos, provocando la adhesión a las recomendaciones terapéuticas al proporcionar apoyo instrumental (acompañando al individuo a la rehabilitación).

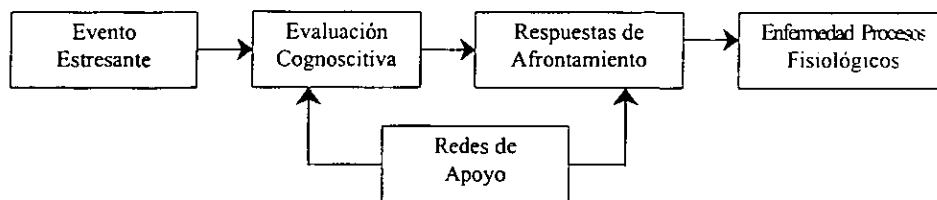
b. Modelos de efecto protector (basado en el estrés). En primer lugar se debe conocer qué es lo que les confiere a los sucesos su naturaleza estresante. Barrón (1988, cit. en Barrón, 1996) define los sucesos estresantes como aquellos que requieren un ajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por éstos como indeseables.

El apoyo social puede influir en distintos puntos de la cadena estrés-patología. El apoyo social se puede ubicar entre los eventos vitales estresantes y la reacción de estrés, interviniendo en la evaluación del estrés, ayudando a la reevaluación de la amenaza y la propia capacidad de afrontamiento.

El apoyo social puede afectar, a través de la discusión abierta o encubierta sobre el significado del evento, tanto a la evaluación primaria como a la secundaria. Interviene también entre la experiencia del estrés y el comienzo del resultado patológico o procesos fisiológicos (Figura 12).

El apoyo social alivia el impacto de las experiencias de estrés mediante la disminución de la importancia de la situación, haciendo a las personas menos reactivas y facilitando la conducta de salud (House, 1981, cit. en Barrón, 1996).

FIGURA 12
MODELO DE EFECTO PROTECTOR



Los mecanismos a través de los cuales es posible dar cuenta del efecto protector del apoyo social frente al estrés son, según Vaux (1988, cit. en Barrón, 1996): 1) protector que

previene la ocurrencia de ciertos estresores; 2) mediante la reducción de la importancia del evento estresor y conseguir que la evaluación primaria sea irrelevante (inoculación); también una reevaluación de la situación que disminuya la amenaza; 3) cuando el individuo no tiene recursos personales suficientes, la red como recurso apoya un afrontamiento eficaz, apoyo centrado en el problema; 4) en la evaluación más realista de los recursos, al proponer nuevas estrategias de resolución de problemas; 5) mediante el apoyo emocional (paliativo), especialmente cuando la pérdida o amenaza ya ocurrieron, y 6) apoyo dirigido a la diversión (emocional) cuando no se puede evitar la ocurrencia de dificultades. La distracción hacia otras actividades reforzantes producirá que el individuo no se centre demasiado en el problema.

La hipótesis del efecto protector presenta implicaciones terapéuticas potenciales; las intervenciones basadas en el mismo tratan de reforzar aspectos de las redes existentes en la vida de las personas con riesgo de trastornos, especialmente cuando es más factible intentar fortalecer el apoyo social que evitar la exposición a estresores. Los grupos de apoyo o autoayuda, según Barrón (op. cit) surgen de la identificación de grupos que tuvieron riesgo de padecer estrés y del fomentar en ellos el apoyo social, con la expectativa de reducir así sus efectos negativos y aumentar el nivel de satisfacción.

Turner (1983) supone que los efectos directos aparecen cuando los estresores han ocurrido con anterioridad (meses); cuando los eventos son recientes, los efectos de ajuste harán que el efecto protector domine.

Al evaluar aspectos *funcionales* del apoyo social, aparecen efectos protectores, mientras que al evaluar *estructura*, se obtienen efectos directos (Cohen, 1985).

Pero para Shaefer y cols. (1981), el efecto protector aparece más claramente cuando el apoyo social se evalúa respecto a las demandas de eventos vitales estresantes específicos. Por otra parte, para aumentar los elementos de análisis con respecto a las formas de evaluar el apoyo social, Cohen y Wills (1985, cit. en Barrón, 1996) suponen que el *apoyo social percibido* tiene efectos directos, mientras que el *apoyo social recibido* o real tiene efectos de protección.

En esta misma dirección Lakey y Heller (1988, op. cit) sugieren que el apoyo recibido opera principalmente influyendo en las conductas de afrontamiento, mientras que el apoyo percibido actúa primariamente a través de los procesos de evaluación cognoscitiva.

Hobfoll (1985) utiliza el concepto de congruencia ecológica para denominar la especificidad del apoyo; este concepto sugiere que el apoyo social será efectivo cuando se

ajuste a la tarea que sea preciso solucionar, esto es, estresores específicos suscitan ciertos requerimientos de afrontamiento, y el apoyo social sólo tendrá efectos de protección cuando la ayuda sea apropiada para ese estresor concreto.

A lo largo del apoyo social, es posible según Shinn y cols. (1984, cit. en Barrón, 1996) considerar tres dimensiones: 1) Cantidad de apoyo, 2) Momento en el cual se ofrece el apoyo, puesto que las necesidades cambian a lo largo del tiempo y del ciclo vital y 3) Origen del apoyo, ya que en función de las circunstancias será más útil el apoyo procedente de una fuente que de otra.

Otras consideraciones al respecto las mencionan Cutrona y Russel (1990, cit. o.cit), al indicar que los tipos de apoyo serán más eficaces cuando se consideran una serie de dimensiones de los eventos:

❖ La primera dimensión es la controlabilidad del acontecimiento. Sugieren que ante eventos incontrolables, el apoyo social más eficaz será aquel que se centra en la resolución de problemas emocionales emanados del problema, mientras que frente a eventos controlables, el afrontamiento al problema será el más adecuado.

❖ La segunda se refiere a la duración del evento. Mientras más se prolongue en el tiempo, mayor importancia cobrará el apoyo emocional a fin de evitar un impacto negativo en la autoestima.

❖ La tercera se centra en el área de ocurrencia del estresor. Para estresores que afectan los recursos del sujeto en general, el apoyo material será el más efectivo, mientras que los eventos sociales, requieren fundamentalmente de integración social. Al igual ocurre con los acontecimientos que afectan los roles sociales y los estresores que afectan los logros, exigen apoyo para sostener o aumentar la autoestima.

Se puede concluir que las redes de apoyo tienen un enorme impacto sobre la salud al aumentar la susceptibilidad de las personas a padecer distintos tipos de trastornos físicos y mentales. La ausencia de apoyo social se ha asociado con la aparición de diferentes formas de malestar y enfermedad, mientras que un buen nivel de apoyo social se relaciona con mejor salud y bienestar.

La salud mental relaciona la ausencia de apoyo social con distintos tipos de trastornos mentales como la depresión, la neurosis y la esquizofrenia. Las personas que padecen estos trastornos presentan redes más pequeñas, menos recíprocas en las que se intercambian menos recursos para cumplir las funciones del apoyo social.

Dentro de la investigación sobre el apoyo social, los investigadores incorporan proveedores específicos tales como amigos y familia, y han sugerido que los miembros de la familia no son vistos como particularmente útiles para las personas VIH positivas. La gran mayoría de los estudios sugieren que los amigos proveen a los individuos infectados más apoyo que la familia (Friedlan y cols., 1996; Hays y cols., 1990a, 1990b; 1994; Namir et. al., 1989; Stowe y cols., 1994, cit. en Serovich y Brucker, 2000; Schwarzer, Dunkel-Schetter y Kemeny, 1994).

Las hombres homosexuales —que por otra parte son los más afectados por la infección del VIH/SIDA— que continuamente son perseguidos y estigmatizados por orientación, han logrado organizar comunidades para apoyar a las personas que sufren de VIH/SIDA; estas redes sociales se presentan cualitativamente diferentes a las de grupos heterosexuales (Kuderk, 1988, cit. en Kalichman, 1995), ya que por lo general los hombres homosexuales han migrado históricamente a grandes ciudades sin sus familias.

La infección por VIH/SIDA lleva a la segregación, lo que aunado a la homosexualidad restringe las relaciones sociales. El número de contactos por se es menos importante en el ajuste psicológico que la calidad del contacto mismo, ya que el apoyo informal que dan la familia y amigos es frecuentemente más eficaz y más valorado que el que proveen los profesionales de la salud (Gottlieb, 1981, en op. cit.).

El apoyo que puede ofrecer la pareja se puede ver amenazado frecuentemente por el VIH. Las relaciones y el vínculo de la pareja pueden deteriorarse cuando uno o ambos son seropositivos pues las relaciones sexuales pueden volverse tensionantes por el declinamiento de la salud, así como por el miedo de infectarse o reinfectarse; de igual forma el estrés causado por el VIH puede causar el rompimiento de relaciones (Coates, Moore, Mckusick, 1987, en op. cit.).

Las redes de apoyo durante la infección por VIH se integran principalmente por amistades y semejantes; los amigos son la fuente principal de apoyo social entre hombres homo y bisexuales, así como entre drogadictos intravenosos, ya que ofrecen empatía, accesibilidad, valores y cultura compartida y son asociados con el ajuste psicológico entre las personas seropositivas (Wodak y cols. en op. cit.). En este mismo sentido Hays y cols., (1990) encontraron que las redes compuestas de semejantes, eran más satisfactorias que aquellas en donde predominaban familiares.

Smith y Rapkin (1996) dividieron su muestra en cuatro grupos basados en el sexo y el modo de contraer la enfermedad. Esta investigación incluyó mujeres y hombres quienes

tuvieron sexo con hombres, hombres usuarios de drogas intravenosas y hombres heterosexuales. Los resultados indican que las mujeres, los hombres usuarios de drogas intravenosas y los hombres heterosexuales percibieron a los miembros de la familia como más apoyadores que los amigos. En cambio el grupo que reportó a los amigos como mayor apoyo que la familia fueron los hombres que tienen sexo con hombres.

La teoría de la barrera de los autores antes mencionados, sugiere que existen obstáculos individuales que deben cruzarse cuando se busca el acceso al apoyo social de la familia. Los teóricos de la barrera argumentan que dichas obstrucciones podrían incluir dificultades de acceso a los miembros de la familia, falta de aceptación, carencia de intimidad e interacciones negativas. Johnston, Stall y Smith (1995) consideran que los hombres homosexuales seropositivos no están acostumbrados a pedir asistencia, no quieren ser una carga para la familia, se sienten estigmatizados y aislados y/o tienen parientes ancianos con muchas dificultades personales. Más aún, se ha teorizado que hay una relación inversa entre el número de barreras que una persona enfrenta y la cantidad de apoyo social recibido. Esto es, los individuos con pocas barreras teóricamente hablando, recibirían más apoyo social que individuos con múltiples barreras.

Otra de las barreras es la carencia de acceso a los miembros de la familia. Se considera que el tener VIH limita la red social y por tanto los límites de la disponibilidad de los miembros de la familia. Es muy frecuente que los familiares representen una pequeña proporción del total de número de personas en la red social. En efecto para algunos, el tamaño de la familia puede ser pequeño, sus miembros pueden vivir lejos y ser pocos o estar indispuestos por enfermedades o edad. En estos casos, los amigos pueden dar mejores resultados al proporcionar asistencia.

Serovich y Brucker (2000) apoyan la suposición principal de la teoría de la barrera propuesta por Smith y Rapkin (1996). Por otra parte, mientras que la teoría de la barrera se ofrece como una explicación al apoyo familiar, en el estudio que llevaron a cabo la teoría no explica las diferencias entre amigos y apoyo familiar. La teoría de la barrera parece ser mucho más genérica y no puede aisladamente usarse para explicar el apoyo familiar reducido. El nivel de satisfacción con la familia fue un predictor significativo del apoyo social percibido de la familia pero no de los amigos. Por lo tanto, sugieren que sería mejor una teoría basada en las relaciones para explicar el apoyo social percibido. Además mientras la satisfacción con la familia fue una barrera fuerte para el apoyo social, no fue significativo para los amigos. Estos resultados se pueden explicar mediante el simple efecto de techo, es decir, más de la mitad de

los participantes evaluaron su satisfacción con amigos "satisfechos" o muy satisfechos"; es muy probable que la relación con los amigos sea inherentemente satisfactoria mientras que las relaciones familiares por otra parte, no son voluntarias y son diferentes de las relaciones de amigos.

Aunque la familia de origen es una fuente menos importante de apoyo, la situación puede cambiar con el curso de la enfermedad. Hombres con diagnóstico de SIDA probablemente busquen o reciban apoyo de su familia de origen más que aquellos que solamente son portadores de VIH (Schwartz y cols., 1994). Kadushin (1996) considera que los hombres homosexuales se aproximan a la familia dependiendo de la relación que hayan tenido en el pasado, ya sea que hayan sido aceptados o rechazados por su orientación sexual; algunos otros rechazan aproximarse a su familia para pedir ayuda porque esto implicaría tener que informarle de su orientación sexual (Beckerman, 1994).

Kadushin (1999) al estudiar la cantidad de apoyo social que los hombres homosexuales recibieron de la familia, encontró que la muestra tuvo poco contacto con su familia y que la familia no proporcionó un buen nivel de apoyo; el apoyo emocional y la diversión/relajación fueron significativamente mayores que el instrumental o el informacional; los hombres con SIDA a diferencia de los portadores asintomáticos, recibieron significativamente mayores niveles de apoyo de sus familias de origen –lo que sugiere que la posibilidad de la muerte puede motivar a la familia a resolver las dificultades pasadas-; otro hallazgo es el que las madres y hermanas a diferencia de los padres proporcionaron niveles más altos de apoyo; las madres, además, proporcionaron significativamente mayor apoyo instrumental que los padres y los hermanos.

Una posible explicación para el bajo apoyo de los padres se deriva del hecho de que los hombres de la muestra percibieron barreras mayores con respecto a los valores políticos y sociales conectados con actitudes negativas hacia la homosexualidad y la carencia de conocimientos sobre VIH/SIDA, además de que la homosexualidad y el VIH/SIDA pueden ser considerado por los padres como algo penoso, fastidioso o incómodo a diferencia de los otros miembros de la familia.

La familia de origen también es percibida como menos efectiva para proveer ayuda que los amigos y parejas; por otra parte, el apoyo social de los amigos y no el de la familia se ha relacionado significativamente a bajos niveles de ansiedad entre los hombres con VIH/SIDA en varios estudios (Hays y cols., 1990 y 1994, cit. en Kadushin, 1999).

Hasta aquí se ha destacado la importancia que tienen las redes de apoyo: familia, amigos, comunidades, etc., para hacerle frente al VIH/SIDA, y la de las diferentes formas de acercarse a

ellas, desde la estructural y la funcional, hasta los modelos para explicar sus efectos ya sea para prevenir o como amortiguadores de situaciones estresantes, tal como se considera el VIH/SIDA. También ha considerado el fuerte impacto que tiene en el bienestar, principalmente lo que se refiere a la salud mental y/o al ajuste psicológico.

3.3. AUTOCONCEPTO

Parte de la naturaleza del hombre es tratar de comprender y explicar los fenómenos que ocurren a su alrededor, incluyendo las conductas de sus semejantes. Los procesos de pensamiento propios de la especie llevan a los seres humanos a organizar lo que observan a fin de darles sentido, esto es, dar respuesta al ¿porqué? de los hechos. En un proceso más evolucionado de pensamiento tiene como finalidad tener control sobre los sucesos y aún predecirlos.

Se dice que los seres humanos tienen formas de actuar estables frente a los fenómenos que ocurren a su alrededor. A esta forma de actuar, característica de cada una de las personas se le ha denominado personalidad.

Según Abbagnano (2000), personalidad es la condición o modo de ser de la persona. Santo Tomás ya había utilizado esta palabra con este sentido también se utiliza como sinónimo de persona. En psicología contemporánea su significado técnico se refiere a la organización que la persona imprime a la multiplicidad de las relaciones que la constituyen.

Para Eysenck: "la Personalidad es la más o menos estable y duradera organización del *carácter, del temperamento, de la mente y del físico* de una persona, organización que determina su adaptación total al ambiente. El *carácter* denota el más o menos estable y duradero sistema de comportamiento *volitivo* (voluntad) de la persona; el *temperamento* su más o menos estable y duradero sistema de comportamiento *afectivo* (emoción); la *mente* su más o menos estable y duradero sistema de comportamiento *cognoscitivo* (inteligencia); el *físico* su más o menos estable y duradero sistema de configuración *corpórea* y de dotación neuroendocrina" (op. cit.: p. 912).

En la definición anterior el elemento dominante es el concepto de organización, estructura o sistema, es decir, el elemento que permite la previsión probable del comportamiento de una persona. No muy diferente es la definición puramente funcional que tiene la finalidad de hacer posibles las investigaciones correspondientes: "Personalidad es lo que permite la previsión de lo que una persona podrá hacer en una determinada situación" (Catell, 1950; op. cit.: 912).

Tanto Eysenck como Cattell sugieren la existencia de factores o rasgos estables que diferencian amplios grupos de individuos (por ejemplo, introvertidos frente a extrovertidos). Eysenck afirma que se pueden relacionar estos rasgos con estructuras y actividades innatas diferentes en ciertas partes del sistema nervioso, en un intento de ubicar biológicamente la instalación de la personalidad.

Otra definición de personalidad es la que proporciona Maddi: "conjunto estable de características y tendencias que determinan los rasgos comunes y las diferencias en la conducta psicológica de las personas (pensamientos, sentimientos y acciones), que tienen continuidad en el tiempo y que no pueden ser comprendidas fácilmente como el resultado exclusivo de las presiones biológicas y sociales del momento" (1980, cit. en Richardson, 1993, p. 45).

Díaz-Guerrero y Díaz-Loving (1992) concluyen que las características de personalidad de un individuo emanan de la información genética (biología), la interacción de ésta con la información; reglas y normas de comportamiento que recibe en sus relaciones interpersonales con los miembros de su familia, de su comunidad y sociedad, dando como consecuencia el proceso de individuación el cual se da a través de un interaccionismo simbólico que indica el descubrimiento de quiénes somos por la forma en que los que nos rodean nos perciben, nos tratan o nos evalúan.

Las teorías de la personalidad cumplen varias funciones: a) Organizar hechos concernientes a nuestra personalidad, esto decir formas genéricas de comportamiento teniendo la meta de descubrir patrones de conducta; b) Explicar las diferencias entre los individuos más allá del comportamiento superficial; 3) Explicar cómo el hombre conduce su vida, por lo que tratan de entender por qué surgen alteraciones en la personalidad, así como las formas de tratarlas y prevenirlas.

La personalidad se estudia como una característica global dentro de un contexto específico, en relación con eventos puntuales, como en este trabajo: la personalidad (autoconcepto y locus de control sobre la salud) y su relación con el VIH/SIDA. El interés es específico debido a las repercusiones psicosociales que ha tenido para los individuos afectados por la llamada pandemia del siglo XX.

El *yo* o *autoconcepto*, es el elemento focal en la definición de quiénes somos como personas. El autoconcepto tiene una enorme influencia en cómo entendemos e interpretamos el mundo y cómo nos conducimos en él.

William James es el primero en utilizar el término autoconcepto (1890, cit., Valdez Medina, 1994), pero es hasta la década de los 70's que establece una fuerte presencia en los escritos psicológicos. El autoconcepto causó durante mucho tiempo controversias, ya que se encuentra muy relacionado con otros dos conceptos: el *yo* y el *sí mismo*, cuyo significado con el paso del tiempo el significado se ha unificado de tal manera que al hablar de uno se hace referencia a

otro, en el sentido de que es un mismo elemento o estructura de la personalidad de los individuos (L'Ecuyer, 1985, cit., en Valdez Medina, 1994).

Para autores como L'Ecuyer, (op. cit.), el autoconcepto es el punto central de la personalidad, ya que es la base que permite el despliegue y la configuración de la propia personalidad; así, el autoconcepto reemplazará al alma o psique, desde el punto de vista de Allport (1965).

El interés del humano por clasificar a los seres humanos considerando su forma de actuar viene de tiempo atrás. Hipócrates plantea sus cuatro tipos: colérico, -exceso de bilis amarilla o irritable-; el melancólico -con exceso de bilis negra o deprimido-; el sanguíneo -con exceso de sangre u optimista- y el flemático -con exceso de flema o calmado y ecuánime (Xirau, cit en Misyak, 1969). Santo Tomás de Aquino plantea que el alma humana tiene en diversos grados sus componentes: vegetativo, nutritivo, motriz e intelectual; los hábitos (*habitus*), son elementos dinámicos del alma que conducen al hombre de una forma de ser a otra (op. cit.).

Para Montaigne (1592, cit. en Britannica, 1991) el único fenómeno primario y básico de nuestro cuerpo y mente es el *si mismo*, al que entiende como algo cambiante y fragmentado que al valorarlo y aceptarlo se convierte en una garantía de autenticidad e integridad, lo cual distingue a un ser de otro entre los cuales existe variedad y semejanza. Reconoce que existe para este *si mismo* una vida pública y una privada, una parte interna y otra externa, y es en la parte privada donde se reafirma la libertad y la fuerza de identidad y donde se reflexiona sobre las propias experiencias.

Descartes (1622, cit en Valdez Medina, 1994) pone de relieve que existe una representación mental del cuerpo al declarar *pienso luego existo* (Cogito ergo sum). Dentro de esta afirmación es posible afirmar que consideraba que existía una representación de las partes o el todo corporal, sentimientos e ideas y por lo tanto un yo como base o fundamento del pensamiento.

Por otra parte, Emmanuel Kant (cit. en Abbagnano, 2000: p. 114) retoma el concepto de autoconciencia o conciencia de sí que no significa "*conciencia de sí*" o en el sentido del conocimiento (intuiciones, percepciones, etc.) que el hombre tiene de sus propios actos o de sus propias manifestaciones, percepciones, ideas, etc.; ni tampoco en el sentido de vuelta a una realidad "interior" de naturaleza privilegiada, sino que es la conciencia que tiene de sí, de su condición de realidad. El término tampoco tiene que ver con el *conocimiento de sí* que designa el conocimiento mediato que el hombre tiene de sí como un ente finito entre los demás. Kant utiliza el autoconcepto de forma intercambiable con la de conciencia, la cual resume de la

siguiente manera: "Si nos representamos la acción (espontaneidad) interna por la cual es posible un concepto (un pensamiento), o sea la reflexión y la sensibilidad (receptividad) por la cual es posible una intuición empírica, o sea la aprehensión, todas ellas dotadas de conciencia, la conciencia de sí mismo (apperceptio) se puede dividir en la de la reflexión y en la de aprehensión; la primera es la conciencia del entendimiento, la segunda del sentido interno; aquella es denominada apercepción pura (y falsamente sentido íntimo), y ésta, apercepción empírica. El yo aparece como doble: 1) yo como sujeto del pensamiento (en la lógica) al cual se refiere la apercepción pura (el yo que solamente reflexiona) y del cual nada se puede decir salvo que es una representación simple (yo como pensante soy un objeto del sentido interno y me denomino alma; lo que es objeto del sentido exterior se denomina cuerpo) y 2) el yo como objeto de la apercepción y, por lo tanto, del sentido interno, que incluye una multiplicidad de determinaciones que hacen posible una experiencia interna".

W. Wundt, en Leipzig, Alemania (1879, cit. en Fraisse, 1982) pionero de la psicología experimental, aunque no define el *sí mismo*, su psicología se basa en la introspección y procede por inducción a partir de dos medios: la experimentación para procesos inferiores y la historia de los pueblos para procesos superiores. El hecho de trabajar en un laboratorio obliga a controlar los resultados, estandarizar las condiciones de observación, a la comparar, etcétera. Sus trabajos se enfocan a la visión, audición, tacto, gusto, sentido del tiempo, percepción, tiempos de reacción, atención y sentimiento; de lo anterior se infiere que concibe a los organismos vivos como capaces de responder a estímulos externos y que éstas respuestas pueden ser investigadas. La mente es un complejo proceso compuesto de ideas, sentimientos e impulsos y entonces es posible inferir que el hombre es producto de sus experiencias.

Hereder de la escuela de Brentano, la cual pone en primer lugar la actividad del espíritu, William McDougall define el *sí mismo* y dice que la mente de un organismo individual es aquello que expresa a *sí mismo* en su experiencia y su comportamiento (cit. en Boring, 1980). Por otra parte, McDougall presupone que el conocimiento social, los impulsos, la motivación son innatos y están dentro del individuo; llegó a proponer la existencia de un instinto nacionalista, una identidad innata con el país, con los símbolos nacionales, con la raza, etcétera (Richardson, 1993).

Otro punto de partida para la psicología del yo, es la definición de William James, quien establece que el *sí mismo* es todo aquello que puede ser llamado mío o formar parte de mí, es decir la suma total de todo lo que el individuo puede llamar suyo: cuerpo, capacidades físicas, ropa, casa, pareja, hijos, antepasados, amigos, caballos, etcétera. Este autor considera que la

personalidad no es una unidad y propone tres tipos de *sí mismo*: el material, que es la totalidad de las posesiones materiales: el cuerpo, el dinero, propiedades, etcétera; el social que depende de la identificación con distintos grupos tales como la familia, los compañeros de trabajo, etcétera y el espiritual que comprende todas las disposiciones mentales y es el centro de acción y de la adaptación de todos los individuos (Wolman, 1978).

Charles Horton Cooley (1902, cit. en Valdez Medina, 1994) fundamentándose en una postura sociológica niega la individualidad y entiende al *sí mismo* como una entidad totalmente social con lo que refuta la postura individualista de James. Asimismo dice que el *sí mismo* es el resultado de interacciones dentro de un medio social en el que el individuo se encuentra inmerso, y es el reflejo de las reacciones que los demás tienen para con uno mismo.

Para los psicoanalistas como Freud hablar del *sí mismo* es hablar del *yo*, una de las tres estructuras básicas que componen la personalidad del individuo: el *yo*, el *ello*, y *superyo*). El *yo* pertenece al preconscious, que se hace consciente mediante un mecanismo denominado principio de realidad. Bajo la perspectiva freudiana el *yo* tiene como función controlar el aparato sensorial de percepción, domina el aparato motor y se encarga de manejar las presiones que vienen del exterior (medioambiente) y del interior (del mismo individuo) a las que se enfrentan las personas (op..cit).

Para neofreudianos como Alfred Adler el *yo* es una estructura de carácter experiencial capaz de reflexionar e interpretar esas experiencias. La visión preconstructivista adleriana dice que el hombre más que producto de su medioambiente, es un intérprete de la vida que busca nuevas experiencias para satisfacer sus deseos de superioridad y reúne todo ello para crear un *yo* diferente a cualquier otro.

Karen Horney, aunque no define el *yo*, proporciona la siguiente clasificación: 1) *Yo real o verdadero*, el cual se refiere a aquellos deseos, metas, imágenes y percepciones que el individuo tiene de sí mismo y para *sí mismo*. A partir de este *yo* espera alcanzar la total realización de potencialidades íntegras, tratando de alcanzar a su *yo ideal*; 2) *Yo ideal*, sirve como modelo y se percibe como más cercano a la perfección, por lo tanto es inalcanzable; este ideal del *yo* motiva la conducta de los individuos.

Harry S. Sullivan considera el *si mismo* como el comportamiento en sí, por lo tanto es algo observable y posible de medir. El *si mismo* va siendo adquirido por las personas a través de distintas situaciones. La personalidad es una pauta duradera de las situaciones interpersonales recurrentes a partir de las cuales el sujeto gasta energías. Sullivan menciona dos tipos de experiencias que dan la pauta para el surgimiento de la personalidad: 1) experiencia potencial

que es necesaria para llegar a la acción y 2) experiencia de transformación de energía, la cual se adquiere en la acción misma.

Carl Jung propone sistemas separados pero interactuantes que conforman la personalidad o psique. Estos sistemas se encuentran conformados por estructuras, dos de las cuales son: 1) el yo es el centro de la identidad y la personalidad; es la mente consciente en contacto con la realidad y contiene los recuerdos conscientes; el yo se ubica entre el consciente y el inconsciente y tiene como función mantener el equilibrio y estabilidad de la psique; 2) el *sí mismo* representa los esfuerzos del hombre por alcanzar la unidad, la totalidad, la integración de la personalidad; el *sí mismo* pugna por la unidad del individuo con el mundo a través de las experiencias de carácter religioso, así como por la unidad de los sistemas psíquicos del individuo.

Otros autores, denominados personólogos (Valdez Medina, 1994), son: G. Murphy, quien postula que el ser humano se va desarrollando y adquiriendo experiencias a través de una serie de canalizaciones, condicionamientos, conflictos, percepciones y símbolos, lo cual culmina con el surgimiento e integración de un yo (agrupado en tres categorías: canalización del yo, mejoramiento del yo y defensa del yo) para cada personalidad; este yo es el centro para la cimentación de la realidad y va del sentimiento de conciencia corporal, al prestigio y el poder, permite ubicar el lugar que se ocupa en el mundo y cómo se encaja en él.

H. Murphy por su parte toma una perspectiva biosocial: sin cerebro no hay personalidad. Pone énfasis en que la personalidad es una totalidad que tiene una enorme capacidad de adaptación al medio; señala además que la personalidad se fundamenta en necesidades y presiones que motivan al ser humano, así como en la emisión de conductas; su concepción del yo deviene de la postura freudiana en cuanto a que es el vínculo con la realidad, pero es diferente en cuanto a que no es el centro de la personalidad (op. cit.).

Influido por Kant, George H. Mead considera que el *sí mismo* es un proceso que utiliza símbolos que se desarrollan mediante el contacto con los demás (lenguaje, interacción y roles). El primer efecto de la interacción es el aprendizaje de la persona a percibirse y pensar acerca de *sí mismo* como objeto de conocimiento, tomar actitudes y experimentar sentimientos respecto de sí mismos. El *sí mismo* no es unitario, ya que se desarrolla y fundamenta en los diferentes grupos sociales (el *sí mismo* familiar, trabajo, etcétera); el *sí mismo*, objeto de conocimiento, surge de la experiencia que se adquiere al tener contacto y comunicación con los demás y por lo tanto es un proceso puramente simbólico.

Personajes importantes en la historia de la psicología conductista son J. Watson quien señala que la personalidad es el producto final de las experiencias de los organismos, los cuales responden de manera condicionada y una vez establecida la conducta, se establecen hábitos que se integran en sistemas. Así, la personalidad es la totalidad de las pautas de conducta (o sistemas de hábitos), que se diferencian entre los seres humanos debido a las experiencias individuales (Wolman, 1978). B. F. Skinner dice que la persona (*yo*) no es un agente generador sino un locus, un punto en el cual confluyen condiciones genéticas y ambientales que tienen un efecto común. Debido a estas características no habrá personas que se comporten de la misma manera; dice además que el autoconocimiento tiene un origen social, por lo que mientras más conoce el comportamiento de los demás más se conoce a *sí mismo* (Skinner, 1975, cit. en Valdez Medina, 1994).

J. Dollard y N. Miller hacen hincapié en los estímulos (internos o primarios como el hambre, la sed, el sexo y externos) que van siendo modificados por las experiencias. Todo aprendizaje es una asociación entre un estímulo y una respuesta, y a esta asociación los autores denominaron hábitos; así el sistema de respuestas está conformado por respuestas innatas y adquiridas. El *yo* no es una estructura rígida sino un sistema fluctuante de patrones de conducta innatos y adquiridos que a través del proceso mental superior acomoda, dirige y engloba al mundo en una secuencia ordenada (Dollard y Miller, 1950, op. cit.).

El gestaltista K. Koffka dice que el *yo* es una parte segregada respecto del campo total, inserta en el ambiente de la conducta; esta segregación resulta en que la persona se perciba a *sí misma* como algo que ocupa el espacio existente entre lo que hay delante, atrás, encima y debajo de ella; las experiencias conscientes son las que configuran o forman el *yo fenoménico* (término para referirse al *sí mismo* como objeto). El *yo* y el *sí mismo* son objetos del conocimiento, pero como procesadores de información son una y la misma; sin embargo, el *sí mismo* es un ejecutor de conductas y es el núcleo del *yo* (Hall y Lindzey, 1970).

El más destacado de los gestaltistas, Kurt Lewin dice que el *sí mismo* o *yo* de una persona es una región de la personalidad, compuesta de percepciones y experiencias referidas al *yo*; además la persona es un todo unificado que vive dentro de un espacio vital, que este espacio es igual a la interrelación de la personalidad con el ambiente, que a su vez son motores de toda conducta. El *sí mismo* es una parte clave dentro de la totalidad que juega un papel trascendental en la personalidad y en las conductas que presentan las personas. en su interrelación dentro del espacio vital (Valdez Medina, 1994).

Las diferentes teorías del *yo*, el *si mismo* y el *autoconcepto*, son tomadas por los *integracionistas*, quienes intentan explicar el fenómeno considerando al mismo tiempo los aspectos biológico, psicológico y social-cultural. Uno de sus principales representantes es Gordon Allport (1965), el cual parte desde diferentes teorías (psicoanalítica, conductista y gestáltica) para considerar que el *yo* o *Ego* (indistintamente) es el punto central de la personalidad de cada individuo, concepto abstracto pero abordable para su estudio, a pesar de la dificultad de describir su naturaleza. A su juicio, la psicología había abandonado el estudio del alma para llegar al estudio del *yo*, el cual sirve como organizador, conocedor, buscador de ser socializado e implicado definitivamente en toda conducta; el *yo* afecta la confianza, el juicio, la memoria, la aptitud de aprendizaje y en fin todos los aspectos motivacionales. El *yo* para Allport es la fuerza unificadora de todos los hábitos, rasgos, actitudes, sentimientos y tendencias del ser humano. Su mayor contribución al estudio del autoconcepto es que sienta las bases para el desarrollo de instrumentos, ya que considera que los rasgos del *yo* pueden ser generales o comunes en base a los aspectos sociales y culturales.

Además de integracionista, Carl Rogers (Papalia, 1992) es también considerado dentro de la corriente humanista o *tercera fuerza*. Esta corriente es más parecida al psicoanálisis que al conductismo por la importancia que concede a los motivadores internos de la conducta, pero difiere del pensamiento clásico analítico en su confianza optimista en la naturaleza positiva del hombre, es decir lo considera productivo, alegre y bueno, a menos de que experiencias desfavorables interfieran en su capacidad de manifestar su elevada naturaleza. Rogers desarrolla una teoría de la personalidad centrada en el concepto del *si mismo*, como núcleo de la personalidad. Todos necesitamos encontrar nuestro *yo real* para llegar a ser tal persona y aceptamos y valoramos por lo que somos.

Rogers, además indica que el autoconcepto es una parte del campo fenoménico (organismo) que poco a poco se va diferenciando hasta convertirse en una Gestalt conceptual organizada y coherente, compuesta de percepciones características del *yo* o del *mi* y de percepciones de las relaciones que tienen el *yo* y el *mi* con otros; utiliza también el concepto de *si mismo* distinguiendo tres aspectos en las actitudes hacia uno mismo (percepción de una persona hacia sus habilidades, sentimientos, acciones y relaciones en su medio social), un juicio respecto al contenido de la actitud de acuerdo a algunos patrones (aspecto evaluativo), y un sentimiento relacionado al juicio evaluativo que constituye la dimensión afectiva (Valdez Medina, 1994).

Rogelio Díaz-Guerrero (1982) dice que la personalidad es un sistema de procesamiento de información (consignas o premisas histórico psicosociales) de naturaleza racional-emocional, que permite a los sujetos obtener diferentes grados de diferenciación individual como resultado de una dialéctica entre tal sistema de información y la cultura, cultura a la cual Díaz-Guerrero atribuye un lugar preponderante en cuanto a la formación y desarrollo de la personalidad y del yo. Tanto la personalidad como el yo tienen un origen biológico, psicológico, histórico, social y cultural. Propone para acercarse a estos conceptos las premisas históricas y psicosociales, afirmaciones simples o complejas que proveen a los individuos de las bases para entender la lógica que hay entre los grupos con los que interactúan. El autor distingue dos tipos básicos de premisas: las cardinales -las más centrales e importantes- que propician la atmósfera de sentido para muchos dichos y proverbios y las premisas menores que son una derivación lógica y psicológica de las cardinales. Un ejemplo de cardinal es la supremacía incuestionable del padre, mientras que la obediencia a la madre constituye una premisa menor. Las premisas no necesitan de justificación pues son permanentes, es decir, relativamente estables a través del tiempo; son normativas para todos los individuos de un grupo sociocultural y determinan además el pensamiento, el sentimiento y la acción del mismo grupo.

Para Erich Fromm, el hombre -con sus pasiones y angustias- es producto neto de la cultura, producto de su historia. La personalidad por lo tanto es el producto de la interacción del hombre con la sociedad y la cultura. Su disertación teórica lo inclina más hacia lo social y lo cultural que a lo individual, sin embargo acepta que en la formación y desarrollo del carácter intervienen dos aspectos fundamentales: el temperamento, heredado y prácticamente inmodificable, y el carácter, que la sociedad y la cultura modelan en interacción con el temperamento estableciéndolo de manera definitiva (Valdez Medina, 1994).

El carácter es considerado por Fromm como la forma relativamente permanente en la que se canaliza la energía humana en el proceso de asimilación y socialización. Toma dos formas: el carácter social compartido por la mayoría de los miembros de la sociedad (el yo freudiano) y el carácter individual que marca las diferencias entre los miembros del mismo grupo cultural. Este último representa el *sí mismo* y puede tener diferentes orientaciones: receptiva, explotadora, acumulativa o mercantil. Para el logro de una completa personalidad se requiere *trascender*, esto es, ser más que un animal, mejorar; *Identificarse*, conocer al yo verdadero e identificarse con los otros; *Pertenencia*, el regreso a la naturaleza, obtener satisfacción de trabajar no sólo por dinero; *Marco de orientación*, ser creador y consciente, saber responder, vivir una vida razonable; *Relación*, sentirse único con el prójimo (Bischof, 1983).

Otra teoría de personalidad se refiere a aquella que centra su atención en los atributos que son peculiares del individuo tanto en el aspecto físico como en el psicológico. Esta manera de enfocar a la personalidad recibe el nombre de *teoría de los tipos* o *tipología*. Un representante de esta postura es W. Sheldon, quien distingue a las personas en diversas categorías o tipos; sitúa a cada individuo en una categoría. Los introvertidos y extrovertidos de Jung son tipos, igual que los endomorfos (de gran peso y con los huesos y músculos pobremente desarrollados), mesomorfos (musculoso, fuerte y atlético) o ectomorfos (delgado y frágil) de Sheldon, pero la *teoría de los rasgos* de Jung, clasifica a las personas en función de una combinación de características que toda persona posee en mayor o menor grado. Posteriormente Sheldon los relacionó con tres categorías de rasgos de personalidad: viscerotonía (amante del bienestar, orientado a la comida, sociable y relajado); somatotonía (agresivo, amante de la aventura y con ganas de correr riesgos), y cerebrotonía (retraído, autoconsciente e introvertido) (Papalia, 1992).

Como se ha visto, existen visiones muy diversas en cuanto a los conceptos *yo*, *sí mismo*. L'Ecuyer (1985, cit. en Valdez Medina, 1994) propone diferenciar estos dos conceptos: *yo* (*ego*) se deberá entender al *yo* del psicoanálisis que funciona como agente y proceso, teniendo como referencia ciertos procesos activos como son el pensamiento, la memoria, la percepción, en los cuales se basan las personas para mantener y promover su adaptación al medio que le rodea. Hablar del *sí mismo* es hablar del *mi* experiencial, es decir del concepto, imagen, percepción o representación de *sí mismo* en tanto objeto; es lo que la persona piensa de sí misma y lo que formula respecto a *sí mismo* (actitudes, sentimientos, percepciones y evaluaciones que la persona experimenta).

El *sí mismo* es considerado además como una estructura cognoscitiva que tiene su origen en la experiencia. La estructura se constituye de ideas que el individuo tiene acerca de los diferentes aspectos de su ser: su cuerpo, sus órganos sensoriales y su conducta social, que a su vez son vistas como subestructuras de la estructura cognoscitiva total.

A pesar de la abundancia de reflexiones acerca del autoconcepto, no existe una definición unificadora, aceptada universalmente. pero esto no quiere decir que no se hayan hecho intentos. Tamayo (1982, op. cit.) lo define como el conjunto de percepciones, sentimientos imágines, autoatribuciones y juicios de valor referentes a *sí mismo*.

Otra conceptualización que viene partir de una estructura factorial es la de La Rosa (1986), que se propuso describir las características más comunes e importantes en el

autoconcepto del mexicano, para ello utilizó el diferencial semántico y obtuvo las siguientes dimensiones:

1) Dimensión social que se refiere al comportamiento del individuo en interacción con sus semejantes. Abarca tanto las relaciones familiares y amigos como la forma en la que la persona lleva a cabo las interacciones con jefes y subalternos. Esta dimensión está integrada por cuatro subdimensiones:

a) Sociabilidad afiliativa, considerada como la forma positiva de relacionarse con los demás.

b) Sociabilidad expresiva, se considera a la comunicación o expresión del individuo en su medio social.

c) Accesibilidad es el aspecto positivo de accesibilidad de la persona, que hace a los otros pensar o sentir que cuentan con su comprensión.

2) Dimensión Emocional. abarca los sentimientos y emociones considerados desde un punto de vista intraindividual, interindividual y de su sanidad. Cuenta con tres subdimensiones:

a) Emocional intraindividual, que caracteriza los estados de ánimo experimentados por uno mismo.

b) Emocional interindividual, que explica los sentimientos que se sienten hacia otras personas.

c) Salud Emocional enfoca los aspectos intraindividuales e interindividuales desde el punto de vista de si son o no productores de salud mental.

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

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

El *autoconcepto* es concebido como una estructura mental totalmente versátil y adaptativa que guía al sujeto en su comportamiento dependiendo del ambiente interno y externo que lo rodea en ese momento. El *yo* o *sí mismo* es una misma entidad de la estructura cognoscitiva que tiene un origen psicosocial intrínseco que se debe a la interacción con el medio ambiente, gracias a lo cual codifica y estructura toda la información que adquiere sobre *sí mismo*, ya sea social (lo que otros piensan, dicen, se imaginan o perciben de mí); individual (lo que pienso, digo, me imagino o percibo de mí), o psicosocial que implica un manejo interno de la

información social e individual. Este total de conocimientos que conforman la estructura mental llamada *autoconcepto* contiene información en tres áreas: observable (físicos, conductuales, afectivos o la combinación de ellos); reales (conocimientos reales sobre sí mismo), e ideales (el yo ideal) que tienen los sujetos y los referentes internos (estados de ánimo) y externos (circunstancias) que rodean a los sujetos.

Con los elementos arriba mencionados el *autoconcepto* se definiría como: "Una estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de aspectos conductuales, afectivos y físicos reales e ideales acerca del propio individuo; que funcionan como un código subjetivo de acción hacia el medio ambiente interno y externo que rodea al sujeto" (Valdez Medina, 1994: p. 33).

Una de las contribuciones más importante para caracterizar al mexicano ha sido el trabajo de Díaz-Guerrero (1963, 1967 y 1975) en lo que se ha llamado Etnopsicología. Desde esta perspectiva más que utilizar el término *autoconcepto* se usa personalidad, estableciendo que de acuerdo con un desarrollo cultural de los mexicanos se pueden distinguir cuatro tipos:

1) *Pasivo y Obediente Afiliativo*. Este tipo de mexicano es poco impulsivo, ordenado, limpio en su persona y con el medio ambiente, disciplinado, metódico, planea su actividades, es poco espontáneo, excitable o impetuoso, paciente, cauteloso y lento en sus actividades, tímido. Por lo general son jóvenes temerosos que evitan todos los peligros, buscan protegerse y evitan tener que sufrir algún dolor; son cuidadosos, precavidos, poco aventureros, aprehensivos, buscan seguridad, vigilan todo a fin de no resultar dañados en su integridad física. Este tipo de personalidades se ubican en áreas rurales y más frecuentemente mujeres de clases bajas.

2) *Rebelde, activamente autoafirmativo*. Se encuentra con mayor frecuencia en la clase media y alta. Es dominante y agresivo, se enoja más fácilmente y suele lograr su meta; con tal de alcanzar sus fines es capaz de lastimar los sentimientos de sus compañeros; busca siempre desquitarse de quienes le han hecho daño; es peleonero, irritable y se opone a todo; beligerante y tosco, sin embargo tiende a ser más perceptivo, trata de controlar su ambiente e influenciar o dirigir a sus compañeros. Expresa sus opiniones con fuerza y le gusta asumir el papel de líder. Es bastante autoafirmativo y autoritario; le agrada gobernar, dirigir y supervisar, es autónomo, independiente, individualista, autosuficiente y se resiste a las órdenes; su medio ambiente familiar es hostil.

3) *Control Interno Activo*. Presenta una libertad interna que le permite elegir para adaptar los mejores aspectos y elementos de la cultura. Es capaz de diferenciar las ocasiones en que deben reinar ciertas formas de ser de la cultura y cuales no; proviene de familia citadina,

acomodada, es estudioso, capaz, afectuoso, obediente, afiliativo, complaciente con sus padres, educado, cortés, responsable, autoafirmativo; evita ser agresivo, irritable y peleonero; no amenaza ni es antagonista, se enoja fácilmente; no es hostil ni vengativo ni tosco; le disgusta lastimar a las personas.

