

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y REDES
DE APOYO EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON
HOMBRES CON DIFERENTE SEROESTATUS AL
VIH/SIDA”**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

presenta:

ERICKA BRITO FUENTES

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ
REVISORA DE TESIS: LIC. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO**

MÉXICO; D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*“Cuando uno desea algo,
Todo el universo conspira para que realices tu deseo”*

Paulo Coelho

A mis padres:

*Ma. de los Ángeles Fuentes M. y Gregorio Brito Q.
que con su amor me han ayudado
a ser la mujer que ahora soy.*

*a Cristina por su fortaleza...
a Daniel por su entereza...
a Adrián por su valentía...*

Gracias por ser mi más grande inspiración para ser mejor.

*a mi familia
a mis amigos
a mis maestros
a mis alumnos*

*por permitirme
crecer, aprender, crear, existir y compartir siempre juntos...*

*a todos aquellos que me hacen ofrecer la parte más luminosa
y brillante de mi misma;
a mis guerreros de la luz.*

¡GRACIAS!

*ahora sabemos que nuestros silencios
no son más grandes por la distancia
sino por la ausencia de ésta.*

*Que estés en mí...
llenando un espacio
en mis libros, mis sueños,
mis pensamientos, mis silencios...*

AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad Nacional Autónoma de México
A la Facultad de Psicología de la UNAM
Al programa de Internados en Psicología
General

A la Fundación Mexicana de Lucha contra el
SIDA, A.C.

Al hospital "la Raza"

A la Dra. Gabina Villagrán Vázquez
A Patricia Díaz Covarrubias Bancalari
A Christel House de México

Y a todos aquellos que hicieron posible
la realización de éste sueño.

*“Antes de comenzar la batalla el guerrero de la luz
Abre su corazón y le pide a Dios su inspiración”*

Paulo Coelho

ÍNDICE

TEMA	Pág.
RESUMEN	
INTRODUCCIÒN	
I MARCO TEORICO.....	1
I.1. VIH/SIDA.....	1
I.1.1 Etiología.....	1
I.1.2 Epidemiología.....	11
I.1.2.1 Formas de transmisión.....	15
I.1.2.2 Formas de prevención.....	20
I.1.3 Tratamiento.....	24
I.2 FACTORES PSICOSOCIALES.....	30
I.2.1 Estrategias de afrontamiento.....	30
I.2.1.1 Modos de afrontamiento dirigidos al problema.....	53
I.2.1.2 Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción.....	55
I.2.1.3 Relación entre las funciones de afrontamiento dirigidos al problema y a la emoción (modo de afrontamiento mixto).....	55
I.2.2 Redes de apoyo.....	65
I.2.2.1 Niveles de Análisis.....	73
I.2.2.2 Perspectivas.....	75
I.2.2.3 Apoyo social recibido y percibido.....	80
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	101
II.1 Preguntas de Investigación.....	101
II.2 Objetivo general.....	101
II.2.1 Objetivos específicos.....	101
II.3 Hipótesis.....	101
III DEFINICIÒN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES	101
III.1 VARIABLES INDEPENDIENTES.....	101
III.1.1 Variables Sociodemográficas.....	101
III.1.2 Variables de Clasificación.....	102

TEMA	Pág.
III.2	VARIABLES DEPENDIENTES 103
III.2.1	Estrategias de afrontamiento..... 103
III.2.2	Redes de apoyo..... 104
IV	MÉTODO 105
IV.1	Tipo de estudio..... 105
IV.2	Tipo de diseño..... 106
IV.3	Participantes..... 106
IV.4	Escenario..... 106
IV.5	Instrumentos..... 107
V	ANÁLISIS DE DATOS 107
VI	RESULTADOS 108
VI.1	Descripción de la muestra..... 108
VI.2	Estrategias de afrontamiento..... 109
VI.2.1	Evaluación Cognoscitiva..... 109
VI.2.2	Escala de afrontamiento..... 110
VI.3	Redes de apoyo..... 114
VI.3.1	Estructura de la red..... 114
VI.3.2	Funcionamiento de la red..... 118
VI.3.3	Satisfacción con la red..... 130
VII	DISCUSIONES Y CONCLUSIONES 134
VII.1	Descripción de la muestra..... 134
VII.2	Estrategias de afrontamiento..... 135
VII.3	Apoyo social..... 138
VIII	BIBLIOGRAFÍA 142
	ANEXOS

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue el de comparar las diferentes estrategias de afrontamiento; el apoyo social y la satisfacción percibida respecto a su red social en 100 hombres que tienen sexo con hombres 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 "Darío Fernández" del ISSSTE. Los instrumentos utilizados son: Formato de Selección; Escalas de: Afrontamiento, Redes de Apoyo social y Satisfacción Percibida de la Red de Apoyo. Las entrevistas se auto-administraron a pacientes ambulatorios e individualmente a pacientes internados; el tiempo aproximado de duración fue de dos horas.

Los resultados obtenidos indican que si hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto las estrategias utilizadas por los enfermos para afrontar su enfermedad. Así mismo en sus redes de apoyo ya que el diagnóstico positivo al VIH/SIDA y el avance de la misma enfermedad implica el uso de diferentes estrategias y en la mayoría de los casos una reafirmación de su red social.