4) *Control Externo Pasivo*. Proviene del seno de familias donde se privilegian y se alaban los aspectos más negativos de la cultura mexicana, como si fueran virtudes. Se caracterizan por descontrolados, agresivos, impulsivos y pesimistas; son por demás rebeldes y desobedientes, se enojan fácilmente, buscan siempre lograr sus metas llegando para ello a lastimar los sentimientos de los demás; son peleoneros, irritables, tienden a llevar la contra, son vengativos y toscos y casi nunca son complacientes, impetuosos y excitables; poco cautelosos y tienden a actuar sin pensar; dan rienda suelta a sus deseos y emociones, son impacientes y audaces y tienden a la corrupción; desobligados y oportunistas; sienten poca confianza en la sociedad.

El autoconcepto, las estrategias y la autoestima de afrontamiento parecen las mismas al momento de actuar, sin embargo, el primero es más una característica de personalidad construida a través de la cultura y el segundo concepto, las estrategias de afrontamiento, se vincula más a procesos de hacer frente a un fenómeno en particular, pero que como proceso es cambiante. Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter y Gruen (1986), al estudiar autoestima, estrés - situaciones cotidianas de riesgo y alto nivel de estrés-, respuestas de afrontamiento, síntomas psicológicos y estado somático de salud entre otras variables, encontraron que a mayor sentimiento de autoestima, se tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento para reducir la tensión, más que para reducir el problema

Por otra parte, para conocer el autoconcepto del adolescente (estudiantes de secundaria) en diferentes culturas (diecinueve naciones), en la que se incluyó a la mexicana, Díaz-Guerrero (1982) llevó a cabo un estudio mediante la técnica del diferencial semántico. Fueron evaluados el valor, el poder y el dinamismo del yo. Los resultados muestran que en general el yo del adolescente mexicano aparece en el decimonoveno lugar en relación con los adolescentes de otros países. Se infiere que la investigación confirma la creencia popular de que el mexicano tiene complejo de inferioridad; sin embargo, el resultado no indica necesariamente que los mexicanos se menosprecien.

Autores como La Rosa (1986), Holtzman, Swartz y Díaz-Guerrero (1975) atajan la creencia anteriormente mencionada al señalar que entre los valores más importantes de la cultura mexicana se encuentra la familia, el grupo de amigos, la cortesía, la afiliación y la modestia entre otras. Bajo estas condiciones el yo individual se contrapone a una serie de

premisas y dictados de la cultura, razón por la cual el autoconcepto del adolescente mexicano aparece jerárquicamente bajo en comparación con las otras naciones.

En otro estudio Kagan y Madsen indican que los niños mexicanos tienen a ser más cooperativos que los estadounidenses que son más competitivos; señala también que los niños estadounidenses —a diferencia de los mexicanos— se crían en un medio en donde se recompensa la competencia a un punto tal que la estrategia se generaliza incluso a situaciones en las que se vuelve completamente inadaptativa (cit. en Díaz-Guerrero, 1984).

Siguiendo en las comparaciones, los mexicanos -a diferencia de los estadounidenses- tienen a ser más pesimistas y fatalistas en sus perspectivas de vida, así como obedientes-afiliativos. La obediencia es considerada por los mexicanos como una virtud, pero se obedece a quien se ama o se respeta, lo que no significa solamente admiración por la persona respetada sino la anticipación de amor y afecto de y hacia esa persona (op. cit.).

Se han hecho consideraciones respecto al tipo de cultura en la que se crece. Por ejemplo, en culturas colectivistas como la mexicana, las metas del grupo tienen primacía sobre las metas de los individuos; el comportamiento queda reglamentado básicamente por las normas del grupo; se pone un enorme énfasis en lo jerárquico; por lo general el padre es el jefe indiscutible y los hombres tienen más poder que las mujeres; valores como la integridad y seguridad familiar, la obediencia y la conformidad son más estimados. En cambio en las culturas individualistas como la estadounidense, las metas individuales tienen primacía sobre las metas grupales y se rige fundamentalmente por lo que guste o disguste al individuo y por el análisis costo-beneficio. Los valores como el logro, los placeres y el compartir son puestos de relieve (op. cit.).

Otra de las características encontradas en poblaciones mexicanas es la sensibilidad diferencia de los estadounidenses que se caracterizan como más independientes del medio (Holtzman, Swartz y Díaz-Guerrero, 1975); estas características parecen influir en su relación con el ambiente ya que mientras los independientes parten de estímulo o de información interna para formar sus opiniones, juicios o alcanzar un acuerdo para resolver conflictos, los sensitivos son más capaces de aceptar los puntos de vista de los demás.

En estudios sobre la depresión, daños físicos o incapacidad, el autoconcepto suele ser considerado como una variable mediadora de los efectos de la depresión (p.e. Pearlin y Lieberman, 1979, Pearlin, Menaghan, Lieberman y Mullan, 1981; Cervantes y Castro, 1985 González-Forteza, 1992, Hoppe, 1995); también se relaciona con la emisión de conductas saludables y de riesgo -tal como lo hacen algunas características de las redes de apoyo-, por

ejemplo Charles (1985, en Alfaro Martínez, 2001), al estudiar el autoconcepto en hombres homosexuales encontró que los sujetos que lo presentaban bajo y moderado presentaron más riesgo de adquirir VIH, a diferencia de los que presentaron un alto autoconcepto.

Mckusick, Coates, Morin, Pollak y Hoff (1990) al estudiar factores que influyen en los cambios de conducta sexual de alto riesgo por otra de bajo riesgo, encuentran que variables como el autoconcepto, la percepción de autoeficacia y las redes de apoyo (amigos o conocidos) dan cuenta importante de las modificaciones.

Un estudio relevante es el de Bartos y McDonald (2001) que hace una crítica a las investigaciones que relacionan el éxito de los tratamientos contra el VIH y la clase de individuo o individuos que poseen ciertos atributos, descuidando los procesos dinámicos mediante los cuales la gente da significado al vivir y la experiencia de ser una persona con VIH.

Bartos y McDonald (2001) en un estudio muy singular, llevaron a cabo una investigación sobre el impacto del tratamiento antirretroviral en hombres homosexuales VIH⁺ y la planeación de su futuro; se utilizó para ello entrevistas y una pregunta sobre si ellos tuvieran acceso a un milagro para la cura del SIDA, ¿cómo cambiaría su vida?. Los resultados indican que para muchos de los sujetos entrevistados el VIH es parte de su identidad, es decir, hablan del VIH como una parte de sí mismos, del ser hombres gay y que su comprensión de la identidad VIH descansa en una identidad pre-existente. Así, cuando se les pidió que se describieran, respondieron por lo común *soy un hombre homosexual seropositivo al VIH*. La respuesta fue rápida, como una categoría unitaria; asimismo tendieron a negar la existencia de una cura. Otro consideró al VIH tan sólo como parte de la experiencia de vida y que no se permitían que la enfermedad se acercara mucho a sí mismos, ya que esto les producía daño: *"definitivamente no me define"*. En cuanto a los tratamientos, casi ninguno de los entrevistados pudieron describir tratamientos optimistas sino que; se sintieron escépticos y sabedores de su vivencia incierta.

Los autores señalan que el advenimiento de los tratamientos retrovirales ha proporcionado otra visión a las formas en las cuales la trayectoria esperada de vida se ha modificado y con esto el propio sentido del yo y la esperanza de vida. Sin embargo, aún antes de las recientes mejoras en los tratamientos hubo una enorme producción literaria sobre las formas en las cuales se experimenta el SIDA, lo cual conduce a una reconstrucción de la propia autobiografía sobre el amplio entendimiento de la ruptura biográfica y la necesidad de reconstruir la identidad como una característica común a través de la enfermedad crónica.

3.4. Locus de Control

Un tema muy vinculado al Afrontamiento es el de Locus de Control, concepto que se refiere a si el individuo identifica la causa de los sucesos o eventos, que le ocurren como interna (debidos a él) o externa (debidos a agentes externos, tal como el medioambiente).

Esta identificación de los sucesos remonta a las creencias que se tienen sobre el poder o el dominio tanto propio como del entorno. Las creencias sobre el control personal tienen que ver con las sensaciones de dominio y de confianza. Las creencias de control se han discutido tanto como formas generalizadas de pensamiento como expectativas específicas de la situación.

Control como creencia generalizada se refiere a una disposición estable de la personalidad distinguible de un juicio contextualizado o de la evaluación de un acontecimiento determinado; la primera se refiere a una variable antecedente estable, mientras que en la segunda situación se hace referencia a un proceso.

Una creencia general sobre control incluye el grado en que el individuo asume que puede controlar los acontecimientos y las situaciones importantes. Rotter (1966) considera el *locus de control interno* versus el *externo*; el primero se refiere a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta y el segundo se refiere a la creencia de que esos acontecimientos no son contingentes con la conducta, sino que dependen de la suerte, la causalidad, el destino o el poder de los demás.

La propuesta de Rotter del locus de control proviene de la Teoría del Aprendizaje Social. El autor destaca que la adquisición y desarrollo de habilidades y el conocimiento en general están estrechamente ligados al reforzamiento, recompensa o gratificación que recibe el individuo. La recompensa está ligada a los procesos de aprendizaje y los efectos de ésta dependen en parte de si la persona la percibe como contingente a su conducta o no. La Teoría del Aprendizaje Social cree que la recompensa facilitará expectativas de reforzadores y la generalización de estas expectativas de reforzadores de control personal en situaciones percibidas como similares.

Las expectativas de control generalizado (variable antecedente estable) son concebidas por Rotter (op. cit) como de mayor importancia en cuanto a su influencia en las situaciones ambiguas y nuevas, esto es falta de claridad en el entorno; las señales situacionales que se refieren a la naturaleza de las consecuencias y/o el grado de control que puede ejercer sobre ellas, son mínimas. En consecuencia las creencias y disposiciones del individuo tienen mayor influencia a la hora de determinar el significado de la configuración del entorno. Ante

situaciones sumamente ambiguas, un individuo con locus de control interno seguramente las evaluará como controlables, mientras que otro con locus de control externo podría evaluarlas como incontrolables. En una situación no tan ambigua, los juicios de controlabilidad estarán influidos más por las características de la situación que por las creencias generales del individuo.

Se dice además que si un individuo cree que puede controlar su propio destino, estará más alerta que sus semejantes ante aspectos del medio ambiente que proveen de información útil para su conducta futura; el individuo hará esfuerzos para mejorar su situación, además le dará un mayor valor a las recompensas o reforzamientos relacionados con la habilidad o con los logros, y se preocupará más por sus habilidades; tomará muy en cuenta sus fracasos y se resistirá a las influencias una vez que haya tomado una decisión determinada.

Se supone además (Lazarus y Folkman, 1986) que el hecho de ejercer control, reduce la sensación de estrés. La persona que no puede hacer nada por cambiar el entorno (como en el caso de pacientes terminales) recurre a su capacidad de ejercer control sobre sus sentimientos públicos y privados, y a su habilidad de aceptar todo lo que venga, conservando un buen estado de ánimo y deseos de vivir. Las expectativas generales de poco o nulo control de las situaciones, se asocian estrechamente con la depresión.

Rotter (1966) consideró el constructo de locus de control unidimensional dentro de un continuo donde los polos opuestos representarían la máxima y la mínima internalidad respectivamente. Esta visión del fenómeno llevaría a concluir que mientras más locus de control interno tenga un individuo, menor control externo presentará. En el control interno, el comportamiento es dirigido por el yo del sujeto, mientras que en el control externo, el comportamiento es dirigido por las condiciones medioambientales. Rotter señala además que existe una asociación entre edad y el tipo de control: a mayor edad, mayor control interno.

Seligman (1975) indica que la indefensión aprendida es un rasgo provocado. Tanto la no solución del problema como el no poder escapar de un castigo parecen provocar expectativas de que la respuesta es totalmente independiente del reforzamiento; esta falta de contingencia positiva lleva a estados depresivos.

Algunas de las investigaciones sobre el locus de control en México (La Rosa, 1985; Díaz-Loving y Andrade Palos, 1984; González Pérez, 1988), concluyen que para la cultura mexicana, el locus de control no se muestra unidimensional, como lo plantea Rotter: Las diferencias radican en el hallazgo de una dimensión afectiva que describe situaciones en las que los individuos modifican su medio ambiente a través de las relaciones afectivas con quienes lo

rodean; las escalas utilizadas han llenado los requisitos de validez de constructo obtenida a través del análisis factorial; en todos ellos se presentan índices de consistencia interna significativos.

Son cinco las dimensiones encontradas en La Rosa (1985):

1)Fatalismo/suerte: Se refiere a creencias en un mundo no ordenado en donde los reforzadores dependen de factores azarosos tales como la suerte o el destino; esta dimensión originaria de Rotter (1966), también es señalada por Díaz-Guerrero (1994). El autor indica que en la cultura mexicana, se presenta esta dimensión en la personalidad de control externo pasivo, la cual describe a individuos pesimistas, fatalistas, obedientes y pasivos.

2)Poderosos del Macrocósmos. Esta dimensión se refiere a personas que tienen el control porque tienen el poder, están lejanas del individuo, pero sus acciones repercuten en su vida (gobemantes, diputados, empresarios, etc.).

3)Poderosos del Microcósmos. Esta dimensión se refiere a las personas que tienen el poder, pero están más cerca del individuo y controlan los reforzadores (p. e. jefe, padre, madre).

4)Afectividad: Esta escala describe situaciones en que el individuo consigue sus objetivos a través de las relaciones afectivas con quienes le rodean (p. e. si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en el trabajo). Esta escala también fue encontrada por Rotter (op. cit), sin embargo, para la cultura anglosajona no fue validada.

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

Las escalas de Fatalismo, Poderosos del Microcósmos y Afectividad, correlacionaron positivamente, lo cual indica que cuanto más fatalista es el individuo menos se involucrará en actividades destinadas a cambiar las circunstancias de su comunidad, creará que su vida está controlada por las personas que tienen poder (jefes, padres, sacerdotes, médicos) motivo por el cual buscará agradar a los poderosos para alcanzar sus beneficios.

Fatalismo también correlacionó negativamente con internalidad instrumental, esto es cuanto más se cree en el azar, menos esfuerzos se harán para obtener beneficios. Además, los

individuos altos en internalidad tenderán a no mantener creencias en un mundo azaroso ni se sentirán controlados por los poderosos del microcosmos.

Strickland (1978) cita algunos estudios que indican que las personas que creen que los resultados dependen de sus propias conductas, afrontan de forma distinta los problemas relacionados con la salud que las que los consideran el resultado como fruto del azar, la causalidad, el destino o de fuerzas que se encuentran más allá de su control personal. Los que poseen un locus de control interno tienen más probabilidades de pedir información sobre la enfermedad y la salud cuando se hallan preocupados por la posibilidad de padecer hipertensión y tienen más probabilidades de actuar para cambiar sus hábitos insalubres, se ocupan más de la prevención de la caries y practican de forma efectiva el control de la natalidad.

El vínculo sobre el locus de control y las estrategias de afrontamiento fue tratado por Anderson (1977) en un estudio longitudinal en sobrevivientes de inundación; encontró que los individuos con locus de control interno utilizaron más estrategias activas que los que disponían de un locus externo, más proclives a responder con estrategias más defensivas. Entre las estrategias activas se incluyeron esfuerzos para obtener ayuda para hacer frente a las pérdidas iniciales. Las conductas dirigidas al control emocional incluyeron el retraimiento, la afiliación a grupos, la hostilidad y la agresividad.

Tanto Anderson como Strickland sugieren que las creencias generales sobre el locus de control influyen en el afrontamiento; si el locus de control es interno, predominan las estrategias dirigidas al problema y si el locus es externo, predominan las estrategias dirigidas a la emoción.

El concepto de control personal –como elemento adaptativo- en la enfermedad del VIH se considera como una condición que ayuda en el ajuste psicológico y en la moderación del estrés (Reed, Reed y cols., (1993); además, en el curso de la enfermedad del VIH se asoció con menores síntomas depresivos y con menor ansiedad hacia la muerte (Griffin y cols., 1998).

Contrario a los resultados anteriores, Jenkins y Patterson (1998), en un estudio llevado a cabo con beneficiarios del servicio médicos militar VIH positivos reportaron altos niveles de depresión en los *creyentes de control* y que las atribuciones externas de control generalmente parecen más adaptativas.

Los diferentes hallazgos sobre el locus, indican que un locus de control externo parece tener mejores efectos adaptativos en el caso de violaciones, accidentes, agresiones o enfermedades adquiridas las personas afectadas logran un mejor ajuste psicológico y salen con

mayor rapidez de los estados depresivos; sin embargo, después del acontecimiento y en el curso de la recuperación, se requiere de un control interno.

Para probar que las nuevas terapias antirretrovirales o inhibidores de proteasa -los cuales impiden la reproducción del VIH-, pueden tener efectos significativos en la percepción de control personal, lo cual da como resultado una dramática reducción de la morbilidad y mortalidad (¿el uso de antirretrovirales incrementa la percepción de control sobre el curso de la enfermedad?), Palella y cols., (1998) llevaron a cabo una investigación en hombres homosexuales VIH positivos, comparan un grupo que usa antirretrovirales con un grupo control utilizando los instrumentos utilizados son los siguientes: 1) Indicador de las condiciones de SIDA que considera el número de pasadas y presentes enfermedades infecciosas o cánceres de acuerdo a los criterios de la CDC. 2) Inventario de Depresión de Beck (BDI). 3) Escala de Desesperanza de Beck (BHS). 4) Escala de Locus de Control sobre la salud derivada de la escala de Rotter.

Los resultados sobre la relación del Locus de Control sobre la salud (que arrojó tres dimensiones: Interna, Suerte y Otros Poderosos) y el avance de la enfermedad indica que no existen diferencias significativas en ninguna de las dimensiones, sin embargo los puntajes en las dimensiones Suerte y Otros Poderosos presentaron significativamente puntajes más altos.

En esta misma investigación se aplicó un análisis de regresión para conocer los predictores de la depresión y la desesperanza. Los resultados indican que el mejor predictor es el factor Suerte de la Escala de Locus de Control: aquellos que atribuyeron su salud a factores como la suerte o la fortuna presentaron mayores síntomas depresivos.

En cuanto a la relación entre el Locus de Control con el uso de antirretrovirales los resultados indican que no hubo diferencias entre los dos grupos en términos de fatiga o número de síntomas asociados al VIH; en cuanto a las dimensiones del Locus de control, aquellos que toman antirretrovirales presentan creencias significativamente más altas en la dimensión Otros Poderosos que aquellos que no.

Para un análisis más detallado de la relación entre el Locus de Control y el compromiso de llevar a cabo la terapia antirretroviral, se llevó a cabo un análisis de regresión logística paso a paso, considerando como variables predictoras: 1) edad, 2) CD4, carga viral, 3) tres dimensiones del locus de control. Los resultados indican que el conteo de CD4, la carga viral y la dimensión de Otros Poderosos fueron los mejores predictores del compromiso de utilizar la terapia antirretroviral.

3.5. Sintomatología Depresiva

La historia de la medicina muestra la necesidad de clasificar los desórdenes mentales (y físicos). Sin embargo, existe poco acuerdo sobre cuáles desórdenes deben incluirse y especialmente sobre el método de su ordenación. Las nomenclaturas que se han desarrollado durante los pasados dos milenios difieren en el relativo énfasis sobre la fenomenología, la etiología y por supuesto en la definición de los rasgos. Algunos sistemas han incluido solamente un puñado de categorías diagnósticas, otras han incluido cientos. Los varios sistemas para categorizar los desórdenes mentales han diferido con respecto a si su objetivo principal era el uso clínico, de investigación o como criterio estadístico (A. P. A., 1999).

En Estados Unidos, el impetu inicial por desarrollar una clasificación de los desórdenes mentales los llevó a recolectar —en el censo de 1840— información estadística acerca de las enfermedades mentales, lo cual podría considerarse el primer intento oficial de registro de la frecuencia de una categoría de enfermedades mentales. Para el censo de 1880, se distinguieron siete categorías —manía, melancolía, monomanía, paretis, demencia, dipsomanía y epilepsia (op. cit.).

En 1917, el Comité de Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría (ahora Asociación Americana Médico-Psicológica) junto con la Comisión Nacional de Higiene Mental de Estados Unidos, formularon un plan que fue adoptado por el Buró de Censos para obtener estadísticas uniformes de los hospitales para enfermos mentales. Aunque este sistema puso más atención a la utilidad clínica que los anteriores sistemas, fue en primer lugar una clasificación estadística. La Asociación Americana de Psiquiatría subsecuentemente colaboró con la Academia de Medicina de Nueva York para desarrollar una nomenclatura psiquiátrica aceptable, que podría incorporarse dentro de la primera edición de la Nomenclatura Estándar Clasificada de Enfermedades de la Asociación Médica Americana. Esta nomenclatura se diseñó primero para el diagnóstico de internos con desórdenes psiquiátricos y neurológicos severos (op. cit.)

La Organización Mundial de la Salud publicó la sexta edición del ICD-6 (International Classification of Disease), la cual por primera vez incluyó una sección para desórdenes mentales; pero fue en 1952 que el Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría publicó una variante del ICD-6, que fue la primera edición del Manual de Diagnóstico y Estadística: Desórdenes Mentales —DSM-I— (A. P. A., 1999).

La publicación del DSM-III se desarrolló con la meta adicional de proveer una nomenclatura médica para los clínicos e investigadores; sin embargo esta publicación reveló

inconsistencias en el sistema y un número de ejemplos en los cuales el criterio no fue totalmente claro. Por lo tanto, la Asociación Psiquiátrica Americana llevó a cabo una serie de revisiones y correcciones que condujeron en el año de 1987 a la publicación del DSM-III-R. Para el desarrollo del DSM-IV (A. P. A., 1999), se consideraron las múltiples investigaciones sobre los diagnósticos que fueron generados en las anteriores versiones. Así muchos de los diagnósticos tienen un sustento empírico o serie de datos disponibles que son relevantes para la toma de decisiones.

La depresión es considerada como un desorden mental, por lo que en primer lugar es necesario definir qué se entiende por desorden mental. El término *desorden mental* implica una distinción entre el desorden físico, lo cual refleja el reduccionismo anacrónico del dualismo mente/cuerpo. En la literatura se observa que existe mucho de físico en los desórdenes mentales y mucho de mental en los desórdenes físicos.

El concepto de *desorden mental*, como muchos otros conceptos de la medicina carece de una definición operacional consistente que cubra todas sus facetas. Las condiciones mórbidas en la medicina son definidas en distintos niveles de abstracción: por ejemplo la *patología estructural* (colitis ulcerativa), *presentación de síntomas* (migraña), *desviación de una norma fisiológica* (hipertensión), *la etiología* (pneumonía pneumococcal). De esta manera se puede observar que los desórdenes mentales han sido definidos mediante una variedad de conceptos (angustia, descontrol, desventaja, discapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un desorden mental, pero ninguno es equivalente al concepto, y diferentes situaciones son denominadas por diferentes definiciones.

En el DSM-IV (A. P. A., 1999), cada uno de los desórdenes mentales se conceptualiza como un conducta clínicamente significativa o un síndrome o patrón psicológico que ocurre en un individuo y que se asocia con *ansiedad* presente (p. e. síntoma doloroso) o *discapacidad* (daño en una o más áreas de funcionamiento) o con un significativo incremento del riesgo de morir, del dolor, de la incapacidad, o de una importante pérdida de la libertad.

En el DSM-IV la depresión está clasificada dentro de los trastornos del Estado de Ánimo —en el que se incluyen trastornos del ánimo y alteraciones afectivas— y define Estado de ánimo como "la emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, la alegría, la cólera, la ansiedad.

Tipos de estado de ánimo: "*Disfórico* (Estado de ánimo desagradable, tal como la tristeza, la ansiedad o la irritabilidad); *Elevado* (Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o

alegría, Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente <<arriba>>, en <<éxtasis>> <<en la cima del mundo>> o <<por las nubes>>: *Eutímico* (Estado de ánimo dentro de la gama <<normal>> que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado; *Expansivo*. Ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobrevaloración del significado o importancia propios e irritable. Fácilmente enojado y susceptible a la cólera" (782).

Abbagnano (2000) consigna Humor y Estado de Ánimo como semejantes y dice: "un estado emotivo que no tiene objeto o cuyo objeto es indeterminable y que, por lo tanto se distingue de la emoción verdadera y propia. Esta distinción ha sido propuesta por W. Cerf (1954) y parece oportuna para individualizar, en la vasta gama de estados emotivos, los estados que se encuentran bajo el nombre de *Humor*. El *Humor* no tiene objeto intencional, en el sentido de que no existe un *Humor de...* como existe un miedo de... o una alegría de ... etc. Tiene una causa o razón, pero no se refiere a un objeto en particular y no constituye la advertencia del valor biológico de una situación" (p. 631).

Por otra parte, en el mismo DSM-IV (A.P.A., 2000) se define Afecto como:

"Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (*emociones*) experimentados *subjetivamente*. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. A diferencia del *humor*, que concierne a un *clima emocional* más generalizado y persistente, el término *afecto* se refiere a cambios fluctuantes en el <<tiempo>> emocional. Varía considerablemente lo que se considera normal de la expresión del afecto, tanto entre culturas diferentes como en cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades: *Aplanado*: ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva; *Embotado*: reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional; *Inapropiado*: discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación; *Lábil*: Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva; *Restringido* o constreñido: reducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional" (779).

Los tipos de alteraciones en el afecto son: Depresivo mayor, Maníaco, Mixto e Hipomaniaco.

Por otra parte Abbagnano (2000) define Afecto como: "... emociones [en el sentido más amplio o general, la emoción como sinónimo de *sentimientos*; ya que este último concepto se refiere a la opinión sobre algo para lo cual no se tiene una justificación precisa] positivas que se refieren a personas y que no tienen el carácter dominante y totalitario de la pasión. En tanto que

las emociones pueden referirse a personas o cosas, hechos o situaciones, los Afectos constituyen esa clase restringida de emociones que acompañan algunas relaciones interpersonales (entre padres e hijos, entre amigos, entre parientes), limitándolas a esa totalidad que indica el adjetivo "afectuoso" y que por lo tanto, excluye el carácter exclusivo y dominante de la pasión. La palabra designa el conjunto de actos o actitudes tales como la bondad, la benevolencia, la inclinación, la devoción, la protección, el cariño, la gratitud, la ternura, etc., que en su conjunto pueden ser caracterizadas como la situación en la que una persona "toma cuidado de" o "tiene solicitud para" otra persona, o en la que ésta otra responde positivamente al cuidado o a la solicitud de que es objeto. Lo que comúnmente se llama "necesidad de afecto" es la necesidad de ser comprendido asistido, ayudado en las propias dificultades, seguido con la mirada benévola y llena de confianza. En este sentido el Afecto no es más que una de las formas de amor" (op. cit.: p. 26).

De lo anterior se infiere que tanto estado de ánimo, humor y afecto se refieren al mismo concepto, sin embargo destaca que en los dos primeros el estado es permanente y en el afecto es fluctuante; asimismo, Abbagnano (op. cit.) destaca que los afectos tienen como foco las relaciones interpersonales.

Además, para diagnosticar trastorno del estado de ánimo se exige "la presencia [...] de episodios afectivos (A. P. A., 1999:p 323).

A diferencia del afecto que se refiere a cambios más fluctuantes en el tiempo emocional, el estado de ánimo se refiere a un clima emocional más persistente y sostenido.

La clasificación para trastornos del Estado de ánimo, en específico Trastornos depresivos son:

- Depresión unipolar (no hay historia de alteración en el afecto tales como: maniaco, mixto o hipomanía)
- Trastornos Bipolares: Bipolar I y II, Ciclotímico, y depresión no específica; este diagnóstico implica historia de alteración en el afecto tales como manía, mixto o hipomanía.
- Basados en la etiología: Debido a enfermedad médica e inducida por sustancias tóxicas.
- Depresivo mayor. Se acompaña por alteraciones afectivas.

De acuerdo al DSM-III (A. P. A., 1980) la depresión es un síndrome (o complejo de síntomas) o agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente coocurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica

comunes); los síntomas son descritos por el individuo afectado más que observados por el examinador. Un episodio depresivo mayor se caracteriza por el humor disfórico o pérdida del interés o placer en todas o casi todas las actividades usuales o pasatiempos.

La persona disfórica se caracteriza en primer lugar por estar deprimida, triste, melancólica, desanimada y en segundo lugar debe presentar un disturbio en el humor, el cual es relativamente persistente y prominente; además, es necesario que al menos cuatro de los siguientes síntomas se hayan presentado casi todos los días por un período de al menos dos semanas (Shaver y Brenman, 1991):

1) Incremento o pérdida de apetito o incremento o pérdida significativa de peso (cuando no existe dieta).

2) Insomnio o Hipersomnia

3) Agitación o retardo psicomotor (pero no solamente sentimientos subjetivos de no descansar o dilación en los movimientos).

4) Pérdida del interés o placer en las actividades usuales, o decremento en el impulso sexual.

5) Pérdida de energía, fatiga.

6) Sentimientos de inutilidad, autocensura o excesiva o inapropiada culpabilidad.

7) Quejas o evidencia de la disminución de la habilidad de pensar o concentrarse, tal como pensamiento lento o indecisión.

8) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intento de suicidio.

González Núñez manifiesta que la depresión (desde el punto de vista del Psicoanálisis: neurosis depresiva) se ubica dentro de las neurosis y señala que " la neurosis comprende un grupo de trastornos de la personalidad, que suele llamársele alteraciones intermedias, que forman un eslabón entre los diversos recursos adaptativos que la persona inconscientemente utiliza; éstos surgen del esfuerzo que el individuo hace para manejar problemas psicológicos internos, privados y específicos y situaciones que provocan estrés, que el paciente mismo es incapaz de dominar sin tensión o sin recursos psicológicos como los mecanismos de defensa y cuya causa es la angustia que se ha desencadenado. Los síntomas que este tipo de trastorno muestra consisten en una manifestación de angustia o bien esfuerzos automáticos para controlar dicha angustia (2000: p. 99).

Con base en una valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas, el autor clasifica la depresión en leve, moderada y grave. El nivel de la actividad social y laboral cotidiana suele ser una guía general muy útil para valorar la gravedad del episodio, aunque los factores personales, sociales y culturales que influyen en la relación entre la gravedad de los síntomas y la actividad social, son lo suficientemente frecuentes e intensos como para hacer poco prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad. Enfermos con episodios depresivos leves son frecuentes en la práctica médica general, mientras que las unidades de internamiento psiquiátricas suelen ocuparse de formas más graves de episodios depresivos.

Para González Núñez (op. cit.) la depresión neurótica no es una patología en sí misma, sino que es un síntoma que acompaña a algunas patologías. Las manifestaciones de la depresión, su diagnóstico y pronóstico dependen del tipo de depresión que se trate, una forma de clasificarla (Coderch, 1995; op.cit.) es la siguiente:

a) Depresión endógena (Melancolía. Es la depresión psicótica y en ella intervienen factores constitucionales como la herencia. En este tipo de depresión la sintomatología se expresa de forma muy marcada y existe un grave riesgo de suicidio.

b) Depresión reactiva. Es la reacción del organismo ante un suceso que al individuo le resulte traumático o difícil de superar. La persona es consciente del factor que la causa. Por ejemplo, una persona que a consecuencia de la pérdida de su madre se deprime u otra que se deprime ante el diagnóstico positivo de VIH/SIDA.

c) Melancolía evolutiva. Aparece por primera vez después de los 60 años y su curso es crónico.

d) Depresión neurótica. Puede a veces estar acompañada de ansiedad y el factor desencadenante puede ser una pérdida real o fantaseada. Los trastornos psicósomáticos en algunos casos acompañan a este tipo de depresión (p. e., en el caso de las personas portadoras de VIH ésta indica una pérdida real de la salud).

La depresión aparece en algunas ocasiones cuando una persona es sacudida por algún acontecimiento adverso, este pesar viene y pasa o reaparece de vez en vez, o no se aminora a pesar de que el tiempo ha transcurrido, a veces el dolor es exagerado con relación al suceso que lo produce, pero de todas maneras se trata de un sentimiento doloroso

La depresión puede tener un origen interno (factores bioquímicos) o bien externo (acontecimientos), sin embargo no se puede negar la coexistencia de factores psicológicos que matizan los sucesos, considerando sus experiencias anteriores y los afectos asociados a éstas.

Se consideran factores precipitantes de la depresión las carencias y frustraciones que van más allá de los límites de la tolerancia del individuo; el depresivo es muy susceptible a todo aquello que pueda constituir una amenaza para la satisfacción de sus necesidades de dependencia y ponga en peligro su autoestima (Cameron, 1982, cit. en op. cit.).

Desde el punto de vista de la Teoría Cognoscitiva de la Emoción —la depresión como emoción—, Schachter (cit. en Lazarus, 1986) dice que la emoción es una percepción de activación (*arousal*) que es etiquetada de acuerdo con la información cognoscitiva y ambiental de que dispone el sujeto; la idea básica es que la emoción consiste en un aumento difuso y generalizado de la actividad interna del organismo (p. e., de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea), que interacciona con la actividad cognoscitiva para dar lugar a la experimentación de una emoción determinada; señala además que las cualidades de la emoción como la felicidad o el mal humor, son meras explicaciones prácticas de la activación.

La Teoría de la Desesperanza de Aprendizaje de Seligman (1967, Lazarus, 1991) es un ejemplo de la transición del aprendizaje estímulo-respuesta hacia el cognoscitismo; el nuevo paradigma de los neoconductistas E-O-R (estímulo-organismo-respuesta) abre las puertas a la especulación sobre las estructuras y procesos mentales, considerando a la mente como un elemento importante que da cuenta de la forma en que el sujeto reacciona. El autor propone que la depresión es causada por una historia de experiencias negativas, que involucran la carencia de control sobre las condiciones aversivas.

Estas experiencias supuestamente nos enseñan que somos incapaces para controlar consecuencias o resultados, y después aprendemos que nada podría hacerse para alterar las condiciones negativas de la vida, de tal manera que se deja de actuar. La teoría fue posteriormente reformulada en una teoría acerca de las atribuciones (cognoscitivas) de la gente acerca de su control sobre las condiciones de vida, la cual se basa en las atribuciones subjetivas de la incapacidad, la cual muy posiblemente se ha generalizado en la mente de las personas deprimidas.

En cuanto a la evaluación de la depresión, existe una amplia gama de medidas. Cabe aclarar que la gran mayoría se construyeron antes que la definición publicada en el DSM-III (A. P. A., 1980), los instrumentos de evaluación surgen del trabajo clínico y se basan sobre criterios muy similares.

Las diferencias entre las medidas de la depresión surgen a partir del concepto como síndrome; los instrumentos hacen énfasis a la *conducta*, en el *afecto o humor*, en las *cogniciones* y otras más en los *procesos vegetativos* (apetito, interés sexual, disturbios del sueño, etcétera). A pesar del énfasis que hace la definición en lo visible u objetivo de los síntomas, las medidas utilizan el autoreporte de la angustia. Así por ejemplo, la melancolía no cuantifica para la depresión, de acuerdo al DSM-III, a menos que esté acompañada por cuatro u ocho síntomas en al menos dos semanas (Shaver y Brenman, 1991). Desde esta perspectiva se critican las medidas que solamente investigan sentimientos disfóricos. También se critican las medidas del *Humor o estado*, porque fracasan al hacer referencia a las dos semanas como criterio de persistencia. Aún el límite preciso entre el rasgo y el estado es arbitrario.

Otro problema es el intento de definir la *depresión*. Este concepto se ubica en lo que los psicólogos cognoscitivos denominarían una categoría confusa (Rosch, 1978; op. cit.). La depresión también se oculta en la infelicidad normal, así que algunas veces se dificulta separar la depresión de un desacuerdo (p. e. no ingresar a la universidad), la pesadumbre (de afligido) y de los periodos de inactividad normales.

La depresión es también difícil de distinguir de las formas de angustia y otras como la melancolía, la ansiedad, el aburrimiento o la hostilidad. El DSM-III hace referencia a la irritabilidad y la *agitación psicomotora* e indica posibles signos de enojo y preocupación. Este conduce al menos a correlaciones moderadas entre las medidas de depresión y ansiedad, las cuales comúnmente se interpretan como rasgos para discriminar la validez (op. cit.).

Shaver y Brenman (op. cit.) consideran los siguientes inventarios como los más importantes para evaluar la depresión:

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es la medida de depresión basada en el autoreporte y la más frecuentemente citada. El BDI ha llegado a ser el estándar mediante el cual se evalúa la validez de otras escalas. En primer lugar la escala tiene una excelente validez de constructo: el BDI contiene 21 ítems (13 en la versión corta) e incluye cuatro componentes de la depresión: conductual, afectivo, cognoscitivo y fisiológico. En segundo lugar la escala es breve y fácil de administrar, y está disponible en varias formas para diferentes poblaciones, culturas y grupos de edad. Tercero, el creador de la escala Aaron Beck, ha hecho importantes contribuciones a la teoría de la depresión (especialmente con respecto a sus componentes). Aunque los ítems fueron diseñados originalmente para medir intensidad de los síntomas depresivos, la escala es usada principalmente como una herramienta de tamizaje (por ejemplo para determinar presencia o ausencia de depresión).

Beck (1987, cit en Lazarus, 1991) considera que las formas diferentes de ver el daño o la amenaza es lo que subyace en cada una de las emociones negativas; mediante un modelo diatésico (predisposición orgánica a contraer una determinada enfermedad) adquirido —*lo cual significa que en el desarrollo temprano ciertos rasgos fueron adquiridos (en otra versión los rasgos podrían haber sido heredados) que bajo presión hacen al individuo vulnerable a ansiedad y disfunción*— ha argumentado que la depresión es el resultado de ciertas cogniciones negativas que la gente tiene acerca de sí misma antes de que el estrés-inducido propicie la depresión.

Aunque la depresión es generalmente un complejo de varias emociones, la investigación contrasta el interés divergente de pacientes deprimidos y ansiosos paralelos a la noción de que cada emoción tiene su propio tema central de relación, patrón de evaluación y tendencia a la acción.

Beck y Rush, Shaw y Emery (1983, cit. en Alfaro Martínez, 2001) plantean un modelo cognoscitivo para explicar la depresión: en primer lugar hablan de la triada cognoscitiva, la cual implica una visión del sí mismo, del futuro y el mundo circundante. Los esquemas cognoscitivos en los cuales está presente la organización estructural del pensamiento y los errores cognoscitivos, al procesarse la información, por ejemplo las creencias falsas que predisponen a distorsionar la realidad. De hecho, Beck y Ellis (cit. en Lazarus, 1991) desarrollan una terapia para cambiar las creencias con la finalidad de triunfar sobre los estados emocionales disfuncionales y ansiosos.

La Escala de Auto-clasificación de la Depresión (SDS) de Zung (1965, op. cit: Shaver y Brenman, 1991) y la Escala de Clasificación (CRS) de Carrol, Feinger, Smuse, Rawson y Greden (1981, op. cit.) son también ampliamente utilizadas y miden la depresión a través del autoreporte. En alguna medida, ambas son similares al BDI, ambas son cortas, de escalas fácilmente auto-administradas que incluyen ítemes para evaluar la severidad de los síntomas de la depresión. En resumen, ambas escalas están diseñadas para medir los síntomas en las ámbitos fisiológicos, psicomotores y afectivos.

Diferente del BDI, el SDS y el CRS acentúan lo conductual y los síntomas somáticos de la depresión casi hasta llegar a la exclusión de los indicadores cognoscitivos y psicológicos.

Los tres instrumentos: BDI, SDS y CRS, son apropiados para un tamizaje clínico. Sin embargo, los investigadores interesados en usar estas escalas para medir la depresión en la población general se han topado con una dificultad pues dependiendo de la población muestra, la depresión puede diferir solamente en cantidad o grado, pero no en calidad. Es decir,

individuos deprimidos –no clínicamente- pueden no experimentar dificultades somáticas y psicomotoras que acompañan a plenos episodios depresivos. Para individuos normales, que experimentan la depresión puede ser más una cuestión de humor extremadamente depresivo, o períodos extensos de afecto melancólico, sin ninguno de los correlatos conductuales o somáticos de un desorden depresivo mayor.

El cuarto instrumento es la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977) y el quinto es la Lista de Chequeo de Adjetivos de Depresión (DACL, Lubin, 1965). Estos instrumentos han dado buenos resultados especialmente en la evaluación de la depresión entre personas no clínicamente diagnosticadas. La depresión en la población en general, aunque es menos severa que en la población clínica, puede ser extremadamente perturbadora y debilitadora, lo que indica la necesidad de estudios para confiabilizar y validar las mediciones de depresión. Este inventario no fue diseñado como una medida para evaluar la severidad de la enfermedad en un tratamiento en curso. Los componentes del inventario son los siguientes: humor depresivo, sentimientos de culpabilidad y desconfianza, sentimientos de incapacidad y desesperanza, retardo psicomotor, pérdida del apetito y disturbios del sueño.

En la presente investigación se utilizó la Escala de Sintomatología Depresiva de Radloff (1977) validada y confiabilizada para la población mexicana, de Salgado de Snyder y Maldonado (1994), la cual está integrada por 20 reactivos que corresponden a cuatro dimensiones. a) Afecto Negativo; b) Afecto Positivo; c) Relaciones Interpersonales, y d) Actividad retardada y somatización, tomando en consideración para sus respuestas la última semana antes de la entrevista. Las opciones de respuesta son cuatro: 1) Ningún día o menos de un día; 2) De uno a dos días; 3) De tres a cuatro días y 4) De cinco a siete días.

Finalmente el Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ, Blatt, D’Afflitti y Quinlan, 1976), tiene una singular fundamentación teórica en la Teoría Psicodinámica. Se caracteriza por la propensión hacia depresión introyectiva como un rasgo de personalidad estable enraizado en el desarrollo temprano. El DEQ no intenta medir síntomas de depresión per se, sino medir una amplia gama de experiencias que frecuentemente se asocian con la depresión. Considera las siguientes dimensiones: Factor I que corresponde al Anaclítico, estilo de personalidad orientada interpersonalmente y personalidad orientada; Factor II tipo autocrítico o introyectivo y el Factor III más que diferir de los factores presenta un fotografía positiva de seguridad, orgullo, etc., que quizá indican invulnerabilidad a la depresión.

Las enfermedades suelen representar algún tipo de tensión en la vida cotidiana y van desde una simple gripa cuya evolución por lo general es rápida, al cáncer que por sí mismo representa un ataque a la salud y una amenaza a la vida, su evolución depende del tipo de cáncer, del tipo de tejido dañado etc. Existe otra enfermedad -la pandemia del siglo XX- el VIH/SIDA, la cual no solo amenaza la salud sino que su pronóstico no es nada halagüeño, ya que además de amenazar la vida, repercute de manera definitiva en las relaciones interpersonales.

El impacto en la salud de los individuos y en el ánimo de la población general ha propiciado reacciones muy diversas, desde el hostigamiento hacia los grupos más afectados, hasta el rechazo frontal estigmatizante. El SIDA, es un evento desconocido y devastador que reúne características que son universalmente estresantes y es tan maligna como el cáncer y tan estigmatizante como todas las enfermedades asociadas al ejercicio de la sexualidad, tal y como lo fue la sífilis a principios de siglo.

El VIH/SIDA es una amenaza física y mental que va más allá de lo individual pues afecta la salud mental de los que rodean al enfermo: la familia, los amigos o los conocidos, produciendo tanto en el individuo como en el grupo depresión, angustia, temor; estados que pueden llegar a limitar el desenvolvimiento cotidiano tanto del paciente como de los que lo rodean y afectan la la calidad de vida.

El desenlace natural del VIH/SIDA es la muerte, sin embargo, se ha encontrado que los síntomas clínicos y psicológicos se encuentran determinados por la interacción de tres diferentes niveles de causalidad: la influencia orgánica del virus y otras infecciones oportunistas; la influencia psicológica (individual) y la influencia social, que en su conjunto suponen un impacto emocional de considerable importancia.

Se ha encontrado que la depresión se asocia directamente con la aparición y aceleración de síntomas somáticos que producen una influencia negativa para la salud. La presencia de altos niveles de depresión producen un deterioro en el sistema inmunológico.

Kalichman y cols. (1995) encontraron que la gente con infección por VIH que obtuvieron puntajes arriba del punto de corte del Inventario de Depresión de Beck, reportaron significativamente más síntomas de VIH que la gente no deprimida, aunque la depresión y la no depresión no difirieron en el número de condiciones que definen el SIDA o en el conteo de células T. Específicamente, el 82% de los HIV positivos deprimidos tuvieron fatiga persistente y el 57% reportaron sudores nocturnos, en comparación con el 47% y el 15% de la gente no deprimida, respectivamente. Los signos neurovegetativos de la depresión que se traslapan con

la sintomatología del VIH son particularmente importantes en la evaluación clínica porque tanto las perturbaciones del sueño y la pérdida del apetito son los síntomas comunes de la depresión entre la gente con la infección del VIH .

PARTE II

INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

I) ¿Cuál es la relación entre un estresor específico como es el VIH/SIDA, aunado a estresores potenciales (tiempo de conocer su seroestatus y las enfermedades que se han padecido y/o padecen como consecuencia de virus en el organismo); la evaluación cognoscitiva del estresor y las respuestas de afrontamiento; variables mediadoras internas –locus de control sobre la salud, autoconcepto y satisfacción con las redes de apoyo en sus funciones: Consejería, Emocional, Instrumental y Diversión/Relajación -, variables mediadoras externas –estructura y funcionamiento de la red- y las respuestas de afrontamiento, sobre el estado emocional –síntomatología depresiva- en hombres homosexuales (HSH) con diferente seroestatus al VIH/SIDA?

II) ¿La Evaluación Cognoscitiva, esto es, el nivel de estrés percibido del estresor VIH/SIDA, está influida por las variables mediadoras internas y externas mencionadas en párrafos anteriores?