Información que puede ser útil en el diseño de programas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad.

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida al cual tiene acceso cada ser humano, va a ser parte indispensable para obtener un bienestar continuo en cada momento de su existencia. En la actualidad, la mayoría de los individuos se interesan más por conocer estrategias exitosas para lograr ese bienestar y para mantenerlo.

Cuando hay ausencia de salud, el bienestar de los individuos se ve afectado y da lugar a enfermedades, que además de hacerlos vulnerables en áreas internas de su organismo, modifica su relación social con otras personas. Tan es así que; las enfermedades han causado gran impacto a la humanidad a lo largo de la historia.

Actualmente, la enfermedad infecciosa que está afectando de manera alarmante a todas las comunidades mundiales es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

En 1980 se estimaba que en el mundo había cerca de 100, 000 personas infectadas con el VIH. Durante la década de los noventas ese número aumentó en cien veces ya que fue de más de trece millones (doce millones de adultos y un millón de niños). Aproximadamente ocho de los doce millones de adultos infectados vivían en África, más de un millón en el continente americano, casi otro millón en Asia y más de 500,000 en Europa. De todos ellos, siete millones eran hombres y casi cinco millones eran mujeres, aunque la proporción de mujeres aumentó muy significativamente (Mann, 1994).

Los primeros casos de SIDA en México se reportaron en 1983; y desde entonces y hasta el 15 de Noviembre de 2005 el número total de casos acumulados es de 98,933 individuos infectados; de los cuales 82,382 corresponden a hombres y 16,551 a mujeres (CONASIDA, 2006).

Si consideramos que uno de los problemas fundamentales con los que se enfrentan los enfermos e infectados por el VIH/SIDA, es la falta de recursos psicológicos y conocimiento personal que además deben ser adecuados para lograr una mejora en su calidad de vida; el SIDA es un evento estresor al que debe de afrontársele asertivamente, con la intención de prolongar el periodo de vida de los afectados.

Por lo tanto se ha orientado nuestra atención en la respuesta de afrontamiento que todo ser humano utiliza para encarar un evento novedoso y/o estresante como lo es el tener ésta enfermedad; y aunque existen diferentes estrategias para hacerle frente, algunas internas y otras externas dentro de éstas últimas se reconocen al apoyo social como una de ellas.

I MARCO TEÓRICO

I. 1 VIH SIDA

I.1.1 ETIOLOGÍA

El agente etiológico del SIDA es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana; en la actualidad se conocen por lo menos dos subtipos de éste virus; el VIH tipo I y el VIH tipo II; se le atribuye al primero la mayor parte de los casos de SIDA en el mundo, salvo en África Oriental en donde predomina el VIH tipo II.

Las primeras manifestaciones del SIDA se notaron desde 1979; luego de que varias noticias procedentes de África, Haití y Estados Unidos comprobaron infecciones poco comunes, oportunistas y neoplasias en sujetos supuestamente saludables. Para Muma, Lyons, Borucki y Pollard (1997) la evidencia epidemiológica sugiere que el virus quizá apareció por primera vez en África, sin embargo; también se han formulado otras hipótesis para explicar su origen.

En México los primeros casos de SIDA se reportaron en 1983 y desde entonces y hasta el 15 de Noviembre de 2005, el número total de casos acumulados es de 98,933 individuos infectados con el virus del VIH, de los cuales el 84% corresponden a hombres y el 16% a mujeres (CONASIDA, 2006).

Sin embargo, Sánchez, Ponce de León y Ruiz, (1989) señalan que fue en Estados Unidos en 1981, cuando se detectaron los primeros casos de esta enfermedad, conocida como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Desde un principio se le consideró como una enfermedad infecciosa y fue hasta 1983-1984 cuando se descubrió y se caracterizó al agente que la causaba: el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), antes conocido como HTLV-III / LAV.

La epidemia del SIDA se detectó primero en California y Nueva York; después en otros estados de la Unión Americana, ya que a principios de los ochentas se diagnosticaron enfermedades infecciosas y tumorales en individuos jóvenes homosexuales hasta entonces sanos; teniendo en común una inmunodeficiencia sin causa aparente. Gottlieb fue el primer médico que reportó haber atendido a jóvenes del sexo masculino víctimas de neumonía, enfermedad que sólo afecta a personas cuyo sistema de defensa está severamente dañado (Sepúlveda y Rico, 1989).

En 1983, en un estudio realizado en la Universidad de Harvard se demostró que el 40% de los pacientes con SIDA tenían anticuerpos para el HTLV-I. El doctor Gallo del Instituto Nacional de Cáncer, señaló que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso transmitido por la sangre y que el sitio de ataque del virus debía ser una variedad de glóbulos blancos denominados linfocitos T4 (CD4), ya que su número estaba notablemente reducido en los pacientes con SIDA. Hasta ese momento sólo se reconocían a los oncovirus como los únicos capaces de atacar esas células, por lo que pensó debían estar emparentados llamando al virus HTLV-III.