III) ¿Se influyen entre sí las variables mediadoras internas y externas?

IV) ¿El estado emocional a corto plazo como lo es la sintomatología depresiva, está determinado por la evaluación cognoscitiva, por los mediadores internos (autoconcepto, locus de control y satisfacción percibida de las redes de apoyo) y por los mediadores externos (familias consanguínea y electa y profesional)?

V) ¿Las respuestas de afrontamiento están asociadas con la evaluación cognoscitiva, con los mediadores internos y externos y con la sintomatología depresiva?

1.2. OBJETIVO GENERAL

1. Probar el modelo teórico de propuesto por Cervantes y Castro (1985), a fin de conocer las relaciones entre las variables que conforman el modelo en un grupo de hombres (HSH) con diferente seroestatus al VIH/SIDA (Figura 13).

1.2.1. Objetivos Específicos

1. Describir y comparar (por seroestatus al VIH/SIDA) a la muestra, en cuanto a sus variables sociodemográficas (edad, escolaridad, ocupación).

2. Describir y comparar a la muestra (por seroestatus al VIH/SIDA) en cuanto al patrón sexual: edad al debut sexual, preferencia sexual, parejas sexuales en la vida, tipo de coito tanto con pareja sexual regular como ocasional, frecuencia de uso del condón tanto con pareja regular como ocasional y vinculación alcohol y drogas con sexo.

3. Describir y comparar a los hombres (por seroestatus al VIH/SIDA) en cuanto a los estresores potenciales: tiempo de conocer su seroestatus al VIH/SIDA y enfermedades que padecieron y/o padecen.

4. Describir los análisis psicométricos de las siguientes escalas: Afrontamiento, Sintomatología Depresiva, Locus de Control sobre la Salud y Autoconcepto.

5. Describir, analizar y comparar las Redes de Apoyo (Estructura y Funcionamiento) y la Satisfacción de las redes de apoyo por Seroestatus al VIH/SIDA.

6. Comparar por Seroestatus al VIH/SIDA las Escalas: Afrontamiento, Sintomatología Depresiva, Locus de Control sobre la Salud y Autoconcepto.

7. Conocer y describir los mejores predictores de la evaluación cognoscitiva, las respuestas de afrontamiento, la sintomatología depresiva, los mediadores internos (autoconcepto, locus de control y satisfacción percibida de la red), los mediadores externos (red de familias consanguínea y electa y profesional) y los estresores potenciales.

1.3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

H₁ La Evaluación Cognoscitiva estará determinada por los estresores potenciales (avance del VIH/SIDA, tiempo de conocer su seroestatus al VIH/SIDA y el número de enfermedades), los mediadores internos (autoconcepto, locus de control sobre la salud y la satisfacción percibida del apoyo recibido) y los mediadores externos (estructura de la red)

H₂ Las Respuestas de Afrontamiento estarán determinadas por: la Evaluación Cognoscitiva de los estresores potenciales (avance del VIH/SIDA, tiempo de conocer su seroestatus al VIH/SIDA y el número de enfermedades), los mediadores internos (autoconcepto, locus de control sobre la salud y la satisfacción percibida del apoyo recibido) y los mediadores externos (estructura de la red).

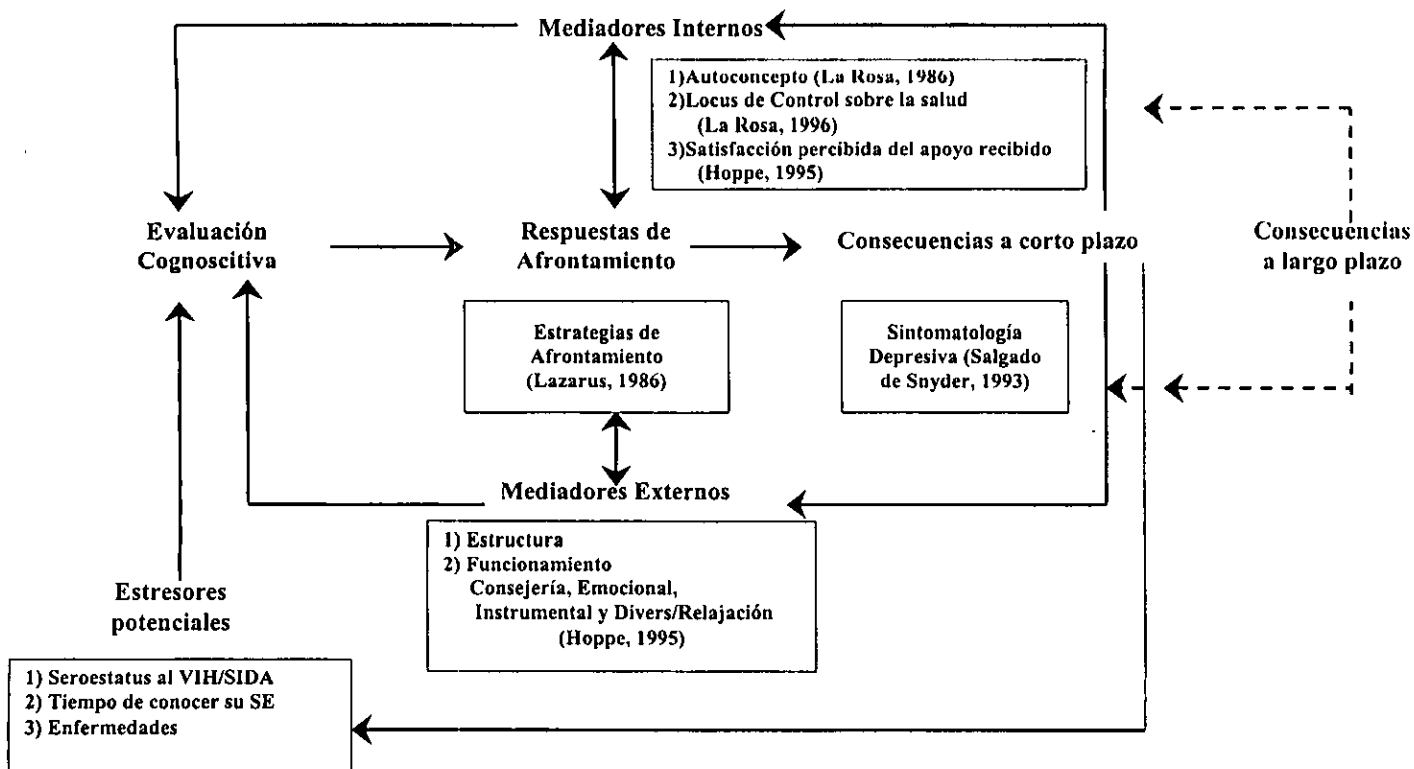
H₃ La Sintomatología Depresiva estará determinada por las Respuestas de Afrontamiento.

H₄ Los mediadores internos (Autoconcepto, Locus de control sobre la Salud y Satisfacción percibida) estarán determinados por la Sintomatología Depresiva y las respuestas de afrontamiento.

H₅ Los mediadores externos (redes de familias consanguínea y electa y profesional) estarán determinados por la Sintomatología Depresiva y las respuestas de afrontamiento.

H₆ Los estresores estarán determinados por la Sintomatología Depresiva.

FIGURA 13
MODELO EXPLICATIVO DE RESPUESTA AL ESTRÉS PROPUESTO
POR CERVANTES Y CASTRO (1985)



2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

2.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

2.1.1. Variables sociodemográficas

1. **Edad.** Variable atributiva. Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha de la entrevista; es una variable atributiva que se evaluará en años.

2. **Escolaridad.** Variable atributiva. Nivel o grado de estudios alcanzados; es una variable atributiva, con seis niveles: primaria, secundaria, preparatoria, profesional, especialidad, o posgrado.

3. **Ocupación.** Variable atributiva. Se refiere al trabajo, oficio o la actividad (remunerada o no) en la que emplean su tiempo; es una variable atributiva, las respuestas serán categorizadas para su análisis una vez que se tenga la información.

2.1.2. Variables de clasificación

1. **Estatus de seropositividad.** Variable atributiva con cuatro niveles (tres grupos portadores del VIH/SIDA, con diferentes avances del padecimiento y un grupo de no portadores del VIH/SIDA).

Para clasificarlos como portadores o no del VIH/SIDA, se utilizarán los resultados obtenidos de la prueba confirmatoria Western Blot; y para la clasificación del avance de la enfermedad, se considerarán dos tipos de información: 1) último resultado del conteo de células CD4 y 2) la condición clínica; se les presentó una lista de padecimientos en los cuales los individuos marcaron aquellas infecciones que hubieran tenido o bien tuvieran al momento de la entrevista; ambas informaciones fueron utilizadas para clasificarlos en los grupos, según las categorías propuestas por Uribe Zúñiga y Ponce de León (2000).

a) Asintomático (As): con un CD-4 > 500 y con una categoría clínica CDC "A1"

b) Complejo Relacionado con el VIH/SIDA (CRS): con un CD-4 200 – 499 y con una categoría clínica CDC "B2".

c) SIDA, con un CD4 <200 y con una categoría clínica CDC "C3".

y un grupo de no portador del VIH/SIDA

d) Seronegativos al VIH/SIDA. No portadores del VIH/SIDA

2. Patrón Sexual. Variable atributiva. Se refiere a las pautas de acción que las personas manifiestan en su vida sexual (Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1983). Las pautas de comportamiento sexual de interés son las consideradas en Díaz-Loving, Flores Galaz, Rivera Aragón, Andrade Palos, Ramos Lira, Villagrán-Vázquez, Cubas Carlin, Camacho Valladares, y Muñiz Campos (1992).

a) Edad al Debut sexual. Variable atributiva. Edad en la que el individuo manifiesta haber tenido su primer coito. Será la manifestada por los individuos, se evaluará en años.

b) Orientación Sexual. Variable atributiva con tres niveles: Heterosexual; cuando manifiesta relaciones sexuales (coito) con personas del sexo opuesto; Bisexual, cuando manifiesta tener coito con personas de ambos sexos y Homosexual, cuando manifiesta tener relaciones coitales con personas de su mismo sexo. Se evaluará mediante una pregunta: tus relaciones sexuales son: 1) sólo con hombres, 2) más con hombres que con mujeres; 3) tanto con hombres como con mujeres; 4) más con mujeres que con hombres; las opciones 2, 3 y 4, se recodificarán como una categoría: bisexual y 5) sólo con mujeres.

c) Número de Parejas Sexuales en la Vida. Variable atributiva. Número de personas con las que han tenido coito a lo largo de la vida.

d) Tipo de coito. Variable atributiva. Forma de contacto sexual. Variable atributiva. Esta variable será analizada en dos contextos: a) con pareja regular o estable y b) con la pareja ocasional. Se evaluarán mediante siete opciones de respuesta: 1) vaginales; 2) anales; 3) orales; 4) vaginales y anales; 5) vaginales y orales; 6) vaginales, anales y orales y 7) otras.

e) Uso del Condón. Variable atributiva. Frecuencia de uso del condón durante el coito. Variable atributiva.

Esta variable se analizará en dos contextos: a) con pareja regular o estable y b) con la pareja ocasional. Se evaluará mediante siete opciones de respuesta: 1) vaginales; 2) anales; 3) orales; 4) vaginales y anales; 5) vaginales y orales; 6) vaginales, anales y orales y 7) otras.

f) Vínculo Alcohol y Sexo. Variable atributiva. Se refiere a al vínculo temporal entre el ingesta de alcohol y coito. Variable atributiva, con tres opciones de respuesta: 1) Nunca; 2) A veces y 3) Siempre.

g) Vínculo Drogas con Sexo. Variable atributiva. Se refiere al vínculo temporal entre el consumo de drogas y el coito. Variable atributiva, con tres opciones de respuesta: 1) Nunca; 2) A veces y 3) Siempre.

2.2. VARIABLES INTERVINIENTES

Las variables que a continuación se describirán jugarán diferentes tipos de rol, dependiendo de la ubicación que tengan dentro del modelo, algunas veces serán utilizadas como variables predictoras y otras como variables a predecir o dependientes.

1. Estresores potenciales

a) **Tiempo transcurrido de conocer el seroestatus al VIH/SIDA.** Variable atributiva. Se medirá en meses, a partir de la fecha en que les dieron el diagnóstico del seroestatus.

b) **Enfermedades que han padecido y/o padecen.** Variable atributiva. Se clasificaron las diferentes enfermedades que han tenido y/o tienen, a partir de la notificación de estatus de seropositividad.

2) **Estrategias de Afrontamiento.** Conjunto de esfuerzos cognoscitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos (Lazarus, 1986).

La escala tiene dos componentes:

a) **Evaluación cognoscitiva** sobre el estresor, ya sea *la presencia del VIH/SIDA* en el organismo (¿Sientes que *tu* situación de seropositividad al VIH/SIDA, requiere de esfuerzos extras para enfrentar la angustia o preocupación que te produce la enfermedad?) o bien la *amenaza de infectarse* con el virus (¿Sientes que *la* situación de seropositividad al VIH/SIDA, requiere de esfuerzos extras para enfrentar la angustia o preocupación que te produce la enfermedad?). Las opciones de respuesta para ambas preguntas son: 1) No; 2) Un poco; 3) Bastante y 4) Muchísimo.

b) **Escala de Estilos de Afrontamiento.** Se compone de tres dimensiones, las cuales, se describen a continuación:

b.1) Afrontamiento Enfocado al Problema. Se refiere a los esfuerzos del individuo para la resolución del problema o a los intentos por hacer algo activo concerniente a las condiciones estresantes, es decir, se refiere a los procesos que cambian la relación actual persona medioambiente, son formas de afrontamiento centradas en la acción.

b.2) Afrontamiento Enfocado a la Emoción o Cognoscitivo. Se refiere a la reestructuración interna que llevan a cabo los individuos (pensamientos dirigidos a la

modificación del significado) para cambiar su relación con el medioambiente, no necesariamente se considera que son pasivos, pero sí que conllevan una reacción emocional.

b.3) Afrontamiento Mixto (afrontamiento enfocado al problema y a la emoción o búsqueda de apoyo social). Se refiere a la combinación de actos o intentos de hacer algo activo en combinación con los recursos sociales, los cuales conducen a la búsqueda activa de un sostén social para cambiar a mediano o largo plazo la relación persona medioambiente.

Las tres dimensiones se evalúan con 29 reactivos, cuyas opciones de respuesta son: 1) No; 2) Un poco; 3) Bastante y 4) Muchísimo.

3. Escala de Locus de Control sobre la Salud. Se refiere a la atribución que el individuo hace de las causas de su conducta ya sea internas (pertenecientes a él o ella) o externas (presentes en el medio ambiente) tales como: la familia, los amigos, la suerte, o Dios entre otros (Rotter, 1966). El instrumento que se usa en la presente investigación está basado en el construido por La Rosa (1986) y adaptado para el propósito de la presente investigación. El instrumento presenta cinco opciones de respuesta (1= Totalmente de acuerdo a 5= Totalmente en desacuerdo). La escala está constituida por doce reactivos.

4. Autoconcepto. El autoconcepto está definido como la percepción que una persona tiene de sí misma, la cual comprende varias dimensiones: sentimientos interindividuales, sociabilidad afiliativa, sociabilidad expresiva, estados de ánimo, salud emocional, ocupacional y ética. El autoconcepto depende de los medios social y cultural en los que el individuo se desenvuelve (La Rosa y Díaz-Loving, 1988). La medición de este atributo se llevó a cabo mediante una escala intervalar bipolar, adaptada para cinco opciones de respuesta. La escala está constituida por 20 reactivos.

5. Redes de Apoyo. Conjunto de contactos personales a través de los cuales, el individuo mantiene su identidad social y recibe sostén (emocional, material o instrumental, informacional y de diversión/relajación) y proporciona nuevos contactos sociales (Hoppe, 1995).

En la Escala de Redes de Apoyo se evalúan tres componentes:

a) Estructura de la Red. Según Barrón (1996), este concepto se define en términos del número de determinadas relaciones clave que mantiene el sujeto (amigos, familia consanguínea, etc.) [...y la frecuencia de contacto con los mismos.]. En la presente investigación solamente se evaluó, el número total de categorías o roles que juega el individuo.

b) Funcionamiento de la red. Este concepto se refiere a las diferentes formas en las que una red proporciona soporte o ayuda (Barrón, 1996). En la presente investigación, se evaluaron cuatro tipos de apoyos:

b.1) Apoyo Informativo. Se refiere al conocimiento, consejo o guía relevante que ayude a comprender el mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él. Se evaluó mediante un reactivo en el cual se pidió que indicaran a tres personas que les brindaran este tipo de apoyo.

b.2) Apoyo Emocional. Se refiere a la disponibilidad de alguien con quien hablar; incluye conductas que fomentan sentimientos de bienestar afectivo y provocan que el sujeto se sienta querido, amado y respetado. Se evaluó a través de tres reactivos en cada uno de ellos se les pidió que mencionaran a tres personas que les brindaran este tipo de apoyo.

b.3) Apoyo Instrumental. Se refiere a las acciones o materiales proporcionados por otras personas que sirven para resolver problemas prácticos y/o que facilitan la realización de tareas cotidianas. Se evaluó a través de 3 reactivos, en cada uno de los cuales se pidió señalaran a tres personas que otorgaran este tipo de soporte.

b.4) Apoyo de Diversión/Relajación. Se refiere a las oportunidades que tiene el sujeto para desarrollar actividades que le permitan tener momentos de esparcimiento y/o tranquilidad y/o distracción. Se evaluó a través de tres reactivos, en cada uno de los cuales, se les pidió que señalaran a 3 personas que les otorgan este soporte.

c) Satisfacción con la Red de Apoyo. Se refiere a la evaluación que el sujeto hace con respecto al apoyo que él percibe que recibió (querido o necesitado) en el último mes anterior a la entrevista. Se evaluó a través de 10 reactivos; los cuales corresponden a los apoyos informacional, emocional, instrumental y de diversión/relajación (1, 3, 3 y 3 respectivamente). Las opciones de respuesta fueron tres: 1) Menos de las que he querido/necesitado; 2) Tanta como he querido/necesitado y 3) Más de las que he querido/necesitado.

6. Sintomatología Depresiva. Estado emocional en el cual se evidencia una baja de energía, a consecuencia de eventos estresantes (Barrientos, 1992). Se utilizó para medirla, la Escala de Depresión CES-D, desarrollada en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos y ha sido validada y confiabilizada para la población mexicana (Salgado de Salgado de Snyder y Maldonado, 1994).

Se les pidió que respondieran a una Escala integrada por 20 reactivos que corresponden a cuatro dimensiones. a) Afecto Negativo; b) Afecto Positivo; c) Relaciones Interpersonales y d) Actividad retardada y somatización, tomando en consideración para sus respuestas la última semana antes de la entrevista. Las opciones de respuesta son cuatro: 1) Ningún día o menos de un día; 2) De uno a dos días; 3) De tres a cuatro días y 4) De cinco a siete días.

3. MÉTODO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio se clasifica explicativo, ya que tiene como propósito explicar la sintomatología depresiva a partir de una serie de variables internas y externas (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 1998) y por el lugar en donde se llevó a cabo (escenarios naturales) es de campo (Kerlinger, 1992).

3.2. TIPO DE DISEÑO

Se trata de un diseño no experimental, ya que no se manipularon variables, ni se asignaron a los sujetos a los grupos en estudio. Dada la temporalidad, el diseño es de tipo transversal o transeccional, ya que evaluó la relación entre las variables en un punto determinado en el tiempo (Hernández Sampieri y cols., 1998).

3.3. SUJETOS

Se entrevistaron a 100 hombres homosexuales y bisexuales, seleccionados mediante un muestreo intencional por cuotas (según el seroestatus al VIH/SIDA) ya que se estableció un número determinado de sujetos en cada uno de los grupos (Kerlinger, 1992).

- 1) Seropositivos al VIH, CD-4>500; asintomático, con una categoría clínica de "A1".
- 2) Seropositivos al VIH, CD-4>200-499, sintomático, con una categoría clínica de "B2".
- 3) Seropositivos al VIH, CD-4<200, sintomático, con indicadores de SIDA, con una categoría clínica de "C3".
- 4) Seronegativos al VIH.

Criterios de inclusión a la muestra, que fueran: del sexo masculino, mayores de 19 años, que manifestaran haber tenido sexo con otros hombres; que conocieran su seroestatus al VIH/SIDA, que no presentaran daño neurológico aparente y que tuvieran la voluntad de responder.

3.4. ESCENARIO

Las entrevistas se llevaron a cabo en: Hospital "La Raza"; CONASIDA y la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA.

3.5. INSTRUMENTOS

La encuesta general (Anexo 1) se integra de las siguientes secciones:

1). **Selección.** En ella se solicitó información: a) sociodemográfica (edad, escolaridad, ocupación) y b) sobre los criterios de inclusión tales como orientación sexual (este reactivo se utilizó también para describir el patrón sexual), que conocieran su seroestatus al VIH/SIDA y c) carta de Consentimiento Informado.

Esta primera aproximación permitió dar cuenta del estado neurológico aparente.

2). **Información sobre su seroestatus.** En esta sección se abundó sobre: a) Cuento de CD4; b) Carga Viral y c) sobre la Condición Clínica (Uribe Zúñiga y Ponce de León, 2000) y d) Tiempo de conocer su seroestatus al VIH/SIDA

3). **Patrón Sexual** (Díaz-Loving et al., 1992). La información solicitada en esta sección es sobre: a) Edad al Debut sexual; b) Número de Parejas Sexuales en la Vida; c) Tipo de coito; d) Uso del Condón; e) Vínculo Alcohol y Sexo y f) Vínculo Drogas con Sexo

4). **Estrategias de Afrontamiento** (Lazarus, 1986): Evaluación cognoscitiva; Afrontamiento Enfocado al Problema; Afrontamiento Enfocado a la Emoción o Cognoscitiva y Afrontamiento Mixto

5). **Escala de Locus de Control sobre la Salud**, adaptada de la escala de La Rosa (1986) y probada también con población mexicana (González Pérez, 1998).

6). **Escala de Autoconcepto**, adaptada de la escala de La Rosa y Díaz-Loving (1988) y probada también con población mexicana (González Pérez, 1998).

7). **Redes de Apoyo** (Hoppe, 1995). Estructura de la Red; Funcionamiento de la red (Apoyo Informativo, Apoyo Emocional; Apoyo Instrumental y Apoyo de Diversión/Relajación) y Satisfacción con la Red de Apoyo; considerando para responder ésta última el mes anterior a la entrevista.

8). **Sintomatología Depresiva** (Salgado de Snyder y Maldonado, 1994). Se les pidió que respondieran a una Escala integrada por 20 reactivos que corresponden a cuatro dimensiones. a) Afecto Negativo; b) Afecto Positivo; c) Relaciones Interpersonales y d) Actividad retardada y somatización, tomando en consideración para sus respuestas la última semana antes de la entrevista. Las opciones de respuesta son cuatro: 1) Ningún día o menos de un día; 2) De uno a dos días; 3) De tres a cuatro días y 4) De cinco a siete días.

4. ANÁLISIS DE DATOS

1) Para las variables sociodemográficas, el patrón sexual y las Redes de Apoyo (Estructura y Funcionamiento): análisis de frecuencias y medidas de tendencia central.

2) Para las Escalas (Estrategias de Afrontamiento, Locus de control sobre la salud, Autoconcepto y Sintomatología Depresiva): análisis psicométricos: frecuencias y pruebas: t (Student); Análisis Factorial (validez de constructo) de primero y segundo orden y Alfa de Cronbach (consistencia interna).

3) Para la comparación entre grupos análisis de varianza de una vía (post hoc Sheffé).

4) Para conocer la relación entre las variables correlaciones de Pearson.

5) Para probar el modelo, se utilizó el Análisis de Trayectoria paso a paso.

5. RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se constituye por 100 hombres homosexuales y bisexuales, con un promedio de edad de 32 años (rango de 19 a 56). En el Tabla 1, se describen: **edad, escolaridad y ocupación** por grupos: Seronegativo (SN), Seropositivo Asintomático (As), Seropositivo con Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) y Seropositivo con SIDA (SIDA).

Para conocer si existen diferencias entre los grupos por Seroestatus en la variables edad se aplicó análisis de varianza de una vía (post hoc Scheffé). Los resultados arrojaron diferencias significativas por **edad** ($F_{2,98}=4.436$ y $p=.006$), en donde los grupos que marcan la diferencia son: Seronegativo (los más jóvenes) y Asintomático (los de mayor edad).

En cuanto a la **escolaridad**, se puede observar que dentro de los grupos Seronegativo y Asintomático, la muestra no registra sujetos con escolaridad de primaria ni secundaria y sus porcentajes más altos se ubican en las categorías de Profesional y Especialidad, a diferencia de los grupos de CRS y SIDA, donde la muestra registra pacientes con escolaridad de primaria y secundaria y sus porcentajes más altos se ubican en Preparatoria y Profesional.

En **ocupación**, se destaca que en los cuatro grupos aparecen las categorías de Empleados, Comerciantes y Profesionales. Destacan también dentro del grupo Seronegativo los estudiantes y dentro de los grupos CRS y SIDA, los pensionados.

5.2. PATRÓN SEXUAL

a) Muestra total. El promedio de edad de inicio a la vida sexual o **Edad al Debut sexual**, es de 15 años (rango= 5-33); la **Preferencia Sexual** es homosexual en un 59% y bisexual en un 41%; en cuanto al Número de parejas sexuales en la vida, se obtuvo un promedio general de 63 (rango= 1-500) (Tabla 2).

El **tipo de coito** que predomina con la **pareja sexual regular o estable** es oral y anal (72.9%) seguido del vaginal, anal y oral (12.9%) y del anal (9.4%) y finalmente, orales y masturbación (2% cada uno respectivamente).

En cuanto a la **frecuencia de uso del condón** con este tipo de pareja, se encontró que un 15.9% (14) nunca lo usan, 51.2% (35) lo usan irregularmente y solamente un 33% (29) lo usan siempre.

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	SEROESTATUS AL VIH/SIDA							
	SN (N=26)		AS (N=23)		CRS (N=26)		SIDA (N=25)	
Escolaridad	n	%	n	%	n	%	n	%
Primaria					2	7.7	1	4.2
Secundaria					4	15.4	2	8.3
Preparatoria	6	24.1	4	17.4	8	30.8	10	41.7
Profesional	16	64	7	30.4	10	38.5	6	25
Especialidad	2	8	8	34.8	1	3.8	3	12.5
Posgrado	1	4	3	13	1	3.8	2	8.3
Otra			1	4.3				
Ocupación								
Obrero					2	7.7	1	4.2
Empleado	5	21.7	11	47.8	8	30.8	6	25
Comerciante	3	13	1	4.3	2	7.7	1	4.2
Ventas	1	4.3			1	3.8	4	16.7
Profesionales	7	30.4	7	30.4	6	23.1	4	16.7
Investigador			1	4.3			1	4.2
Pensionado			1	4.3	6	23.1	5	20.8
Estudiante	7	30.4	1	4.3	1	3.8		
No tiene			1	4.3			2	8.3
Edad	$\bar{X}=28.65$ DS=7.1 rango=19-48		$\bar{X}=35.74$ DS=7.4 rango=26-56		$\bar{X}=32.38$ DS=6.6 rango=20-50		$\bar{X}=32.88$ DS=6.1 rango=19-43	

El tipo de coito con la pareja ocasional es principalmente oral y anal (77.4%), seguido de vaginales, anales y orales (11.9%) y con un menor porcentaje oral y masturbación (8.3% y 2.4% respectivamente. Por lo que respecta al uso del condón, un 7.1% (6) nunca lo usan; 61.2% (51) lo usan discontinuamente y sólo un 31.8% (27) siempre lo usan.

Con respecto al vínculo alcohol y sexo, se encontró que un 49% (47) algunas veces los mezclan, un 50% (48) señalan que nunca los mezclan y solamente 1 (1%) indica que siempre los mezcla.

En cuanto a la combinación de drogas y sexo, un 82.6% (71) indican que nunca los mezclan; un 15.1% (13) señalan que algunas veces y un 2.3% (2) indican que siempre los mezclan.

b) Comparación del patrón sexual por Seroestatus al VIH/SIDA. Para conocer si existen diferencias en la edad al debut sexual y en cuanto al número de parejas sexuales en la vida, se aplicó un análisis de varianza de una vía (post hoc Scheffé) por Seroestatus al VIH/SIDA. Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas ni

por edad al debut sexual, ni por el número de parejas sexuales en la vida (Tabla 2). Sin embargo, se puede observar que los hombres CRS se iniciaron más tempranamente (13.15 años) que el resto de los grupos, mientras los Seronegativos (16.54) indican haberse iniciado a mayor edad.

En cuanto a la preferencia sexual, se aplicó el estadístico χ^2 , para conocer si existen diferencias entre los grupos. Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2), pero se observa que existe una mayor preferencia homosexual en casi todos los grupos, a excepción del grupo SIDA, cuya proporción mayor es la bisexual.

TABLA 2
PATRÓN SEXUAL (EDAD AL DEBUT SEXUAL, ORIENTACIÓN SEXUAL Y NÚMERO DE PAREJAS EN LA VIDA) POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

SEROESTATUS AL VIH/SIDA	EDAD AL DEBUT SEXUAL			ORIENTACIÓN SEXUAL				NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LA VIDA		
				BISEXUAL		HOMOSEXUAL				
	\bar{X}	DS	rango	n	%	n	%	\bar{X}	DS	rango
SN (N=26)	16.54	4.29	8-30	7	26.9	19	73.1	36.23	74.8	2-300
As (N=23)	15.7	6.78	6-33	10	43.5	13	56.5	85.30	118.6	3-500
CRS (N=26)	13.15	3.97	5-21	10	38.5	16	61.5	56.22	101.3	5-500
SIDA (N=25)	14.71	2.54	8-18	14	56	11	44.0	76.73	114.7	1-500
TOTAL	15.01		5-33	41	41%	59	59%	63.03	103.3	1-500

Tipo de coito con la pareja sexual regular. Las frecuencias obtenidas indican que el tipo de coito con esta pareja es principalmente oral y anal en todos los grupos; por otra parte, se observa que la práctica del sexo seguro (masturbación) no es muy utilizada (Tabla 3).

Frecuencia de uso del condón (o sexo protegido) con la pareja regular. Se encontró que a excepción del grupo As, que tiene el mayor porcentaje de individuos que lo utilizan siempre, el resto de los grupos o nunca lo utilizan o a veces lo utilizan, lo cual conlleva una práctica insegura para protegerse y proteger a otros de nuevas infecciones (Tabla 3).

Para conocer si existen diferencias entre los cuatro diferentes grupos, en cuanto al uso del condón con la pareja sexual regular, se aplicó un análisis de varianza de una vía (Scheffé). Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas, pero se puede observar que para los cuatro grupos el uso del condón en sus relaciones sexuales no es sistemática -a veces-.

TABLA 3
PATRÓN SEXUAL (TIPO DE COITO Y USO DEL CONDÓN CON LA PAREJA SEXUAL REGULAR) POR
SEROESTATUS AL VIH/SIDA

PATRÓN SEXUAL	SEROESTATUS AL VIH/SIDA							
	SN (N=26)		As (N=23)		CRS (N=26)		SIDA (N=25)	
TIPO DE COITO/PAREJA REGULAR	n	%	N	%	n	%	n	%
Anales	1	5	6	27.3	1	4.3		
Orales	1	5	1	4.5				
Vaginales, anales, orales	1	5	1	4.5	2	8.7	7	35
Orales y anales	16	80	13	59.1	20	87.0	13	65
Otra (masturbación)	1	5	1	4.5				
No respondieron	6	—	1	—	3	—	5	—
USO DEL CONDÓN CON LA PAREJA SEXUAL REGULAR								
(1) Nunca	5	25	3	13.6	1	4.0	5	23.8
(2) A veces	9	45	8	36.4	17	68.0	11	52.4
(3) Siempre	6	30	11	50.0	7	28.0	5	23.8
No respondieron	6	—	1	—	1	—	4	—
\bar{X}	2.05		2.36		2.24		2.1	
DS	.75		.72		.52		.68	

Tipo de coito con la pareja sexual ocasional. Las frecuencias obtenidas indican que el tipo de coito con esta pareja es, al igual que el patrón con pareja regular, principalmente oral y anal en todos los grupos; por otra parte, se observa que la práctica del sexo seguro (masturbación) no es muy utilizada (Tabla 4), y solamente la mencionan dentro del grupo As.

Frecuencia de uso del condón con la pareja sexual ocasional. Se encontró que un poco más de la mitad del grupo Seronegativo y un poco menos de la mitad del grupo As, manifiestan utilizarlo "siempre", a diferencia de los CRS y SIDA, que aproximadamente en tres cuartos de la muestra, lo utilizan "a veces" o "nunca" (Tabla 4).

Para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos con respecto al uso del condón con la pareja sexual ocasional, se aplicó un análisis de varianza de una vía (Sheffe). Los resultados indican que, existen diferencias ($F_{3,84} = 5.99, p=.001$) producidas por el grupo SIDA ($\bar{X}=1.9$), con el menor promedio de frecuencia de uso del condón en comparación con los grupos Seronegativo ($\bar{X}=2.55$) que presentan el más alto promedio en uso del condón, y el grupo de As ($\bar{X}=2.42$).

TABLA 4
PATRÓN SEXUAL (TIPO DE COITO Y USO DEL CONDÓN CON LA PAREJA SEXUAL OCASIONAL) POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

PATRÓN SEXUAL	SEROESTATUS AL VIH/SIDA							
	SN (N=26)		As (N=23)		CRS (N=26)		SIDA (N=25)	
TIPO DE COITO/PAR. OCASIONAL	N	%	n	%	n	%	n	%
Anales								
Orales	1	5.6	2	9.1	3	13	1	4.8
Vaginales, anales, orales	1	5.6			3	13	6	28.6
Orales y anales	16	88.9	18	81.8	17	73.9	14	66.7
Otra (masturbación)			2	9.1				
No respondieron	8	—	1	—	3	—	4	—
USO DEL CONDÓN CON LA PAREJA SEXUAL OCASIONAL								
(1) Nunca			1	4.8	1	4	4	19.0
(2) A veces	8	44.4	10	47.6	19	76	15	71.4
(3) Siempre	10	55.6	10	47.6	5	20	2	9.5
No respondieron	8	—	2	—	1	—	4	—
\bar{X}	2.55		2.42		2.16		1.90	
DS	.51		.59		.47		.53	

Frecuencia de asociación alcohol y sexo. En el Tabla 5 se presentan la frecuencia con que se asocian la ingesta de alcohol y el uso de drogas con sexo. Se observa que los más altos porcentajes se ubican en la frecuencia a veces, al menos en los tres primeros grupos (Seronegativo, As y CRS), no así en el grupo SIDA.

Para conocer si existen diferencias entre los grupos, se aplicó un análisis de varianza de una vía (Scheffé). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas ($F_{3,95} = 5.63$, $p = .001$) entre el grupo SIDA ($\bar{X} = 1.17$), con el menor promedio de asociación, en comparación con los tres restantes (Seronegativo, As y CRS) que presentan promedios mayores (1.17, 1.59 y 1.58 respectivamente) y con los cuales se ubican en la categoría de "a veces" (asocian alcohol y sexo).

Frecuencia de asociación drogas y sexo. Por otra parte, al parecer la asociación drogas y sexo es poco frecuente, ya que para los cuatro grupos, los porcentajes muestran que en más de las tres cuartas partes "nunca" los asocian. Para analizar con más detalle este patrón sexual con respecto a los cuatro grupos, se aplicó un análisis de varianza de una vía (Scheffé). Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas (Tabla 5).

TABLA 5

PATRÓN SEXUAL (ASOCIACIÓN DE: ALCOHOL Y DROGAS CON SEXO) POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

PATRÓN SEXUAL	SEROESTATUS AL VIH/SIDA							
	SN (N=26)		As (N=23)		CRS (N=26)		SIDA (N=25)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ALCOHOL Y SEXO								
(1) Nunca	7	29.2	9	40.9	12	46.2	20	83.3
(2) A veces	17	70.8	13	59.1	13	50.0	4	16.7
(3) Siempre					1	3.8		
No respondieron	2	—	1	—	—	—	1	—
\bar{X}	1.71		1.59		1.58		1.17	
DS	.40		.50		.57		.38	
DROGAS Y SEXO								
(1) Nunca	15	78.9	16	84.2	19	79.2	21	87.5
(2) A veces	3	15.8	3	15.8	4	16.7	3	12.5
(3) Siempre	1	5.3			1	4.2		
No respondieron	7	—	4	—	2	—	1	—
\bar{X}	1.26		1.16		1.25		1.13	
DS	.52		.37		.53		.33	

5.3. ESTRESORES POTENCIALES

a) **Muestra total.** Los resultados (Tabla 6) concernientes a los estresores potenciales (*enfermedades que han padecido y/o padecen, tiempo de conocer su seroestatus y seroestatus al VIH/SIDA*), indican que las *enfermedades* que los sujetos han padecido y/o padecen principalmente son: pérdida de peso, Pnevmonía por P. Carini, Candidiasis y Otras enfermedades. Para la construcción de la variable total de enfermedades, se consideró en una sola ocasión a los sujetos, ya sea que la hayan padecido o que en la actualidad la padezcan, a fin de no inflar los datos.

b) **Comparación de los Estresores Potenciales por Seroestatus al VIH/SIDA.** Para conocer si existen diferencias en cuanto al número total de enfermedades que han padecido y que padecen por Seroestatus al VIH/SIDA, se aplicó un análisis de varianza de una vía.

Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas ($F_{3,99}=42.6$ y $p \leq .0001$) producidas por: 1) el grupo Seronegativo que indica en promedio ningún padecimiento, con los grupos Seropositivos (AS, CRS y SIDA) con promedios mayores y 2) el grupo As (con el promedio menor de enfermedades: $\bar{X} = 1.3$) con los grupos CRS ($\bar{X} = 2.65$) y SIDA ($\bar{X} = 3.28$).

Para conocer si existen diferencias entre los grupos por Seroestatus en la variable *tiempo de conocer su seropositividad al VIH/SIDA* se aplicó un análisis de varianza de una vía (post hoc Scheffé). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas ($F_{3,99}=15.71$ y $p \leq 0.0001$) entre: 1) el grupo SN (con el promedio menor) con el resto de los grupos (As, CRS y SIDA), todos con promedios mayores y 2) el grupo CRS (con mayor promedio) con el grupo SIDA (con el promedio mayor de tiempo de conocer su seroestatus).

TABLA 6
ESTRESORES POTENCIALES POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES	SEROESTATUS AL VIH/SIDA							
	SN (N=26)		As (N=23)		CRS (N=26)		SIDA (N=25)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pérdida de Peso (+ del 10%)			6	26.1	16	61.5	20	80
Neuropatías y Mielopatías			1	4.3	7	26.9	7	28
Pneumonía por P. Carini			1	4.3	9	34.6	13	52
Criptosporitosis					1	3.8		
Toxoplasmosis cerebral					3	11.5	2	8
Candidiasis			6	26.1	11	42.3	16	64
Hongos en el cerebro			1	4.3			3	12
Sarcoma			1	4.3	1	3.8	4	16
Herpes			9	39.1	4	15.4	5	20
Tuberculosis			3	13	3	11.5	3	12
Ganglios Inflamados					3	11.5	2	8
Otras (p.e. hepatitis)			3	13	11	42.3	7	28
\bar{X}	0		1.34		2.65		3.28	
DS	0		1.22		1.46		1.20	
rango	0-0		0-3		1-6		1-6	
Tiempo de conocer su seropositividad (en meses)	\bar{X} = 0 DS= 0 rango= 0		\bar{X} =44.87 DS= 39.76 rango=3-120		\bar{X} =37.3 DS= 31.3 rango=1-108		\bar{X} =69.8 DS= 54.3 rango=1-144	

c) Construcción de un Indicador de Estresores Potenciales. Con la idea de obtener un indicador de Estresores Potenciales y considerando que el nivel de medición difiere en cada una de ellas, se decidió producir intervalos similares mediante la obtención de cuartiles. Los resultados son los siguientes:

c.1. Para Seroestatus al VIH/SIDA: 0 = Seronegativo; Seropositivos: 1 = Asintomático, 2 = CRS, y 3 = SIDA; de tal manera se clasifica por avance de la enfermedad.

c.2. Para Tiempo de conocer su seroestatus (medida que se evaluó en meses), la variable quedó organizada de la siguiente forma: 0 = 0 meses de conocer su seroestatus (este valor es exclusivo del grupo Seronegativo); 1= 1 a 16 meses; 2=17 a 66 meses y 3 = 67 a 144 meses.

c.3. Para Enfermedades que se han padecido y/o padecen (variable continua), la variable quedó organizada de la siguiente manera: 0 = 0 (este valor es exclusivo para los Seronegativos que señalaron no haber padecido enfermedad relacionada con el SIDA) 1 = de 1 a 2 enfermedades; 2 = 3 enfermedades, y 3 = 4 o más enfermedades).

Posteriormente se obtuvieron las correlaciones de Pearson, las cuales se muestran en la Tabla 7. Como se puede observar, la relación entre las variables es alta, positiva y significativa, por tal motivo, se aplicará un análisis de regresión múltiple oblimin.

TABLA 7
CORRELACIONES ENTRE LOS ESTRESORES POTENCIALES

Estresores Potenciales			
	1	2	3
1. Seroestatus al VIH/SIDA			
2. Tiempo de conocer el Seroestatus	.68***		
3. Enfermedades que se han padecido y/o padecen	.75***	.658***	

* p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

Los resultados del análisis factorial, que se presentan en la Tabla 8, arrojan un factor (Estresor potencial) que agrupa los tres estresores (seroestatus al VIH/SIDA, tiempo de conocer el seroestatus y número de enfermedades que se padecen y/o padecieron) con valor propio de 2.18 y que explica el 79.8% de la varianza.

TABLA 8
ANÁLISIS FACTORIAL DE LOS ESTRESORES POTENCIALES

FACTOR 1: ESTRESOR POTENCIAL ALFA =.87 \bar{X} =4.16 DS =2.96 RANGO = 0-9	Peso Factorial
1. Seroestatus al VIH/SIDA	.83
2. Tiempo de conocer su seroestatus	.75
3. Enfermedades que se han padecido y/o padecen	.81

A mayor puntuación mayor avance de la enfermedad, más tiempo de conocer el seroestatus y mayor número de enfermedades que se han padecido y/o padecen. Un puntaje de 0= no portador de VIH/SIDA, no padecimientos asociado a la infección

d) **Comparación del Estresor Potencial por Seroestatus al VIH/SIDA.** Para conocer si existen diferencias entre los grupos por Seroestatus se aplicó un análisis de varianza de una vía (Scheffé). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas, pues todos son diferentes entre sí ($F_{3,99} = 205.8$, $p \leq .0001$). Los promedios que van de menor a mayor, se corresponden con el avance de la enfermedad (Tabla 9).

El factor Estresor potencial, será el que participe en los análisis de regresión múltiple para probar el modelo propuesto.

TABLA 9
MEDIAS DEL ESTRES POTENCIAL POR SEROESTATUS AL VIH

SEROESTATUS AL VIH/SIDA											
SN (N=26)			AS (N=23)			CRS (N=26)			SIDA (N=25)		
\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango
0.0	0.0	0-0	3.86	1.24	2-6	5.44	1.31	4-8	7.36	1.28	5-9

5.4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La Escala de Afrontamiento consta de dos secciones: 1) Evaluación Cognoscitiva y 2) Escala de Estrategias de Afrontamiento.

5.4.1. **Evaluación Cognoscitiva del evento estresante.** La evaluación de esta variable se llevó a cabo con una pregunta:

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

a) **Muestra total.** El promedio obtenido por la *muestra en general* es de 3.28, que equivale a bastantes esfuerzos para hacer frente al VIH/SIDA.

b) **Comparación de la Evaluación Cognoscitiva por Seroestatus al VIH/SIDA.** Para conocer si existen diferencias entre los grupos por Seroestatus se aplicó un análisis de varianza de una vía (Scheffé). Los resultados que se muestran en la Tabla 10 indican diferencias significativas ($F_{3,88} = 10.185$ y $p < .001$). Las diferencias fueron producidas por los siguientes grupos:

- Asintomático ($\bar{X} = 2.43$) que requiere de un poco de esfuerzos extras para hacer frente a la enfermedad frente los grupos: Seronegativo ($\bar{X} = 3.48$), CRS ($\bar{X} = 3.38$) y SIDA ($\bar{X} = 3.81$), que requieren de mayores esfuerzos extras para enfrentar la angustia que produce la enfermedad.

TABLA 10
EVALUACIÓN COGNOSCITIVA POR SEROESTATUS AL VIH

SEROESTATUS AL VIH/SIDA											
SN (N=26)			AS (N=23)			CRS (N=26)			SIDA (N=25)		
\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango
3.48	.75	1-4	2.43	1.08	1-4	3.38	.94	1-4	3.81	.51	1-4

5.4.2. Escala de Afrontamiento

a) **Análisis Psicométrico.** Para la discriminación de reactivos se obtuvo un puntaje total, el cual se dividió en cuatro grupos por cuartiles. Posteriormente se aplicó una prueba t (Student) para grupos independientes a los grupos extremos con los puntajes más alto y más bajo; los 28 reactivos discriminaron.

Validez de Constructo. Se obtuvieron las correlaciones entre reactivos. Los resultados indican correlaciones altas, en su mayoría arriba de .6, por lo cual se decidió aplicar un Análisis Factorial de Componentes Principales, rotación Oblimin.

Los resultados arrojados indican tres factores, un indicador y dos reactivos independientes, los cuales explican el 70.6% de la varianza, todos ellos con valores propios >1; los reactivos seleccionados presentan pesos factoriales mayores de .40. Cada uno de los factores encontrados, fue sometido a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach). Los resultados que se presentan en la Tabla 11 arrojan confiabilidades >.80. La descripción de los factores es la siguiente:

Primer factor: Afrontamiento Emocional: reevaluación positiva. Se observa que los trece reactivos que conforman este factor se dirigen más que a actos, a pensamientos que cambien su relación con el medio ambiente; lo que no significa que sean estrategias pasivas, sino que tienen que ver con la reestructuración interna que enfatiza lo positivo y los cambios son en el significado. Esta estrategia se utiliza bastante ($\bar{X} = 3.23$) por la muestra.

Segundo factor: Afrontamiento al Problema (intentos por modificar su relación con el medio ambiente); este factor quedó integrado por seis reactivos, que muestran los diferentes caminos para resolver de manera activa el problema: mediante la búsqueda de información, la planeación, la búsqueda de alternativas de curación y un cambio de estilo de vida: evitar el estrés, hacer ejercicio y meditar. Esta estrategia se utiliza bastante ($\bar{X} = 3.17$).

Tercer factor. Afrontamiento Mixto: búsqueda de apoyo social. Los seis reactivos que componen el presente factor, son una combinación de actos o intentos de hacer algo activo en combinación con los recursos sociales, que conducen a la búsqueda activa de sostén social. Esta estrategia es utilizada bastante ($\bar{X} = 3$) por la muestra.

El indicador: Afrontamiento Emocional de aceptación. Con dos reactivos que indican aceptación a la enfermedad y la preparación para la muerte. Es un tipo de afrontamiento que cambia el estado interno de los individuos y dada la concepción mortal de la enfermedad, se

preparan para morir. Esta estrategia la utilizan bastante (\bar{X} = 2.57 y 2.93 respectivamente). Ambos reactivos se mantendrán de manera independiente, dada la baja correlación.

Se obtuvo también un reactivo independiente: *Relajarme*. Este tipo de conducta es bastante utilizada por la muestra (\bar{X} = 3.37).

TABLA 11
FACTORES DE LA ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

FACTORES	Peso Factorial		
Factor 1: Afrontamiento Emocional: reevaluación positiva Alfa =.93 \bar{X} =3.25 D.S=.62 rango = 1-4			
1. BUSCAR LO POSITIVO DEL PROBLEMA	.63		
2. SER OPTIMISTA PARA SEGUIR ADELANTE	.86		
3. CONTINUAR CON MI VIDA NORMAL	.79		
4. INSPIRARME PARA HACER ALGO CREATIVO	.50		
5. CAMBIAR O CRECER COMO PERSONA EN SENTIDO POSITIVO	.68		
6. DEJAR QUE MIS SENTIMIENTOS SALGAN DE ALGUNA MANERA POSITIVA	.61		
7. SALIR DE LA EXPERIENCIA MUCHO MEJOR QUE CUANDO ENTRÉ	.61		
8. TENER ESPERANZA EN LA VIDA	.76		
9. ENCONTRAR FE EN ALGO NUEVO	.54		
10. DESCUBRIR LO QUE ES IMPORTANTE EN LA VIDA	.62		
11. MANTENERME FIRME Y LUCHAR POR LO QUE QUIERO	.75		
12. HACER ALGO, ESFORZARME DOBLEMENTE PARA QUE FUNCIONEN LAS COSAS	.52		
13. RESPONSABILIZARME DE MIS ACTOS.	.61		
Factor 2: Afrontamiento al Problema: activo Alfa=.84 \bar{X} =3.17 D.S=.68 rango = 1-4			
1. BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE EL PROBLEMA	.46		
2. HACER UN PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIRLO	.45		
3. BUSCAR NUEVAS ALTERNATIVAS DE CURACIÓN	.56		
4. EVITAR SITUACIONES DE ESTRÉS	.68		
5. HACER ALGÚN TIPO DE EJERCICIO	.66		
6. MEDITAR	.72		
Factor 3: Afrontamiento Mixto: Búsqueda de apoyo social Alfa =.84 \bar{X} =3 D.S=.70 rango= 1-4			
1. CONSEGUIR AYUDA PROFESIONAL	.65		
2. HABLAR CON OTRA GENTE PARA SABER MÁS ACERCA DE LA SITUACIÓN	.56		
3. HABLAR CON ALGUIEN QUE PUEDA HACER ALGO ESPECÍFICO SOBRE EL PROBLEMA	.76		
4. BUSCAR A ALGUIEN A QUIÉN CONFÍARLE MI PROBLEMA	.52		
5. BUSCAR GRUPOS DE AUTO-APOYO	.79		
6. PARTICIPAR EN MOVIMIENTOS PRO-DERECHOS DE LOS ENFERMOS CON VIH/SIDA	.83		
Indicador: Afrontamiento Emocional de aceptación r =.38, p =.01	\bar{X}	DS	
1. RESIGNARME A LA ENFERMEDAD	2.56	1.14	.83
2. PREPARARME PARA MORIR	2.92	1.03	.72
Reactivo independiente			
1. <i>Relajarme</i> .	3.37	.76	.84

*Desviación Estándar. Rango: 1= No; 2= Un poco; 3= Bastante; 4= Muchísimo

b) **Comparación de los reactivos y factores de la Escala de Afrontamiento por Seroestatus al VIH/SIDA.** Para conocer si existen diferencias entre los grupos por Seroestatus se aplicó un análisis de varianza de una vía (Scheffé). Los resultados que se muestran en la Tabla 12, indican lo siguiente:

- Diferencias estadísticamente significativas en el Factor Afrontamiento al Problema ($F_{3,94}=2.92$ y $p=.03$); post hoc Scheffé no indica diferencias entre los grupos, sin embargo, se puede observar que el grupo con mayor puntaje es SIDA ($\bar{X} = 3.31$) y el que con menor frecuencia lo utiliza es el grupo Asintomático ($\bar{X} = 2.79$).

- Diferencias estadísticamente significativas en el reactivo independiente "Resignarme a la enfermedad" ($F_{3,94}=4.04$ y $p=.009$); post hoc (Scheffé) indica que las diferencias son producidas por los grupos Seronegativo ($\bar{X} = 2.11$), con el más bajo puntaje, y SIDA ($\bar{X} = 3.09$), cuyo puntaje es mayor.

- Diferencias estadísticamente significativas en el reactivo independiente "Prepararme para morir" ($F_{3,94}=3.05$ y $p=.03$); post hoc (Scheffé) indica que las diferencias son producidas por los grupos Asintomático ($\bar{X} = 2.57$), con el más bajo puntaje vs SIDA ($\bar{X} = 3.45$), con puntaje mayor.

TABLA 12
COMPARACIÓN DE FACTORES DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

FACTORES, INDICADORES Y REACTIVOS DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO	SEROESTATUS AL VIH/SIDA								
	SERONEGATIVO		ASINTOMÁTICO		CRS		SIDA		F
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	
AFRONTAMIENTO EMOCIONAL	3.4	.56	3.32	.66	3.28	.46	2.96	.76	NS
AFRONTAMIENTO AL PROBLEMA	3.28	.52	<u>2.79</u>	.79	3.25	.64	<u>3.31</u>	.69	2.92*
AFRONTAMIENTO MIXTO	3.24	.56	2.93	.86	2.97	.67	2.78	.62	NS
RESIGNARME A LA ENFERMEDAD	<u>2.11</u>	1.07	2.28	1.27	2.80	1.02	<u>3.09</u>	1.01	4.04**
PREPARARME PARA MORIR	2.88	1.03	<u>2.57</u>	1.02	2.80	1.02	<u>3.45</u>	.91	3.05*
RELAJARME	3.26	.87	3.20	.83	3.46	.64	3.57	.67	NS

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

c) **Correlaciones entre factores y análisis factorial de segundo orden para la Escala de Afrontamiento.** Para decidir el tipo de correlación de segundo orden a aplicar, se obtuvo el grado de relación entre variables, mediante las correlaciones de Pearson. Los resultados, que se muestran en la Tabla 13, indican lo siguiente:

- Evaluación Cognoscitiva se correlaciona positivamente con el Factor Afrontamiento al Problema y con los reactivos "Resignarme a la enfermedad" y "Prepararme para morir".

- El Factor Afrontamiento Emocional se correlaciona positivamente con los Factores Afrontamiento al Problema y Mixto y con el reactivo "Relajarme".

- El Factor Afrontamiento al Problema se correlaciona positivamente con el Afrontamiento Mixto y con los tres reactivos independientes: "Resignarme a la enfermedad", "Prepararme para morir" y "Relajarme".

- El Factor Afrontamiento Mixto se correlaciona además con los reactivos: "Resignarme a la enfermedad" y "Relajarme".

- El reactivo "Resignarme a la enfermedad", correlaciona positivamente con los reactivos: "Prepararme para morir" y "Relajarme" y éstos dos últimos correlacionan positivamente entre sí.

TABLA 13
CORRELACIÓN ENTRE LOS COMPONENTES DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO

ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	FACTORES			REACTIVOS INDEPENDIENTES			
	A	B.1	B.2	B.3	B.4	B.5	B.6
A. EVALUACIÓN COGNOSCITIVA							
B.1 AFRONTAMIENTO EMOCIONAL							
B.2 AFRONTAMIENTO AL PROBLEMA	.25**	.71***					
B.3 AFRONTAMIENTO MIXTO		.62***	.60***				
B.4 RESIGNARME A LA ENFERMEDAD	.32**		.35**	.33**			
B.5 PREPARARME PARA MORIR	.23*		.32**		.38**		
B.6 RELAJARME		.53***	.62**	.32*	.34**	.35**	

* P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

Dado el tipo de correlaciones que se presentan (principalmente bajas), se decidió aplicar un análisis factorial varimax de segundo orden.

Los resultados del análisis, arrojan un Factor: Afrontamiento Integral, constituido por tres factores: (Afrontamientos Emocional, al Problema y Mixto) y el reactivo Relajarme, y un indicador: Afrontamiento Emocional de Aceptación, conformado dos reactivos: Prepararme para morir y Resignarme a la enfermedad. El factor y el indicador con valores propios >1; los reactivos seleccionados presentan pesos factoriales mayores de .40 y explican 72.1% de la varianza. El factor Afrontamiento Integral se sometió a un análisis de consistencia interna (Alpha

de Cronbach), el cual arroja una consistencia interna de $>.84$; la correlación entre las variables del indicador son positivas y significativas ($r = .35$ y $p = .001$) (Tabla 14).

TABLA 14
FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE LA ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

FACTORES					Peso Factorial		
Factor: Afrontamiento Integral		Alfa =.84	$\bar{X} = 3.2$	DS=.57	rango = 1-4		
1. AFRONTAMIENTO EMOCIONAL							.90
2. AFRONTAMIENTO AL PROBLEMA							.84
3. AFRONTAMIENTO MIXTO							.80
4. RELAJARME							.67
Indicador: Afrontamiento Emocional de Aceptación $r = .35, p = .001$					$\bar{X} = 2.7$	DS = .91	
1. PREPARARME PARA MORIR					2.56	1.14	.83
2. RESIGNARME A LA ENFERMEDAD					2.92	1.03	.72

*Desviación Estándar. Rango: 1= No; 2= Un poco; 3= Bastante; 4= Muchísimo

d) Comparación de los factores de la Escala de Afrontamiento por Seroestatus al VIH/SIDA. Se observa que la muestra utiliza bastante la respuesta de afrontamiento Integral ($\bar{X} = 3.2$) y el Afrontamiento Emocional de Aceptación poco menos que bastante ($\bar{X} = 2.7$).

Para conocer si existen diferencias con respecto al Afrontamiento Integral y el Emocional de Aceptación por Seroestatus se aplicó un análisis de varianza de una vía (Scheffé). Los resultados que se muestran en la Tabla 15 indican:

•Diferencias estadísticamente significativas en el Afrontamiento Emocional de Aceptación ($F_{3,95} = 3.98$ y $p = .01$), fueron producidas por el grupo SIDA que muestra el más alto promedio ($\bar{X} = 3.2$) indicando con esto que utiliza bastante la estrategia, en comparación con los grupos Seronegativo y Asintomático ($\bar{X} = 2.5$ respectivamente) que indican utilizar poco esta respuesta.

No existen diferencias significativas en el factor Afrontamiento Integral.

TABLA 15
COMPARACIÓN DEL FACTOR E INDICADOR DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

FACTOR E INDICADOR DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO	SEROESTATUS AL VIH/SIDA								
	SERONEGATIVO N=26		ASINTOMÁTICO N=23		CRS N=26		SIDA N=25		F
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	
AFRONTAMIENTO INTEGRAL	3.2	.47	3.0	.71	3.2	.50	3.1	.63	NS
AFRONTAMIENTO EMOCIONAL DE ACEPTACIÓN	2.5	.81	2.5	.93	2.8	.88	3.2	.85	3.9*

P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

e) **Correlación entre los factores de la Escala de Afrontamiento.** Como se puede observar en la Tabla 16, se correlacionó positiva y significativamente el Afrontamiento Emocional de Aceptación con la Evaluación Cognoscitiva y con el Factor Afrontamiento Integral.

TABLA 16
CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO

ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	FACTORES		
	A	B.1	B.2
A. EVALUACIÓN COGNOSCITIVA			
B.1 AFRONTAMIENTO INTEGRAL			
B.2 AFRONTAMIENTO EMOCIONAL DE ACEPTACIÓN	.34**	.39***	

* p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

Para el análisis de regresión múltiple se utilizarán las variables: Evaluación Cognoscitiva, Afrontamiento Integral y Afrontamiento Emocional de aceptación.

5.5. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

a) **Análisis Psicométrico.** Para la discriminación de reactivos: 1) se obtuvieron frecuencias a partir de las cuales se decidió dejar la escala en tres opciones de respuestas (integrando las frecuencias de la opción 4 a la opción 3), ya que en la cuarta opción las frecuencias se presentaron muy bajas; 2) se obtuvo un puntaje total a partir del cual se obtuvieron los cuartiles, a fin de comparar los grupos extremos superior e inferior; 3) se les aplicó la prueba t (Student) para grupos independientes, utilizando los 20 reactivos de la escala. Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas en todos los reactivos, por lo tanto la escala quedó constituida por los 20 reactivos.

Validez de Constructo. Se obtuvieron las correlaciones entre reactivos; los resultados indican correlaciones bajas, en su mayoría por debajo de .5, por lo cual se decidió aplicar un Análisis Factorial de Componentes Principales, rotación varimax.

Los resultados arrojados indican 4 Factores, los cuales explican el 62% de la varianza, todos ellos con valores propios >1 ; los reactivos seleccionados presentan pesos factoriales mayores de .40.

Cada uno de los factores encontrados se sometió a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach). Los resultados arrojados indican confiabilidades $>.70$ (Tabla 17). Los factores quedaron integrados de la siguiente manera:

Primer factor: Afecto Negativo. Este factor quedó integrado por nueve reactivos, que muestran estados afectivos negativos (tristeza, miedo, depresión y actividad física y mental retardada). Este estado fue experimentado por los individuos estudiados de ningún día a un día, la semana anterior a la entrevista ($\bar{X} = 1.82$).

Segundo factor: Afecto Positivo. En este factor se eliminó un reactivo, ya que disminuía considerablemente la confiabilidad del conjunto. Se observa que los reactivos que conforman este factor (4) se dirigen a estados y sentimientos encaminados a estados positivos; estos estados fueron experimentados por los sujetos de uno a dos días en la semana anterior a la entrevista ($\bar{X} = 2.25$) por la muestra.

Tercer factor: Alteración. Los tres reactivos que componen este factor indican alteración de las funciones fisiológicas, tales como el sueño y el apetito, además de la alteración en las relaciones interpersonales.

Los individuos entrevistados indicaron haber pasado por estas situaciones en la última semana, de ningún día a un día ($\bar{X}=1.72$).

Cuarto factor. Aislamiento. Los tres reactivos que componen este factor, muestran sentimientos de aislamiento con respecto a las personas que rodean a los individuos entrevistados quienes indicaron haber pasado por estas situaciones en la última semana, de ningún día a un día ($\bar{X}=1.69$).

TABLA 17
ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

FACTORES				PESO FACTORIAL
FACTOR 1: AFECTO NEGATIVO	ALFA =.91	$\bar{X}=1.82$	D.S=.61	RANGO = 1-3
1. SENTÍA QUE NO PODÍA QUITARME DE ENCIMA LA TRISTEZA, NI CON LA AYUDA DE MIS FAMILIARES Y AMIGOS				.70
2. TENÍA DIFICULTAD EN MANTENER MI MENTE EN LO QUE ESTABA HACIENDO				.64
3. ME SENTÍA DEPRIMIDO				.67
4. SENTÍA QUE TODO LO QUE HACÍA ERA UN ESFUERZO				.68
5. ME SENTÍ CON MIEDO				.68
6. HABLÉ MENOS DE LO USUAL				.59
7. PASÉ RATOS LLORANDO				.78
8. ME SENTÍ TRISTE				.71
9. NO TENÍA GANAS DE HACER NADA				.47
FACTOR 2: AFECTO POSITIVO	ALFA =.69	$\bar{X}=2.25$	D.S=.30	RANGO = 1-3
1. ME SENTÍ OPTIMISTA SOBRE EL FUTURO				.56
2. PENSÉ QUE MI VIDA NO ERA UN FRACASO				.52
3. ESTABA CONTENTO				.67
4. DISFRUTÉ DE LA VIDA				.75
FACTOR 3: ALTERACIÓN	ALFA =.74	$\bar{X}=1.72$	D.S=.62	RANGO= 1-3
1. ME MOLESTARON COSAS QUE USUALMENTE NO ME MOLESTAN				.67
2. NO ME SENTÍA CON GANAS DE COMER, TENÍA MAL APETITO				.61
3. MI SUEÑO ERA INQUIETO				.72
FACTOR 4: AISLAMIENTO	ALFA =.63	$\bar{X}=1.69$	D.S=.59	RANGO= 1-3
1. ME SENTÍ SOLO				.67
2. SENTÍ QUE LA GENTE NO ERA AMIGABLE				.61
3. SENTÍ QUE NO LE CAÍA BIEN A LA GENTE				.72

rango: 1= ningún día, menos de un día; 2= de uno a dos días y 3= de tres a siete días -a la semana-

b) Comparación de los factores de la Escala de Sintomatología Depresiva por Seroestatus al VIH/SIDA. Para conocer si existe variación en los Factores de la Escala de Sintomatología Depresiva por seroestatus al VIH, se utilizó un análisis de varianza de una vía (post hoc Sheffé). Los resultados, que se muestran en la Tabla 18 indican lo siguiente:

- Diferencias estadísticamente significativas en el Factor Afecto Negativo ($F_{3,96}=3.91$ y $p=.01$), post hoc (Scheffé) producidas entre los grupos Asintomático ($\bar{X}=1.57$, con el promedio menor) y SIDA ($\bar{X}=2.11$, con el promedio mayor).

- Diferencias estadísticamente significativas en el Factor Alteración ($F_{3,96}=4.38$ y $p=.006$), post hoc (Scheffé) entre los grupos Seronegativo ($\bar{X}=1.43$, con el promedio menor) y Seropositivo ($\bar{X}=1.96$, con el promedio mayor).

TABLA 18
COMPARACIÓN POR SEROESTATUS DEL FACTOR DE LA ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

FACTOR DE LA ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	SEROESTATUS AL VIH/SIDA								F
	SERONEGATIVO N=26		ASINTOMÁTICO N=23		CRS N=26		SIDA N=25		
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	
AFECTO NEGATIVO	1.66	.47	1.57	.47	1.86	.57	2.11	.74	3.91**
AFECTO POSITIVO	2.56	.46	2.59	.61	2.65	.43	2.50	.54	NS
ALTERACIÓN	1.43	.48	1.57	.53	1.81	.53	1.96	.72	4.38**
AISLAMIENTO	1.76	.55	1.50	.51	1.49	.50	1.63	.58	NS

• $P \leq .05$; ** $P \leq .01$; *** $P \leq .001$

c) Correlaciones entre los factores y análisis Factorial de segundo orden para a Escala de Sintomatología Depresiva. Para decidir el tipo de análisis factorial de segundo orden a utilizar, se obtuvo en primer lugar el grado de relación (correlación de Pearson) entre los factores y reactivos de la Escala. Los resultados del análisis, que se presentan en la Tabla 19, son correlaciones significativas.

- El Afecto Negativo se correlaciona positiva y significativamente con los Factores Alteración y Aislamiento, y negativa y significativamente con el Factor Afecto Positivo.

- El Afecto Positivo además de correlacionarse negativa y significativamente con el Factor Negativo, también lo hace con Alteración y Aislamiento.

- El Factor Alteración se correlaciona positiva y significativamente con el Factor Aislamiento.

TABLA 19

CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE LA ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

FACTORES DE LA ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	1	2	3	4
1. AFECTO NEGATIVO				
2. AFECTO POSITIVO	-.60***			
3. ALTERACIÓN	.69***	-.40***		
4. AISLAMIENTO	.63***	-.56***	.40***	

P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

Las correlaciones sugieren un análisis factorial oblimin de segundo orden, ya que las correlaciones son medianas y altas.

Los resultados del análisis, arrojan dos factores. El primero, Estados Alterados, y el segundo, Factor Positivo; todos ellos con valores propios >1; los reactivos seleccionados presentan pesos factoriales mayores de .40 y explican 66.51% de la varianza. El factor Estados Alterados se sometió a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach), el cual arroja una consistencia interna de >.80 (Tabla 20).

TABLA 20

ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

FACTORES					PESO FACTORIAL
FACTOR 1: ESTADOS ALTERADOS	ALFA = .80	\bar{X} = 1.69	D.S = .50	RANGO = 1-3	
1. AFECTO POSITIVO					.70
2. ALTERACIÓN					
3. AISLAMIENTO					
FACTOR 2: AFECTO POSITIVO	ALFA = .69	\bar{X} = 2.25	D.S = .30	RANGO = 1-3	

Factor Estados Alterados incluye los Factores Afecto Positivo, Aislamiento y Alteración. El promedio indica que el Estado Alterado se presentó de ningún día a un día a la semana anterior a la entrevista.

Factor Afecto Positivo. Revisar el primer análisis factorial de la Escala.

d) **Comparación de los factores de la Escala Sintomatología Depresiva por Seroestatus al VIH/SIDA.** Al aplicar un análisis de varianza de una vía (post hoc Scheffé) para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas producidas por el Factor Estados Alterados, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas. El Factor Afecto Positivo, como ya se dijo en el inciso "b)" no arrojó diferencias.

e) **Correlación entre los factores de la Escala de Sintomatología Depresiva.** Para conocer el grado de relación entre los factores se aplicó la prueba de correlación de Pearson. La correlación entre Estados Alterados y el Factor Afecto Positivo es negativa y significativa ($r=-.61, p=.0001$).

Los Factores Estados Alterados y Afecto Positivo serán los que se utilicen para los análisis de regresión múltiple.

5.6 LOCUS DE CONTROL SOBRE LA SALUD

a) **Análisis Psicométrico.** Para la discriminación de reactivos: 1) se obtuvieron frecuencias, a partir de las cuales se decidió dejar la escala en tres opciones de respuestas (integrando las frecuencias de la opción 4 a la opción 3), ya que en la cuarta opción, las frecuencias se presentaron muy bajas; 2) se obtuvo un puntaje total a partir del cual se obtuvieron los cuartiles, a fin de comparar los grupos extremos superior e inferior; 3) se les aplicó una prueba t (Student) para grupos independientes, utilizando los 12 reactivos de la escala. Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas en todos los reactivos, por lo tanto, la escala quedó constituida por los 12 reactivos.

Validez de Constructo. Se obtuvieron las correlaciones entre reactivos; los resultados indican correlaciones bajas, en su mayoría por debajo de .5, por lo cual se decidió aplicar un Análisis Factorial de Componentes Principales, rotación varimax.

Los resultados arrojados indican 2 Factores, los cuales explican el 66.5% de la varianza, todos ellos con valores propios >1 . Los reactivos seleccionados presentan pesos factoriales mayores de .40.

Cada uno de los factores encontrados, se sometió a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach). Los resultados arrojados indican confiabilidades de $>.90$ y $.65$ respectivamente (Tabla 21). Los factores quedaron integrados de la siguiente manera:

Primer factor: Externalidad; este factor quedó integrado por siete reactivos, que muestran el control de la salud supeditado a agentes externos al individuo (gobierno, suerte, destino, Dios). El Locus de control sobre la salud indicado por el total de la muestra se ubica en el punto medio de la escala ($\bar{X}=3.11$).

Segundo factor: Internalidad. En este factor, se observa que los reactivos (3) que lo conforman se relacionan con el Locus de control interno. Los sujetos ubican el control de su salud como dependiente de sus conductas ($\bar{X}=4.45$).

Indicador. Los dos reactivos que componen la variable, indican un Locus de control supeditado a la familia; el primer reactivo se refiere al bienestar familiar, en el cual se observa un control en el punto medio de la escala ($\bar{X}=3.14$) y el segundo se refiere a la salud como dependiente de aquellos que los rodean. Los individuos ubican su salud como no dependiente de los que le rodean ($\bar{X}=3.62$). Como indicador, el promedio que se obtuvo fue de 3.36, el punto medio de la escala.

TABLA 21
ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL SOBRE LA SALUD

FACTORES				PESO FACTORIAL
FACTOR 1: EXTERNALIDAD ALFA =.90 $\bar{X}=3.11$ D.S=.32 RANGO = 1-5*				
1. EL PROBLEMA DE SALUD ESTÁ EN MANOS DEL GOBIERNO Y NO HAY NADA QUE YO PUEDA HACER AL RESPECTO				.72
2. MI SALUD DEPENDE DE LO AGRADABLE QUE SOY				.83
3. PUEDO MEJORAR MI SALUD SI TENGO SUERTE				.80
4. QUE YO TENGA O POCA MUCHA SALUD ES COSA DEL DESTINO				.68
5. PUEDO TENER SALUD SI SOY SIMPÁTICO				.74
6. CUANDO LOGRO TENER SALUD ES PORQUE HE TENIDO SUERTE				.85
7. QUE YO ENFERME DEPENDERÁ DE DIOS				.73
FACTOR 2: INTERNALIDAD ALFA =. 65 $\bar{X}=4.45$ D.S=.56 RANGO = 1-5*				
1. MI SALUD ESTÁ DETERMINADA POR MIS PROPIAS ACCIONES				.61
2. MEJORAR MIS CONDICIONES DE SALUD ES CUESTIÓN DE ESFUERZO PERSONAL				.79
3. QUE YO TENGA BUENA SALUD DEPENDE DE MI				.88
INDICADOR: PODEROSOS DEL MICROCOSMOS R=.40 $\bar{X}=3.36$ D.S=.90 RANGO = 1-5			\bar{X}	D.S
1. MI SALUD DEPENDE DEL BIENESTAR FAMILIAR			3.14	1.16
2. MI SALUD DEPENDE DE AQUELLOS QUE ME RODEAN			3.62	1.03

* a mayor puntaje mayor internalidad

b) Comparación de los factores de la Escala de Locus de Control por Serostatus al VIH/SIDA. Para conocer si existe variación en los factores y reactivos de la Escala de Locus de Control sobre la Salud, se utilizó un análisis de varianza de una vía (post hoc Sheffé). Los resultados, que se muestran en la Tabla 22, indican lo siguiente:

- Diferencias estadísticamente significativas en el Factor Internalidad ($F_{3,97}=5.02$ y $p=.002$), post hoc (Scheffé) producida entre los grupos SIDA ($\bar{X}=4.16$, con el promedio menor) y, Seronegativo y Asintomático ($\bar{X}=4.65$ ambos grupos, con el promedio mayor).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en el Factor Externalidad ni en los reactivos independientes: "Mi salud depende del bienestar familiar" y "Mi salud depende de aquellos que me rodean".

TABLA 22
COMPARACIÓN POR SEROESTATUS DE LOS FACTORES Y REACTIVOS DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

FACTORES DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL SOBRE LA SALUD	SEROESTATUS AL VIH/SIDA								
	SERONEGATIVO N=26		ASINTOMÁTICO N=23		CRS N=26		SIDA N=25		F
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	
EXTERNALIDAD	3.19	.28	3.11	.20	3.11	.44	3.03	.28	NS
INTERNALIDAD	<u>4.65</u>	.41	<u>4.63</u>	.43	4.38	.58	<u>4.16</u>	.65	4.66**
MI SALUD DEPENDE DEL BIENESTAR FAMILIAR	3.28	1.13	3.36	1.29	3.14	1.09	2.79	1.14	NS
MI SALUD DEPENDE DE AQUELLOS QUE ME RODEAN	3.68	1.18	3.90	1.10	3.62	.98	3.29	1.00	NS

* P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

c) **Correlaciones entre los factores y reactivos de la escala y análisis factorial de segundo orden para la Escala de Locus de Control sobre la Salud.** Para conocer el grado de relación entre los factores y reactivos de la Escala de Control sobre la Salud, se obtuvieron correlaciones de Pearson. Los resultados del análisis, que se presentan en la Tabla 23, son aquellos que resultaron significativos.

•El reactivo "Mi salud depende de aquellos que me rodean" se correlaciona positiva y significativamente con los Factores Externalidad e Internalidad y con el reactivo "Mi salud depende del bienestar familiar".

TABLA 23
CORRELACIONES ENTRE LOS REACTIVOS Y FACTOR DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

FACTORES DE LA ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	1	2	3	4
1. EXTERNALIDAD				
2. INTERNALIDAD				
3. MI SALUD DEPENDE DEL BIENESTAR FAMILIAR				
4. MI SALUD DEPENDE DE AQUELLOS QUE ME RODEAN	.23*	.26**	.40***	

P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

Se recomienda, por el tipo de correlaciones, un análisis factorial varimax de segundo. Los resultados apuntan a la creación de un indicador conformado por los dos reactivos independientes: Poderosos del Microcosmos

d) **Comparación del Factor Poderosos del Microcosmos de la Escala de Control sobre la Salud por Seroestatus al VIH/SIDA** (no se presentan los otros factores, porque ya se han descrito en el apartado "b" de esta sección). Al aplicar un análisis de varianza de una vía

(post hoc Scheffé) para conocer si existe variación en el factor, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas. Las medias obtenidas para el factor son las que se presentan en la Tabla 24.

TABLA 24
COMPARACIÓN DEL INDICADOR PODEROSOS DEL MICROCOSMOS DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL SOBRE LA SALUD POR SEROESTATUS

FACTORES DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL SOBRE LA SALUD	SEROESTATUS AL VIH/SIDA								
	SERONEGATIVO N=26		ASINTOMÁTICO N=23		CRS N=26		SIDA N=25		F
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	
PODEROSOS DEL MICROCOSMOS	3.48	.98	3.63	1.02	3.31	.84	3.04	.73	NS

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

e) **Correlaciones entre los factores y el indicador de la Escala de Locus de Control sobre la Salud.** Para conocer el grado de relación entre los factores y reactivos de la Escala, se obtuvieron correlaciones de Pearson. La única correlación positiva y significativa observada es entre el Indicador Poderosos del Microcosmos y el Factor Externalidad ($r = .21$, $p \leq .05$).

Las variables que se incluirán para análisis de regresión múltiple son: Externalidad, Internalidad y Poderosos del Microcosmos.

5.7 AUTOCONCEPTO

a) **Análisis Psicométrico.** Para la discriminación de reactivos: 1) se obtuvieron frecuencias a partir de las cuales se decidió dejar la escala en cinco opciones de respuesta (integrando las opciones extremas de respuesta, esto es 1 y 2, 6 y 7), 2) se obtuvo un puntaje total, a partir del cual se obtuvieron los cuartiles a fin de comparar los grupos extremos superior e inferior; 3) se les aplicó una prueba t (Student) para grupos independientes, utilizando los 20 reactivos de la escala. Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas en todos los reactivos, por lo tanto, la escala, queda constituida por los 20 reactivos.

Validez de Constructo. Se obtuvieron las correlaciones entre reactivos. Los resultados indican correlaciones bajas, en su mayoría por debajo de .5, por lo cual se decidió aplicar un Análisis Factorial de Componentes Principales, rotación varimax.

Los resultados arrojados indican 5 Factores, los cuales explican el 68.2% de la varianza, todos ellos con valores propios >1 ; los reactivos seleccionados presentan pesos factoriales mayores de .40. Cada uno de los factores encontrados, se sometió a un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach), los resultados arrojados indican confiabilidades de $>.80$ (Tabla 25).

Los factores quedaron integrados de la siguiente manera:

Primer factor: Sentimientos Interindividuales. Lo constituyen cinco reactivos, que muestran la calidad de la interacción de los individuos al vincularse con otros (amoroso-odioso, afectuoso-seco, cariñoso-frío, romántico-indiferente y sentimental-insensible). Los Sentimientos Interindividuales, indicado por el total de la muestra, se ubica en un punto extremo alto de la escala ($\bar{X}=4.4$). La muestra se considera en el lado positivo de los adjetivos.

Segundo factor: Sociabilidad Expresiva. Quedó integrado por cuatro reactivos que muestran la forma en la cual los individuos establecen comunicación verbal y corporal con sus pares (extrovertido-introvertido, comunicativo-callado, desenvuelto-tímido, expresivo-reservado). El puntaje alcanzado por la muestra en este factor indica que tienden más a la introversión, a la timidez, a lo reservado y a lo callado) ($\bar{X}=2.83$).

Tercer factor: Salud Emocional. Lo conforman por cinco reactivos, que muestran la forma en la cual los individuos reaccionan ante el medio ambiente cuando se trata de resolución de problemas (calmado-temperamental, pacífico-agresivo, reflexivo-impulsivo, sereno-ansioso,

sincero-mentiroso). El promedio alcanzado por el total de la muestra ($\bar{X}=3.15$), los ubica en el punto medio de la escala.

Cuarto factor: Estados de Ánimo. Lo integran tres reactivos que muestran la forma en la cual se muestran ante la vida (jovial-amargado, contento-deprimido, alegre-melancólico). El promedio alcanzado por el total de la muestra ($\bar{X}=3.38$), los ubica en el punto medio de la escala, con una ligera tendencia hacia los adjetivos positivos.

Quinto factor: Ocupacional. Se armó con tres reactivos que muestran la forma en la que los individuos se perciben al realizar tareas (capaz-incapaz, responsable-irresponsable, eficiente-ineficiente). El promedio alcanzado por el total de la muestra ($\bar{X}=4.7$), los ubica en el punto extremo de la escala, tendiente a los adjetivos positivos.

TABLA 25
ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO

FACTORES				PESO FACTORIAL
FACTOR 1: SENTIMIENTO INTERINDIVIDUAL	ALFA =.87	\bar{X} =4.4	D.S=.85	RANGO* = 1-5
1. AMOROSO-ODIOSO				.80
2. AFECTUOSO-SECO				.75
3. CARIÓSO-FRÍO				.80
4. ROMÁNTICO INDIFERENTE				.82
5. SENTIMENTAL-INSENSIBLE				.82
FACTOR 2: INTERACCIÓN SOCIAL	ALFA =.85	\bar{X} =2.83	D.S=1.3	RANGO = 1-5
1. EXTROVERTIDO-INTROVERTIDO				.78
2. COMUNICATIVO-CALLADO				.85
3. DESENVUELTO-TÍMIDO				.81
4. EXPRESIVO-RESERVADO				.74
FACTOR 3: SALUD EMOCIONAL	ALFA =.80	\bar{X} =3.15	D.S=1.12	RANGO = 1-5
1. CALMADO-TEMPERAMENTAL				.70
2. PACÍFICO-AGRESIVO				.78
3. REFLEXIVO-IMPULSIVO				.77
4. SERENO-ANSIOSO				.62
5. SINCERO-MENTIROSO				.72
FACTOR 4: ESTADOS DE ÁNIMO	ALFA =.90	\bar{X} =3.38	D.S=1.39	RANGO = 1-5
1. JOVIAL-AMARGADO				.75
2. CONTENTO-DEPRIMIDO				.85
3. ALEGRE-MELANCÓLICO				.79
FACTOR 5: OCUPACIONAL	ALFA =.80	\bar{X} =4.7	D.S=.62	RANGO = 1-5
1. CAPAZ-INCAPAZ				.75
2. RESPONSABLE-IRRESPONSABLE				.85
3. EFICIENTE-INEFICIENTE				.79

*a mayor puntuación mayor característica positiva

b) **Comparación de los Factores de la Escala de Autoconcepto por Seroestatus al VIH/SIDA.** Para conocer si existe variación en los Factores de la Escala de Autoconcepto, se utilizó un análisis de varianza de una vía (post hoc Sheffé). Los resultados, que se muestran en la Tabla 26, indican lo siguiente:

- Diferencias estadísticamente significativas en el Factor Sociabilidad Expresiva ($F_{3,95}=2.85$ y $p=.04$), post hoc (Scheffé) no arroja diferencias entre grupos; sin embargo, se puede observar que el grupo con menor promedio es el grupo SIDA y el grupo con más alto puntaje es el Seronegativo ($\bar{X}=2.28$ y 3.27 respectivamente).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de los factores.

TABLA 26
COMPARACIÓN POR SEROESTATUS DE LOS FACTORES DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO

FACTORES DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO	SEROESTATUS AL VIH/SIDA								F
	SERONEGATIVO N=26		ASINTOMÁTICO N=23		CRS N=26		SIDA N=25		
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	
SENTIMIENTO INTERINDIVIDUAL	4.37	.86	4.29	.90	4.52	.79	4.42	.88	NS
SOCIABILIDAD EXPRESIVA	<u>3.27</u>	1.10	3.07	1.13	2.70	1.41	<u>2.28</u>	1.38	2.85*
SALUD EMOCIONAL	3.08	1.06	3.22	1.23	3.14	1.21	3.16	1.04	NS
ESTADOS DE ÁNIMO	3.58	1.49	3.80	1.15	3.23	1.21	2.97	1.60	NS
OCUPACIONAL	4.85	.29	4.21	.85	4.77	.47	4.62	.75	NS

P < .05; ** P < .01; *** P < .001

c) **Correlación entre factores y reactivos de la Escala de Autoconcepto y análisis factorial de segundo orden.** Para decidir el tipo de análisis factorial de segundo a aplicar a la escala, en primer lugar se procedió a conocer el grado de relación entre los factores de la Escala de Autoconcepto, se obtuvieron correlaciones de Pearson. Los resultados del análisis, que se presentan en la Tabla 27, son las correlaciones significativas.

- El Factor Estados de Ánimo correlaciona positivamente con los Factores Sociabilidad Expresiva y Salud Emocional.

- El Factor Ocupacional correlaciona positivamente con los Factores Sentimiento Interindividual y Estados de Ánimo.

TABLA 27
CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO

FACTORES DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO	1	2	3	4	5
1. SENTIMIENTO INTERINDIVIDUAL					
2. SOCIABILIDAD EXPRESIVA					
3. SALUD EMOCIONAL					
4. ESTADOS DE ÁNIMO		.52***	.25*		
5. OCUPACIONAL	.53***			.25*	

P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

Las correlaciones (positivas y significativas) obtenidas entre los factores y reactivos de la escala, además de la relación conceptual entre los mismos, sugieren un análisis factorial de rotación varimax de segundo orden.

Los resultados del análisis, arrojan dos nuevos factores: 1) Ánimo Social conformado por los Factores Sociabilidad Expresiva y Estados de Ánimo y 2) Competencia Interindividual, conformado por los Factores Sentimiento Interindividual y Ocupacional y un factor independiente: Salud Emocional.

Los Factores presentaron valores propios >1; los factores seleccionados presentan pesos factoriales mayores de .45 y explican el 63% de la varianza. Las correlaciones de Pearson entre los factores de primer orden son respectivamente: .52 y .53 (Tabla 28).

TABLA 28
ANÁLISIS FACTORIAL DE SEGUNDO ORDEN DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO

FACTORES					PESO FACTORIAL
INDICADOR 1: ÁNIMO SOCIAL	R = .52	\bar{X} = 3.09	DS = 1.18	RANGO* = 1-5	
1. SOCIABILIDAD EXPRESIVA					.79
2. ESTADOS DE ÁNIMO					.84
INDICADOR 2: COMPETENCIA-INTERINDIVIDUAL	R = .53	\bar{X} = 4.55	DS = .65	RANGO = 1-5	
1. SENTIMIENTO INTERINDIVIDUAL					.87
2. OCUPACIONAL					.86
FACTOR 1: SALUD EMOCIONAL	ALFA = .80	\bar{X} = 3.15	D.S = 1.12	RANGO = 1-5	.49

*a mayor puntuación mayor característica positiva

d) Comparación de los factores de la Escala de Autoconcepto por Seroestatus al VIH/SIDA. Para conocer si existen diferencias entre los grupos por Seroestatus con respecto a los Factores Ánimo Social, Competencia-Interindividual y Salud Emocional, se aplicó un análisis de varianza de una vía (Scheffé). Los resultados indican que no existen diferencias significativas.

e) **Correlación entre los factores de la Escala de Autoconcepto.** Para conocer el grado de relación entre los factores de la Escala de Autoconcepto obtenidos en el análisis factorial de segundo orden, se aplicó una correlación de Pearson. Los resultados señalan sólo una correlación positiva y significativa entre el Factor Ánimo Social y el Salud Emocional ($r = .20, p \leq .05$)

Para el análisis de regresión múltiple se utilizarán las variables: Ánimo Social, Competencia-Interindividual y Salud Emocional.

5.8 REDES DE APOYO

La información para Estructura y Funcionamiento de la red se obtuvo a partir de las respuestas que se dieron a 10 preguntas y para la Satisfacción con la red, se obtuvo a partir de otros 10 reactivos.

La sección de Redes de Apoyo está integrada por tres secciones:

- Estructura de la Red
- Funcionamiento de la red
- Satisfacción con la red.

5.8.1 Estructura de la Red. En la presente sección se describen y analizan el número de categorías mencionadas por los entrevistados; esto es, los diferentes tipos de roles que desempeñan dentro de la red (no debe confundirse con el tamaño de la red).

Para el análisis de la estructura de la red, se clasificó a las personas que fueron mencionadas, por 1) Microred: a. Familia Consanguínea (FC); b. Electa (FE); c. Profesionales (Pro) y d. Otros (O) y 2) Sexo: a. Hombre (H) y b. Mujer (M)

a) Muestra total. En la Tabla 1 del anexo 2, se muestran detalladamente las categorías mencionadas. Para conocer si existen diferencias entre las Microredes por sexo en el total de la población, se corrieron una serie de t (student, para grupos relacionados); los resultados, que se presentan en la Tabla 29 indican lo siguiente:

•Diferencias estadísticamente significativas por sexo en las Microredes: 1) Familias Consanguínea Hombre vs Mujer ($t_{99}=4.19$ y $p=.0001$), en donde la Microred de la Familia Consanguínea Femenina es significativamente mayor ($\bar{X}=1.31$) que la Masculina ($\bar{X}=.84$); 2) Familias Electas Masculina vs Femenina($t_{99}=6.79$ y $p=.007$), en donde la Microred de la Familia Electa Masculina es significativamente mayor ($\bar{X}=1.42$) que la Femenina ($\bar{X}=.81$) y 3) las Microredes Profesionales Masculina vs la Femenina ($t_{99}=4.29$ y $p=.01$), en donde la Microred Profesional Masculina, es significativamente mayor ($\bar{X}=.50$), que la Femenina ($\bar{X}=.22$).

La categoría Otros no se incluyó dado que la mención que se hizo fue solamente en categorías como "Yo" y "Dios".

TABLA 29
COMPARACIÓN ENTRE LAS CATEGORÍAS DE LA ESTRUCTURA DE LA RED

SEXO	HOMBRE (H)			MUJER (M)			t
	\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango	
MICRORED							
FAMILIA CONSANGUÍNEA (FC)	<u>.94</u>	.81	0-3	<u>1.31</u>	.91	0-3	4.19***
FAMILIA ELECTA (FE)	<u>1.42</u>	.83	0-4	<u>.81</u>	.63	0-2	6.79**
PROFESIONALES (PRO)	.50	.57	0-3	.22	.48	0-3	4.29*

* P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

b) Comparación de las categorías entre grupos Seroestatus. Para conocer si existen diferencias en cuanto al número total de categorías que presentan los diferentes grupos por Microred y por sexo, se aplicaron una serie de análisis de varianza de una vía (post-hoc Scheffe). Los resultados, que se presentan en la Tabla 30 indican diferencias estadísticamente significativas en las Microredes:

- Familia Electa Masculina; las diferencias ($F_{3,99}=5.7$ $p=.001$) se producen en los grupos SIDA (con el menor promedio de categorías) vs Asintomático, con el mayor promedio. Cabe mencionar que las categorías más mencionadas son la pareja (masculina) y los amigos (hombres y mujeres).

- Profesional Femenina; las diferencias ($F_{3,99}=5.7$ $p=.01$) se encuentran en los grupos SIDA, con el promedio menor vs SIDA, con el mayor promedio; las categorías con mayor mención son las psicólogas y psiquiatras.