Al mismo tiempo; en París el doctor Luc Montagnier anunció que había aislado un nuevo retrovirus de un varón homosexual con linfadenopatía generalizada persistente y lo denominó virus asociado a la linfadenopatía (LAV).

En Octubre de 1985 Clavel, Montagnier y sus colaboradores (Durham y Cohen, 1994) identificaron un nuevo virus de la inmunodeficiencia humana en muestras de sangre tomadas a personas con SIDA en Portugal, pero con residencia anterior en África Occidental; también se describió en prostitutas asintomáticas procedentes de la misma zona. Este virus se designó, con el tiempo, virus de la inmunodeficiencia humana tipo II (VIH-2) que en contraste con el VIH tipo I recuerda de manera muy estrecha al virus de la inmunodeficiencia simiana; tanto genética como

serológicamente. Aunque las rutas de transmisión de ambos virus son similares, la progresión de la enfermedad debida al VIH-2 parece ser más lenta (Ayuso, 1997).

Fue hasta Mayo de 1986, cuando el Comité Internacional para la Taxonomía de Virus recomendó que el virus responsable del SIDA fuera llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Sepúlveda y Rico, 1989). Y debido a que la enfermedad producía un estado de inmunodeficiencia provocado por un factor no hereditario, sino adquirido que inducía a cuadros infecciosos y tumorales, el doctor Gottlieb propuso llamar a dicha enfermedad: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En 1989, la Food and Drug Administration (FDA) aprobó por primera vez una prueba diagnóstica del VIH; ya que para establecer un diagnóstico positivo de infección por VIH es necesario hacer más de una prueba de laboratorio. En la actualidad se ha establecido lo que se podría llamarse algoritmo de diagnóstico serológico de VIH; que como lo señalan Soler y Stanislawski; (1989) para ser considerada positiva una muestra de sangre, deberá haber resultado positiva repetidamente en un estudio de ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) o su equivalente; y en otra prueba de confirmación, ésta podría ser la Western Blot (BT) o la de inmunofluorescencia (IFA).

Es importante mencionar que no todo el que se expone al VIH es infectado; ya que existen factores individuales de resistencia a la infección que hasta la fecha todavía no son aclarados. Sin embargo; en aquellos que son infectados, los anticuerpos contra algunos de los constituyentes del VIH se pueden detectar en un período de tiempo que oscila entre varias semanas y varios meses. Son excepcionales las seroconversiones más allá de transcurridos tres meses desde la infección.

López-Vidal (2000) señala que aun cuando se ha demostrado que la prueba desarrollada para determinar el VIH en pacientes con SIDA es muy eficaz; actualmente es necesario un

análisis más especializado que pueda detectar pequeñas cantidades del VIH en una etapa temprana de individuos asintomáticos, ya que los pacientes descubiertos en este período pueden beneficiarse mucho más con el tratamiento.

El diagnóstico de la infección por VIH se basa en pruebas que detectan anticuerpos contra el VIH. Para Álvarez, Calva, Flisser, Hermida, Hernández, Ortiz, Pavia, Ponce de León, Rangel, Sada, Santos, Solórzano, Soto, Soto, Uribe, Vázquez, Volkow, y Xochihua, (2000) estas pruebas se clasifican en:

Pruebas iniciales de detección o tamizaje: Las pruebas de tamizaje son las de ELISA, aglutinación, y las rápidas con formato de inmunodot con mínima extracción de sangre.

Pruebas suplementarias o confirmatorias: Entre estas pruebas la más usada es la inmunoelectrotransferencia o Western blot (Wb).

Aunque la detección del VIH por ELISA no es un prueba perfecta, en la actualidad la sensibilidad y especificidad de las pruebas disponibles es mayor de 99.7%.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece al género lentivirus de la familia de los retrovirus (Muma, Lyons, Boruki y Pollard, 1997). La principal característica de los retrovirus es que para reproducirse precisan de una enzima, llamada transcriptasa inversa que hace las veces de catalizador; con la intervención de esta enzima el VIH se replica en el interior de las células humanas (Espada y Quiles, 2002). El desarrollo del ciclo biológico de VIH incluye ocho pasos principales: unión, pérdida de la cubierta, transcripción reversa, integración, transcripción, síntesis de proteínas, ensamblado y gemación (Muma, y cols., 1997). El VIH es también un neuropatógeno, ya que invade el Sistema Nervioso Central de forma precoz en el periodo inicial de la infección (McIntyre, 2002).

El Centro de Control de Enfermedades (CDC, 1987; cit. en Villagrán, 2001) propuso un esquema de la historia natural de la enfermedad, dividiéndola en cuatro etapas: Infección aguda o primoinfección, Infección Asintomática, Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) o Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP) y SIDA.

McIntyre, (2002) señala que una vez que el huésped se ha infectado con el VIH, el virus empieza un proceso de replicación rápida con miles de millones de partículas víricas producidas poco después de la infección. Al mismo tiempo el sistema inmunitario del individuo lanza una respuesta. La capacidad del VIH de infectar las células huésped y replicarse destruyendo las células CD4 en este proceso está contrarrestada por la capacidad del sistema inmunitario del individuo de reproducir y mantener una vigilancia inmunitaria superior a la replicación del virus.