TABLA 30
COMPARACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA RED DE APOYO POR MICRORED, SEXO Y SEROESTATUS AL VIH/SIDA

Microred por sexo	Seroestatus al VIH/SIDA												F
	SN (n=26)			AS (n=23)			CRS (n=26)			SIDA (n=25)			
	\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango	
Fam. Cons. Masculina	1.07	.74	0-2	.91	.90	0-3	.84	.78	0-3	.92	.86	0-2	ns
Fam. Cons. Femenina	1.46	.94	0-3	1.30	.92	0-3	1.23	.86	0-3	1.24	.96	0-3	ns
Fam. Electa Masculina	1.53	.58	1-3	<u>1.86</u>	.96	0-4	1.34	.68	0-3	<u>.96</u>	.84	0-3	5.77**
Fam. Electa Femenina	.84	.36	0-1	.86	.81	0-2	.73	.66	0-2	.80	.64	0-2	ns
Profesional Masculina	.38	.69	0-3	.43	.51	0-1	.61	.57	0-2	.56	.50	0-1	ns
Profesional Femenina	<u>.007</u>	.27	0-1	.17	.38	0-1	.15	.36	0-1	<u>.48</u>	.71	0-3	3.67*
Total	5.3	1.67	3-9	5.6	2.65	0-11	4.9	2.0	0-9	4.9	2.4	0-9	ns

P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

Aunque el interés principal es conocer la variación de las redes a través del avance de la enfermedad, es también importante conocer si al interior de los grupos estas microredes presentan diferencias. Es así, que la siguiente sección dará cuenta de las diferencias que se presentan al interior de los grupos.

c) **Comparación intra grupos.** Para conocer si existen diferencias en cuanto a la estructura al interior de los grupos, se aplicaron una serie de pruebas t (student, para grupos relacionados). Los resultados que se presentan en la Tabla 31 indican lo siguiente:

• **Seronegativo.** Se observan diferencias significativas tanto en las Micro-redes Familia Electa ($t_{25}=5.19^{**}$) y Profesionales ($t_{25}=1.99^*$), en ambos casos, las redes masculinas son significativamente mayores. Se destaca que no existen diferencias significativas por sexo en la Micro-red Familia Consanguínea.

• **Asintomático.** Se presentan diferencias estadísticamente significativas por sexo, en las tres Micro-redes: Familias Consanguínea y Electa ($t_{22}=2.23$, $t_{22}=4.79$ respectivamente) y en Profesionales ($t_{22}=2.78$). Se observa que cuando se trata de la Familia Consanguínea, la red femenina es significativamente mayor que la masculina y la relación se invierte al tratarse de la Familia Electa y la de Profesionales.

• **CRS.** El patrón anterior se repite, diferencias estadísticamente significativas por sexo en las Micro-redes Consanguínea y Electa ($t_{25}=-2.08$, $t_{25}=3.68$, respectivamente) y en Profesionales ($t_{25}=3.63$), la presencia femenina consanguínea mayor que la masculina, e inverso en la Familia electa y Profesionales.

• **SIDA.** Se presenta solamente una diferencia estadísticamente significativa por sexo: Micro-redes de la Familia Consanguínea ($t_{24}=-2.13$), la red femenina es mayor.

TABLA 31
COMPARACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LAS MICROREDES DE APOYO INTRA GRUPOS

Seroestatus al VIH/SIDA	Micro-redes de Apoyo											
	Fam. Consanguínea				Fam. Electa				Profesionales			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	X	DS	X	DS	X	DS	X	DS	X	DS	X	DS
Seronegativo	1.07	.74	1.46	.94	1.53	.58	.84	.36	.38	.69	.007	.27
	ns				$t_{25}=5.19^{**}$				$t_{25}=1.99^*$			
Asintomático	.91	.90	1.30	.92	1.86	.96	.86	.81	.43	.50	.17	.38
	$t_{22}=2.23^*$				$t_{22}=4.79^{***}$				$t_{22}=2.78^*$			
CRS	.84	.78	1.23	.86	1.34	.68	.73	.66	.61	.57	.15	.36
	$t_{25}=-2.08^*$				$t_{25}=3.68^{**}$				$t_{25}=3.63^{**}$			
SIDA	.92	.86	1.24	.96	.96	.84	.80	.64	.56	.50	.48	.71
	$t_{24}=-2.13^*$				ns				ns			

* P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

Obsérvese que el patrón se invierte en Seronegativos vs SIDA.

d) **Correlaciones entre las Microredes de apoyo.** Para conocer la relación entre las Microredes de apoyo y tipo de Funcionamiento, se aplicó la correlación de Pearson. Los resultados que se muestran en la Tabla 32, indican correlaciones positivas y significativas. Como se puede observar correlacionan las familias consanguíneas masculina y femenina, las familias electas masculina y femenina y las microredes profesionales masculina y femenina.

TABLA 32
CORRELACIONES ENTRE LAS MICROREDES DE APOYO

Microredes de Apoyo	1	2	3	4	5	6
1. Familia Consanguínea Masculina						
2. Familia Consanguínea Femenina	.47***					
3. Familia Electa Masculina	-	-				
4. Familia Electa Femenina	-	-	.28**			
5. Profesional Masculina	-	-	-	-		
6. Profesional Femenina	-	-	-	-	.25*	

* p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

e) **Análisis factorial de la Estructura de la red.** Las correlaciones obtenidas sugieren un análisis factorial varimax. Los resultados, que se presentan en la Tabla 33, arrojan tres indicadores: 1) Familia Consanguínea, 2) Familia Electa y 3) Profesional, los cuales explican el 67.7% de la varianza, todos ellos con valores propios >1; los reactivos seleccionados presentan pesos factoriales mayores de .40.

TABLA 33
ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESTRUCTURA DE LA RED DE APOYO

FACTORES		Peso Factorial
INDICADOR 1: FAMILIA CONSANGUÍNEA R = .47 p = .001 \bar{X} = 2.53 D.S = 1.36 RANGO = 0-5		
1. FAMILIA CONSANGUÍNEA MASCULINA		.83
2. FAMILIA CONSANGUÍNEA FEMENINA		.86
INDICADOR 2: FAMILIA ELECTA R = .28 p = .01 \bar{X} = 2.38 D.S = .69 RANGO = 1-4		
1. FAMILIA ELECTA MASCULINA		.74
2. FAMILIA ELECTA FEMENINA		.78
INDICADOR 3: PROFESIONAL R = .25 p = .01 \bar{X} = .46 D.S = .70 RANGO = 0-3		
1. PROFESIONAL MASCULINA		.74
2. PROFESIONAL FEMENINA		.78

Las variables de la Estructura de las redes de apoyo que serán consideradas para el análisis de regresión múltiple son: 1) Indicador Familia Consanguínea, 2) Indicador Familia Electa y 3) Indicador Profesional.

5.8.2 Funcionamiento de la red. Para el análisis del Funcionamiento de las redes, se incluyó una dimensión más a las ya expuestas en la Estructura: la de Tipo de Apoyo, en la que se consideran: a. Consejería (C); b. Emocional (E); c. Instrumental (I) y d. Diversión/Relajación (D/R).

Las posibles combinaciones, se presentan en el Cuadro 4.

Como ya se mencionó con anterioridad, el concepto de funcionamiento de la red se refiere a las diferentes formas en las que una red proporciona soporte o ayuda (Barrón, 1996) o bien tipos de apoyo (Consejería, Emocional, Instrumental y Diversión/Relajación). Se excluyeron también para el análisis las menciones de Yo y Dios.

**CUADRO 4
CLASIFICACIÓN DE LAS MICROREDES POR FUNCIONAMIENTO Y SEXO**

TIPOS DE APOYO	Consejería (C)		Emocional (E)		Instrumental (I)		Diver/Relajación (D/R)		
	SEXO	HOMBRE (H)	MUJER (M)	HOMBRE (H)	MUJER (M)	HOMBRE (H)	MUJER (M)	HOMBRE (H)	MUJER (M)
MICRORED									
FAM. CONSANGUÍNEA (FC)	FCH_C	FCM_C	FCH_E	FCM_E	FCH_I	FCM_I	FCH_D	FCM_D	
FAM. ELECTA (FE)	FEH_C	FEM_C	FEH_E	FEM_E	FEH_I	FEM_I	FEH_D	FEM_D	
PROFES. (PRO)	PROH_C	PROM_C	PROH_E	PROME	PROH_I	PROM_I	PROH_D	PROM_D	

a) **Comparación entre grupos.** A continuación se presentan los resultados del análisis de las Redes de Apoyo, considerando las Microredes por sexo en cada uno de los tipos de apoyo.

a.1) **Consejería.** La pregunta con la que se evaluó este tipo de apoyo fue:

"Si necesitas alguna información o consejo para tomar una decisión importante en tu vida (por ejemplo: decisiones acerca de tu familia, salud, finanzas o trabajo) ¿En quién confiarías?"

En la Tabla 2 del anexo 2, se muestran el número total de individuos que mencionaron la Microred por sexo y Seroestatus en el apoyo de Consejería, a partir de las cuales se llevó a cabo el análisis de la siguiente sección.

Para conocer si existían diferencias en las Microredes por Seroestatus al VIH/SIDA, se utilizó un análisis de varianza de una vía (post hoc Sheffe). Los resultados que se presentan en la Tabla 34, indican diferencias estadísticamente significativas en:

- Microred Familia Electa Masculina ($F_{3,99} = 2.5$ $p = .03$). Las diferencias son producidas por los grupos SIDA (con el menor promedio) y Asintomático (con el promedio mayor).

a.2) Emocional. Este tipo de apoyo fomenta la sensación de bienestar afectivo y provoca que el sujeto se sienta querido, amado y respetado. Las preguntas con las que se evaluó este tipo de apoyo son:

"Si quieres hablar con alguien acerca de tus preocupaciones emocionales relacionadas con la infección del VIH/SIDA ¿con quién hablarías?"

"Si quieres hablar con alguien de tus cosas personales y privadas (sobre la familia, trabajo, pareja, amigos, etc) ¿con quién hablarías?"

"¿Cuentas con alguien que se interese por tus ideas y las cosas que haces?"

TABLA 34

COMPARACIÓN DE LAS MICROREDES EN EL APOYO DE CONSEJERÍA POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

Microred por sexo	Seroestatus al VIH/SIDA												F
	SN (n=26)			AS (n=23)			CRS (n=26)			SIDA (n=25)			
	\bar{X}	DS	range real	\bar{X}	DS	range real	\bar{X}	DS	range real	\bar{X}	DS	range real	
Fam. Cons. Masculina	.38	.49	0-1	.26	.44	0-1	.46	.64	0-2	.40	.50	0-1	ns
Fam. Cons. Femenina	.88	.76	0-2	.60	.83	0-2	.65	.93	0-3	.80	.86	0-2	ns
Fam. Electa Masculina	.65	.68	0-2	.78	.79	0-3	.50	.64	0-2	.28	.54	0-2	2.5*
Fam. Electa Femenina	.26	.45	0-1	.08	.28	0-1	.15	.36	0-1	.20	.40	0-1	ns
Profesional Masculino	.03	.19	0-1	0	0	0	.03	.19	0-1	0	0	0	ns
Profesional Femenino	0	0	0	0	0	0	.03	.19	0	.16	.47	0	ns
Total	2.23	.95	0-3	1.65	1.15	0-4	1.84	1.25	0-5	1.84	1.1	0-3	ns

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

En la Tabla 3 del anexo 2, se muestran el número total de individuos que mencionaron la Microred por sexo y Seroestatus en el apoyo Emocional, a partir de las cuales se llevó a cabo el análisis de la siguiente sección.

Para conocer si existían diferencias en las Microredes por Seroestatus al VIH/SIDA, se utilizó un análisis de varianza de una vía (post hoc Sheffé). Los resultados que se presentan en la Tabla 35, indican diferencias estadísticamente significativas en las Microredes:

- Familia Electa Masculina ($F_{3,99} = 7.1$, $p = .001$). Las diferencias son producidas por los grupos SIDA (con el menor promedio) vs Seronegativo y Asintomático (con promedios mayores).

- Profesional Femenina ($F_{3,99} = 4.7$, $p = .004$). Las diferencias son producidas por el grupo SIDA (con el promedio más alto de apoyo profesional femenino) vs los grupos Seronegativo y Asintomático (con los promedios más bajos).

TABLA 35

COMPARACIÓN DE LAS MICROREDES EN EL APOYO EMOCIONAL POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

Microred por sexo	Seroestatus al VIH/SIDA												F
	SN (n=26)			AS (n=23)			CRS (n=26)			SIDA (n=25)			
	\bar{X}	DS	rango real	\bar{X}	DS	rango real	\bar{X}	DS	rango real	\bar{X}	DS	rango real	
Fam. Cons. Masculina	.38	.63	0-2	.39	.58	0-2	.38	.57	0-2	.40	.50	0-1	ns
Fam. Cons. Femenina	.57	.64	0-2	1	.95	0-3	.80	.84	0-3	.72	.89	0-2	ns
Fam. Electa Masculina	<u>1.3</u>	.56	0-2	<u>1.52</u>	.73	0-3	1.1	.71	0-2	<u>.68</u>	.69	0-2	7.1***
Fam. Electa Femenina	.57	.50	0-1	.60	.65	0-2	.46	.64	0-2	.56	.58	0-2	ns
Profesional Masculino	.34	.56	0-2	.34	.48	0-1	.50	.58	0-2	.56	.50	0-1	ns
Profesional Femenino	<u>.07</u>	.27	0-1	.17	.38	0-1	<u>.07</u>	.27	0-1	<u>.44</u>	.58	0-2	4.7**
Total	3.3	1.4	1-6	3.9	2.1	0-8	3.3	1.6	0-7	3.3	1.9	0-7	ns

p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

a.3) Instrumental. Se refiere a las acciones o materiales proporcionados por otras personas que sirven para resolver problemas prácticos y/o que facilitan la realización de tareas cotidianas. Se evaluó a través de tres reactivos, en cada uno de los cuales se pidió señalaran a tres personas que otorgaran este tipo de soporte. Las tres preguntas con la que se evaluó este tipo de apoyo son:

“A quién le pedirías ayuda para realizar cosas que necesitas hacer como: manejar, ir de compras, hacer el aseo, etc.?”

“Si enfermas y tienes que estar en cama por días, semanas o un largo período de tiempo, ¿hay alguna persona que cuide de ti?”

“¿Si necesitas dinero a quién se lo pedirías?”

En la Tabla 4 del anexo 2, se muestran el número total de individuos que mencionaron la Microred por sexo y Seroestatus en el apoyo Instrumental, a partir de las cuales se llevó a cabo el análisis de la siguiente sección.

Para conocer si existían diferencias en las Microredes por Seroestatus al VIH/SIDA, se utilizó un análisis de varianza de una vía (post hoc Sheffé). Los resultados que se indican en la Tabla 36, muestran diferencias estadísticamente significativas:

La red Profesional masculina (médicos y terapeuta Reiki), muestra diferencias ($F_{3,99}=3.08$, $p=.03$); las diferencias son producidas por los grupos CRS (con el promedio) vs el resto de los grupos con promedios de cero.

TABLA 36

COMPARACIÓN DE LAS MICROREDES EN EL APOYO INSTRUMENTAL POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

Microred por sexo	Seroestatus al VIH/SIDA												F
	SN (n=26)			AS (n=23)			CRS (n=26)			SIDA (n=25)			
	\bar{X}	DS	rango real	\bar{X}	DS	rango real	\bar{X}	DS	rango real	\bar{X}	DS	rango real	
Fam. Cons. Masculina	.65	.62	0-2	.60	.65	0-2	.69	.73	0-3	.60	.76	0-2	ns
Fam. Cons. Femenina	1.1	.80	0-3	1.1	.96	0-3	1	.93	0-3	1	.86	0-2	ns
Fam. Electa Masculina	1	.56	0-2	1.2	.67	0-2	1	.74	0-2	.72	.73	0-2	ns
Fam. Electa Femenina	.42	.50	0-1	.52	.51	0-1	.38	.57	0-2	.60	.64	0-2	ns
Profesional Masculino	0	0	0-0	0	0	0-0	.11	.32	0-1	0	0	0-0	3.0*
Profesional Femenino	0	0	0-0	0	0	0-0	.07	.27	0-1	0	0	0-0	ns
Total	3.2	1.2	0-6	3.4	1.6	0-6	3.2	1.8	0-7	2.9	1.8	0-6	ns

p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

a.4) **Diversión/Relajación.** Este tipo de apoyo se refiere a las oportunidades que tiene el sujeto para desarrollar actividades que le permitan tener momentos de esparcimiento y/o tranquilidad y/o distracción. Se evaluó a través de tres reactivos, en los cuales deberían señalar a tres personas que otorgan este soporte. Las tres preguntas son:

“¿Tienes con quién divertirse?”

“¿Tienes con quién relajarte y estar tranquilo?”

“¿Tienes con quién pasar la Navidad y/o el año nuevo?”

En la Tabla 5 del anexo 2, se muestran el número total de individuos que mencionaron la Microred por sexo y Seroestatus en el apoyo Diversión/Relajación, a partir de las cuales se llevó a cabo el análisis de la siguiente sección.

Para conocer si existían diferencias en las Microredes por Seroestatus al VIH/SIDA, se utilizó un análisis de varianza de una vía (post hoc Sheffe). Los resultados que se presentan en la Tabla 37, indican diferencias estadísticamente significativas en:

• la Microred Familia Electa Masculina ($F_{3,99} = 4.69$ p = .005). Las diferencias son producidas por los grupos SIDA (con el menor promedio) y Asintomático (con el promedio mayor).

TABLA 37

COMPARACIÓN DE LAS MICROREDES EN EL APOYO DIVERSION/RELAJACIÓN POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

Microred por sexo	Seroestatus al VIH/SIDA												F
	SN (n=26)			AS (n=23)			CRS (n=26)			SIDA (n=25)			
	\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango	\bar{X}	DS	rango	
Fam. Cons. Masculina	.38	.69	0-2	.30	.63	0-2	.38	.57	0-2	.64	.81	0-2	ns
Fam. Cons. Femenina	.84	.96	0-3	.60	.72	0-2	.61	.57	0-2	.80	.95	0-3	ns
Fam. Electa Masculina	1.1	.63	0-2	1.4	.73	0-3	1.1	.54	0-2	.76	.77	0-2	4.6*
Fam. Electa Femenina	.61	.49	0-1	.60	.65	0-2	.53	.58	0-2	.56	.50	0-1	ns
Profesional Masculino	.07	.39	0-2	0	0	0-0	.11	.32	0-1	0	0	0-0	ns
Profesional Femenino	0	0	0-0	0	0	0-0	.03	.19	0-1	.16	.47	0-2	ns
Total	3.1	1.8	0-7	3	1.5	0-6	2.8	.19	0-5	2.9	1.6	0-6	ns

p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

b) Comparación Intra grupos por Funcionamiento y Microredes. Para conocer con mayor detalle si existen diferencias en las Microredes de apoyo al interior de cada uno de los grupos por Seroestatus, como por la Función que cumplen las redes, se corrieron una serie de pruebas t (student) para grupos relacionados. Los resultados, indican lo siguiente:

b.1) Seronegativo. Los resultados, que se presentan en la Tabla 38 arrojan lo siguiente:

Consejería, Instrumental y Diversión/Relajación. En estas funciones de la red, se encontraron diferencias por sexo tanto en la Familia Consanguínea Masculina, como Femenina. En la primera se observa que la red femenina es significativamente mayor que la masculina; esta relación se invierte al tratarse de la Familia Electa. No se encontraron diferencias significativas en la red Profesional.

Emocional. Se encontraron diferencias entre las redes de la Familia Electa Masculina y Femenina y Profesional masculina y femenina, en ambas, las redes masculinas son significativamente mayores que las femeninas.

TABLA 38

COMPARACIÓN DE LAS MICROREDES Y FUNCIONAMIENTO DE LA RED EN EL GRUPO SERONEGATIVO

Microredes por sexo	Funcionamiento de las Redes de Apoyo											
	Consejería			Emocional			Instrumental			Div./Relajación		
	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t
Fam. Cons. Masculina	.38	.49	3.3**	.38	.63	ns	.65	.62	-3.1**	.38	.69	-3.3**
Fam. Cons. Femenina	.88	.76		.57	.57		1.1	.80		.84	.96	
Fam. Electa Masculina	.65	.68	2.8**	1.3	.56	5.1**	1.0	.56	4.1***	1.1	.63	4.5***
Fam. Electa Femenina	.26	.45		.57	.50		.42	.50		.61	.49	
Profesional Masculino	.03	0	ns	.34	.56	2.0*	0	0	ns	0.7	.32	ns
Profesional Femenino	0	0		.007	.27		0	0		0	0	

p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

b.2) **Asintomático.** Los resultados, que se presentan en la Tabla 39 arrojan lo siguiente:

Consejería e , Instrumental En estas funciones de la red, se encontraron diferencias por sexo tanto en la Familia Consanguínea Masculina, como Femenina. En la primera se observa que la red femenina es significativamente mayor que la masculina; esta relación se invierte al tratarse de la Familia Electa. No se encontraron diferencias significativas en la red Profesional.

Emocional. Se encontraron diferencias entre las redes de la Familia Consanguínea Masculina y Femenina, en donde la última, es significativamente mayor que la primera. También se encontraron diferencias entre las Familias Electas masculina y femenina y, Profesional masculina y femenina, en ambas, las redes masculinas son significativamente mayores.

Diversión/Relajación. Diferencias estadísticamente significativas entre las redes de la Familia Consanguínea, se puede observar una red femenina mayor que la masculina; en cuanto a la Familia Electa, se observa una relación inversa a la descrita anteriormente, esto es la red femenina es menor que la masculina.

TABLA 39

COMPARACIÓN DE LAS MICROREDES Y FUNCIONAMIENTO DE LA RED EN EL GRUPO ASINTOMÁTICO

Microredes por sexo	Funcionamiento de las Redes de Apoyo											
	Consejería			Emocional			Instrumental			Div./Relajación		
	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t
Fam. Cons. Masculina	.26	.44	-2.3*	.39	.58	-4**	.60	.65	-2.6*	.27	.63	2.35*
Fam. Cons. Femenina	.60	.83		1	.95		1.1	.96		.63	.72	
Fam. Electa Masculina	.78	.79	4**	1.5	.73	5.9***	1.2	.67	4.7**	1.4	.73	5.5***
Fam. Electa Femenina	.008	.28		.60	.65		.52	.51		.60	.65	
Profesional Masculino	0	0	ns	.34	.48	2.1*	0	0	ns	0	0	ns
Profesional Femenino	0	0		.17	.38		0	0		0	0	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

b.3) **CRS.** Los resultados, que se presentan en la Tabla 40 arrojan lo siguiente:

Consejería e Instrumental. En ambas funciones, se presentó solamente una diferencia respectivamente, entre las redes de la Familia Electa masculina y femenina, en donde las primeras, son significativamente mayores que la segunda.

Emocional. Se encontraron diferencias entre las redes de la Familia Consanguínea Masculina y Femenina y en la red Profesional; en ambas las redes masculinas son significativamente mayores. Además, se encontró diferencia entre las Familias Consanguínea masculina y femenina, en donde la última, es significativamente mayor.

Diversión/Relajación. Las diferencias se ubican entre: las redes Consanguínea masculina vs la femenina, en donde esta última es significativamente mayor que la primera y en las redes Electa masculina vs femenina, la primera es significativamente mayor.

TABLA 40
COMPARACIÓN DE LAS MICROREDES Y FUNCIONAMIENTO DE LA RED EN EL GRUPO CRS

Microredes por sexo	Funcionamiento de las Redes de Apoyo											
	Consejería			Emocional			Instrumental			Div/Relajación		
	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t
Fam. Cons. Masculina	.48	.64	NS	.38	.57	-2.5*	.70	.72	NS	.38	.57	-2.0*
Fam. Cons. Femenina	.70	.95		.80	.84		1.03	.94		.61	.63	
Fam. Electa Masculina	.50	.64	2.2*	1.1	.71	3.5**	1.0	.74	3.3**	1.1	.54	3.4**
Fam. Electa Femenina	.15	.36		.46	.64		.38	.57		.53	.58	
Profesional Masculino	0	0	NS	.50	.58	3.3**	.11	.32	NS	.11	.32	NS
Profesional Femenino	0	0		.07	.27		.07	.26		.03	.19	

P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

b.4) SIDA. Los resultados, que se presentan en la Tabla 41 arrojan lo siguiente:

Consejería, Emocional e Instrumental. En estas tres funciones se encontraron diferencias similares, las tres presentan diferencias en las redes Familia Consanguínea Masculina vs la Femenina; ésta última significativamente mayor que la primera.

Cabe destacar que el resto de las redes no presentan diferencias significativas.

TABLA 41
COMPARACIÓN DE LAS MICROREDES Y FUNCIONAMIENTO DE LA RED EN EL GRUPO SIDA

Microredes por sexo	Funcionamiento de las Redes de Apoyo											
	Consejería			Emocional			Instrumental			Div/Relajación		
	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t	\bar{X}	DS	t
Fam. Cons. Masculina	.40	.50	-2.8**	.40	.50	-2.1*	.60	.76	2.82**	.64	.81	NS
Fam. Cons. Femenina	.80	.86		.72	.89		1.0	.86		.80	.95	
Fam. Electa Masculina	.28	.52	NS	.68	.69	NS	.72	.73	NS	.76	.77	NS
Fam. Electa Femenina	.20	.40		.56	.58		.60	.64		.56	.50	
Profesional Masculino	0	0	NS	.56	.50	NS	0	0	NS	0	0	NS
Profesional Femenino	.16	.47		.54	.50		0	0		0	0	

P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

c) **Correlación entre las Microredes del Funcionamiento**. Para conocer la relación entre las Microredes por Funcionamiento, se obtuvieron correlaciones de Pearson. Los resultados que se observan en la Tabla 42 son las siguientes:

Correlacionan positiva y significativamente:

• Entre sí las Familias Consanguíneas Masculinas y Femeninas de las cuatro Funciones (a excepción de la Familia Consanguínea Femenina de la Función Consejería y la Familia Consanguínea Masculina en su Función Instrumental).

• Entre sí las Familias Electas Masculinas en sus cuatro Funciones y

• Entre sí las Familias Electas Femeninas en sus cuatro funciones.

• Los Profesionales Masculino y Femenino, al interior de cada una de las Funciones de Consejería, Emocional e Instrumental.

• Los Profesionales Masculinos de las Funciones Emocional y de Diversión/Relajación.

• Los Profesionales Femeninos de las Funciones Emocional y de Diversión/Relajación.

• La Familia Consanguínea Masculina de la Función Emocional con los Profesionales Femeninos de la misma Función y con la Familia Electa Femenina de la Función Diversión/Relajación.

• Las Familias Electas Masculina y Femenina de la Función Instrumental.

• Las Familias Electas Masculina y Femenina de la Función Diversión/Relajación.

Correlacionan negativa y significativamente:

• La Familia Consanguínea Masculina de la Función Consejería con las Familias Electas Masculina y Femenina de la misma función.

• La Familia Consanguínea Femenina de la Función Consejería con la Familia Electa Masculina en la misma función.

la Familia Electa Masculina de la Función Consejería con la Familias Consanguíneas Masculina y Femenina de la Función Emocional y con la Familia Consanguínea Femenina de la Función Instrumental.

Como se puede observar en las correlaciones anteriormente expuestas, las relaciones que se presentan son muy similares a las obtenidas (más sucintamente) en el apartado de la Estructura de la Red. Es por ello, que se considerarán para el análisis de regresión múltiple solamente los indicadores obtenidos en la Estructura.

TABLA 42

CORRELACIONES ENTRE LAS MICROREDES POR TIPO DE FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE APOYO

Microredes del Funcionamiento de la Red de Apoyo																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24								
1	Familia Consanguínea Masculina								Microredes de la Función de Apoyo de Consejería																						
2	44**	Familia Consanguínea Femenina																													
3	-22*	-34**	Familia Electa Masculina																												
4	-19*		Familia Electa Femenina																												
5			Profesional Masculina																												
6			24* Profesional Femenina																												
7	64***	23*	-27**			Familia Consanguínea Masculina								Microredes de la Función de Apoyo Emocional																	
8	31**	63***	-19*			46**	Familia Consanguínea Femenina																								
9			48***				Familia Electa Masculina																								
10				40**			Familia Electa Femenina																								
11							Profesional Masculina																								
12					55***	23*			29**	Profesional Femenina																					
13	37**					49**	32**			Familia Consang. Masculina								Microredes de la Función Instrumental													
14	21*	66***	-23*			32**	67***			41**	Familia Consang. Femenina																				
15			57***					65***			Familia Electa Masculina																				
16				43**					59***		20*	Familia Electa Femenina																			
17												Profesional Masculina																			
18												81***	Profesional Femenina																		
19	38***	29*				34***	38***			28**	32**					Familia Consang. Masculina								Microredes de la Función Diversión y Relajación							
20	31**	41***				27*	48***			26**	48***				62***	Familia Consang. Femenina															
21			48***							57***				72***		Familia Electa Masculina															
22				26**			20*			55***					49***	20*	Fam. Electa Femenina														
23											27**						Prof. Masculina														
24						70***						55***					Prof. Femenina														

* p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

5.8.3 Satisfacción con la red

a) **Construcción de la Escala Satisfacción percibida de la red.** La Satisfacción percibida de la red, se refiere a la evaluación que el sujeto hace con respecto al apoyo que él percibe que recibió (querido o necesitado) en el último mes anterior a la entrevista. Se evaluó a través de diez reactivos; los cuales corresponden a los apoyos: Consejería, Emocional, Instrumental, Diversión/Relajación (1, 3, 3 y 3 respectivamente). Las opciones de respuesta fueron tres: 1) Menos de las que he querido/necesitado; 2) Tanta como he querido/necesitado y 3) Más de las que he querido/necesitado.

Para conocer con mayor detalle la Satisfacción percibida de la red, se llevaron a cabo los siguientes análisis:

- Se aplicó un análisis de varianza de una vía (post hoc Scheffé) a cada uno de los reactivos. Los resultados indican que no existen diferencia estadísticamente significativa en ningún reactivo.

- Se obtuvo un puntaje para cada Satisfacción percibida de la red (Consejería, Emocional, Instrumental y Diversión/Relajación) mediante la obtención del promedio en aquellos apoyos que fueron evaluados con más de un reactivo.

Los resultados de las comparaciones por reactivos y por el puntaje total se pueden observar con mayor detalle en la Tabla 43; en ella se destaca que no existen diferencias estadísticamente significativas ni por reactivo, ni por el promedio total de los cuatro diferentes tipos de Satisfacción con el apoyo.

TABLA 43

COMPARACIÓN DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA DEL DE LA RED POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

Reactivos de la Escala de Satisfacción con el Funcionamiento	Seroestatus al VIH/SIDA								
	SN (n=26)		AS (n=23)		CRS (n=26)		SIDA (n=25)		
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	
Consejería:	...la información o consejos que has recibido para tomar decisiones importantes en tu vida ¿han sido?								
	1.84	.78	1.72	1.03	2.03	.64	1.8	.70	ns
Emocional	...oportunidades que has tenido para hablar con alguien acerca de tus preocupaciones rel. con el VIH/SIDA ¿han sido?								
	1.73	.54	1.86	.63	1.96	.43	2.04	.21	ns
	...oportunidades que has tenido para hablar c/alguien acerca de tus cosas personales y privadas ¿han sido?								
	1.81	.58	1.73	.62	1.88	.43	2.04	.21	ns
Total	...la frecuencia con que las personas se han interesado en tus ideas o por las cosas que haces ¿han sido?								
	1.80	.57	1.76	.53	1.95	.46	2.00	.21	ns
Instrumental	la ayuda que has recibido para hacer cosas que necesitas hacer (ir de compras, aseo, etc.) ¿ha sido?								
	1.95	.55	2.00	.54	2.11	.42	2.00	.42	ns
	el cuidado que te han dado cuando has estado enfermo ¿ha sido?								
	2.23	.53	2.25	.77	2.16	.48	2.00	.31	ns
	días que el dinero que te han prestado ¿ha sido?								
Total	2.04	.49	2.06	.27	1.95	.39	1.90	.43	ns
	1.48	1.04	1.25	1.09	1.41	1.04	1.50	.90	ns
Div/Relajación	... las oportunidades que has tenido para estar con alguien con quien divertirse ¿han sido?								
	1.87	.74	1.90	.55	1.84	.47	1.81	.39	ns
	...oportunidades que has tenido para estar con alguien con quien relajarte ¿han sido?								
	1.57	.50	1.80	.52	1.77	.42	1.95	.48	ns
Total	... la gente a tu alrededor con quien pasaste días festivos (cumpleaños, 15 de sept., etc.) ¿han sido?								
	1.95	.56	2.00	.56	2.04	.35	2.04	.21	ns
Total	1.32	.89	1.50	.90	1.61	.73	1.45	.86	ns

* P ≤.05; ** P≤.01; *** P≤.001

b) **Análisis Factorial de le Escala de Satisfacción percibida de la red.** Para elegir el tipo de análisis factorial a aplicar a la Escala de Satisfacción percibida de la red, se obtuvo en primer lugar el grado de relación entre los reactivos de la escala (correlación de Pearson). Los resultados que se indican en la Tabla 44, son los siguientes:

- Correlacionaron positivamente con la Satisfacción de la Red Diversión/Relajación: la Satisfacción con la Red de Consejería, Emocional e Instrumental.

- Correlacionó positiva y significativamente la Satisfacción de la red Instrumental con las Satisfacciones percibidas con las redes de Consejería y Emocional.

TABLA 44
CORRELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA RED

SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA RED DE APOYO	1	2	3	4
1. SATISFACCIÓN DE LA RED CONSEJERÍA				
2. SATISFACCIÓN DE LA RED EMOCIONAL				
3. SATISFACCIÓN DE LA RED INSTRUMENTAL	.22*	.33**		
4. SATISFACCIÓN DE LA RED DIVERSIÓN/RELAJACIÓN	.35***	.31**	.19*	

p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

Considerando el tipo de correlaciones entre las dimensiones de la Satisfacción, se aplicó un análisis factorial rotación varimax. Los resultados, arrojan dos indicadores: 1) Emocional/Instrumental, el cual quedó integrado por las dimensiones Satisfacción percibida de la Red Emocional y Satisfacción percibida de la red Instrumental y 2) Consejo y Diversión, el cual quedó constituido por Satisfacción percibida de la Red de Consejería y por la de Diversión/Relajación; ambos indicadores con valores propios >1 y los reactivos seleccionados presentan pesos factoriales >.70 (Tabla 45).

TABLA 45
ANÁLISIS FACTORIAL DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA RED DE APOYO

FACTORES	Peso Factorial
INDICADOR 1: EMOCIÓN/INSTRUMENTAL R = .33 P = .001 \bar{X} = 1.45 D.S. = .75 RANGO = 0-3	
1. SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA RED EMOCIONAL	.85
2. SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA RED INSTRUMENTAL	.74
INDICADOR 2: CONSEJO Y DIVERSIÓN R = .35 P = .01 \bar{X} = 1.67 D.S. = .65 RANGO = 0-3	
1. SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA RED DE CONSEJERÍA	.74
2. SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA RED DIVERSIÓN/RELAJACIÓN	.78

5.8.4. Correlación entre las variables de las Redes de Apoyo

Para conocer el grado de relación entre los factores que integran la sección de Redes de Apoyo: Estructura de la Red (Familias Consanguíneas y Electas y Profesionales) y la Satisfacción percibida con la red (Emocional/Instrumental y Consejo y Diversión) se obtuvieron las correlaciones de Pearson.

Los resultados, que se muestran en la Tabla 46, señalan dos correlaciones positivas y significativas: 1) entre la dimensión Familia Consanguínea de la Estructura de la Red y la dimensión Emocional/Instrumental de la Satisfacción percibida de la red y 2) entre las dimensiones Consejo y Diversión y Emocional/Instrumental de la Satisfacción percibida de la red.

TABLA 46
CORRELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA ESTRUCTURA DE LA RED Y
LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA RED

Dimensiones		Estructura de la red			Satisfacción Percibida	
		A	B	C	1	2
A.	Familia Consanguínea					
B.	Familia Electa	-				
C.	Profesionales	-	-			
1.	Emocional/Instrumental	-	-	.19*		
2.	Consejo y Diversión	-	-	-	.25**	

p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

Las variables de las Redes de Apoyo que se considerarán para los análisis de regresión múltiple son: 1) Familias Consanguíneas y Electa y Profesionales de la Estructura de la Red y 2) Emocional /Instrumental y Consejo y Diversión de la Satisfacción percibida de la red.

5.9. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES DEL MODELO

Se llevaron a cabo una serie de análisis de correlación producto-momento de Pearson, para observar las relaciones entre las variables: 1) *Estresor potencia*; de la Escala de Afrontamiento: 2) *Evaluación Cognoscitiva*, 3) *Afrontamiento Integral* y 4) *Afrontamiento Emocional de Aceptación*; de la Escala de Sintomatología Depresiva: 5) *Estados Alterados* y 6) *Afecto Positivo*; de las Redes de Apoyo: Estructura: 7) *Familias Consanguínea* y 8) *Electa* y 9) *Profesionales*; de la Escala de Satisfacción percibida de la red: 10) *Emocional/Instrumental* y 11) *Consejo y Diversión*; de la Escala de Locus de Control sobre la Salud: los factores: 12) *Externalidad*, 13) *Internalidad* y 14) *Poderosos del Microcosmos* de la Escala de Autoconcepto; 15) *Ánimo Social*, 16) *Competencia-Interindividual* y 17) *Salud Emocional*.

Es necesario aclarar que las correlaciones intra escalas se presentarán, más no se describirán, ya que se han venido describiendo a lo largo de cada una de las secciones correspondientes a cada escala.

La Tabla 47 presenta sólo las correlaciones significativas, los resultados son los que a continuación se describen:

1. Estresor potencial. *Correlaciona positivamente con:* a) Afrontamiento Emocional de Aceptación; b) Estados Alterados y c) Red de Profesionales y *correlaciona negativamente con:* d) Externalidad, e) Internalidad, f) Ánimo Social y g) Red de la Familia Electa.

2. Escala de Afrontamiento

2.1. Evaluación Cognoscitiva de la Escala de Afrontamiento. *Correlaciona negativamente con:* a) Afecto Positivo, b) Internalidad y c) Ánimo Social.

2.2. Afrontamiento Integral de la Escala de Afrontamiento. *Correlaciona positivamente con:* a) Afecto Positivo, b) Internalidad, c) Ánimo Social y d) Competencia-Interindividual y *correlaciona negativamente con:* e) Estados Alterados.

2.3. Afrontamiento Afecto Emocional de Aceptación. *Correlaciona positivamente con:* a) Satisfacción percibida de la red de Consejería y Diversión y *correlaciona negativamente con:* b) Familia Electa de la Estructura de la red.

3. Escala de Sintomatología Depresiva

3.1. Estados Alterados. *Correlaciona positivamente con:* a) red de Familia Consanguínea y *correlaciona negativamente con:* c) Internalidad, d) Ánimo Social y e) Satisfacción percibida de la red de Consejería y Diversión.

3.2. Afecto Positivo. *Correlaciona positivamente con:* a) Internalidad, b) Ánimo Social, c) Competencia-Interindividual y d) Salud Emocional, e) Satisfacción percibida de la red de Consejería y Diversión y *correlaciona negativamente con:* f) Red de la Familia Consanguínea.

4. Escala de Locus de Control sobre la Salud

4.1. Internalidad. *Correlaciona positivamente con:* a) Ánimo Social y b) Salud Emocional.

5. Escala de Autoconcepto

5.2. Competencia-Interindividual. *Correlaciona positivamente con:* a) Satisfacción percibida de la red de Consejo y Diversión y *correlaciona negativamente con:* b) Familia Consanguínea de la Estructura de la Red.

5.3. Salud Emocional. *Correlaciona negativamente con:* b) Familia Consanguínea de la Estructura de la Red.

6. Redes de Apoyo

6.1. Red de Profesionales. *Correlaciona positivamente con:* a) Satisfacción percibida de la red Emocional/Instrumental.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17				
1	Estresor Potencial																				
2	Evaluación Cognoscitiva								Escala de Afrontamiento												
3	Afrontamiento Integral																				
4	.31**	.34**	.39***	Af. Emocional de Aceptación																	
5	.22*		-.47***	Estados Alterados					Escala de Sintomatología Depresiva												
6		-.23*	.51***		-.61***	Afecto Positivo															
7	-.23*					Externalidad			Escala de Locus de Control sobre la Salud												
8	-.27*	-.23*	.23*		-.30**	.25*	Internalidad														
9							.21*	Poder/Microcosmos													
10	-.23*	-.23*	.25*		-.62***	.41***		-.36***	Ánimo Social						Escala de Autoconcepto						
11			.21			.31**			Competencia-Interindiv.												
12						.23*		.23*	.20*	Salud Emocional											
13				.20*	-.19*					-.22*	-.21*	Familia Consanguínea			Redes de Apoyo						
14	-.19*			-.22*								Familia Electa									
15	.25*											Profesional									
16															.19*	Satisfacción Emo/Instrum.		Satisf. Percibida			
17				.20*	-.22*	.45***					.30**					.25*	Sat. Con/Diversión				

P.S.05; ** P.S.01; *** P.S.001

5.10. ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE

Con la finalidad de alcanzar el objetivo general: probar el modelo teórico propuesto por Cervantes y Castro (1985) y la relación entre las diversas variables del modelo en un grupo de hombres (HSH) con diferente seroestatus al VIH/SIDA, se llevaron a cabo una serie de regresiones múltiples de trayectoria paso a paso (Figura 14).

Se considerarán como variables predictoras de:

1. **La Evaluación Cognoscitiva** como variable dependiente (VD) y como variables predictoras: **Estresor potencial, Mediadores Internos (8)**: Ánimo Social, Competencia-Interindividual y Salud Emocional de la Escala de Autoconcepto; Externalidad, Internalidad, Poderosos del Microcosmos de la Escala de Locus de Control sobre la Salud y Satisfacciones percibidas de las redes Emocional/Instrumental, y Consejo y Diversión y **Mediadores Externos(3)**: Familias Consanguínea y Electa y, Profesional de la Estructura de la Red.

2. **Respuestas de Afrontamiento**, se obtendrá un análisis de regresión para cada una de las respuestas de afrontamiento.

2.1. **Afrontamiento Integral y Afrontamiento Emocional** como VD's y como variables predictoras: **Evaluación Cognoscitiva (1), Mediadores Internos (8)**: Ánimo Social, Competencia-Interindividual y Salud Emocional de la Escala de Autoconcepto; Externalidad, Internalidad, Poderosos del Microcosmos de la Escala de Locus de Control sobre la Salud y Satisfacciones percibidas de las redes Emocional/Instrumental, y Consejo y Diversión y **Mediadores Externos(3)**: Familias Consanguínea y Electa y, Profesional de la Estructura de la Red.

3. **Sintomatología Depresiva**, se obtendrá un análisis de regresión para cada una de los factores de la sintomatología depresiva.

3.1. **Estados Alterados, Afecto Positivo** como VD's y como variables predictoras: **Respuestas de Afrontamiento (2)**: Afrontamiento Integral y Afrontamiento Afectivo, **Mediadores Internos (8)**: Ánimo Social, Competencia-Interindividual y Salud Emocional de la Escala de Autoconcepto; Externalidad, Internalidad y Poderosos del Microcosmos de la Escala de Locus de Control sobre la Salud y Satisfacciones percibidas de las redes Emocional/Instrumental, y Consejo y Diversión y **Mediadores Externos(3)**: Familias Consanguínea y Electa y, Profesional de la Estructura de la Red.

4. Mediadores Internos (8).

4.1. Autoconcepto, como VD's: Ánimo Social, Competencia-Interindividual y Salud Emocional. Se obtendrá una análisis de regresión para cada factor, considerando como variables predictoras: **Respuestas de Afrontamiento (2)**: Afrontamiento Integral y Emocional de Aceptación y **Sintomatología Depresiva(2)**: Estados Alterados y Afrontamiento Positivo.

4.2. Locus de Control sobre la Salud, como VD's: Externalidad, Internalidad y Poderosos del Microcosmos. Se obtendrá una análisis de regresión para cada factor, considerando como variables predictoras: **Respuestas de Afrontamiento (2)**: Afrontamiento Integral y Emocional de Aceptación y **Sintomatología Depresiva(2)**: Estados Alterados y Afrontamiento Positivo.

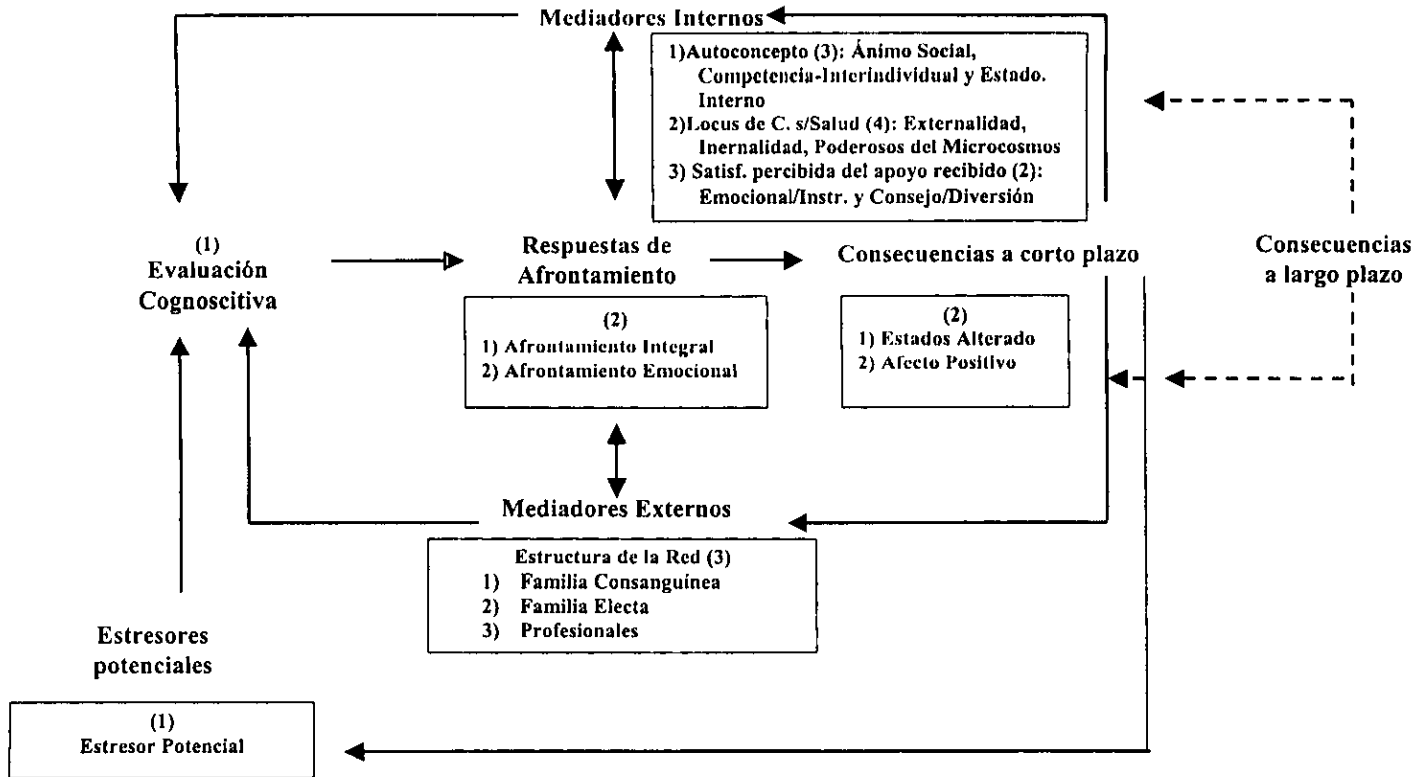
4.3. Satisfacción percibida de la red de apoyo, como VD's: Satisfacción percibida de la red de Consejería y Diversión y, Satisfacción percibida de la red Emocional e Instrumental. Se obtendrá una análisis de regresión para cada factor, considerando como variables predictoras: **Respuestas de Afrontamiento (2)**: Afrontamiento Integral y Emocional de Aceptación; **Sintomatología Depresiva(2)**: Estados Alterados y Afrontamiento Positivo.

5.: Mediadores Externos(2), como VD's: Familias Consanguínea, Familia Electa y Profesionales. Se obtendrá una análisis de regresión para cada factor, considerando como variables predictoras: **Respuestas de Afrontamiento (2)**: Afrontamiento Integral y Emocional de Aceptación y **Sintomatología Depresiva(2)**: Estados Alterados y Afrontamiento Positivo.

6. Estresor Potencial como VD y como variables predictoras: **Sintomatología Depresiva(2)**: Estados Alterados y Afrontamiento Positivo.

FIGURA 14

MODELO DE RESPUESTA AL ESTRES PROPUESTO POR CERVANTES Y CASTRO (1985)



5.10.1. Predictores de la Evaluación Cognoscitiva

Para este primer análisis de regresión, se consideró como (VD) la Evaluación Cognoscitiva y como variables predictoras: Estresor potencial, Mediadores Internos (8): Ánimo Social, Competencia-Interindividual y Salud Emocional de la Escala de Autoconcepto; Externalidad, Internalidad, Poderosos del Microcosmos de la Escala de Locus de Control sobre la Salud y Satisfacciones percibidas de las redes Emocional/Instrumental, y Consejo y Diversión y Mediadores Externos(3): Familias Consanguínea y Electa y, Profesional de la Estructura de la Red.

El modelo de regresión arrojó una $R_m = .23$, una $R^2 = .0563$, de tal manera que la Evaluación Cognoscitiva queda explicada en un 5.63% por la variable incluida en el modelo. La R^2_{aj} fue de .04 y el Estándar .94, lo cual significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .94$ con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 4.48$ ($p \leq .03$); la variable con valor predictivo es: Ánimo Social ($R^2 = .05$) de la Escala de Autoconcepto (Tabla 48).

TABLA 48
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DE LA EVALUACIÓN COGNOSCITIVA

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Ánimo Social	-.19	.09	-.23	-2.11	.0376
Constante	3.84	.30		10.83	.0000

Los individuos que se describen como extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, expresivos, joviales, alegres –principalmente el grupo Seronegativo y Asintomático-, son los que evalúan el evento estresor como menos desbordante de sus recursos, sea porque se encuentra presente en el organismo (seropositivos) o bien porque representa una amenaza (seronegativos). El evento estresor es evaluado como menos desbordante de recursos por el grupo de Asintomáticos, a pesar de que la presencia del virus en su organismo es irreversible.

5.10.2. Predictores de las Respuestas de Afrontamiento

Para los siguientes dos análisis de regresión se consideraron como VD's los Factores de las Respuestas de Afrontamiento: Afrontamiento Integral y Afrontamiento Emocional y como variables predictoras: Evaluación Cognoscitiva (1), Mediadores Internos (8): Ánimo Social, Competencia-Interindividual y Salud Emocional de la Escala de Autoconcepto; Externalidad, Internalidad, Poderosos del Microcosmos de la Escala de Locus de Control sobre la Salud y

Satisfacciones percibidas de las redes Emocional/Instrumental, y Consejo y Diversión y Mediadores Externos(3): Familias Consanguínea y Electa y, Profesional de la Estructura de la Red.

Afrontamiento Integral. El modelo de regresión arrojó una $R_m = .47$, una $R^2 = .2265$, de tal manera que el Afrontamiento Integral queda explicado en un 22.65% por las variables incluidas en el modelo. La R^2_{aj} fue de .19 y el Error Estándar .50, lo cual significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .50$ con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 8.53$ ($p \leq .004$); las variables con valor predictivo son: Ánimo Social ($R^2 = .11$) de la Escala de Autoconcepto; Evaluación Cognoscitiva ($R^2 = .16$) y la Satisfacción percibida de la red de Consejo y Diversión ($R^2 = .22$) (Tabla 49).

TABLA 49
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DE AFRONTAMIENTO INTEGRAL

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Ánimo Social	.18	.05	.40	3.58	.0006
Evaluación Cognoscitiva	.16	.06	.28	2.49	.0153
Satisfacción percibida de la red de Consejo/Diversión	.21	.09	.25	2.34	.0219
Constante	1.67	.37		4.52	.0000

Los individuos que se perciben como extrovertidos, comunicativos, desvueltos, expresivos, alegres y joviales, que se presentan alta Satisfacción percibida de la red de Consejería y Diversión y que evalúen como menos estresante el evento estresor, serán los que utilicen con mayor frecuencia la respuesta de Afrontamiento Integral, es decir, buscarán modificar su relación con el medio ambiente desde el punto de vista emocional y activo –en el sentido de buscar información al respecto y solicitar apoyo a personas-. El grupo Asintomático con menor frecuencia busca información, hace un plan y lo sigue, busca información, evita situaciones de estrés, etc. (Afrontamiento al Problema).

Afrontamiento Emocional de Aceptación. El modelo de regresión arrojó una $R_m = .50$, una $R^2 = .2594$, de tal manera que el Afrontamiento Emocional de Aceptación queda explicado en un 25.94% por las variables incluidas en el modelo. La R^2_{aj} fue de .23 y el Error Estándar .72, lo cual significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .72$ con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 14.24$ ($p \leq .003$); las variables con valor predictivo son: Evaluación Cognoscitiva ($R^2 = .15$) y la Satisfacción percibida de la red de Consejo y Diversión ($R^2 = .25$) (Tabla 50).

TABLA 50

ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL DE ACEPTACIÓN

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Evaluación Cognoscitiva	.38	.08	.44	4.44	.0000
Satisfacción percibida de la red de Consejo/Diversión	.40	.12	.31	3.15	.0023
Constante	.87	.39		2.22	.0294

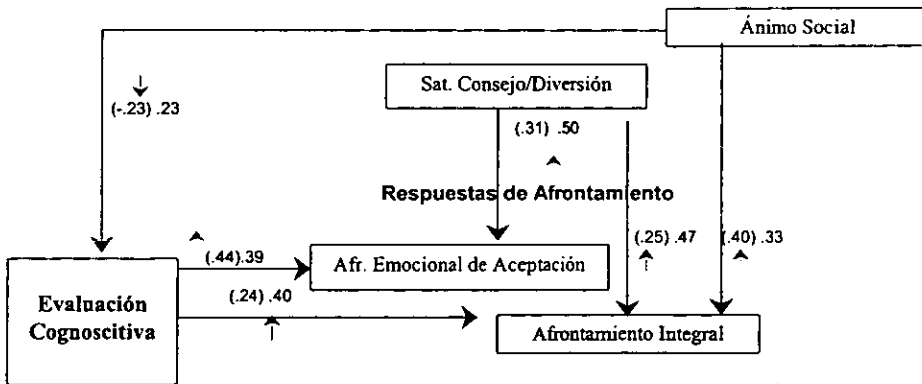
Los individuos que se sienten Satisfechos con la red de Consejería y Diversión y que evalúan el estresor como más desbordante de sus recursos, son los que utilizan con mayor frecuencia las respuestas de Afrontamiento Emocional de Aceptación: se "Preparan para morir" y se "Resignan a la enfermedad". El grupo SIDA es el que con mayor frecuencia presenta la respuesta de "Prepararse para morir" vs el grupo Asintomático.

En la Figura 16 se presentan de manera gráfica los resultados de las regresiones obtenidas para la Evaluación Cognoscitiva y de las Respuestas de Afrontamiento: Afrontamiento Integral y Emocional de Aceptación.

FIGURA 16

DIMENSIONES PREDICTORAS DE LA EVALUACIÓN COGNOSCITIVA Y DE LAS RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO: INTEGRAL Y EMOCIONAL DE ACEPTACIÓN

Mediadores Internos



(Beta dentro del paréntesis) y Rm (fuera del paréntesis). Las flechas indican el tipo de correlación: positiva= ^ y negativa= v

5.10.3. Predictores de la Sintomatología Depresiva

Para los siguientes dos análisis de regresión se consideraron como VD's los Factores de la Escala de Sintomatología Depresiva: Estados Alterados y Afecto Positivo y como variables predictoras variables predictoras: Respuestas de Afrontamiento (2): Afrontamiento Integral y Afrontamiento Afectivo., Mediadores Internos (8): Ánimo Social, Competencia-Interindividual y Salud Emocional de la Escala de Autoconcepto; Externalidad, Internalidad y Poderosos del Microcosmos de la Escala de Locus de Control sobre la Salud y Satisfacciones percibidas de las redes Emocional/Instrumental, y Consejo y Diversión y Mediadores Externos(3): Familias Consanguínea y Electa y, Profesional de la Estructura de la Red.

Estados Alterados. El modelo de regresión arrojó una $R_m = .72$, una $R^2 = .5285$, de tal manera que los Estados Alterados quedan explicados en un 52.85% por las variables incluidas en el modelo. La R^2_{aj} fue de .51 y el Error Estándar .35, lo cual significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .35$ con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 50.55$ ($p \leq .0001$); las variables con valor predictivo son: Ánimo Social ($R^2 = .43$) de la Escala de Autoconcepto; Afrontamiento Integral ($R^2 = .52$) y Poderosos del Microcosmos ($R^2 = .56$) (Tabla 51).

TABLA 51
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DE ESTADOS ALTERADOS

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Ánimo Social	-.23	.03	-.55	-6.26	.0000
Afrontamiento Integral	-.27	.07	-.31	-3.57	.0007
Poderosos del Microcosmos	-.11	.04	-.20	-2.45	.0170
Constante	3.66	.27		13.44	.0000

Los individuos que presentan Estados Alterados (Aislamiento, Alteración y Afecto Negativo) son los que se perciben como introvertidos, callados, tímidos, reservados, amargados, deprimidos y melancólicos, que utilizan en menor medida la Respuesta de Afrontamiento Integral, es decir que poco responden con una reestructuración interna, que realizan también pocos intentos por modificar su relación con el medio ambiente (buscar la resolución del problema) y que además buscan poco apoyo en personas que les puedan proporcionar información e inclusive consideran que la gente que se encuentra a su alrededor no es responsable de su salud, es decir que presentan un locus de control interno.

Afecto Positivo. El modelo de regresión arrojó una $R_m = .79$, una $R^2 = .6311$, de tal manera que los Afecto Positivo queda explicado en un 63.11% por las variables incluidas en el modelo. La R^2_{aj} fue de .60 y el Error Estándar .33, lo cual significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .33$ con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 36.61$ ($p < .0001$); las variables con valor predictivo son: Afrontamiento Integral ($R^2 = .33$) de la Escala de Afrontamiento; Satisfacción con la red de Consejería y Diversión ($R^2 = .48$), Afrontamiento Emocional de Aceptación ($R^2 = .56$), Ánimo Social de la Escala de Autoconcepto ($R^2 = .60$) y Red Profesional ($R^2 = .63$) (Tabla 52).

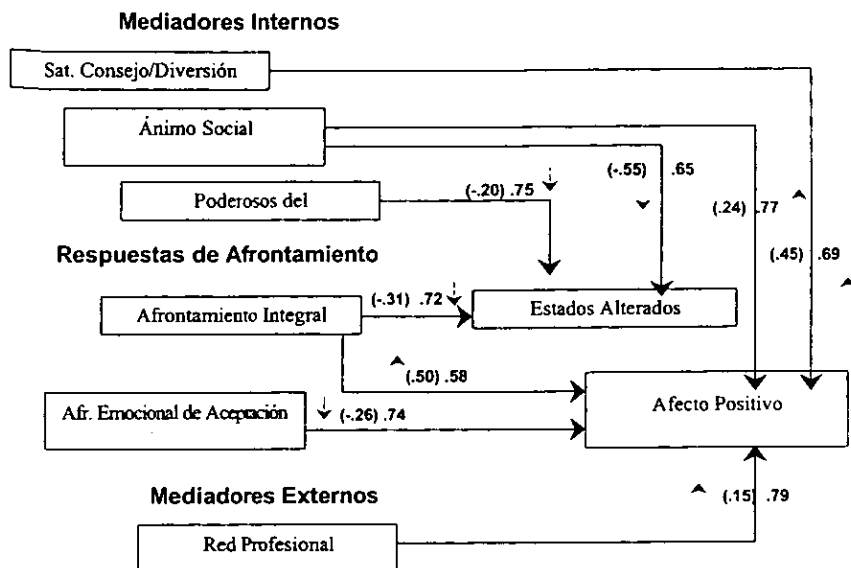
TABLA 52
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DE AFECTO POSITIVO

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Afrontamiento Integral	.48	.08	.50	5.74	.0000
Satisfacción con la red de Consejería/Diversión	.37	.06	.45	5.87	.0000
Afrontamiento Emocional	-.15	.04	-.26	-3.14	.0025
Ánimo Social	.10	.03	.24	2.95	.0042
Red Profesional	.11	.05	.15	2.11	.0385
Constante	.37	.24		1.51	.1350

Los individuos que presentan Afecto Positivo son aquellos que tienen como característica estar satisfechos con el apoyo de Consejería/Diversión, se perciben como extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, expresivos, alegres y joviales, Afrontan el estrés de manera Integral (Emocional, al Problema, Mixto) y con menos frecuencia responden resignándose a la enfermedad y preparándose para morir; también son los que presentan mayor apoyo de Profesionales.

En la Figura 17 se presentan de manera gráfica los resultados de las regresiones obtenidas para los Factores Estados Alterados y Afecto Positivo de la Escala de Sintomatología Depresiva.

FIGURA 17
DIMENSIONES PREDICTORAS DE LOS FACTORES DE LA
ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA



(Beta dentro del paréntesis) y Rm (fuera del paréntesis). Las flechas indican el tipo de correlación: positiva= ↑ y negativa= ↓

5.10.4. Predictores de Mediadores Internos

Para los siguientes grupos de análisis de regresión se consideraron como VD's los Factores de las Escalas de: 1) Autoconcepto (Ánimo Social, Competencia-Interindividual y Salud Emocional), 2) Locus de Control sobre la Salud (Externalidad, Internalidad y Poderosos del Microcosmos) y 3) Satisfacción percibida de la red de apoyo (Satisfacción percibida de la red de Consejería y Diversión y, Satisfacción percibida de la red Emocional e Instrumental). Se obtendrá una análisis de regresión para cada uno de los factores de cada escala, considerando como variables predictoras: Respuestas de Afrontamiento (2): Afrontamiento Integral y Emocional de Aceptación; Sintomatología Depresiva (2): Estados Alterados y Afrontamiento Positivo.

5.10.4.1. Escala de Autoconcepto

Ánimo Social. El modelo de regresión arrojó una Rm=.65, una R²=.4242 de tal manera que el factor Ánimo Social queda explicado en un 42.42% por las variables incluidas en el modelo. La R²aj fue de .40 y el Error Estándar .92, lo cual significa que al predecir puntajes de

esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .92$ con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 46.95$ ($p \leq .0001$); las variables con valor predictivo son: Estados Alterados ($R^2=.62$) y Afrontamiento Emocional de Aceptación ($R^2=.42$), (Tabla 53).

TABLA 53
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DEL FACTOR ÁNIMO SOCIAL

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Estados Alterados	-1.51	.22	-.62	-6.99	.0000
Afrontamiento Emocional de Aceptación	-.23	.11	-.18	-2.02	.0456
Constante	6.34	.51		12.39	.0000

Mayor presencia de Estados Alterados y una mayor respuesta de Afrontamiento Emocional de Aceptación (Resignarse a la enfermedad y Prepararse para morir), hará que los individuos se perciban introvertidos, callados, tímidos, reservados, amargados, deprimidos y melancólicos.

Competencia-Interindividual. El modelo de regresión arrojó una $R_m=.38$, una $R^2=.1460$ de tal manera que el factor Competencia-Interindividual queda explicado en un 14.60% por la variable incluida en el modelo. La R^2_{aj} fue de .13y el Error Estándar .63, lo cual significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .63$ con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 12.82$ ($p \leq .0006$); la variable con valor predictivo es: Afecto Positivo ($R^2=.38$) (Tabla 54).

TABLA 54
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DEL FACTOR COMPETENCIA-INTERINDIVIDUAL

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Afecto Positivo	.49	.13	.38	3.58	.0006
Constante	3.28	.36		8.94	.0000

Un estado Afectivo Positivo llevará a los individuos a percibirse de manera positiva (amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos, sentimentales, capaces, competentes y eficientes).

Salud Emocional. El análisis de regresión no arrojó variables predictoras.

5.10.4.2. Escala de Locus de Control

Internalidad. El modelo de regresión arrojó una $R_m=.28$, una $R^2=.0832$ de tal manera que el factor Internalidad queda explicado en un 8.32% por la variable incluida en el modelo. La R^2_{aj}

fue de .07 y el Error Estándar .53, lo cual significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .53$ con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 6.9$ ($p \leq .01$); la variable con valor predictivo es el Afecto Positivo ($R^2 = .08$) (Tabla 55).

TABLA 55
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DEL FACTOR INTERNALIDAD

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Afecto Positivo	.30	.11	.28	2.62	.0104
Constante	3.66	.30		11.98	.0000

Un estado de Afecto Positivo, hará que los individuos perciban que ellos pueden controlar su salud, es decir se perciben más internos con respecto al locus de control sobre su salud. Los grupos Seronegativo y Asintomático son los que se consideran más internos con respecto al cuidado de la salud.

Externalidad y Poderosos del Microcosmos. Las regresiones no arrojan variables predictoras.

5.10.4.3. Satisfacción percibida del apoyo recibido

Satisfacción con la red de Consejería y Diversión/Relajación. El modelo de regresión arrojó una $R_m = .56$, una $R^2 = .3157$ de tal manera que la Satisfacción con la red queda explicada en un 31.57% por las variables incluidas en el modelo. La R^2_{aj} fue de .28 y el Error Estándar .49, lo cual significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de $\pm .49$ con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 23.28$ ($p \leq .0001$); las variables con valor predictivo son: Afecto Positivo ($R^2 = .23$), Afrontamiento Emocional ($R^2 = .27$) y Afrontamiento Integral ($R^2 = .31$) (Tabla 56).

TABLA 56
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DE LA SATISFACCIÓN CON LA RED CONSEJERÍA/DIVERSIÓN

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Afecto Positivo	.70	.13	.63	5.31	.0000
Afrontamiento Emocional de Aceptación	.20	.06	.31	2.91	.0046
Afrontamiento Integral	-.26	.12	-.27	-2.12	.0369
Constante	.21	.34		.60	.5452

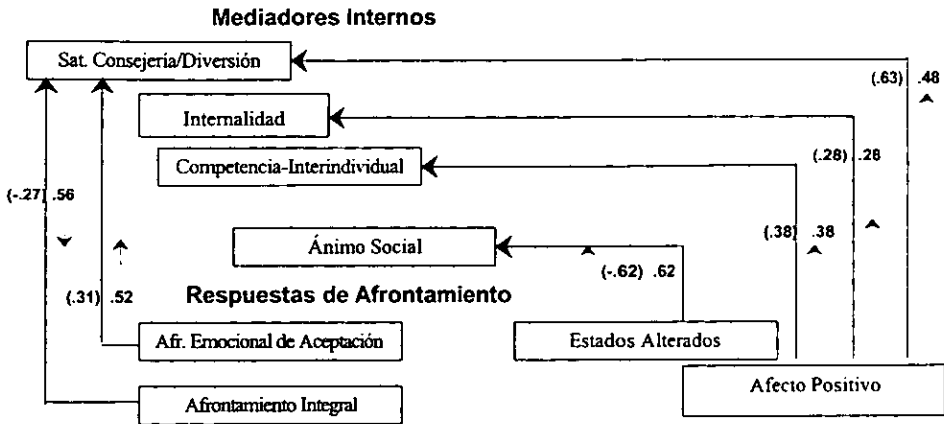
Se sentirán más Satisfechos de la red Consejería/Diversión los individuos que presentan respuestas de Afrontamiento Emocional (Prepararse para morir y Resignarse a la enfermedad) y Afecto Positivo (optimistas sobre el futuro, disfrutan de la vida) y, por otra parte, responden poco con Afrontamiento Integral (Emocional, al Problema y Mixto).

Satisfacción con la red Emocional/Instrumental. El análisis de regresión no arroja variables predictoras.

En la Figura 18 se presentan de manera gráfica los resultados de las regresiones obtenidas para los Medidores Internos (Autoconcepto, Locus de Control sobre la Salud y Satisfacción percibida de la red).

FIGURA 18

DIMENSIONES PREDICTORAS DE LOS MEDIADORES INTERNOS (AUTOCONCEPTO, LOCUS DE CONTROL SOBRE LA SALUD Y SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA RED)



(Beta dentro del paréntesis) y Rm (fuera del paréntesis). Las flechas indican el tipo de correlación: positiva= ^ negativa= v

5.10.5. Predictores de Medidores Externos

Para los siguientes grupos de análisis de regresión se consideraron como VD's las Redes de Familias Consanguínea y Electa y Profesional y como variables predictoras: Respuestas de Afrontamiento (2): Afrontamiento Integral y Emocional de Aceptación y *Sintomatología Depresiva*(2): Estados Alterados y Afrontamiento Positivo. Se obtendrá una análisis de regresión para cada factor.

Red de Familia Consanguínea. El modelo de regresión arrojó una $R_m = .24$ una $R^2 = .0591$ e tal manera que la el número de roles en la red de la Familia Consanguínea queda explicada en un 5.91% por la variable incluida en el modelo. La R^2_{aj} fue de .04y el Error Estándar 1.5, lo cual significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de ± 1.5 con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 4.83$ $p \leq .01$); la variable con valor predictivo es Estados Alterados ($R^2 = .05$) (Tabla 57).

TABLA 57
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DE LA RED DE FAMILIA CONSANGUÍNEA

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Estados Alterados	.79	.36	.24	2.20	.0308
Constante	1.00	.62		1.59	.1154

La presencia de Estados Alterados (Alteración, Aislamiento, tristeza, depresión, inmovilidad) hace más probable que aumente el número personas de la red de Familia Consanguínea.

Red de Familia Electa. El modelo de regresión arrojó una $R_m = .24$ una $R^2 = .0623$ de tal manera que la el número de roles en la red de la Familia Electa queda explicada en un 6.231% por la variable incluida en el modelo. La R^2_{aj} fue de .05y el Error Estándar 1.1, lo cual significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de ± 1.4 con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 5.11$ $p \leq .02$); la variable con valor predictivo es Afrontamiento Emocional de Aceptación ($R^2 = .06$) (Tabla 58).

TABLA 58
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DE LA RED DE FAMILIA ELECTA

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Afrontamiento Emocional de Aceptación	-.31	13.93	-.24	-2.26	.0265
Constante	3.16	.41		7.67	.0000

Un aumento en la red de la Familia Electa, hace menos probable la respuesta de Afrontamiento Emocional de Aceptación.

Red de Profesionales. El análisis de regresión no arroja variables predictoras.

5.10.6. Predictores del Estresor

Para el análisis de regresión, se consideró el Estresor Potencial como VD y como variables predictoras la *Sintomatología Depresiva(2)*: Estados Alterados y Afrontamiento Positivo.

El modelo de regresión arrojó una $R_m = .22$ una $R^2 = .05$ de tal manera el Estresor Potencial queda explicado en un 5.23% por la variable incluida en el modelo. La R^2_{aj} fue de .04 y el Error Estándar 2.89, lo cual significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de ± 2.89 con respecto del puntaje promedio. Se obtuvo una $F = 4.75$ $p < .03$; la variable con valor predictivo es Estados Alterados ($R^2 = .05$) (Tabla 59).

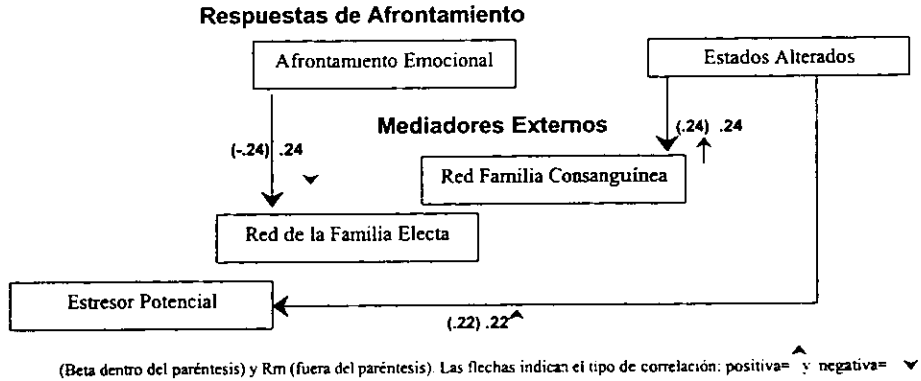
TABLA 59
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DEL ESTRESOR POTENCIAL

Variable	B	EE de B	Beta	T	Sig. T
Estados Alterados	1.34	.61	.22	2.17	.0320
Constante	2.04	1.08		1.87	.0636

Los individuos que presentan Estados Alterados (Aislamiento, Alteración, depresión, tristeza, etc.) harán más probable la intensidad del Estimulo Estresor (avance de la infección y más enfermedades).

En la Figura 19 se presentan de manera gráfica los resultados de las regresiones obtenidas para los Mediadores Externos y el Estresor Potencial.

FIGURA 19
DIMENSIONES PREDICTORAS DE LOS MEDIADORES EXTERNOS Y DEL ESTRESOR POTENCIAL



En la Figura 20 se conjuntan las tres figuras que se han presentado por separado. Vale la pena destacar que se obtuvieron relaciones bidireccionales, las cuales se enlistan a continuación:

1. Satisfacción percibida de la red de apoyo de Consejería/Diversión con las dimensiones:

- Afrontamiento Integral de la Escala de Afrontamiento
- Afrontamiento Emocional de Aceptación de la Escala de Afrontamiento
- Afecto Positivo de la Escala de Sintomatología Depresiva

2. Dimensión Ánimo Social de la Escala de Autoconcepto con

- Afecto Positivo de la Escala de Sintomatología Depresiva

PARTE III

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En esta sección se discuten (la primera parte del primer objetivo específico) las características sociodemográficas de la muestra.

La muestra estudiada en general, es joven, en edad productiva y reproductiva. Los de mayor edad son los individuos asintomáticos, los cuales a su vez son los que tienen un mayor grado de escolaridad (profesionales y especialidad). Cabe destacar que todos los seropositivos recibían atención médica social (ISSSTE o IMSS) y se encontraban bajo tratamiento antirretroviral al momento de la entrevista. Los individuos jubilados o pensionados pertenecen a los grupos CRS y SIDA; esta situación se debe más al avance de la enfermedad que a la edad cronológica.

1.2 PATRÓN SEXUAL

En esta parte, se discute (la primera parte del segundo objetivo específico) el patrón sexual de la muestra: edad al debut sexual, número de parejas sexuales en la vida, frecuencia de uso del condón y tipo de coito –con pareja sexual regular y ocasional-, y frecuencia de asociación alcohol y drogas con sexo en el total de la muestra.

Los entrevistados se iniciaron sexualmente durante la adolescencia, pero se observa que aproximadamente un 16.2% se inició durante la niñez, lo cual sugiere investigar sobre posible abuso sexual o violación. Quina (1997) señala al respecto que las respuestas a la violación y al abuso sexual varían en función de la severidad, del estilo personal de la víctima y de la disponibilidad de apoyo social; pero que existen consecuencias a corto y largo plazo como baja autoestima, miedo, coraje, desesperanza, culpabilidad, vergüenza, distorsión de la imagen corporal, disfunción sexual, problemas en las relaciones interpersonales, etc.

Los efectos de la agresión sexual en hombres es una línea de investigación. Una de las características de los sobrevivientes es la culpabilidad en combinación con la actividad sexual y trastornos del ánimo como la depresión. El estrés postraumático producto de la violación o del abuso sexual lleva también a la hipererotización –que lleva a la conducta sexual compulsiva- y a las adicciones (drogas, alcohol) estudiadas como parte de conductas autodestructivas.

Los participantes tienen una vida sexual intensa. A este respecto, las investigaciones con grupos de adolescente en general y con grupos de homosexuales y bisexuales indican que por

lo general los hombres en comparación con las mujeres se inician a más temprana edad y tienen más parejas sexuales en la vida (Villagrán, 1993; Alfaro Martínez, 1994, 1995; y González Pérez, 1998; Perelló Valls, 2000); sin embargo la muestra actualmente estudiada presenta un promedio de relaciones sexuales en la vida muy por encima de otras investigaciones llevadas a cabo con hombres. Las consecuencias a corto y a largo plazo, debido a la cuantiosa rotación de parejas sexuales y uso poco frecuente del condón son: la adquisición de infecciones de transmisión sexual curables o bien infecciones o reinfecciones de VIH.

Para Bersani (1999) el hombre que siente atracción por otro hombre es un excluido –por no responder a los imperativos conyugales y reproductores que domesticarían el sexo–; para el autor “los gays tienen el privilegio (que a menudo pagan muy caro) de ser los portadores de un mensaje totalmente diferente: la promiscuidad...es inherente al sexo” (p. 10). Esto es, para Bersani la *promiscuidad* es un estilo de vida del *ser gay*.

Esta conducta marcadamente masculina –en cuanto al número de parejas sexuales en la vida– es posible explicarla a través de la cultura, por ejemplo: Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, (1996) señalan que uno de los valores masculinos más importantes es el hedonismo y en menor jerarquía el autocontrol; estos hallazgos se corroboran en investigaciones como las de Alfaro Martínez (1995) y Perelló Valls (2000), cuando al aplicar el Modelo de la Acción Razonada, la actitud hedónica de los varones es una de las variables con mayor peso para predecir el uso del condón.

Así, el encuentro entre hombres, –considerando su orientación homosexual y sus valores– hará mucho más probable el coito. El recurso del cortejo –usualmente se puede observar en parejas heterosexuales – que llevaría a posponer por el coito, no se observa entre varones, así que el fenómeno es *un encuentro de masculinidades*.

La asociación drogas y alcohol con sexo, es baja en la muestra, sin embargo, no debe perderse de vista, ya que los nuevos casos de VIH/SIDA, se han incrementado en la muestra de usuarios de drogas intravenosas (Ruiz Badillo y cols., 1998).

1.3 ESTRESORES POTENCIALES

En esta parte, se tratarán (la primera parte del tercer objetivo específico) los estresores potenciales: tiempo de conocer el seroestatus y enfermedades que padece y/o han padecido el total de la muestra.

El VIH/SIDA es un estresor que requiere para la mayor parte de los aquí entrevistados (a excepción de los seronegativos), de cambios mayores, ya que su presencia se encuentra fuera del control personal, en el sentido de no poder evitarlo o esquivarlo; se encuentra cotidiana y persistentemente presente.

Los individuos entrevistados presentan un mayor número de padecimientos mientras más avanza la enfermedad. Uno de los inconvenientes para llevar a cabo la ubicación de los pacientes según la tabla de clasificación y vigilancia (el cruce de categorías sobre el conteo de células CD4 y las categorías clínicas) se debió principalmente al desconocimiento de los pacientes sobre este tipo de información y a la dificultad para acceder a los archivos clínicos en los hospitales donde se les atiende.

Obtener un sólo indicador de estrés potencial fue un recurso importante para conjuntar una serie de variables que devienen un sólo paquete; es decir, mientras más tiempo pasa, mayor es el número de enfermedades que se padecen y dado que el VIH/SIDA es una enfermedad crónica, la salud disminuye mientras transcurre el tiempo.

El cuidado de la salud requiere de mucho esfuerzo, ya que se debe producir un cambio radical de estilo de vida, es decir, requiere evitar conductas que comprometan la salud como fumar, beber alcohol, desvelarse, comer a deshoras, situaciones de estrés, etc., además de una estricta adherencia terapéutica (tomar en tiempo y forma los medicamentos indicados).

Los enfermos con SIDA tienen un tiempo mayor de conocer su seroestatus, lo que se relaciona estrechamente con el tipo de padecimiento, ya que el VIH/SIDA –cuando el paciente está bajo tratamiento antirretroviral- es una enfermedad crónico degenerativa. Se observa que los asintomáticos además de tener en promedio mayor tiempo de conocer su seroestatus, también tienen mayor escolaridad, situaciones que se asocian a la revelación de homosexualidad, VIH y a un buen funcionamiento de las redes de apoyo (Delgado Añorve y Solís Zamudio, 2000).

La primera parte de los objetivos específicos: 1, 2 y 3 que se refieren a la descripción sociodemográfica de la muestra, del patrón sexual y de los estresores potenciales se alcanzó. La segunda parte de estos objetivos específicos, se presentará más adelante (1.6. Grupos)

1.4. ANÁLISIS INTRA-ESCALA

Esta sección y la siguiente se discuten (el cuarto objetivo específico) cada una de las escalas y los resultados arrojados por la muestra total.

1.4.1 Estrategias de Afrontamiento

Uno de los componentes de la Escala de Afrontamiento es la *Evaluación Cognoscitiva* del VIH/SIDA como evento estresor. La *Evaluación Cognoscitiva* es también denominada *Evaluación Primaria*, porque es cuando la situación se clasifica como: benigna, daño/pérdida, amenaza o desafío (Lazarus y Folkman, 1986). El evento estresor para la muestra estudiada exige de bastantes esfuerzos para hacerle frente. Schaefer y Coleman (1992) y Schwartzberg (1993) dicen que los portadores de VIH perciben el hecho como un cataclismo.

Llama la atención esta variable en cuanto a que el grupo Asintomático presentó la menor evaluación de los cuatro grupos, por lo que cabe preguntar ¿qué es lo que los hace evaluar así el evento?, ¿qué procesos cognoscitivos intervienen en la evaluación?, ¿cuales son las características psicológicas que intervienen? Con respecto a este último punto, se presentarán las diferencias en una sección posterior.

La *Evaluación Cognoscitiva*, para Berl, Lewis y Morrison (1976, cit. en Villagrán-Vázquez, 1993), se fundamenta en la noción de racionalidad, en la cual el que toma la decisión no llega a manejar toda la información existente, así que en muchas ocasiones opta por la alternativa que le es más satisfactoria aún cuando su decisión pudiera optimizarse de adquirir más información (por ello que se recomienda a las personas que desean conocer su seroestatus, asistir a lugares con recursos de consejería). Otra alternativa de explicación es a través de los mecanismos de defensa de los individuos que los llevan a negar o disminuir las potencialidades del estresor para mantener la integridad del yo (González Núñez, 2000). A este respecto, Kübler-Ross (1975) propone estadios por los que transitan los seres humanos cuando se enfrentan a situaciones de muy alto estrés, como el anuncio de padecer alguna enfermedad terminales. Al momento de recibir el anuncio de ser portador de VIH se inician procesos muy diversos tales como la negación, el aislamiento, la ira, el pacto, la negociación, la depresión, la aceptación y la esperanza, emociones que no llevan un cause lineal, sino que saltan de uno a otro hasta que el hecho es aceptado.

Se obtuvo una *Escala de Afrontamiento* válida y confiable. Las dimensiones obtenidas (primer factorial) corresponden a las propuestas por Lazarus y Folkman (1984): Afrontamiento al Problema, Afrontamiento Emocional y Afrontamiento Mixto. En general la muestra afronta positivamente el problema tanto para cambiar su relación con el ambiente, como para producir cambios internos o emocionales.

Adicionados a la escala original para incluir formas de reaccionar de la cultura los reactivos: "Preparame para morir" y "Resignarme a la enfermedad", que corresponden a la

esfera emocional, son respuestas en general utilizadas con menor frecuencia. Ambos configuran el Indicador de segundo orden: Afrontamiento Emocional de aceptación, útil para detectar variaciones. Los que más utilizan este recurso son los enfermos de SIDA.

El reactivo "Relajarme", que en la escala original está como "Meditación o Relajación", resultó ser el de mayor importancia, ya que en el factorial de segundo orden se incorporó al Factor Integral en el que convergen todos los reactivos de la escala original.

Un cabo suelto –que deberá ser motivo de indagación- es el significado de la palabra "resignarme", ya que puede relacionarse a la espiritualidad del mexicano religioso o con la parte racional y emocional referida a una aceptación que conduce a la activación de conductas para cambiar la relación con el ambiente.

Análisis intra-escala. En general, se observa que aquellos que afrontan la enfermedad resignándose y pensando en la muerte, requieren de mayores esfuerzos para hacer frente al evento estresor. Asimismo su afrontamiento emocional de resignación y muerte los llevará a responder de manera más integral mediante la resignificación de la enfermedad y la emisión de conductas movilizadoras tendientes a modificar su relación con el ambiente-

Las respuestas de afrontamiento como aquí se conciben, son estados, que cambian dependiendo del estado interno y del contexto; las respuestas aquí encontradas, se refieren a un momento específico por el que los individuos transitan.

Taylor (1983, en Kalichman, 1995), Schaefer y Coleman (1992) y Schwartzber (1993) señalan que las personas que viven situaciones de estrés utilizan con frecuencia respuestas de afrontamiento que les permiten mantener el control de la situación como la reevaluación positiva del problema -buscar lo positivo, salir de la experiencia mejor de como entró- y de jerarquizar los valores, esto es cambiar o crecer como persona y descubrir lo que es importante en la vida.

El análisis factorial de segundo orden proporcionó un mejor manejo en el conjunto de variables dentro del modelo, pero limitó la variabilidad de las mismas, es decir, las respuestas de afrontamiento obtenidas en el primer análisis factorial, que inicialmente arrojan diferencias significativas por grupos –las que se discutirán más adelante-, en el factorial de segundo orden no se obtienen.

1.4.2 Sintomatología Depresiva

Se obtuvo una escala válida y confiable. Los factores obtenidos corresponden parcialmente a los propuestos por Radloff (1977): el Factor Afecto Negativo integra tanto el Afecto Negativo como la actividad retardada; el Factor Positivo quedó similar; el Factor

Relaciones Interpersonales quedó integrado en uno que se denominó Aislamiento y el Factor, el de Alteración se integró con reactivos que se refieren a la somatización.

Análisis intra-escala. No se observan estados de ánimo bipolares simultáneos, es decir, la correlación es negativa entre afectos positivos y negativos. La muestra presenta con mayor frecuencia Afecto Positivo – se sienten optimistas sobre el futuro, contentos y disfrutan de la vida- que Afecto Negativo, Alteración y Aislamiento -miedo, llanto, tristeza, físicamente inmóviles-.

El análisis factorial de segundo orden que además de reunir los factores referidos a los estados de ánimo negativos: Afecto Negativo, Alteración y Aislamiento –Estados Alterados- y mantuvo como factor independiente el Afecto Positivo, limitó la variabilidad de los Estados Alterados en relación con las respuestas de los diferentes grupos –que se discuten más adelante-.

1.4.3 Locus de Control sobre la Salud

Se obtuvo una escala válida y confiable. Solamente se obtuvieron tres de los cinco factores reportados en otras investigaciones (La Rosa, 1985; Díaz-Loving y Andrade Palos, 1984 y González Pérez, 1998): Externalidad, Internalidad –este factor es el más sobresaliente, ya que en general la muestra percibe que su salud está determinada por su conducta- y por los Poderosos del Microcosmos que se refiere a los círculos más cercanos de relaciones: la familia y los que lo rodean.

El análisis factorial de segundo orden mantuvo los Factores Externalidad e Internalidad y agrupó en el indicador Poderosos del Macrocosmos dos reactivos: “Mi salud depende del bienestar familiar”, con un promedio ubicado en la media teórica, ni interno ni externo; y “Mi salud depende de los que me rodean” cuyo promedio apunta a la internalidad, esto es que la salud no depende de quienes los rodean. Los promedios de Externalidad, Poderosos del Microcosmos se ubican en la media teórica, ni interno ni externo.

Análisis intra-escala. En general, los individuos que creen que su salud no depende de los que los rodean, piensan también en que no depende de lo agradable que se es, del gobierno, de la suerte o de Dios. Y consideran que su salud dependerá de sus propias acciones.

Aunque presentan un locus de control interno –mostrado en el Factor Internalidad- existe una ambigüedad frente a la Externalidad y los Poderosos del Microcosmos. Estos datos representan una evidencia empírica sobre la inexistencia de la unidimensionalidad: externalidad vs. internalidad de Rotter (1966), expresada por la presencia de promedios ubicados en la

media teórica. Por otra parte, es posible que la cultura se haya expresado, como lo mencionaron Díaz-Guerrero (1982) y Valdez Medina (1994) sobre el colectivismo mexicano que sería más específicamente llamado *familiarismo*, en donde la familia -consanguínea- no se descarta. El VIH/SIDA es un evento en el que convergen tanto lo individual -interno – como lo externo –la familia y otros quienes lo rodean-.

1.4.4. Autoconcepto

La escala es válida y confiable. De las dimensiones obtenidas por La Rosa (1986), se obtuvieron las tres subcategorías de la Dimensión Social –*Sentimiento Interindividual, Sociabilidad Expresiva y Estados de Ánimo*-; una subcategoría de la Dimensión Emocional: *Salud Emocional* y la Dimensión Ocupacional.

Las cinco dimensiones encontradas en esta muestra, también fueron reportadas por González Pérez (1998) en una muestra de adolescentes estudiantes de preparatoria.

La muestra en general habla de un yo que se relaciona con sus semejantes de manera amorosa, afectuosa, cariñosa, romántica y sentimental –*Sentimiento Interindividual*-, pero también de un yo que cumple los adjetivos capaz, responsable y eficiente –de la dimensión *Ocupacional*-. Son tan generales que pueden aplicarse a varias facetas de la vida de los individuos: como estudiantes, como profesionistas, como funcionarios, etc.

Otra dimensión del yo es su *Sociabilidad Expresiva*. Llama la atención porque los puntajes obtenidos apuntan, aunque no muy marcadamente, hacia un yo introvertido, reservado, tímido y callado. En tanto su *Salud Emocional* –*calmado, temperamental, etc.*- y su *Estado de Ánimo* –*jovial alegre, etc.*- aunque apuntan hacia estados positivos, están más cercanos a la media teórica.

Estas características del yo ya han sido mencionadas también por Díaz-Guerrero (1984) quien encuentra en *La Psicología del Mexicano*, que el autoconcepto es producto del medio social, el cual transmite normas, roles y premisas.

Allport (1965) decía que el yo era un concepto organizador, conocedor, buscador de ser socializado e implicado en toda conducta, que afecta la confianza, el juicio, la memoria, y todos los aspectos motivacionales. En los datos aquí obtenidos se observan individuos que señalan una forma del yo que se relaciona con otros –*Sentimiento Interindividual* y *Sociabilidad Expresiva*-, un yo interno –*Salud Emocional* y *Estados de Ánimo*- y un yo en el desempeño de alguna actividad –*Ocupacional*-. Esta conformación de dimensiones y los promedios obtenidos nos hablan en general de un autoconcepto positivo

Análisis intra-escala. Los individuos que se perciban como más joviales, contentos y alegres –*Salud Emocional*-, también se percibirán más extrovertidos, comunicativos, desenvueltos –*Sociabilidad Expresiva*- y presentarán una aceptable *Salud Emocional* –calmado, sereno, reflexivo, pacífico, etc.-

Asimismo, los que se perciben como amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales –*Sentimiento Interindividual*-, se mostrarán además, joviales, contentos y alegres –*Salud Emocional*-, y percibirán muy positivo su desempeño *Ocupacional* –capaces, responsables y eficientes-.

El análisis factorial de segundo orden arrojó tres factores: *Ánimo Social*, *Competencia-Interindividual* y *Salud Emocional*. La correlación entre ellos indica que los individuos que describen un yo con una Sociabilidad Expresiva y Estados de Ánimo positivos –extrovertido, comunicativo, desenvuelto, expresivo, jovial, contento y alegre-, percibirán su Salud Emocional también positiva –calmados, pacíficos, reflexivos, serenos y sinceros-.