Stanislawski, (1989) menciona que el principal efecto inmunológico del SIDA consiste en una deficiencia cuantitativa y cualitativa de los linfocitos T colaboradores, lo que causa la pérdida del control de la respuesta inmune y la deficiencia inmunológica. La inmunodeficiencia motivada por esta razón deja al individuo inerte y presa fácil de infecciones y neoplasias que aprovechan la oportunidad para atacarlo.

El sujeto luego de la exposición al VIH puede o no, sentir un complejo de síntomas que abarcan fiebre, fatiga severa, náuseas, vómitos, diarreas, dolores musculares y articulares. Estos síntomas pueden presentarse relativamente pronto después de la infección o después de ocho semanas. Al principio no se detectan anticuerpos al VIH, pero se supone que el sujeto es capaz de transmitir el virus. Este periodo se le conoce como "periodo de ventana" (Durham y Cohen, 1994).

Durante la etapa aguda de la infección, cuando el virus está presente pero aun no se ha desarrollado una respuesta detectable de anticuerpos, puede ocurrir que los resultados de la prueba al VIH sean negativos. A veces el periodo en el que no se detectan los anticuerpos es de

hasta seis meses. Sin embargo, una vez que una persona desarrolla anticuerpos contra el VIH, estos serán detectables en la sangre de por vida (Luque, 2001).

Es importante mencionar que en el sujeto infectado no existe un estado de latencia virológica, puesto que todo paciente es potencialmente un agente de infección y presenta de forma crónica niveles de viremia detectables en sangre y cargas virales masivas en los órganos linfoides, sin embargo; investigaciones demuestran que los linfocitos CD4 se encuentran infectados de forma mayoritariamente latente, siendo la proporción de células que replican activamente al virus inferior al 1%. Este dato no entra en contradicción con la detección continua de partículas virales en sujetos infectados ya que desde el punto de vista clínico, en el organismo se producen lo resultante del estado de replicación existente en todas las células infectadas por el VIH, si la latencia celular es un hecho mayoritario, aunque sea un fenómeno fugaz, para Nájera (1998) es realmente importante comprender cuales son los mecanismos responsables de que el VIH permanezca en estado de latencia o entra en fase de replicación.

La fase aguda de esta enfermedad viene seguida de una fase clínicamente asintomática, durante la cual el organismo ha establecido un equilibrio dinámico entre la capacidad del virus de replicarse y de infectar a nuevas células CD4 (McIntyre, 2002). La fase asintomática puede durar varios años hasta que los síntomas aparecen, lo cual indica que la infección por el VIH está progresando.

Ayuso (1997) señala que durante el período de seroconversión, aproximadamente un 30% de los sujetos puede presentar un cuadro sintomático caracterizado por fiebre moderada, mialgias, cefaleas, fatiga, trastornos gastrointestinales y erupción cutánea. Muy rara vez puede aparecer un cuadro de encefalopatía. En la mayor parte de los casos, los sujetos permanecen en un estadio asintomático que se puede prolongar durante un período de varios años, hasta que aparecen las complicaciones médicas del SIDA.

Dentro del organismo humano, el VIH puede reproducirse a velocidades muy dispares. En algunos casos, el proceso de replicación es rápido e inmediato. En otras ocasiones la multiplicación del virus parece seguir un ritmo lento. Se trata de un periodo indeterminado que puede durar desde unos meses hasta muchos años. La variabilidad en esta fase depende de varios factores; por parte del virus: la virulencia o agresividad de la cepa y por parte del huésped: resistencias naturales, estilos de vida, (alimentación, actividad física, etc.); así como factores psicológicos como el estilo de afrontamiento, la competencia percibida y el estado de ánimo; entre otros (Espada y Quiles; 2002).

También es importante mencionar que el estado emocional del paciente se encuentra comprometido por el diagnóstico, la gravedad de la sintomatología física, la personalidad del enfermo, la calidad de los servicios de salud que recibe y el apoyo familiar con que cuenta.

La progresión de la enfermedad hacia una fase sintomática también puede transcurrir más rápidamente en aquellos pacientes cuyos sistemas inmunitarios estaban afectados antes de la infección por VIH. La infección sintomática por el VIH en el cerebro generalmente afecta el funcionamiento cognitivo y motor. Y dado que afecta las áreas subcorticales del cerebro; se ha encontrado que puede causar síndromes relacionados con el estado de ánimo y la psicosis (McIntyre, 2002).

Villagrán, (2001) señala que la tercera etapa o Complejo relacionado con el SIDA (CSR) se caracteriza por una tumefacción de los ganglios linfáticos, en especial de la nuca o axilas, sin una etiología definitiva. 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 tiene un cierto grado de tumefacción en los ganglios linfáticos por un tiempo variable.

Estudios han revelado que el 60% de los seropositivos desarrolla síntomas de enfermedad por VIH en los siguientes 12 años. Una vez que se establece el diagnóstico de SIDA la esperanza de vida es de 1 a 2 años.

Camacho (2000) señala que los Center for Diseases Control (CDC) de Estados Unidos se han abocado desde principios de la pandemia a establecer sistemas de clasificación y definición de caso que agrupen patologías de manera congruente con su posición cronológica del deterioro inmunitario inducido por esta enfermedad. En 1993, presentaron un sistema que integra el recuento de linfocitos CD4 a categorías clínicas para establecer nueve etapas distintas de la infección. Cuadro 1 y 2.

También se ha encontrado en las personas infectadas con el VIH/SIDA una estrecha relación entre la concentración del virus en la sangre, el estado inmunológico y el pronóstico clínico, lo cual tiene importantes implicaciones para su atención. Con el fin de determinar el daño inmunológico o los efectos indirectos del VIH, se han utilizado parámetros como la determinación de linfocitos CD4, los niveles de beta 2 microglobulina, de neopterina y de interleucina 2 (Revista SIDA-ETS, 1997).

Así, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la manifestación final y más grave de una pérdida progresiva de inmunidad celular; causada entre otras, por la destrucción de linfocitos CD4 (T4) por acción directa o indirecta del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Reyes Terán y Ponce de León (1994) comentan que un caso de SIDA se determina cuando una persona está infectada por el VIH, desarrolla síntomas constitucionales (como fiebre, diarrea y pérdida de peso), infecciones oportunistas (por microorganismos que no producen enfermedad en una persona sin daño a su sistema inmune o de defensas) o tumores (por ejemplo, linfoma o cáncer invasivo cervicouterino). Espada y Quiles (2002) incluyen que las defensas del paciente células CD4 desciendan por debajo del 200 mm³.

Romo y Salido, (1997) mencionan que ante la posibilidad confirmada de infección por VIH y sin que el paciente tenga enfermedades indicadoras, pero si con otras sin relación alguna con la inmunodeficiencia, es indispensable definir con claridad cuando se trata de un caso de SIDA y cuando no, según se describe a continuación:

Cuadro 1
Sistema de clasificación para la infección por VIH/SIDA

Grupos de células CD4	Categoría clínica		
	A	B	C
> 500/ml	A1	B1	C1
200 – 499/ml	A2	B2	C2
< 200/ml	A3	B3	C3

*Los casos clasificados como A3, B3, C1, C2 y C3 se consideran casos de SIDA.

Cuadro 2
Categorías clínicas

A	B	C
Infección por VIH asintomática. Linfadenopatía generalizada persistente (LGP) (Nódulos en 2 o más lugares extrainguinales, por lo menos de 1 cm de diámetro por 3 meses o más). Enfermedad aguda (primaria) por VIH.	Condiciones sintomáticas no enlistadas, ni en A ni en C y que: Son atribuibles a la infección por VIH o a un defecto en la inmunidad celular, o Tienen una evolución clínica o manejo específico por estar complicados por el VIH. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a: Angiomatosis bacilar, Candidiasis vulvovaginal persistente (> 1 mes), con mala respuesta al tratamiento, Candidiasis orofaríngea, Displasia cervical grave o carcinoma in situ, Síndrome constitucional, ejemplo, fiebre (38.5) o diarrea > a 1 mes, Leucoplaquia pilosa bucal, Herpes Zoster (dos episodios distintos en más de una dermatoma), Púrpura trombocitopénica idiopática, Listeriosis, Neuropatía periférica, Enfermedad pélvica inflamatoria (específicamente si está complicada por abscesos tubo – ováricos).	Candidiasis: esofágica, traqueal, bronquial, Coccidiomicosis extrapulmonar, Carcinoma cervical invasor, Criptococosis extrapulmonar, Criptosporidiasis intestinal crónica (> 1 mes), Retinitis por citomegalovirus (CMV) o cualquier otra infección por CMV que no sea en hígado, bazo ni ganglios linfáticos, Encefalopatía por VIH, Herpes simplex con úlceras mucocutáneas > 1 mes, bronquitis o neumonía, Histoplasmosis diseminada, extrapulmonar, Isosporidiasis crónica de > 1 mes, Sarcoma de Kaposi, Linfoma Burkitt; linfoma inmunoblástico, linfoma primario del cerebro, MAC (complejo <i>Mycobacterium avium intracellulare</i>) o <i>M. kansasii</i> extrapulmonar, <i>M. tuberculosis</i> pulmonar o extrapulmonar, Microbacterias, otras especies, diseminadas o extrapulmonares, Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> .

FUENTE: CAMACHO, 2000

1.- Paciente VIH positivo (serología realizada por ELISA y Western Blot o algún otro método confiable) que tenga una o más de las enfermedades indicadoras diagnosticadas con certeza (microscopia, aislamiento, identificación y cultivo, del patógeno en su caso), aun en presencia de otra enfermedad causante de inmunodeficiencia, es SIDA.

2.- Paciente con resultado serológico dudoso o que aún no se le hacen las pruebas serológicas contra el VIH (ELISA y W.B. o algún otro método confiable) que padezca alguna de las enfermedades enumeradas antes, con ratificación diagnóstica por método de laboratorio confiable, es SIDA.

3.- Pacientes con resultado serológico negativo (ELISA y W.B.) en el que se haya descartado de manera irrefutable cualquier otras causas de inmunodeficiencia, pero con enfermedad indicadora demostrada por métodos confiables del laboratorio como son: relación CD4/CD8 (T4/T8) menor a 1.0 o cuenta de linfocitos CD4 (T4) inferior a 400 por microlitro, es SIDA.