1.4.5 Redes de Apoyo

Las redes sociales se refieren al conjunto de personas y/o grupos que interaccionan entre sí, y a la estructura de tales interrelaciones. Para los efectos del presente trabajo, se define como redes de apoyo el número de roles que juega el individuo y que constituyen o dan forma a un cuerpo social.

1.4.5.1. Estructura de la Red. Se clasificó a los proveedores de apoyo en Familias Consanguíneas y Electas tanto Masculinas como Femeninas y Profesionales tanto Masculina como Femenina.

La estructura de la Red de la Familia Consanguínea se compone de padres, madres, hermanos (as), hijos(as), abuelas, tíos(as), primos(as), sobrinos(as). Las principales menciones son: madres y hermanas, luego padres y hermanos y, finalmente el resto de la familia.

La estructura de la Red de la Familia Electa se compone de: pareja, esposa, amigos(as), expareja, cuñados(as), empleado(a), estudiante, compañero(a) conocido(a), contador. Los que más se mencionan son: amigos, la pareja varón, luego las amigas y compañeros varones.

La estructura de la Red de Profesionales se compone de: médicos(as), psicólogos(as), psiquiatras y Terapeutas Reiki, sacerdote, maestro(a) y grupos de apoyo. Los más mencionados son: médicos, luego psicólogos(as) y las psiquiatras.

El grupo que más se mencionó de los tres tipos de redes el fue el de los amigos varones, este hallazgo coincide con otros (Friedlan y cols; 1996; Namir y cols, 1989 y Stowe y cols, 1994, cit. en Serovich y Brucker, 2000) en cuanto a que los amigos proveen más apoyo que la misma familia en el caso de individuos infectados por VIH. Sin embargo, en esta investigación, aunque las madres no fueron las que más se mencionaron, fueron ampliamente citadas. Esta aclaración es para hacer referencia al estudio de Kuderk (1988, cit en Kalichman, 1995) donde se dice que los hombres homosexuales continuamente estigmatizados y perseguidos por su orientación migran hacia las grandes ciudades, dejando a las familias consanguíneas en sus lugares de origen. En resumen, las redes están principalmente integradas por las mujeres de la Red de Familia Consanguínea y por los varones de la Red de Familia Electa.

En cuanto a la Red de Profesionales, los médicos son los más frecuentemente citados; sin embargo no son citados por todos los de la muestra, a pesar de tratarse de un padecimiento que por necesidad debe ser vigilado por médicos. No todos los de la muestra los perciben como red de apoyo. Respecto al apoyo psicológico, los entrevistados acuden poco o muy poco a recibir este tipo de atención; un primer acercamiento indica que los servicios de salud (ISSSTE e IMSS) no tienen como prioritaria la atención psicológica ya que existe una marcada preferencia por la atención psiquiátrica: un segundo acercamiento revela que el costo de la atención psicológica obliga a quienes tienen limitaciones económicas a prescindir de ella.

Debería estar incluida dentro de los servicios de atención a la salud y de manera prioritaria la atención psicológica para los enfermos de VIH/SIDA.

Una vez que se han analizado meticulosamente las composiciones de las diferentes redes, la construcción de indicadores como *Familia Consanguínea* –que conjunta tanto Masculina como Femenina-, como *Familia Electa* –que conjunta las redes Masculina y Femenina y como *Red Profesional* –tanto Masculina como Femenina-, obtenidas a partir del análisis factorial, evita la multicolinealidad, permite un mejor manejo de variables y una más clara aportación dentro del modelo.

Análisis intra dimensiones de la Estructura de la Red. Las dimensiones de la Estructura: Familia Consanguínea, Familia Electa y Profesionales se observan como variables independientes pues no existe correlación significativa entre ellas.

1.4.5.2. Funcionamiento de la Red

Las funciones de Consejería, Emocional, Instrumental y Diversión/Relajación son principalmente resueltas por las mujeres de la Familia Consanguínea –madres y hermanas- y

por los varones de la Familia Electa –pareja y amigos-. Excepcionalmente y con bajo porcentaje aparecen en la red de apoyo Emocional y Diversión/Relajación las mujeres de la Familia Electa –amigas-.

En esta investigación los varones de la Familia Consanguínea aparecen poco, sin embargo, los datos se encuentran sesgados por la carencia de información sobre la composición familiar, es decir, no se tienen datos para afirmar que los varones de la familia consanguínea existen pero no aportan apoyo significativo o bien que no existen. Se recomienda por tanto la elaboración de familiogramas.

Otro de los inconvenientes de la escala -que puede subsanarse en combinación con los familiogramas -es la imposibilidad de conocer si los proveedores de apoyo son los mismos -a excepción de los padres-, es decir, si se repiten a lo largo de todos los tipos de funcionamiento o bien si son diferentes actores, pero que tienen un mismo rol social frente al individuo entrevistado.

El mismo inconveniente surge al tratar de identificar a la persona perteneciente a la Familia Electa. Tal y como se presenta la encuesta, es imposible reconocer si se trata de la misma persona -amigo, amiga, pareja, expareja, conocido, etc.-, lo que podría esclarecerse mediante un sociograma.

UNICEF (1995, cit. en Keijzer, 1998) llevó a cabo un estudio en varias sociedades sobre el tiempo que dedican los padres a sus hijos y encontró que en comparación con el tiempo que dedican las mujeres, ellos dedican sólo un 25%.

Keijzer (op. cit) señala que aunque existan algunas señas de transición tendientes al mayor cuidado de la padres hacia sus hijos, se sigue produciendo la ideología dominante de que el ámbito del embarazo y los hijos, sobre todo si son pequeños, no compete a los hombres sino que es un terreno "natural" de las mujeres como extensión de su función reproductiva y doméstica; también señala que los padres se dedican más a sus hijos varones, aunque entre las nuevas generaciones de padres parece ir disminuyendo.

Análisis intra dimensiones de la Función de la Red de apoyo. Las relaciones observadas entre las microredes Familias Consanguíneas Masculinas y Femeninas, Familias Electas Masculina y Femenina y Profesionales Masculina y Femenina de los diferentes tipos de apoyo, confirman la agrupación obtenida en la sección de Estructura de la Red, para finalmente dejar como dimensiones tanto de la Función como de la Estructura: Familia Consanguínea, Familia Electa y Profesional, a fin de no duplicar información y evitar la multicolinealidad.

1.4.5.3. Satisfacción percibida de la red de apoyo

Un poco más del 50% de la muestra apunta hacia una satisfacción percibida que indica que han recibido lo que han necesitado/querido, sin embargo poco menos del 50% indican que han recibido menos de lo que han querido y necesitado principalmente en el área instrumental.

La escala utilizada en este proyecto no ha sido lo suficientemente sensible como para detectar cambios entre los participantes, por lo que se recomienda construir un instrumento que contemple: 1) aumentar el número de ítemes; 2) tener un mismo número de ítemes en cada una de las funciones, 3) cambiar el tipo de escala de medición y 4) reconocer al proveedor de apoyo y por ende conocer la satisfacción percibida del apoyo.

Análisis intra dimensiones de la Satisfacción Percibida. La relación entre las dimensiones de la Satisfacción Percibida –Emocional/Instrumental y Consejería/Div. Relajación- es estrecha al aumentar o disminuir la satisfacción percibida en una, aumenta o disminuye en la misma dirección la otra.

Análisis intra dimensiones de las Redes de Apoyo. Antes de la agrupación de las dimensiones Masculina y Femenina de la Estructura de la Red, se observa que un aumento o disminución en la red de la Familia Consanguínea –Masculina y Femenina- se relaciona con aumento o disminución de la Satisfacción percibida de la red de Consejería y un aumento disminución en la red de la Familia Consanguínea Femenina se relaciona con un aumento o disminución en la Satisfacción Percibida Instrumental.

Una vez que se organizan las dimensiones por Familia Consanguínea, Familia Electa y Profesional, se observa independencia entre las Redes de las Familias Consanguínea y Electa –en términos de no relación significativa- con las Satisfacciones Percibidas. No así con la Red Profesional, ya que al aumentar o disminuir ésta, la Satisfacción Percibida de la red Emocional/Instrumental aumenta o disminuye. Si la Satisfacción Percibida de la red solamente se relaciona con la red de Profesionales –la más pequeña de las redes-, cabe preguntarse ¿cuál Red de Apoyo se está evaluando en la Satisfacción Percibida? Es muy posible que la falta de ubicación de a quién de todos los proveedores de apoyo de las Redes de la Familia Consanguínea –de los hermanos(as), de los tíos(as), de los primos(as)- y de la Familia Electa –de los amigos, de las amigas- están considerando para emitir una valoración con respecto a la Satisfacción Percibida. La forma en la que está organizado actualmente el instrumento hace difícil reconocer estas sutiles diferencias, por lo que ello es necesario y recomendable desarrollar uno que considere quién, cómo y cuándo, así como la relación específica de estos

datos con la Satisfacción Percibida. Tal y como se evalúa actualmente, la Satisfacción Percibida es por demás muy general.

1.5. ANÁLISIS ENTRE ESCALAS

En la siguiente sección solamente se analizarán las relaciones entre las dimensiones de las escalas, información que es de gran ayuda para la interpretación del modelo.

1.5.1. Estresores Potenciales. Al aumentar el tiempo de conocer el seroestatus, el número de enfermedades que se padecen y la condición clínica se deteriora –*Estresores Potenciales*–, los individuos responden “Preparándose para morir y Resignándose a la enfermedad –*Afrontamiento Emocional de Aceptación*–, la *Red de la Familia Electa* –masculina y femenina– disminuye; su sintomatología depresiva se expresa mediante tristeza, llanto, aislamiento, alteración, miedo, etc., –*Estados Alterados*–, asimismo buscan ayuda profesional. Por otra parte, perciben que su salud no depende tanto de sus conductas, como de Dios, el destino, la suerte, etc. –*Locus de Control: Internalidad y Externalidad*–, se muestran más introvertidos, callados, tímidos y reservados, amargados, reprimidos y melancólicos –*Ánimo Social del Autoconcepto*–.

Al iniciarse al epidemia del VIH/SIDA, padecerla era –actualmente para muchos– sinónimo de muerte inmediata. En la actualidad se puede controlar, solo que se requiere del esfuerzo del paciente, para adherirse al tratamiento médico antirretroviral –que tiene efectos secundarios indeseables– y un cambio definitivo de estilo de vida –hacer ejercicio, dejar de fumar, dejar de ingerir bebidas alcohólicas, comer con horario, etc.– que muchos no están dispuestos a llevar a cabo.

Alrededor del VIH/SIDA se ha desarrollado –al menos en el Distrito Federal– toda una cultura sobre la muerte, por ejemplo, Fernández Ramírez (1999) desarrolló el *Manual para el buen morir para enfermos de SIDA*, el cual es utilizado como guía por muchos consejeros vinculados a la atención de pacientes portadores de VIH. El manual se hace hincapié en el apoyo que se le debe dar al paciente para que haga uso de cualquier estrategia –desde la creencia mística y religiosa hasta la científica– para resolver los conflictos personales, para dejar la vida “en orden” que más adelante ayudan al buen morir, a *prepararse para la muerte*.

1.5.2. Escalas

1.5.2.1. Estrategias de Afrontamiento. Como ya se ha mencionado, la Escala de Estrategias de Afrontamiento está integrada por dos secciones: la Evaluación Cognoscitiva y las Respuestas de Afrontamiento. Cada una de ellas será tratada por separado.

a) Evaluación Cognoscitiva. Percibir que se requieren de mayores esfuerzos para hacer frente a los Estresores Potenciales, se refleja en una disminución en el *Afecto Positivo* –se sienten pesimistas sobre el futuro, fracasados, no disfrutan de la vida, etc.-, en la percepción de pérdida de Control sobre la Salud –no son ellos los responsables de su salud, Internalidad- y en la dimensión del *Ánimo Social* del Autoconcepto –se muestran introvertidos, callados, tímidos y reservados, amargados, reprimidos y melancólicos-.

Para Lazarus (1990) y Cervantes y Castro (1985) la *Evaluación Cognoscitiva* del estrés –evento muy específico- es un elemento clave desde el punto de vista teórico y práctico, principalmente para reconocer las formas de responder, su impacto en la sintomatología depresiva y como los recursos personales y sociales intervienen.

b) Respuestas de Afrontamiento

b.1) Afrontamiento Integral. Una respuesta de *Afrontamiento Integral* –cambiar la relación con el ambiente, reestructurarse internamente mediante la resignificación del evento y buscar apoyo social-, requiere de individuos que se sientan optimistas sobre el futuro, contentos, que disfruten de la vida, que perciban que la vida no es un fracaso –*Afecto Positivo*- que sientan que tienen el *Control sobre su Salud* –*Internalidad*-, que además se describan como extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, expresivos, joviales, contentos y alegres –*Ánimo Social*- y capaces, responsables, eficientes, amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales –*Competencia-Interindividual*- y que presenten una disminución en sus *Estados Alterados* –tristes, con miedo, lloran, inactivos, carentes de atención, con falta de apetito, con sueño inquieto, nada amigables, irritables, etc.-.

La teoría propuesta por Cervantes y Castro (1985) señala la relación entre las Respuestas de Afrontamiento –*Afrontamiento Integral*- con los recursos personales –*Internalidad* del Autoconcepto y *Ánimo Social* y *Competencia-Interindividual* de la Escala de Control sobre la Salud- y con la Sintomatología Depresiva –*Estados Alterados* y *Afecto Positivo*. No aparecen relaciones con los recursos externos –*Redes de Apoyo*- ni con la Evaluación Cognoscitiva, ni con los Estresores Potenciales.

b.2) Afrontamiento Emocional de Aceptación. Una respuesta de *Afrontamiento Emocional de Aceptación* –Prepararse para morir y Resignarse a la enfermedad- requiere del aumento de los *Estresores Potenciales*, de la disminución en la *Red de la Familia Electa* y de la *Satisfacción percibida de la red de Consejería/Diversión*. En esta respuesta se expresa parte del Modelo de Cervantes y Castro (op. cit.), ya que aparecen relaciones con los recursos personales y sociales, además de las ya mencionadas con los Estresores Potenciales. Sin

embargo, no se observa relación con las dimensiones de la Escala de Sintomatología Depresiva ni con las Escalas de Autoconcepto y Control sobre la Salud.

Lazarus y Folkman (1986) consideran que la primera reacción ante un evento –posible estresor- es evaluarlo –evaluación primaria- lo que implica tasar si el evento estresor implica una amenaza, desafío o daño y la segunda reacción es la evaluación secundaria que implica tasar los recursos personales –Autoconcepto- con los que se cuenta para responder –Respuestas de Afrontamiento- al evento ya sea para evitarlo, eliminarlo, resignificarlo, pararlo, etc., a fin de controlar sus efectos.

En cuanto a las relaciones obtenidas es posible concluir que las relaciones marcadas para las Respuestas de Afrontamiento dentro del Modelo de Cervantes y Castro (1985), aparecen de manera complementaria, si se consideran ambas respuestas: Integral y Emocional de Aceptación.

Llama la atención la respuesta de Afrontamiento Emocional de Aceptación, ya que como se dijo anteriormente, los reactivos que la componen no corresponden a la escala original. El significado de los reactivos –Prepararse para morir y Resignarse a la enfermedad- parecen tener un impacto positivo en el afrontamiento al estresor.

1.5.2.2. Sintomatología Depresiva. Esta escala se integra por dos dimensiones, las cuales fueron el resultado de los análisis factoriales de segundo orden.

a) Estados Alterados. Los *Estados Alterados* de la Sintomatología Depresiva –tristeza, miedo, llanto, inactividad, falta de atención, de apetito y de sueño, inquietud, , molestia, etc.- se relacionan con un aumento en los Estresores Potenciales y en la Red de la Familia Consanguínea; y se relaciona con una disminución en la percepción del Control sobre la Salud –Internalidad-, en el *Ánimo Social* del Autoconcepto –introvertidos, callados, tímidos, reservados, amargados, deprimidos y melancólicos-, en el Afrontamiento Integral y en la disminución de la Satisfacción Percibida de la Red de Consejería/Diversión.

Al parecer un aumento en la red de la Familia Consanguínea tiene un impacto negativo sobre la Sintomatología Depresiva, específicamente en los Estados Alterados. ¿Cuál es la causa? ¿Cuál es el efecto? Si la familia es la causa de la sintomatología depresiva, estamos ante una situación en donde la familia es la que enferma y por ende estaríamos hablando de un estímulo estresor; si por el contrario, la familia aumenta al presentarse los *Estados Alterados*, se estaría hablando de la familia como protectora, de apoyo o amortiguador de eventos estresantes (ver Modelo Específicos o Modelos de Proceso Social).

Todas las relaciones expresadas en esta dimensión se encuentran consignadas dentro del modelo de Cervantes y Castro (1985), incluyendo las ya mencionadas con los Estresores Potenciales.

b) Afecto Positivo. El Afecto Positivo –optimista sobre el futuro, contento, la vida no es un fracaso y disfruta de ella- se relaciona con un aumento en la percepción del Control de la Salud –*Internalidad*-, en el *Ánimo Social* del Autoconcepto –extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, expresivos, joviales, contentos y alegres-, en la *Competencia-Interindividual* –capaces, responsables, eficientes, amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales-, en la *Salud Emocional* –calmados, pacíficos, reflexivos, sinceros, serenos-, en la *Satisfacción Percibida de la Red de Consejería/Diversión* y el *Afrontamiento Integral* y se relaciona con una disminución en la *Red de la Familia Consanguínea* y la *Evaluación Cognoscitiva*.

Es interesante el comportamiento de las dimensiones de la Sintomatología Depresiva con las Red de la Familia Consanguínea. Un aumento se relaciona con el aumento de Estados Alterados, y una disminución se relaciona con un incremento en el Afecto Positivo.

1.5.2.3. Locus de Control sobre la Salud

a) Externalidad. Una disminución en la dimensión Externalidad que indica que la percepción de Control sobre la Salud es externa, que depende de Dios, la suerte, el gobierno, etc., se relaciona con un aumento en los Estresores Potenciales.

b) Poderosos del Microcosmos. No presenta relaciones con otras escalas.

c) Internalidad. Cuando los individuos perciben que tienen el Control sobre su Salud, también se sentirán optimistas sobre el futuro, contentos y disfrutarán de la vida –*Afecto Positivo*-, *Afrontarán Integralmente* el problema, llevando a cabo acciones para cambiar la relación con el medio ambiente, resignificando el evento estresor y buscando apoyo social. Además se percibirán calmados, pacíficos, reflexivos, serenos y sinceros –*Salud Emocional*- y también se describirán como extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, expresivos, joviales, contentos y alegres –*Ánimo Social*-; por otra parte, disminuirán los Estresores Potenciales, la Evaluación Cognoscitiva y los Estados Alterados –tristeza, llanto, aislamiento, alteración, miedo, etc.-.

En resumen, la Escala de Locus de control sobre la Salud, se relaciona en general con los Estresores Potenciales, la Escala de Afrontamiento (a excepción del Afrontamiento Emocional de Aceptación), la Escala de Sintomatología Depresiva (Estados Alterados y Afecto Positivo),

las Redes de Apoyo y con la Satisfacción Percibida. La dimensión Poderosos del Microcosmos es la única dimensión que no presenta relación con otras escalas.

1.5.2.4. Autoconcepto

a) **Ánimo Social.** Cuando los individuos se perciben como extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, expresivos, joviales, contentos y alegres—*Ánimo Social* del Autoconcepto—, sentirán que tienen Control sobre su Salud—*Internalidad*—, se sentirán optimistas sobre el futuro, contentos y disfrutarán de la vida—*Afecto Positivo*— y responderán para cambiar su relación con el ambiente, resignificando el evento estresor y buscando apoyo social—*Afrontamiento Integral*—, pero también disminuirán sus Estados Alterados—*tristeza, llanto, aislamiento, alteración, miedo, etc.*—, su Evaluación Cognoscitiva y sus Estresores Potenciales.

b) **Competencia-Interindividual.** Los individuos que se perciben capaces, responsables, eficientes, amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales—*Competencia Interindividual*—, sentirán *Satisfacción de la red Consejería/Diversión*, se sentirán optimistas sobre el futuro, contentos y disfrutarán de la vida—*Afecto Positivo*— además presentarán respuestas de *Afrontamiento Integral*, intentos por modificar su relación con el ambiente, dentro de ellos mismos y en la búsqueda de apoyo social—; se relaciona además con una disminución de la *Red de la Familia Consanguinea*.

c) **Salud Emocional.** Los que se muestran calmados, pacíficos, reflexivos, serenos y sinceros—*Salud Emocional*—, también se sienten con el Control de Salud—*Internalidad*— optimistas sobre el futuro, contentos, la vida no es un fracaso y disfrutan de ella—*Afecto Positivo*— y perciben *Satisfacción con la Red Consejería/Diversión*.

En resumen, la Escala de Autoconcepto presenta las mismas características de la Escala de Locus de Control en el sentido de que ninguna de sus dimensiones toca el Afrontamiento Emocional. Se observa también cierta independencia con las dimensiones Poderosos del Microcosmos y Externidad de la Escala de Locus de Control, ya que no muestran relaciones significativas. Por otra parte, la Escala de Autoconcepto tiene relación con las Redes de Apoyo y la Satisfacción Percibida.

1.5.2.5. **Redes de Apoyo.** Solamente se consideraron las dimensiones obtenidas mediante el análisis factorial de la Estructura de la Red, por lo que el funcionamiento no se consideró en esta sección.

las Redes de Apoyo y con la Satisfacción Percibida. La dimensión Poderosos del Microcosmos es la única dimensión que no presenta relación con otras escalas.

1.5.2.4. Autoconcepto

a) **Ánimo Social.** Cuando los individuos se perciben como extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, expresivos, joviales, contentos y alegres—*Ánimo Social* del Autoconcepto—, sentirán que tienen Control sobre su Salud—*Internalidad*—, se sentirán optimistas sobre el futuro, contentos y disfrutarán de la vida—*Afecto Positivo*— y responderán para cambiar su relación con el ambiente, resignificando el evento estresor y buscando apoyo social—*Afrontamiento Integral*—, pero también disminuirán sus Estados Alterados—tristeza, llanto, aislamiento, alteración, miedo, etc.—, su Evaluación Cognoscitiva y sus Estresores Potenciales.

b) **Competencia-Interindividual.** Los individuos que se perciben capaces, responsables, eficientes, amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales—*Competencia Interindividual*—, sentirán *Satisfacción de la red Consejería/Diversión*, se sentirán optimistas sobre el futuro, contentos y disfrutarán de la vida—*Afecto Positivo*— además presentarán respuestas de *Afrontamiento Integral*, intentos por modificar su relación con el ambiente, dentro de ellos mismos y en la búsqueda de apoyo social—; se relaciona además con una disminución de la *Red de la Familia Consanguínea*.

c) **Salud Emocional.** Los que se muestran calmados, pacíficos, reflexivos, serenos y sinceros—*Salud Emocional*—, también se sienten con el Control de Salud—*Internalidad*— optimistas sobre el futuro, contentos, la vida no es un fracaso y disfrutan de ella—*Afecto Positivo*— y perciben *Satisfacción con la Red Consejería/Diversión*.

En resumen, la Escala de Autoconcepto presenta las mismas características de la Escala de Locus de Control en el sentido de que ninguna de sus dimensiones toca el Afrontamiento Emocional. Se observa también cierta independencia con las dimensiones Poderosos del Microcosmos y Externalidad de la Escala de Locus de Control, ya que no muestran relaciones significativas. Por otra parte, la Escala de Autoconcepto tiene relación con las Redes de Apoyo y la Satisfacción Percibida.

1.5.2.5. **Redes de Apoyo.** Solamente se consideraron las dimensiones obtenidas mediante el análisis factorial de la Estructura de la Red, por lo que el funcionamiento no se consideró en esta sección.

b.1) Satisfacción Percibida de la red de Emocional/Instrumental. La única relación obtenida es con la Red Profesional, que se ha discutido anteriormente.

b.2) Satisfacción percibida de la red Consejería/Diversión. Un aumento en la Satisfacción Percibida de la red se relaciona con un aumento en la respuesta de Afrontamiento Emocional de Aceptación –Prepararse para morir y Resignarme a la enfermedad- y con un aumento en el Afecto Positivo – optimistas sobre el futuro, disfrutan de la vida, etc.-. Por otra parte, se relaciona con una disminución en los *Estados Alterados*, tristeza, llanto, aislamiento, alteración, miedo, etc.

No hay un sujeto claramente receptor de la Satisfacción de la Red (a excepción de la Profesional). No se relaciona con las Escalas del Locus de Control y Autoconcepto; al menos en esta investigación no es claro que la Satisfacción Percibida de la Red tenga una relación significativa con los recursos personales. Quizá debe existir otro tipo de mecanismos cognoscitivos o variables que se encuentren interviniendo en esta evaluación.

1.6. LOS GRUPOS (SERONEGATIVO, ASINTOMÁTICO, CRS Y SIDA)

En esta sección se discute acerca de las características de los diferentes grupos, integrando la información que se obtuvo de ellos en cada una de las mediciones y que los hacen relativamente diferentes a los otros. Con esta sección se alcanza la segunda parte de todos los objetivos específicos que tiene como interés la comparación entre grupos por seroestatus al VIH/SIDA.

1.6.1. Seronegativos. Es el grupo más joven y presenta uno de los más altos índices de escolaridad –Profesional y Especialidad-. La edad de inicio a la vida sexual –primer coito- aunque es la más alta –16.5 años-, no tiene diferencias significativas con los otros grupos. Los tipos de coito preferidos son: oral y anal; la masturbación es poco explorada. Aunque es el grupo que utiliza con mayor frecuencia el condón para protegerse de ITS's, no lo usan lo suficiente como para protegerse.

Los Estresores Potenciales son prácticamente inexistentes a partir de considerar, en primer lugar, que no son portadores de VIH; sin embargo, el VIH sí puede evaluarse como amenazante.

La evaluación cognoscitiva del evento estresor es de las más altas, después del grupo SIDA; esto indica que este grupo de no portadores del virus lo considera, realmente amenazante. Sus respuestas de afrontamiento presentan una única diferencia con el resto del grupo: son los que menos utilizan la "Resignación a la enfermedad".

El VIH/SIDA, es especialmente para este grupo, un estresor agudo y crónico (Lazarus y Folkman, 1986).

En cuanto a las características de personalidad, consideran que su salud depende de ellos mismos –con el puntaje mayor en la Internalidad del Locus de Control sobre la Salud-, asimismo en lo que respecta al autoconcepto, se describen más extrovertidos, comunicativos, desenvueltos y expresivos –promedio más alto Sociabilidad Expresiva -. Su estado de ánimo en lo que respecta a la Alteración, es el más bajo, pues no tienen alteración del apetito ni del sueño y no se molestan con las cosas que usualmente les molestaban.

Las estructura de la redes de Familia Electa y Profesional es principalmente masculina y la red Familia Consanguínea es principalmente femenina. Tienen la red Profesional Femenina más pequeña.

Por funciones se encuentra que las redes Consejería, Instrumental y Diversión/Relajación son cubiertas principalmente por las Familias Consanguínea Femenina y Electa Masculina; y el apoyo Emocional es cubierto por la Familia Electa Masculina y Profesional Masculina.

1.6.2. Asintomáticos. Es el grupo en promedio más viejo y presenta junto con el Seronegativo. los más altos índices de escolaridad: Profesional y Especialidad. La edad de inicio a la vida sexual –primer coito- se encuentra en el promedio –15.7 años-. El tipo de coito preferido –tanto con la pareja sexual regular como ocasional- es oral y anal, y la masturbación es poco explorada como recurso para evitar las ITS's. Aunque es de los grupos que con mayor frecuencia utiliza el condón durante el coito –tanto con pareja regular como ocasional-, pero no es suficiente para protegerse.

El promedio en Estresores Potenciales es el más bajo de los tres grupos portadores de VIH y la diferencia entre ellos es significativa, lo que se asocia, por supuesto, con la condición clínica: primera fase de la infección.

Este grupo presenta la evaluación cognoscitiva más baja y aquí se retoma la pregunta inicial sobre las características del grupo. En lo que respecta al uso de estrategias, la que menos usan –en comparación con el resto de la muestra- es la de Afrontamiento al Problema –buscar información, hacer plan y seguirlo, evitar situaciones de estrés, etc.- y “Prepararme para morir”.

La reacción del grupo es posible entenderla ya sea a través de procesos cognoscitivos que facilitan la evaluación real del fenómeno o mediante lo expuesto por Elisabeth Kübler-Ross (1988), quien dice que la gente reacciona ante eventos -inclusive aquellos que causan la

muerte- de diferentes formas: a través de la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación, pero que en el fondo su ira y su ansiedad son con respecto a la muerte; dice también que la aparición de mecanismos no es lineal ni causal, se alternan de forma tal que son completamente individuales.

Características de personalidad: sienten mucho control sobre su salud –Internalidad de la *Escala de Locus de Control sobre la Salud*-. En cuanto a Autoconcepto, se perciben al igual que la mayoría de la muestra: amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales –*Sentimiento Interindividual*- y capaces, responsables y eficientes –*Ocupacional*- y en menor medida joviales, contentos y alegres –*Estados de Ánimo*-.

El estado de ánimo presenta un alto *Afecto Positivo* –optimistas sobre el futuro, contentos, disfrutan de la vida y la vida no es un fracaso- y el más bajo en el *Afecto Negativo* con respecto a los otros grupos. Los promedios de la Alteración y el Aislamiento se encuentran prácticamente en la media teórica y son casi inexistentes.

Las estructura de la redes de Familia Electa y Profesional es principalmente masculina y la red Familia Consanguínea es principalmente femenina.

Por funciones se encuentra que las redes Consejería, Instrumental y Diversión/Relajación son cubiertas principalmente por las Familias Consanguínea Femenina y Electa Masculina; y el apoyo Emocional es cubierto por la Familia Consanguínea Femenina Electa y Profesional Masculinas.

1.6.3. CRS. La edad promedio del grupo es de 32.38 años y junto con el grupo SIDA tienen los índices de escolaridad más bajos: primaria, secundaria. En cuanto a la edad al primer coito, son el grupo que se ha iniciado en promedio a más temprana edad –13.15 años-, sin embargo no existen diferencias significativas. Los tipos de coito preferidos –tanto con la pareja sexual regular como ocasional- son: oral y anal; la masturbación es poco explorada como recurso para evitar las ITS's. Aunque es de los grupos que con mayor frecuencia –a veces- utiliza el condón durante el coito –tanto con pareja regular como ocasional-, no es suficiente para protegerse de reinfecciones y nuevas infecciones, ni para proteger a otros.

En Estresores Potenciales tiene el segundo más alto, después del grupo SIDA. La segunda fase del avance de la infección es el momento si no lo han hecho, de cambiar radicalmente de estilo de vida y de adherirse al medicamento.

La evaluación cognoscitiva es la segunda más baja después del grupo Asintomático. Sus respuestas de afrontamiento están encaminadas principalmente a la “*Relajación*”, a la

resignificación del evento a fin de cambiar su relación con el medio ambiente, enfatizando lo positivo *-Afrontamiento Emocional de Aceptación-* y llevando a cabo actos que intentan modificar su relación con el medio ambiente *-Afrontamiento al Problema -*. Debe aclararse que ninguna de las dimensiones antes mencionadas son significativamente diferentes de las mostradas por los otros grupos.

Las características de personalidad que sobresalen son: su percepción de Control sobre su Salud *-Internalidad-* en combinación con la afirmación de que su "salud no depende de aquellos que les rodean", no significativamente diferente de los otros grupos. En cuanto a Autoconcepto, se describen al igual que la mayoría de la muestra como amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales *-Sentimiento Interindividual-* y capaces, responsables y eficientes *-Ocupacional-* y en menor medida *-por debajo de la media teórica-* extrovertidos, comunicativos, desenvueltos y expresivos *-Sociabilidad Expresiva-*.

El estado de ánimo que presentan es alto en el *Afecto Positivo* *-optimistas sobre el futuro,* contentos, disfrutan de la vida y ésta no es un fracaso-, pero también al menos un día en la última semana presentaron *-Afecto Negativo-* tristeza, depresión, miedo, inactividad y Alteración: molestarse por cosas que usualmente no le molestan, mal apetito y sueño inquieto.

Las estructura de la redes de Familia Electa y Profesional es principalmente masculina y la red Familia Consanguínea es principalmente femenina.

Por funciones se encuentra que las redes Consejería e Instrumental es principalmente masculina; la Emocional es Familia Electa y Profesional Masculina y Familia Consanguínea Femenina y finalmente la red de Diversión/Relajación se conforma principalmente de Familias Consanguínea Femenina y Electa Masculina.

1.6.4. SIDA. La edad promedio del grupo es de 32 años. Es el grupo que presenta, junto con el grupo CRS, los más bajos índices de escolaridad *-primaria, secundaria y preparatoria-*. La edad de inicio a la vida sexual *-primer coito-* en promedio es de 14 años; se diría que se iniciaron poco antes de salir de la secundaria. Los tipos de coito preferidos son: oral y anal, tanto con la parejas ocasional como con la regular; la masturbación es poco explorada. La baja frecuencia de uso del condón *-tanto con la pareja sexual regular como ocasional-* hace más probable la reinfección de VIH/SIDA o la adquisición de otras ITS's, así como la transmisión de las mismas.

El grupo presenta el promedio más alto de Estresores Potenciales. Prácticamente es la etapa final de la enfermedad y tiene el promedio más alto de los cuatro grupos en la Evaluación

Cognoscitiva lo que indica que requieren de muchísimos esfuerzos para hacer frente a la angustia o preocupación que les produce la enfermedad. El VIH/SIDA es, especialmente para quienes forman este grupo un estresor agudo y crónico (Lazarus y Folkman, 1986).

Los individuos del grupo reaccionan ante el evento –más que cualquier otro grupo- “Resignándose a la enfermedad” y “Preparándose para morir”; además, mediante un afrontamiento activo, buscan información, hacen un plan de acción y lo siguen, buscan nuevas alternativas de curación, evitan situaciones de estrés, hacen ejercicio y meditan –*Afrontamiento al Problema*-.

Kübler-Ross (1975), al tratar las fases por las que transitan las personas que padecen enfermedades terminales, menciona la aceptación como la quinta fase. La autora señala que quienes han tenido una convalecencia larga “ya habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes, que “contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil. No es un abandono resignado y desesperanzado, una sensación de *para qué sirve* o de *ya no puedo seguir luchando*” (p. 148).

En cuanto a las características de personalidad, consideran que su salud depende de ellos mismos: Internalidad del Locus de Control sobre la Salud, pero también afirman que *su salud depende del bienestar familiar*, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con los otros grupos, si se tiene el menor promedio, que está por debajo de la media teórica y que apunta hacia la externalidad. Esta combinación internalidad-externalidad es por demás interesante, ya que muestra el juego interno-externo, la vulnerabilidad del individuo y la dependencia para el cuidado de su salud –física y emocional-, en esta fase de avance de la enfermedad.

En la reunión de las dos afirmaciones: *Mi salud depende del bienestar familiar* y *Mi salud depende de aquellos que me rodean* en el factor Poderosos del Microcosmos, el grupo SIDA tiene el menor promedio, sin llegar a las diferencias con el resto de los grupos.

Los del grupo SIDA se caracterizan por describirse como introvertidos, callados, tímidos y reservados –Sociabilidad Expresiva, diferente significativamente con otros grupos-, apuntando a la amargura, depresión y melancolía –Estados de Ánimo, con el promedio más bajo, pero sin diferencias-, pero también definitivamente amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales –Sentimiento Interindividual-.

Su estado de ánimo es significativamente negativo, pues se sienten deprimidos, lloran, se sienten tristes y con falta de atención, tienen miedo, hablan poco, etc., -Afecto Negativo-, además, se molestan con mayor facilidad, tienen mal sueño y mal apetito -Alteración-, sienten que la gente no es amigable con ellos y que no caen bien -Aislamiento-. En lo que respecta a la Alteración, es el más bajo, esto es, no tienen alteración del apetito ni del sueño y no se molestan con las cosas que usualmente les molestaban.

El estado de ánimo no es aisladamente el resultado de la enfermedad los entrevistados son pacientes que se encuentran en la fase terminal y están reclusos en los hospitales. Ruíz Badillo (2000) en México, y Richardson (1991) y Bersani (1999) en Estados Unidos documentan el estigma de las personas que viven con VIH/SIDA, por ser portadores y por su orientación sexual.

La estructura de las redes es principalmente Consanguínea Femenina; ni la red Electa -que por cierto disminuye si consideramos el avance de la infección- ni la Profesional arrojan diferencias por sexo.

Por funciones se encuentra que las redes Consejería, Emocional, Instrumental y Diversión/Relajación son cubiertas principalmente por la Familia Consanguínea Femenina, a diferencia de la Masculina. Llama la atención que la red de la Familia Consanguínea Femenina es consistentemente mayor que la Masculina en los cuatro grupos. A este respecto Díaz-Guerrero y Szalay (1993) señalan que en las culturas tradicionales se acentúa la relación del hijo con la madre más que con el padre o el esposo [en el caso de las mujeres].

1.7 EL MODELO

En esta sección se discuten los mejores predictores para las variables planteadas en el Modelo de Estrés de Cervantes y Castro (1985), correspondiente al séptimo objetivo específico.

17.1 Escala de Afrontamiento

a) **Evaluación Cognoscitiva.** En la primera parte del modelo se presenta la Evaluación Cognoscitiva y como su principal predictor la variable *Ánimo Social* -de la Escala de Autoconcepto. El resultado no corresponde a lo que se esperaba en la primera hipótesis H₁, la cual no se acepta, es decir, no intervinieron ni los mediadores externos (Redes de apoyo) ni los Estresores Potenciales.

Para esta muestra de hombres (HSH) cuanto más se describan con habilidades sociales como extrovertidos, comunicativos, desenvueltos y expresivos y con un ánimo jovial, alegre y contento, la evaluación cognoscitiva del evento estresor será menor.

Uno de los problemas que deben subsanarse en próximas investigaciones va en tres direcciones: 1) desarrollar una forma de evaluación más sensible para la Evaluación Cognoscitiva del evento, lo cual puede ser aumentando el número de reactivos que incluyan otras dimensiones, como las que mencionan Lazarus y Folkman (1986): irrelevante, benigno/positivo, estresante, daño/pérdida, amenazante o desafiante y la intensidad de las mismas. 2) Estresores Potenciales, la recomendación iría en el mismo sentido que la anterior, el desarrollo de un instrumento sensible a la intensidad del evento, por ejemplo, al enumerar las enfermedades, la intensidad del daño, amenaza o pérdida de la salud percibida; en cuanto al tiempo transcurrido, si ha tenido algún efecto en la percepción de la enfermedad, si el daño, pérdida o amenaza a la salud ha disminuido o aumentado con el transcurso del tiempo y 3) Redes de Apoyo que también tiene un amplio potencial por explorar, por ejemplo la estructura (filiograma, sociograma) y la densidad de la red, además de las ya mencionadas como en qué momento se da el apoyo y la forma en la que se proporciona el apoyo.

b) Respuestas de Afrontamiento

b.1) Afrontamiento Integral. Los hombres (HDH) que responden de manera integral al evento estresor –el cual requiere de muchos esfuerzos para hacerle frente-, es decir, que de manera activa buscan cambiar su relación con el medio ambiente, a través de la búsqueda de apoyo social con cambios internos positivos –resignificando el evento- son los que se perciben con las habilidades sociales de extroversión, comunicación, desenvoltura y expresividad como y con el ánimo jovial, contento y alegre, pero que además se sientan satisfechos con la red que les proporciona apoyo de consejería y de diversión/relajación.

La segunda hipótesis –H₂– no se acepta, o bien es parcialmente verdadera en el sentido de que intervienen tanto los mediadores internos –Ánimo Social y Satisfacción Percibida de la Red- y la Evaluación Cognoscitiva. Nuevamente, no aparecen los mediadores externos –Red de Apoyo-. La recomendación al respecto es como ya se dijo antes, el desarrollo de una Escala de Redes de Apoyo más sensible.

b.2) Afrontamiento Emocional de Aceptación. La segunda hipótesis –H₂, que no se acepta del todo o que es parcialmente verdadera- que corresponde también a las respuestas de afrontamiento, resultó menos afortunada que la anterior por el número menor de relaciones con el resto de las variables. Los HSH mientras más satisfechos se encuentren con la red de apoyo

de Consejería/Diversión-Relajación y su Evaluación del evento estresor sea mayor, más responderán: "Preparándose para morir" y "Resignándose a la enfermedad" –Afrontamiento Emocional de Aceptación-.

Aparece una ausencia de correlaciones –significativas- entre el Afrontamiento Emocional de Aceptación y el Locus de Control sobre la Salud y el Autoconcepto, pero llama la atención que la red de la Familia Electa, aún con una relación significativa, no aparece como predictor.

17.2 Escala de Sintomatología Depresiva

a) **Estados Alterados.** La tercera hipótesis -H₃ -, tomada del Modelo de Cervantes y Castro (1985) que propone como mejores predictores la Sintomatología Depresiva las respuestas de afrontamiento, se acepta parcialmente, porque no sólo aparecieron como mejores predictores las respuestas de afrontamiento sino también los mediadores internos.

Los HSH que se sientan poco satisfechos con la red Consejería/Diversión-Relajación, que se describan con pocas habilidades para las relaciones sociales –introvertidos, callados, tímidos, reservados y con un ánimo amargado, deprimido y melancólico- y que, por otra parte consideren que su salud depende de la familia y de aquellos que los rodean –Poderosos del Microcosmos- mostrarán con mayor frecuencia Estados Alterados –lanto, tristeza, miedo, sin ganas de moverse, sin apetito, con sueño inquieto, poco amigable, aislado, etc.-

a) **Afecto Positivo.** La tercera hipótesis -H₃ - redactada en base al Modelo de Cervantes y Castro (1985), a la cual también concierne esta variable, propone como mejores predictores de la Sintomatología Depresiva las respuestas de afrontamiento, se acepta parcialmente, porque no solamente aparecieron como mejores predictores las Respuestas de Afrontamiento, sino también los mediadores internos y externos.

Los HSH que se sientan satisfechos con la red Consejería/Diversión-Relajación, que se describan con habilidades para las relaciones sociales: extrovertidos, comunicativos, desenvueltos y expresivos y con un ánimo jovial, contento y alegre, y que, por otra parte respondan al estrés de manera integral –activamente para cambiar el entorno, buscando apoyo social e internamente para resignificar el evento-, que con menor frecuencia respondan de forma Emocional de Aceptación –Resignarse a la enfermedad y Prepararse para morir- y que a la vez tengan una mayor red Profesional, muestran con mayor frecuencia Afecto Positivo, esto es, serán optimistas con el futuro, sentirán que su vida no es un fracaso y la disfrutarán.

La novedad dentro del modelo es la presencia de mediadores externos –red Profesional- e internos -el locus de control sobre la salud, autoconcepto y la satisfacción con la red- como mejores predictores de la Sintomatología Depresiva –Afecto Positivo-.

17.3. Mediadores

a) Mediadores Internos. Social Expresivo y Competencia-Interindividual de la Escala de Autoconcepto, Internalidad de la Escala de Locus de Control sobre la Salud y Satisfacción Percibida de la Red Consejería/Diversión-Relajación. La cuarta hipótesis –H₄– que plantea como predictores de los mediadores internos las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva, se acepta. Los HSH que presentan con menor frecuencia Estados Alterados y con mayor frecuencia Afecto Positivo y responden ante el evento estresor mediante Afrontamientos Integral y Emocional de Aceptación, son los que se sienten con mayor control sobre su salud -Internalidad-, que se describen con habilidades sociales de extroversión, comunicación, desenvolvimiento y expresivos y con un ánimo jovial, contento y alegre –*Social Expresivo*-, que en sus relaciones sociales se perciben como amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales y que a la vez se perciben como capaces, responsables y eficientes –*Competencia-Interindividual*- y que se perciben Satisfechos con la red *Consejería/Diversión-Relajación*.

b) Mediadores Externos. Redes Familia Consanguínea y Familia Electa. La quinta hipótesis –H₅– que plantea como predictores de los mediadores externos las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva, se acepta. Los HSH que presentan con mayor frecuencia Estados Alterados y que responden con un Afrontamiento Emocional de Aceptación –Resignarse a la enfermedad y Prepararse para morir-, presentan una red mayor de Familia Consanguínea y menor de Familia Electa.

17.4. Estresores Potenciales. La sexta y última hipótesis –H₆– que plantea como predictores de los estresores potenciales la sintomatología depresiva, se acepta. Los HSH que presentan con más frecuencia Estados Alterados, tienen un evento estresor de mayor magnitud. Esta tiende a incrementarse en la medida en que se aproxima a la fase terminal.

Es importante tomar en cuenta que las Estrategias de Afrontamiento que proponen Lazarus y Folkman (1986) forman parte de un proceso que pueden convertirse en formas específicas de reaccionar o bien que se pueden generalizar, pero que no son estáticas. Las respuestas pueden funcionar algún tiempo y parecer que se trata de estilos o rasgos; sin embargo, si así fueran, éstos no serían capaces de modificarse (punto de vista psicoanalítico).

El modelo que más se ajusta a la presente investigación es el de efecto protector (Barrón, 1988, cit. en Barrón, 1996), como ya se mostró en el impacto que tiene sobre la sintomatología depresiva, pero también se encontró que tiene un efecto promotor de malestar como en el caso de la Familia Consanguínea, cuyas dimensiones tienden a agravar (o estimular) la Sintomatología Depresiva produciendo un mayor Aislamiento.