La afectación del Sistema Nervioso Central (SNC) en el curso de la infección puede deberse a diferentes mecanismos, puede haber una afectación neurológica por infección directa del virus (encefalopatía por VIH), por infección debida a gérmenes oportunistas, como la leucoencefalopatía multifocal progresiva, la toxoplasmosis cerebral, la encefalitis por citomegalovirus, la meningitis (criptococos, candidiasis, tuberculosis), o por el desarrollo de neoplasias en el SNC, como linfomas primarias o tumores metastásicos. Pero además de las lesiones en el SNC que producen síntomas clínicos diagnosticables, en un 90 % de las necropsias de las personas fallecidas por SIDA se encuentran alteraciones en el estudio anatomopatológico del sistema nervioso principalmente (Ayuso, 1997).

I.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La infección por el VIH es una pandemia global, con casos de SIDA descritos en casi cualquier país del mundo (McIntyre, 2002).

Los primeros casos de que se tiene noticia aparecieron en Estados Unidos en 1978 y se trataba de hombres homosexuales jóvenes con sarcoma de Kaposi; por lo que al inicio de la epidemia se sospechó que la causa estaba asociada a algún factor inherente a las relaciones homosexuales al grado de que el padecimiento se denominó en un principio GRID (Gay Related Immunodeficiency Disease).

Entre 1982 y 1983 empezaron a aparecer otros afectados: hombres bisexuales, receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, parejas sexuales de los mismos pacientes y algunos de sus hijos, por lo que se evidenció que existían otros grupos de afectados, así como otros mecanismos de transmisión.

Hasta Diciembre del 2003; se tenían registrados 40 millones de casos acumulados de infecciones por VIH en todo el mundo; 37 millones de estos casos corresponden a adultos de 15 años o más y 2.5 millones a niños; hasta esa fecha 3 millones de personas habían fallecido a causa de esta enfermedad (CONASIDA, 2006).

El registro de nuevos casos es de 5 millones en la población mundial. África subsahariana es la región que cuenta con más casos de infección y muerte por VIH/SIDA, 25 millones corresponden a los casos de infección y 2,2 millones por defunción. En segundo lugar, se encuentra la región meridional y sudoriental de Asia; siendo Australia y Nueva Zelanda la región del mundo en donde se registran un menor número de casos de infección y defunción por SIDA.

Además se calcula que diariamente se presentan 14,000 nuevos casos de infección en todo el mundo. Mas del 95% de los casos se presentan en países de ingresos bajos y medianos, de los cuales cerca de 2000 de los casos corresponden a menores de edad, aproximadamente 12,000 son adultos; de los cuales cerca del 50% son mujeres que se encuentran entre los 15 y 24 años de edad (CONASIDA, 2006).

El primer caso de SIDA en México se diagnosticó en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" en 1983, y hasta el primero de Enero de 1988 ya se habían atendido 127 enfermos en esa institución. La manifestación inicial de los pacientes fue en una infección oportunista en el 76% de los casos, por sarcoma de Kaposi el 20% y por ambos el 5%. Del total de los pacientes, el 50% había fallecido a la semana, el 22% después de establecido el diagnóstico, tras un promedio de hospitalización de 47.7 días por año. Las manifestaciones de SIDA en estos pacientes fueron semejantes a las informadas en otros países, pero fue más frecuente el antecedente de la bisexualidad y las infecciones por *Cryptosporidium*, y menos frecuente el antecedente de drogadicción por vía endovenosa y las infecciones por *Pneumocystis Carinii* (Ponce de León, *y cols.*, 1988).

Díaz y Torres, (1999) señalan que después de su lento crecimiento inicial, a partir de la segunda mitad de la década de los ochentas en México la epidemia registro un crecimiento exponencial; sin embargo al principio de la década de los noventas este crecimiento se amortiguo, mostrándose una aparente tendencia hacia la estabilización.

En Mayo de 1986 en México se publicó la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre. En la misma fecha el consejo de Salubridad General crea el Comité Nacional de Prevención del SIDA cuyo objetivo era evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH; el cual estableció criterios para su diagnóstico, prevención y control, coordinando la implantación y evaluación de normas, pautas y

actividades de control adecuadas al país. Este comité evolucionó y se convirtió en un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y en Agosto de 1988 se crea el Consejo Nacional para la prevención del SIDA (*op. cit.*).

Esto significa que desde 1987, en nuestro país el SIDA se convirtió en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica; (Sepúlveda y Rico, 1989) por lo que en la actualidad, la notificación de todo caso de infección por VIH o caso de SIDA es obligatoria, como se establece en la Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales 2000 (Álvarez, y cols., 2000).

Además de este tipo de medidas, es importante mencionar que en Mayo de 1983 se creó un sistema nacional para la vigilancia epidemiológica que lleva por nombre Registro Nacional de VIH/SIDA, mecanismo en el que se concentra la mayor información de casos de SIDA.

La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es un elemento central en la lucha contra la enfermedad, por lo que su sistematización y fortalecimiento institucional permite conocer la magnitud real del padecimiento y los factores de riesgo asociados a su distribución y frecuencia.