Por otra parte, como lo señala Thoits (1985), las relaciones sociales pueden ser beneficiosas al proporcionar al sujeto un conjunto de identidades sociales que se desarrollan en interacción con los demás, a partir de los roles. Estos roles dan un significado a la vida y previenen la ansiedad; las madres y las hermanas, así como los amigos que cumplen un rol dentro de las relaciones, generan en él una sensación de dominio.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbagnano, N. (2000). Diccionario de Filosofía. México: Fondo de Cultura Económica.
- Aguilera Guzmán, R.M. (2001). Ausencia paterna y migración internacional. Estrés y compensadores relacionados con la salud mental de adolescentes tempranos. Tesis de Maestría en Ciencias, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, UNAM.
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, P. (1984). Manual de psicopatología del niño. México: Ed. Masson.
- Alfaro Martínez, L.B. (1994). Factores Psicosociales y conductas sexuales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos. La Psicología Social en México, 5, 636-641.
- Alfaro Martínez, L.B. (1995). El Modelo de Acción Razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio de VIH. Tesis de maestría no publicada., México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Alfaro Martínez, L.B. (2001). Estrategias de Enfrentamiento, personalidad y apoyo familiar con relación al estatus de seropositividad en hombres homosexuales. Tesis de doctorado, no publicada. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Allport, G. (1965). Psicología de la personalidad. Argentina: Paidós.
- American Psychiatric Association. (1999). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Washington. D.C.: American Psychiatric Association.
- Anderson, C. R. (1978). Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: A longitudinal study. Journal of Applied Psychology, 62, 446-451.
- Arnold, M.B. (1970). Feelings and emotion. Nueva York: Academic Press.
- Arranz y Camillo de Albormoz, P. (1994). Intervención Psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. Revista de Psicología General y Aplicada, 47 (2), 183-191.
- Auerbach, J. E., Oleson, T. C. y Solomon, G. F. (1992). A behavioral medicine intervention as an adjunctive treatment for HIV-related ill. Psychology and Health, 6, 325-334.
- Barrientos, G. (1992). Reseña histórica de la Psicología y los estilos de confrontación; Contribuciones teóricas y aspectos transculturales. Revista de Psicología Social y Personalidad, 8 (1,2) 49-69.
- Barrón, A. (1996). Apoyo Social. Aspectos teóricos y aplicaciones. España: Ed. Siglo XXI.
- Bartos, M. y McDonald, K. (2001). HIV as identity, experience or career. AIDS Care, Vol. 12, 3, 229-236.
- Bayés, R. (Ed). (1994). Psicología y SIDA. Revista de Psicología General y Aplicada, 47(2), 123-239.
- Beckerman, N. (1994). Psychosocial task facing parents whose adult child has AIDS. Family Therapy, 21, 208-216.
- Bersani, L. (1999). ¿El recto es una tumba?. Argentina: Cuadernos de Litoral, école lacanienne de psychanalyse.
- Bischof, L. S. (1983). Interpretación de las Teorías de la Personalidad. México: Trillas.
- Boring, E.G. (1980). Historia de la psicología experimental. México: Trillas.
- Brim, J. A. (1974). Social networks correlates of avowed happiness. Journal of Nervous and Mental Disease, 15, 6, 432-439.
- Britannica (1991). The new encyclopedia. 15th. Edition, Vo. 15, p. 574.
- Britton, P. J., Zarski, J.J. y Hobfoll, S. E. (1993). Psychological distress and the role of significant others in a population of gay/bisexual men in the era of HIV diagnoses. AIDS, 6, 999-1005.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C. y Oviedo, J. (1997). Del cuánto al por qué: La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública, 39(1), 42-48.
- Cahn, P. y Goodkin, K. (1992). SIDA. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Caldwell, J. y Caldwell, P. (1996). Epidemia africana en SIDA. En Investigación y Ciencia, pp
- Castro, P., Escalante, A.L. y Guerra, A. (1992). Manual de notificación a personas que viven con VIH o SiDA, para profesionales de la salud. Mimeo no publicado.
- Cassuto, J.P. (1991). SIDA e infección por VIH. Barcelona: Massori-
- Center for Disease Control. (1987). Human Immunodeficiency Virus Infection in The United States: a review of current Knowledge. Atlanta: CDC.
- Cervantes, R.C. y Castro, F.G. (1985). Stress Coping and Mexican-American mental health. A Systematic Review. Hispanic Journal of behavioral Sciences, 7, 1-73.

- Cohen, F. y Lazarus, R.S. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. Psychosomatic Medicine, 35, 375-389.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R.A. (1983). Global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-386.
- Cohen, S., Merlmetstein, R., Kamarck, T. y Hoberman, H.M. (1985). Measuring the Functional Components of Social Support. En Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (Eds.). Social Support: Theory, Research and Applications, Cap. 5, 73-94. Boston: Martinus Nijhoff Publishers y NATO Scientific Affairs Division.
- CONASIDA. (2000). Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. México: CONASIDA, ISSSTE, IMSS, PEMEX, SDN, DIF, INI, SSA.
- Cotte, (1987)
- Cuello, J. y Echebarria, I. (1997). El sistema imunitario y el SIDA. Actualización de contenidos. Barcelona: Fundación La Caixa.
- de Ridder, D. y Schreurs, K. (2001). Developing Interventions for Chronically Ill Patients: is coping a helpful concept?. Clinical Psychology Review, Vol. 21, No. 2, pp 205-240.
- Delgado Añorve, K., y Solís Zamudio, E. M. (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. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Del Río Chiriboga, C. (1994). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Antología de la Sexualidad (3), 451-459. México: CONAPO.
- Diario La Jornada (1998, 3 de junio).
- Díaz Betancourt, A. (2000). Campaña específica de prevención del VIH/SIDA dirigida a hombres que tienen sexo con otros hombres. Componente informativo. En Patricia Uribe-Zúñiga y Carlos Magis-Rodríguez (Eds.). La Respuesta Mexicana al SIDA: Mejores Prácticas, pp 105-108. México: SSA y Conasida.
- Díaz-Guerrero, R. (1967). Sociocultural premises, attitudes and cross-cultural research. International Journal of Psychology, 2, pp. 76-81.
- Díaz-Guerrero, R. (1984). Psicología del Mexicano. México: Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. y Díaz-Loving, R. (1992). Introducción a la Psicología. México: Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. y Peck, R.F. (1963). Respeto y posición social en dos culturas. Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional de Psicología, celebrado en la Cd. de México.
- Díaz-Guerrero, R. y Salas, M. (1975). El diferencial semántico del idioma español. México: Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. y Szalay, L.B. (1993). El mundo subjetivo de mexicanos y norteamericanos. México: Editorial Trillas.
- Díaz-Loving, R. (1994). Personalidad, Valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. En J. Piña (compilador), SIDA, Perspectiva Psicológica de un Problema de Salud Mundial. México: Universidad de Sonora (Ed.).
- Díaz-Loving, R. y Andrade Palos, P. (1984). Una escala de locus de control para niños mexicanos. Interamerican Journal of Psychology, 18(1-2), 21-33.
- Díaz-Loving, R., Flores, Galaz, M., Rivera Aragón, S. Andrade Palos, P., Ramos Lira, L. Villagrán Vázquez, G., Cubas Carlin, E., Camacho Valladares, M. y Muñoz Campos, A.(1992). Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas Sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios. Investigaciones e innovaciones docentes en Psicología. México: Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Diccionario de las Ciencias de la Educación (1983).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1998). Métología de la investigación. México: McGraw-Hill/Durham, J.D. y Lashley Cohen, F. (1990). Pacientes con SIDA. Cuidados de enfermería. México: Manual Moderno.
- Felton, B. J. y Shinn, M. (1992). Social integration and social support: Moving social support beyond the individual level. Journal of Community Psychology, 20, 103-115.
- Fernández Ramírez, P. (1999). Manual para el buen morir para enfermos de SIDA. México: Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA, AC.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C. y Gruen, R. (1986) Dynamics of a stressful encounter. Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 571-579.

Folkman, S., Schaeffer, S. y Lazarus, R. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and coping. En V. Hamilton y D. Warburton (Eds), Human Stress and Cognition: An Information processing approach. Londres: John Wiley.

Fraisse, P. (1982). Tratado de Psicología Experimental. Historia y Método de la Psicología Experimental. México: Ediciones Paidós.

Flores Galaz, M.M. (1994). Flores Galaz, M. y Díaz-Loving, R. (1992). Actitudes hacia la salud, la enfermedad y el SIDA. Revista. La Psicología Social en México, Vol. IV, 83-88. México: Ed. AMEPSO.

Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA, A.C. (2000). Informe Anual de Trabajo, 2000. Mimeo no publicado. México, D.F.

Gallo, R. y Montagnier, L. (1989). El SIDA hoy. En: Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA, pp 8-17. Barcelona: Prensa Científica.

Gómez A., R. y Velázquez de la V., G. (1992). Fundamentos de Medicina. Sida, enfoque integral. Medellín: CIB (Corporación para Investigaciones Biológicas).

Gómez Dantes, H. (1997). Qué se ha hecho y que se debe hacer. Ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc, Morelos, México. 2-6 de junio de 1997.

González Forteza, C. F. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: Impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis de Maestría en Psicología Social, no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

González Forteza, C. F. (1996). Factores Protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis de Doctorado en Psicología, no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

González Pérez, M. de J. (1998). Personalidad y comportamientos sexuales ante la transmisión del VIH/SIDA en adolescentes. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Iztacala.

González Núñez, J. J. (2000). La Neurosis. En Mima García Méndez, Mario Rojas Russel y Blanca Inés Vargas Núñez (Eds.), Psicología Clínica y Salud. Perspectivas Teóricas, Cap. 2, p. 99-144. México: FES-Zaragoza, PAPIME, UNAM.

Green-Brody, J. (1985). Informal social networks: Possibilities and limitations for their usefulness in social policy. Journal of Community Psychology, 13, 4, 338-349.

Griffin, K. W., Rabkin, J.G. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance and psychological adjustment in people with AIDS. Journal of Social and Clinical Psychology, 17, 407-424.

Grinker, R.R. y Sipegel, J.P. (1945). Men under stress. Nueva York: Mc Graw Hill.

Hall, C. y Lindzey, V. (1970). La Teoría del sí mismo y la personalidad. México: Paidós.

Haseltine, W. y Wong-Staal, F. (1989). Biología molecular del virus del SIDA. En: Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA, pp 20-21. Barcelona: Prensa Científica.

Hays, R. B., Chauncey, S. y Tobey, L. A. (1990). The social support networks of gay men with AIDS. Journal of Community Psychology, 18, 374-385.

Herek, G. (1998). Stigma and sexual orientation. Understanding Prejudice Against Lesbians, Gay men and Bisexuals. Estados Unidos: Sage Publications.

Herek, G. y Capitano, J. (1997). AIDS Stigma and contact with persons with AIDS. Journal of Applied Social Psychology, 27, pp.

Hobfoll, S.E. (1985). Limitations of social support in the stress process. En Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (Eds.). Social Support: Theory, Research and Applications, Cap. 21, 391-414. Boston: Martinus Nijhoff Publishers y NATO Scientific Affairs Division.

Holtzman, W. H. Swartz, J.D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). Desarrollo de la Personalidad en dos culturas: México y Estados Unidos. México: Trillas.

Hoppe, S. (1995) STAR Project. University Hospital, University of Texas at San Antonio.

Jenkins, R. A. y Patterson, T. L. (1998). HIV locus of control and adaptation to seropositivity. Journal of Applied Social Psychology, 28(2), 95-108.

Johnston, D., Stall, R., y Smith K. (1995). Reliance by gay men and intravenous drug users on friends and family for AIDS-related care. AIDS Care, 7, 307-319.

- Kadushin, G. (1996). Gay men with AIDS and their families of origin. Health & Social Work, 21, 141-149.
- Kadushin, G. (1999). Barriers to social support and support received from their families of origin among gay men with HIV/AIDS. Health & Social Work, August 99, Vol. 24, 3, 198-209.
- Kalichman, S. (1995). Understanding AIDS: A guide for mental health professionals. Estados Unidos: American Psychological Association.
- Kalichman, S.C., Sikkema, K. y Somlai, A. (1995). Assessing persons with human immunodeficiency virus (HIV) infection using the Beck Depression Inventory: Disease processes and other potential confounds. Journal of Personality Assessment, 64, 86-100.
- Keijzer, B. (1998). Paternidad y transición de género. En Beatriz Schumkler (Coord), Familias y Relaciones de Género, 301-324-. México: Population Council y EDAMEX.
- Kerlinger, F. (1992). Investigación del comportamiento: técnicas y metodología. México: Mc-Graw-Hill.
- Kübler-Ross, E. (1975). Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalvo Mondadori, S.A.
- La Rosa, J. (1986). Escala de Locus de Control y Autoconcepto: Construcción y Validación. Tesis de Doctorado, no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- La Rosa, J. y Díaz-Loving, R. (1988). Diferencial Semántico del autoconcepto en estudiantes. Revista de Psicología Social y Personalidad, (1-2), 39-57.
- Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. Nueva York: McGraw-Hill
- Lazarus, R.S. (1990). Theory-based stress measurement. Psychological Inquiry, 1(1) 3-13.
- Lazarus, R.S. (1991). About Emotion. En Richard S. Lazarus, Emotion and Adaptation, Cap. 1, 3-41. Nueva York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S., y Averill, J.R. (1972). Emotion and cognition: With special reference to anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current trends in theory and research (Vol.2). Nueva York: Academic Press.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ed. Martínez Roca, S.A.
- Lazarus, R.S. y Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En L. A. Pervin y M. Lewis (Eds), Perspective in interactional Psychology. Nueva York: Plenum.
- Leserman, J., Perkins, D. O. y Evans, D. L. (1992). Coping with the threat of AIDS: the role of social support. American Journal of Psychiatry, 149, 1514-1520.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. M. (1981). Social support scales. A methodological note. Schizophrenia Bulletin, 7,1, 73-89.
- Magis-Rodríguez, C., Bravo-García, E. y Rivera-Reyes, P. (2000). El SIDA en México en el año 2000. En Patricia Uribe-Zúñiga y Carlos Magis-Rodríguez (Eds.). La Respuesta Mexicana al SIDA: Mejores Prácticas. México: SSA y Conasida.
- Marsella, A.J., Escudero, M. y Santiago, C. (1969). Stress, resources, and symptom patterns in the Philippines. Trabajo presentado en: Second Conference on Culture and Mental Health in Asia and Pacific, East-West Center, Honolulu, Hawaii.
- Matthews, T y Bolognesi, D. (1989). Vacunas del SIDA. . En: Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA, pp 97-105. Barcelona: Prensa Científica.
- Miller, D. (1989). Viviendo con SIDA. México: Manual Moderno.
- Misyak, H. (1969). Raíces Filosóficas de la Psicología. Argentina: Troquel.
- Mulder, C. L., Emmelkamp, P. M., G., Antoni, M. H., Mulder, J. W., Sandfort, T. G. M. y de Vries, M. J. (1994). Cognitive-behavioral and experiential group psychotherapy for Hiv-infected homosexual men: A comparative study. Psychosomatic Medicine, 6, 423-431.
- Murphy, D., Moscicki, B., Vermund, S. H. y Muenz, L. R. (2000). Psychological Distress Among HIV Adolescents in the REACH Study: Effects of Life Stress, Social Support, and Coping. Journal of Adolescent Health, 27, 391-398.
- ONUSIDA/OMS/OPS. (2000). DRAFT. HIV and AIDS in the Americas: an Epidemic with many Faces. MAP, UNAIDS, WHO Y AMRO/PAHO.
- Nájera Morondo, R. (1989). Epidemiología del SIDA en España. En: Lo que la ciencia sabe sobre el sida, pp 40-47. Barcelona: Prensa Científica.
- OPS/OMS (1997). Informe trimestral, 10 de marzo.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999) Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe Bidual. OPS, junio.

- Paella, F. G., Delaney, K. M y Moorman, A. C. (1998) Declining morbidity and mortality among patients, with advanced human immunodeficiency virus infection. New England Journal of Medicine, 338(13), 853-860.
- Palapia, D.E. y Wendkos Olds, S. (1992) Psicología. México: Mc Graw Hill.
- Paz, F. (1999). La adherencia terapéutica a tratamientos médicos mediante una encuesta de opinión. Tesis de licenciatura no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Pearlin, L. I. y Lieberman, N. A, (1979). Social sources of emotional distress. En J. Simmons (Ed), Research in community and mental health. Greenwich: JAI Press.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G. Lieberman, M. A. y Mullan, J. T. (1981). The stress process. Journal of Health and Social Behavior, 22, 337-356.
- Perelló Valls, M. (2000). El modelo de la acción razonada en adolescentes como predictor de conductas preventivas. Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica, no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Quina, K. (1997). The victimizations of women. En Laura L. O'Toole y Jessica R. Schiffman (Eds), Gender Violence. Interdisciplinary perspectives. Nueva York: New York University Press
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in the general population. Appl. Psychol. Meas, 1, 385-401.
- Rait, D.S. (1991). The Family Context of AIDS. In Hall RCW, Fawzy FI y Wallack J.J. (Eds.). AIDS-II, Longwood, F.L., Ryandic Publishing, Inc., 423-439.
- Reed, G. M., Taylor, S. R. y Kemeny, M. E. (1993). Perceived control and psychological adjustment in gay men with AIDS. Journal of Applied Social Psychology, 23(10), 791-824.
- Rico B. y Uribe Zúñiga, P. (1993). ¿Qué onda con el SIDA. México: ADN Eds.
- Richardson, D. (1990). La Mujer y el SIDA. México: Manual Moderno.
- Richardson, K. (1993). Para comprender la psicología. México: Alianza Editorial.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychology Monographs: General and Applied, 80, (número monográfico 609).
- Ruiz Badillo, A. (2000). El SIDA como una enfermedad estigmatizadora: Creencias y Prejuicios. Tesis de Maestría en Psicología Social, no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ruiz Badillo, A., Magis Rodríguez, C., Ortíz Mondragón, R. y Lozada Romero, R. (1998). Conocimientos, Percepción y Prácticas de Riesgo para adquirir el VIH en inyectores de drogas en Tijuana, B.C. La Psicología Social en México, Vol. VII, 266-271.
- Salgado de Snyder, N. y Maldonado, M. (1994). Características Psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. Salud Pùblicas de México, 36, 200-209.
- Sandner, O. (1990). SIDA: La pandemia del siglo. Venezuela: Ed. Monte Avila.
- Schwarzer, R., y Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. Journal of Social and Personal Relationships, 8, 99-127.
- Schwartz, R. Dunkel-Setter, C. y Kemeny, N. (1994). The multidimensional nature of received social support in gay men at risk of Hiv infection and AIDS. American Journal of Community Psychology, 22, 319-339.
- Schwartzberg, S. S. (1993). Struggling for meaning: HIV-positive gay men make sense of AIDS. Professional Psychology: Research and Practice, 24, 483-490.
- Schaefer, s. y Coleman, E, (1992) Shifts in meaning, purpose, and values following a diagnosis of human immunodeficiency virus (HIV) infection among gay men. Journal of Psychology and Human Sexuality, 5, 13-29.
- Seligman, M.E. P. (1975). Helplessness. San Francisco: W.H. Freeman.
- Serovich, J. M. y Brucker, P.S. (2000). Barriers to social support for persons living with HIV/AIDS. AIDS Care, Vol. 12, 5, p. 651.
- Selye, H. (1956). The Stress of life. Nueva York: McGraw-Hill Book Company.
- Shaver, P. R. y Brenman, K. (1991). Measures of Depression and Loneliness. En John P. Robinson, Phillip R. Shaver y Lawrence S. Wrightsman (Eds), Measures of Personality and Social Psychological Attitudes, Cap. 6, pp. 195-289. San Diego, Cal.: Academic Press, Inc. y Harcourt Brace Jovanovich, Publishers.
- Smith, M. Y. y Rapkin, B.D. (1996). Social support and barriers to family member reaction to women's disclosure of HIV-positive information. Family Relations, 47, 15-22.

Solano, L. C., Costa, M., Salvati, S., coda, R., Aiuti, F., Mezzaroma, I., y Bertini, M. (1993). Psychosocial factors and clinical evolution in HIV-1 infection: A longitudinal study. Journal of Psychosomatic Research, 37, 39-51.

Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.). Anxiety: Current trends in theory and research (vol. 1). Nueva York: Academic Press.

Strickland, B.R. (1978). Internal-external expectancies and health-related behaviors. Journal of consulting and Clinical Psychology 46, 1192-1211.

Thoits, P.A. (1985). Social Support and Psychological Wellbeing Support. En Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (Eds.). Social Support: Theory, Research and Applications, Cap. 4, 51-72. Boston: Martinus Nijhoff Publishers y NATO Scientific Affairs Division.

Uribe Zúñiga, P. y Ponce de León Rosales, S. (Eds). (2000). Guía para la atención Médica de Pacientes con infección por VIH/SIDA, en consulta externa y hospitales. Conasida, ISSSTE, IMSS, SDN, Pemex, Secretaría de Marina, DIF; INI y SSA.

Valdez Medina, J.L. (1994). El Autoconcepto del Mexicano. Estudios de Validación. Tesis de doctorado, no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Veiel, H. O. F., Brill, G., Hafner, H. y Wels, R. (1988). The social support of suicide attempters: the different roles of family and of friends. American Journal of Community Psychology, 16, 839-862.

Villagrán-Vázquez, G. (1993). Hacia un modelo predictivo de la Percepción de Riesgo y uso del condón. Tesis de maestría no publicada. México: Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Villagrán-Vázquez, G. y Díaz-Loving, R. (1998). Ejecución de Conductas de Riesgo y Prevención para la salud: el papel del conocimiento y la motivación. En Sandra Castañeda (Coord), Evaluación y fomento del desarrollo intelectual en la enseñanza de las ciencias, artes y técnicas. Perspectiva internacional en el umbral del siglo XXI, 619-642. México: Facultad de Psicología, UNAM., CONACyT, Porrúa (Eds).

Villagrán-Vázquez, G. y Díaz-Loving, R. (1996). El impacto de la información sobre los valores y la intención de usar el condón en estudiantes de preparatoria. La Psicología Social en México, Vol. 6, 174-180. México: AMEPSO.

Villagrán-Vázquez, G., Díaz-Loving, R. y López Muñoz, A. (1998). Dos Momentos. Pensamientos y Actos para hacer frente al VIH/SIDA en hombres homo-bisexuales. En La Psicología Social en México, Vol. 7, 324-329. México: AMEPSO.

Wilcox, B.L. y Vernberg, E. M. (1985). Conceptual and Theoretical Dilemmas Facing Social Support Research. En Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (Eds.). Social Support: Theory, Research and Applications, Cap. 1, 3-21. Boston: Martinus Nijhoff Publishers y NATO Scientific Affairs Division.

William, J. Stafford, W.B. (1991). Silent Causalities: Partners, Families, and Spouses of Persons with AIDS. Journal of Counseling and Development, 69, 423-427, May-Jun.

Wolman, B.B. (1978) Teorías y sistemas contemporáneos en psicología. España: Martínez Roca.

Wortman, C. B. (1984). Social support and the cancer patient.:Conceptual and methodologic issues. Cancer, 53, 2339-2362.

Zimrin, H. (1986). A profile of survival. Child Abuse & Neglect, Vol. 10, 339-349.

Zuckerman, M. (1960). The development of effect adjective checklist for the measurement of anxiety. Journal of Consulting Psychology, 24, 457-462.

ANEXO 1

Presentación

La Facultad de Psicología de la UNAM, está recopilando información con la finalidad de conocer algunos rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento, redes de apoyo y sintomatología depresiva de personas que se someten a la prueba de detección del VIH.

La presente es una invitación para que participe dentro del estudio como voluntario, por lo cual no se proporcionará ningún tipo de remuneración económica ni de servicios.

La información obtenida a través de sus respuestas será utilizada con fines de investigación, para la creación de programas preventivos y para mejorar la calidad de vida de pacientes portadores de VIH así como para la preparación de resúmenes estadísticos y analíticos.

Toda la información es confidencial y anónima, garantizando que no será revelada la identidad del informante sin previo consentimiento del individuo e instituciones. Los cuestionarios están organizados de acuerdo a un número de folio previamente asignado; además sus respuestas serán analizadas en conjunto con las de otras personas, de tal manera que su identidad permanecerá anónima.

Nos interesa su participación voluntaria, su honestidad al responder permitirá información confiable, que se reflejará en la creación de programas efectivos.

Si por alguna razón no desea participar en el estudios, esto no afectará de manera alguna el apoyo que la institución le brinda.

Participante
Acepto participar

Firma y/o nombre

Lugar y fecha

Testigos

Firma y/o nombre

Lugar y fecha

Firma y/o nombre

Lugar y fecha

No. de Cuestionario

--	--	--	--	--	--

Nombre _____ 1 2 3 4 5 6

ENCUESTA DE SELECCIÓN*

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

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

- (1) No
- (2) Si ¿Cuántas veces? _____ veces

ES2. ¿Cuales fueron los resultados? _____

- (1) VIH positivo
- (2) VIH negativo

ES3. ¿Hace cuánto tiempo te detectaron el VIH? _____

ES4. ¿Cuántos años tienes? _____

ES5. ¿Vives en el Distrito Federal? _____

- (1) Si
- (2) No ¿Dónde vives? _____

ES6. ¿Has tenido relaciones sexuales? _____

- (1) Sólo con mujeres
- (2) La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres
- (3) Tanto con hombres como con mujeres
- (4) La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres
- (5) Sólo con hombres

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

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

ES8. ¿Cuál es el avance de la enfermedad? _____

- (1) Asintomático
- (2) CRS
- (3) SIDA

ES9. ¿Te han dicho que tienes SIDA? _____

- (1) Si ¿Quién? _____
- (2) No R _____

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

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

*Proyecto financiado por CONACyT (339P-S9608).

ES11. Código de Estatus de la enfermedad: _____

A1 = Asintomático y CD4 > 500

B2 = Ningún síntoma "C", al menos un síntoma "B", y CD4 200-499

C3 = Al menos un síntoma "C" y CD4 < 200

ES12. ¿Cuál es tu estado civil? _____

- (1) Casado
- (2) Divorciado
- (3) Separado
- (4) Viudo
- (5) Unión Libre
- (6) Soltero

ES13. ¿Tienes actualmente a alguien a quien consideras que es tu amante o tu pareja? _____

- (1) Si
- (2) No

ES14. ¿Estas actualmente viviendo con alguien? _____

- (1) Si ¿Hace cuánto tiempo? _____ (en meses)
- (2) No ¿Con quién estas viviendo? _____

DATOS GENERALES

DG1. Edad _____ (en años) [] []

DG2. ¿Cuál es tu nivel de estudios? []

- (1) Primaria
- (2) Secundaria
- (3) Preparatoria
- (5) Profesional
- (6) Especialidad
- (7) Posgrado (Ma, Dr.)
- (8) Otra. ESPECIFIQUE: _____

DG3. ¿Cuál es tu ocupación? _____ [] []

DG4. ¿Cuál es tu ingreso _____ (número de salarios mínimos). [] []

DG5. ¿Qué tanto influye tu religión en tu forma de actuar? []

- (1) Mucho
- (2) Regular
- (1) Nada

PATRÓN SEXUAL

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

PS2. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual? []

- (1) Novio
- (2) Amigo
- (3) Conocido(a)
- (4) Esposo(a)
- (5) Pariente
- (6) Otro ESPECIFICA: _____

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

PS4. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida? _____ (No. de personas)

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

PS6. ¿Actualmente tienes pareja sexual regular? []

- (1) Si
- (2) No (pasa a la pregunta 9).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PS12. ¿Alguno de ustedes se ha opuesto al uso del condón?

- (1) Si (2) No (Pasa a la pregunta 15)

PS13. ¿Quién? _____

PS14. ¿Porqué se opuso? _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PS22. ¿Alguno de ustedes se ha opuesto al uso del condón? Sí(2) No (1) (Pasa a la pre.25)

PS23. ¿Quién? _____

PS24. ¿Porqué se opuso? _____

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

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

PS26. ¿Con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas?.

- (4) Más de dos veces a la semana
- (3) Una o dos veces a la semana
- (2) Una o dos veces al mes
- (1) Nunca (pasa a la pregunta 28)

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

- (3) Siempre
- (2) Algunas veces
- (1) Nunca

PS28. ¿Con qué frecuencia consumes drogas?.

- (4) Más de dos veces a la semana
- (3) Una o dos veces a la semana
- (2) Una o dos veces al mes
- (1) Nunca

PS29. Cuando usas drogas ¿Tienes relaciones sexuales?.

- (3) Siempre
- (2) Algunas veces
- (1) Nunca

Este es un cuestionario que pretende conocer algunos aspectos emocionales. Las respuestas son absolutamente confidenciales y anónimas, por lo que agradecemos tu cooperación en este estudio.

No. de Cuestionario

	1	2	3	4	5

Nombre _____

SECCIÓN G. CESD

A continuación se te presentan afirmaciones que describen como es que podrías haberte sentido alguna vez. Por favor, dime cuántos días durante la última semana, o sea desde el _____ hasta hoy, lo has sentido:

Respuestas:

- 1) ningún día, menos de un día
- 2) de uno a dos días
- 3) de tres a cuatro días
- 4) de cinco a siete días

	(1)	(2)	(3)	(4)
G1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
G2. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito				
G3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos				
G4. Sentía que era tan bueno como cualquier otra persona				
G5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo				
G6. Me sentía deprimido				
G7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo				
G8. Me sentía optimista sobre el futuro				
G9. Pensé que mi vida era un fracaso				
G10. Me sentí con miedo				
G11. Mi sueño era inquieto				
G12. Estaba contento				
G13. Hablé menos de lo usual				
G14. Me sentí solo				
G15. Sentí que la gente no era amigable				
G16. Disfruté de la vida				
G17. Pasé ratos llorando				
G18. Me sentí triste				
G19. Sentí que no le caía bien a la gente				
G20. No tenía ganas de hacer nada				

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

No. de

cuestionario

--	--	--

EAA. Me gustaría que pienses en tu situación de:

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

No Un poco Bastante Muchísimo

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

1 2 3 4

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

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

29. Te harías daño con la intención de quitarte la vida? (2) No (1) Sí (Pasa a la pregunta 30).

30. ¿Qué harías?

Este es un cuestionario creado por la Unidad de Investigaciones Psicosociales de la Facultad de Psicología de la UNAM*, a través del cual se pretenden conocer algunos aspectos relacionados con el Apoyo Social (Hoppe, 1995) de hombres homosexuales con diferentes seroestatus al VIH/SIDA. Las respuestas son absolutamente confidenciales, por lo que agradecemos tu cooperación en este estudio.

No. de Cuestionario

--	--	--	--	--	--

1 2 3 4 5 6

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

AS1. ¿Quién o quienes son importantes para ti?

AS1R1 _____

--	--

AS1. Si necesitas alguna información o consejo para tomar una decisión importante en tu vida (por ejemplo: decisiones acerca de tu familia, salud, finanzas o trabajo) ¿En quién confiarías?

Sexo

¿Te ha dado información o consejo?

AS1R1 _____

(1)M 2(F)

(1) Si (2) No

--

AS1R2 _____

(1)M 2(F)

(1) Si (2) No

--

AS1R3 _____

(1)M 2(F)

(1) Si (2) No

--

AS1A. Durante el último mes la información o consejos que has recibido para tomar decisiones importantes en tu vida; Ha sido:

- (1) Menos de la que has querido
- (2) Tanta como has querido
- (3) Más de la que has querido

AS2. Si tu quieres hablar con alguien acerca de tus preocupaciones emocionales relacionadas con la infección del VIH/SIDA ¿con quién hablarías?

Sexo

¿Le has hablado de tus preocupaciones?

AS2R1 _____

(1)M 2(F)

(1) Si (2) No

--

AS2R2 _____

(1)M 2(F)

(1) Si (2) No

--

AS2R3 _____

(1)M 2(F)

(1) Si (2) No

--

AS2A. Durante el último mes, las oportunidades que has tenido para hablar con alguien acerca de tus preocupaciones relacionadas con la infección del VIH/SIDA, han sido:

- (1) Menos de las que has querido
- (2) Tantas como has querido
- (3) Más de las que has querido

--

AS3. Si tu quieres hablar con alguien acerca de tus cosas personales y privadas (sobre tu familia, trabajo, pareja, amigos, etc.) ¿con quién hablarías?

Sexo

¿Le has hablado de tus cosas privadas?

AS3R1 _____

(1)M 2(F)

(1) Si (2) No

--

AS3R2 _____

(1)M 2(F)

(1) Si (2) No

--

AS3R3 _____

(1)M 2(F)

(1) Si (2) No

--

AS3A. Durante el último mes las oportunidades que has tenido para hablar con alguien acerca de tus cosas personales y privadas, han sido:

- (1) Menos de las que has querido
- (2) Tantas como has querido
- (3) Más de las que has querido

--

AS4. ¿A quién le pedirías ayuda para realizar algunas cosas que tú necesitas hacer? (como: manejar, ir de compras, hacer el aseo, etc.)

	Sexo	¿Has recibido la ayuda?	
AS4R1 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>
AS4R2 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>
AS4R3 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>

AS4A. Durante el último mes la ayuda que has recibido, ha sido

- (1) Menos de la que has querido
- (2) Tanta como has querido
- (3) Más de la que has querido

AS5. Si te enfermas y tienes que estar en cama por días, semanas o un largo periodo de tiempo, ¿hay alguna persona que cuide de ti?

	Sexo	¿Te ha cuidado?	
AS5R1 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>
AS5R2 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>
AS5R3 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>

AS5A. Durante el último mes, el cuidado que te han dado cuando has estado enfermo, ha sido:

- (1) Menos de lo que has necesitado
- (2) Tanto como has necesitado
- (3) Más de lo que has necesitado

AS6. ¿Tienes con quién divertirte?

	Sexo	¿Te has divertido con el/ella?	
AS6R1 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>
AS6R2 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>
AS6R3 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>

AS6A. Durante el último mes las oportunidades que has tenido para estar con alguien con quien divertirte han sido:

- (1) Menos de las que has querido
- (2) Tantas como has querido
- (3) Más de las que has querido

AS7. ¿Tienes a alguien con quien relajarte o estar tranquilo?

	Sexo	¿Te has relajado con el/ella?	
AS7R1 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>
AS7R2 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>
AS7R3 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>

AS7A. Durante el último mes las oportunidades que has tenido para estar con alguien con quien relajarte han sido:

- (1) Menos de las que has querido
- (2) Tantas como has querido
- (3) Más de las que has querido

AS8. ¿Cuentas con alguien que se interese por tus ideas y las cosas que haces?

	Sexo	¿Se han interesado por tus ideas y tus cosas?	
AS8R1 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>
AS8R2 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>
AS8R3 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) Si (2) No	<input type="checkbox"/>

AS8A. Durante el último mes, la frecuencia con que las personas se han interesado en tus ideas o por las cosas que haces, ha sido:

- (1). Menos de las que has querido
- (2). Tantas como has querido
- (3). Más de lo que has querido

AS9. ¿Tienes con quien pasar Navidad y/o Año Nuevo?

	Sexo	Has pasado éstos días con el/ella?		
AS9R1 _____	(1)M (2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No	<input type="checkbox"/>
AS9R2 _____	(1)M (2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No	<input type="checkbox"/>
AS9R3 _____	(1)M (2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No	<input type="checkbox"/>

AS9A La gente con la que pasaste estos días ha sido:

- (1). Menos de las que has querido
- (2). Tantas como has querido
- (3). Más de la que has querido

AS10. Si necesitas dinero ¿A quién se los pedirías?

	Sexo	¿Te ha prestado?		
AS10R1 _____	(1)M (2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No	<input type="checkbox"/>
AS10R2 _____	(1)M (2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No	<input type="checkbox"/>
AS10R3 _____	(1)M (2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No	<input type="checkbox"/>

AS10A. Durante el mes pasado tu dirías que el dinero que te han prestado ha sido:

- (1) Menos de lo que has necesitado
- (2) Tanto como has necesitado
- (3) Más de lo que has necesitado

Comentarios _____

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

Nombre _____

No. de Cuestionario

--	--	--	--	--	--	--	--

A continuación encontrarás un conjunto de adjetivos que sirven para describirte.

5 6
Ejemplo:

Flaco							Obeso
	Muy flaco	Bastante flaco	Poco flaco	Ni flaco ni obeso	Bastante obeso	Muy obeso	

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

YO SOY

AUT1	Amargado						Jovial	<input type="checkbox"/>
AUT2	Deprimido						Contento	<input type="checkbox"/>
AUT3	Melancólico						Alegre	<input type="checkbox"/>
AUT4	Introverso						Extroverso	<input type="checkbox"/>
AUT5	Callado						Comunicativo	<input type="checkbox"/>
AUT6	Tímido						Desenvuelto	<input type="checkbox"/>
AUT7	Reservado						Expresivo	<input type="checkbox"/>
AUT8	Amoroso						Odioso	<input type="checkbox"/>
AUT9	Mentiroso						Sincero	<input type="checkbox"/>
AUT10	Afectuoso						Seco	<input type="checkbox"/>
AUT11	Cariñoso						Frío	<input type="checkbox"/>
AUT12	Romántico						Indiferente	<input type="checkbox"/>
AUT13	Sentimental						Insensible	<input type="checkbox"/>
AUT14	Capaz						Incapaz	<input type="checkbox"/>
AUT15	Responsable						Irresponsable	<input type="checkbox"/>
AUT16	Eficiente						Ineficiente	<input type="checkbox"/>
AUT17	Temperamental						Calmado	<input type="checkbox"/>
AUT18	Agresivo						Pacífico	<input type="checkbox"/>
AUT19	Impulsivo						Reflexivo	<input type="checkbox"/>
AUT20	Ansioso						Sereno	<input type="checkbox"/>

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

No. de Cuestionario

1	2	3	4	5	6

Nombre _____

6

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

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

1 = Totalmente de Acuerdo

2 = De acuerdo

3 = Ni acuerdo ni en desacuerdo

4 = Desacuerdo

5 = Totalmente en desacuerdo

TA	A	Ni	Des	TD
1	2	3	4	5

- | | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------------|
| C1. El problema de la salud está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |
| C2. Mi salud dependerá de lo agradable que soy | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |
| C3. Puedo mejorar mi salud si tengo suerte..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |
| C4. Que yo tenga poca o mucha salud es cosa del destino..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |
| C5. Puedo tener salud si soy simpático..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |
| C6. Cuando logro tener salud es porque he tenido suerte..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |
| C7. El que yo me enferme dependerá de Dios..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |
| C8. Mi salud está determinada por mis propias acciones..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |
| C9. Mejorar mis condiciones de salud es cuestión de esfuerzo personal..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |
| C10. El problema de la salud está en manos del gobierno y lo que yo haga no cambia nada. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |
| C11. Mi salud depende del bienestar familiar..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |
| C12. Mi salud depende de aquellos que me rodean..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | <input type="checkbox"/> |

ANEXO 2

Tabla 1
Frecuencia de mención de cada una de las categorías de la Estructura de la Red de Apoyo por
Microred, sexo y Serostatus al VIH/SIDA

Microred/ Sexo	Serostatus al VIH/SIDA																Total	
	Seronegativos n=26				Seropositivos AS n=23				Seropositivos CRS n=26				Seropositivos SIDA n=25					
	H		M		H		M		H		M		H		M		H	M
FAMILIA CONSANGUÍNEA (FC)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n/%	n%
Padres (madre y padre)	15	57.7	19	73.1	7	30.4	15	65.2	6	23.1	15	65.2	9	36	16	64	37	65
Hermano(as)	9	36.6	11	42.3	9	39.1	11	47.8	13	50	16	61.5	12	48	12	48	43	50
Hijo(a)(s)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.8	-	-	2	8	2	8	3	2
Abuelo(a)(s)	-	-	1	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	4
Tíos(as)	2	7.7	3	11.5	2	8.7	1	4.3	1	3.8	-	-	-	-	-	-	5	5
Primos(as)	1	3.8	2	7.7	-	-	1	4.3	1	3.8	-	-	-	-	-	-	2	3
Sobrino(a)(s)	1	3.8	2	7.7	3	13	2	8.7	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4
Familia Electa (FE)																		
Pareja/	9	34.6			15	65.2	2	8.7	11	42.3			6	24	3	12	41	5
Esposa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8	-	2
Amigo(a)	24	92.3	22	84.6	19	82.6	14	60.9	21	80.8	14	53.8	14	56	10	40	78	60
Expareja	1	3.8	-	-	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	2	1
Cuñado(a)(s)	1	3.8	-	-	1	4.3	1	4.3	-	-	-	-	2	8	1	4	4	2
Empleado	1	3.8	-	-	-	-	-	-	1	3.8	1	3.8	1	4	-	-	3	1
Estudiante	1	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	1	1	1
Compañero(a)	3	11.5	-	-	5	21.7	3	13	2	7.7	2	7.7	1	4	1	4	11	5
Conocido(a)	-	-	-	-	1	4.3	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Contador(a)	-	-	-	-	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Profesionales (PRO)																		
Psicólogo(a)	4	15.4	1	3.8	2	8.7	1	4.3	1	3.8	2	7.7	-	-	4	16	7	8
Psiquiatra	-	-	-	-	-	-	1	4.3	1	3.8	1	3.8	-	-	5	20	1	7
Médico(a)	1	3.8	-	-	6	26.1	2	8.7	11	42.3	-	-	14	56	2	8	32	4
Sacerdote	1	3.8	-	-	-	-	-	-	1	3.8	-	-	-	-	-	-	2	-
Maestro(a)(s)	2	7.7	1	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
Terapeuta Reiki	1	3.8	-	-	1	4.3	-	-	2	7.7	1	3.8	-	-	1	4	4	2
Grupos de Autoapoyo	1	3.8	-	-	2	8.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Otros																		
Yo	-	-	-	-	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Dios	1	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	1	-

Tabla 2
Frecuencia de mención de cada una de las categorías de
las Microredes en el Apoyo de Consejería por Seroestatus al VIH/SIDA

Microred/ Sexo	Seroestatus al VIH/SIDA																Total	
	Seronegativos n=26				Seropositivos AS n=23				Seropositivos CRS n=26				Seropositivos SIDA n=25					
	H		M		H		M		H		M		H		M		H	M
FAMILIA CONSANGUÍNEA (FC)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n/%	n/%
Padres (madre y padre)	6	23.1	13	5	1	4.3	5	21.7	3	11.5	7	26.7	2	8	13	52	12	38
Hermano(as)	3	11.5	9	34.6	2	8.7	5	21.7	8	30.8	9	34.6	8	32	7	28	21	30
Tíos(as)	1	3.8	1	3.8	2	8.7	1	4.3	-	-	1	3.8	-	-	-	-	3	3
Primos(as)	-	-	-	-	-	-	1	4.3	1	3.8	-	-	-	-	-	-	1	1
Familia Electa (FE)																		
Pareja/	5	19.2	-	-	10	43.5	-	-	8	30.8	-	-	5	20	1	4	28	1
Esposa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	11.5	-	-	3	12	6	-
Amigo(a)	11	42.3	7	26.9	7	30.4	2	8.7	5	19.2	1	3.8	2	8	1	4	25	11
Compañero(a)	1	3.8	-	-	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Contador(a)	-	-	-	-	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Profesionales (PRO)																		
Psicólogo(a)	1	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.8	-	-	2	8	1	3
Psiquiatra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	1
Médico(a)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.8	-	-	-	-	-	-	1	-
Terapeuta Reiki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	1
Otros																		
Yo	-	-	-	-	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Dios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	-	-

Tabla 4
Frecuencia de mención de cada una de las categorías de
las Microredes en el Apoyo Instrumental por Seroestatus al VIH/SIDA

Microred/ Sexo	Seroestatus al VIH/SIDA																Total	
	Seronegativos n=26				Seropositivos AS n=23				Seropositivos CRS n=26				Seropositivos SIDA n=25					
	H		M		H		M		H		M		H		M		H	M
FAMILIA CONSANGUÍNEA (FC)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n/%	n%
Padres (madre y padre)	11	42.3	18	69.2	5	21.7	13	56.5	3	11.5	13	50	3	12	13	52	22	57
Hermano(as)	5	19.2	8	30.8	6	26.1	9	39.1	12	46.2	12	46.2	11	44	11	44	34	40
Hijo(a)(s)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.8	-	-	1	4	-	-	2	-
Abuelo(a)(s)	-	-	1	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	2
Tíos(as)	1	3.8	2	7.7	-	-	1	4.3	1	3.8	1	3.8	-	-	-	-	2	4
Primos(as)	-	-	2	4.3	-	-	1	4.3	1	3.8	-	-	-	-	-	-	1	3
Sobrino(a)(s)	-	-	-	-	3	13	2	8.7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2
Familia Electa (FE)																		
Pareja/	7	26.9			10	43.5	1	4.3	10	38.5	-	-	5	20	3	12	32	4
Esposa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	11.5	-	-	3	12	-	6
Amigo(a)	18	69.2	11	42.3	14	60.9	8	34.8	15	57.7	6	23.1	11	44	8	32	58	33
Expareja	-	-	-	-	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Cuñado(a)(s)	1	3.8	-	-	1	4.3	1	4.3	-	-	-	-	2	8	1	4	4	2
Empleado	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.8	1	3.8	-	-	-	-	1	1
Compañero(a)	-	-	-	-	1	4.3	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Conocido(a)	-	-	-	-	1	4.3	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Profesionales (PRO)																		
Psiquiatra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.8	-	-	-	-	-	1
Médico(a)	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7.7	-	-	-	-	-	-	2	-
Terapeuta Reiki	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.8	1	3.8	-	-	-	-	1	1