A la fecha se ha modificado, modernizado y mejorado el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en México, con la incorporación de nuevas alternativas y estrategias que permiten satisfacer los requerimientos de operación de los programas del Sector Salud a partir de un conocimiento más real del comportamiento epidemiológico del VIH/SIDA.

En México hasta Noviembre del 2003 (CONASIDA, 2006) la transmisión sexual ha sido la causante del 89.7% de los casos acumulados del SIDA, el 8.0% de los casos se originaron por vía sanguínea; la transmisión perinatal solo representa el 1.8% del total de los casos.

El 84.8% de los casos acumulados de SIDA corresponde a hombres y el 15.2% a mujeres estableciéndose una relación de hombre-mujer: 6 a 1. Sin embargo en el interior del país se observan entidades federativas con relaciones que van de 3 a 1 (Puebla, Tlaxcala y Morelos); hasta otras con razones de 9 a 1 (Nuevo León y Distrito Federal). Lo que demuestra la heterogeneidad en la forma de transmisión del SIDA a lo largo del territorio nacional que en algunas entidades es predominantemente homo/bisexual y en otras heterosexual (CONASIDA, 2006).

El 79.1% del total de casos acumulados en el país corresponde al grupo de 15 a 44 años, población que se considera en edad productiva teniendo grandes repercusiones en la economía de las familias afectadas. Las entidades federativas en donde se presentan la mayor tasa de casos acumulados son: Baja California Sur, Distrito federal y Campeche y las de menores tasas acumuladas son Zacatecas, Tabasco e Hidalgo.

México se ha considerado como un país cuya epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de hombres que tiene sexo con hombres con un peso superior al 50% del total de los casos (CONASIDA, 2006).

Al interior de la categoría de transmisión sanguínea el 72.0% de los casos acumulados corresponden a transfusión sanguínea; 11.0% está asociado a donadores, 8.4% al consumo de drogas inyectables, este mismo porcentaje corresponde también a personas con hemofilia, y 0.2% a la categoría de exposición ocupacional.

En México la transmisión perinatal constituye la principal vía de contagio en menores de 15 años ya que siete de cada diez casos corresponde a esta vía de infección (72.0% de los casos) la transmisión sanguínea se relaciona con uno de cada 4 casos pediátricos 24.8%. El 3.2% de los casos se encuentran relacionados a la transmisión por la vía sexual en niños (CONASIDA, 2006).

Durante el periodo 1988-2001 han ocurrido alrededor de 44,000 defunciones por SIDA en México; a partir de 1989 el SIDA se situó dentro de las primeras 10 causas de muerte en varones de 25 a 34 años y para 1998 representaba la cuarta causa de muerte. En el caso de las mujeres en ese mismo año representaba la séptima causa de muerte.

López-Vidal (2000) señala que la transmisión heterosexual del VIH en mujeres es ahora el principal mecanismo de infección de este grupo. La epidemia heterosexual del SIDA en mujeres es reciente, pero con un ritmo de crecimiento que tiende a aumentar.

La prevalencia de la infección es el mejor reflejo de las tendencias y conocerla ofrece la posibilidad de una intervención más oportuna para detener su desarrollo, sin embargo como señala Magis y del Río (2000) resulta difícil conocer la epidemia, ya que ocurre en individuos asintomáticos lo que dificulta tener acceso a esta información.

I.1.2.1 FORMAS DE TRANSMISIÓN

De acuerdo con lo que se sabe, cualquier individuo puede, si se expone a los riesgos resultar infectado; aunque hasta el momento se trata de una enfermedad que se ha limitado a ciertos grupos de la población que, por prácticas o situaciones particulares son los más expuestos: 1) los homosexuales, 2) los bisexuales, 3) las personas que requieren frecuentemente de transfusiones de sangre o sus hemoderivados, 4) los usuarios de drogas intravenosas, 5) los hijos de madres infectadas y 6) los compañeros sexuales de personas infectadas o con alto riesgo de estarlo. La importancia de cada uno de estos grupos por su orden de frecuencia varía entre unos países y otros, según sea el modo predominante de transmisión (Sánchez, Ponce de León y Ruiz, 1989).

Cabe señalar que para Fauci "el riesgo de infectarse con el virus del SIDA es en realidad una conducta. El peligro de contraer VIH está en sostener relaciones sexuales con alguien

infectado o el estar expuesto a sangre infectada. El riesgo no consiste en ser homosexual o pertenecer a un grupo determinado" (Barnes, 1986^a, Pág. 1589, cit. en Cohen, 1994).

Estas vías de transmisión se utilizan para definir los tipos de conductas de riesgo que presenta un paciente o el grupo de riesgo al que pertenece. Se considera como conducta de riesgo la exposición a cualquiera de las vías de transmisión del VIH (Ayuso, 1997).

Es importante mencionar que el VIH sólo puede transmitirse por contacto directo, de persona a persona: 1) porque el virus al ponerse en contacto con el medio ambiente se inactiva y 2) porque siempre se encuentra dentro de las células a las que infecta y éstas a su vez se encuentran en los fluidos corporales que se intercambian durante el contacto sexual, o al pasar de un individuo a otro, sin ponerse en contacto con el medio ambiente (vía sanguínea y perinatal).

Actualmente se reconocen tres mecanismos o vías de transmisión para el VIH (Rico, 1989):

- La sexual; de hombre a hombre y de hombre a mujer.

Durante el contacto sexual, habitualmente, ocurre transferencia de fluidos corporales e intercambio de microorganismos. Depende del tipo de contacto de que se trate, los fluidos pueden ser: vaginales, semen, sangre, saliva, orina, moco rectal o heces fecales. El VIH ha sido aislado de casi todos ellos. Sin embargo, en la transmisión sólo se ha implicado de manera definitiva a la sangre, el semen y a las secreciones vaginales.

Aunque la tasa de transmisión del VIH es algo superior para el receptor del semen que para la pareja sexual donante, ésta se presenta en ambas direcciones. Las relaciones con penetración anal y penetración vaginal se consideran las conductas de más alto riesgo, siendo mayor la probabilidad de transmisión en caso de otras infecciones de transmisión sexual (ITS),

de lesiones genitales o durante actividades sexuales que causen rotura de tejidos o hemorragia (McIntyre, 2002). Estas prácticas también incluyen lo siguiente: Anilingus, Cunilingus, Felatio y Urolagnia (orinar la piel o cavidades del cuerpo); teniendo un mayor riesgo si existen heridas abiertas en la piel, boca, vagina o recto (Muma, y cols., 1997).

La transmisión sexual ha sido la causa de casi el 90% de los casos acumulados de SIDA en México. En este sentido, se ha considerado como un país cuya epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de hombres que tiene sexo con hombres (SHS) con un peso superior al 50% de los casos acumulados, sin embargo puede observarse que dicho grupo muestra una tendencia sostenida a la disminución en los últimos años, en tanto que la proporción de transmisión heterosexual crece de manera importante (CONASIDA, 2006).

La vía de transmisión sexual ha favorecido de manera significativa la rápida propagación del virus. Por tal motivo, existe una necesidad continua de elaborar técnicas efectivas para prevenir la infección por vía sexual.

Es importante mencionar que aunque el VIH se ha hallado en pequeñas cantidades en lágrimas, saliva y orina la transmisión a través del contacto casual con estos líquidos es teóricamente posible pero altamente improbable (McIntyre, 2002).

- La sanguínea; pues la transfusión de sangre y de sus hemoderivados es el mecanismo más frecuente dentro de este grupo.

La transmisión sanguínea del VIH ocurre en las siguientes situaciones: 1) recepción de sangre y sus hemoderivados contaminados; 2) utilización de agujas y jeringas inadecuadamente esterilizadas (por drogadicción intravenosa, automedicación, escarificación); 3) punción ocupacional; los componentes sanguíneos implicados en este tipo de transmisión son la sangre

total: paquetes celulares, el plasma, y los factores de coagulación o 4) mediante el trasplante de órganos o injerto pertenecientes a personas infectadas.

Para McIntyre, (2002) el riesgo de transmisión está directamente relacionado con la concentración de virus presente en la sangre y el volumen de la sangre intercambiada.

En México, existen disposiciones legales desde 1986 en que se prohíbe la comercialización y que obliga a que toda la sangre transfundida sea analizada previamente, además se inició la formación de la Red Nacional de Laboratorios de Detección; como resultado de lo anterior los casos de SIDA por transfusión sanguínea y hemoderivados comenzaron a disminuir a partir de 1988, hasta que en 1999 y el año 2000 no se han presentado casos relacionados con esta forma de transmisión (CONASIDA, 2006).

- La perinatal; es decir, la que ocurre durante el embarazo, el parto, el posparto o mediante la leche materna.

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

a) Se sospechó de la vía de transmisión transplacentaria desde que empezaron a aparecer los primeros lactantes con VIH, debido al periodo relativamente corto en que algunos de ellos desarrollaban SIDA y al informe sobre casos de niños infectados que presentaban una apariencia dismórfica característica que hacía sospechar la transmisión temprana *in útero*.

Espada y Quiles (2002) señalan que a través de la placenta la madre "presta" al hijo sus propios anticuerpos; que le defenderán de enfermedades durante la primera etapa de su vida, si la madre esta infectada también le trasmite los anticuerpos del VIH. Cuando la madre es seropositiva pueden ocurrir dos cosas: que le trasmite el feto los anticuerpos del VIH y que le trasmite también el propio virus. Lo primero sucede en todos los casos, lo segundo no siempre.

Por ello, un niño nacido de madre portadora dará positivo a las pruebas de ELISA o Western Blot, ya que estos análisis detectan la presencia de anticuerpos. Solo se podrá saber con seguridad si la madre ha transmitido el virus del SIDA al feto cuando el bebé tenga al menos 18 meses de vida.

b) El virus ha sido aislado de las secreciones cervicales y vaginales, por lo que se plantea la posibilidad de que la transmisión ocurra durante el parto, al existir contacto de la sangre materna con la del niño.

c) Por lo que refiere a la transmisión posparto, el primer informe en que se formuló la hipótesis de transmisión por leche materna fue publicado en 1985, desde entonces han seguido apareciendo informes que documentan esta vía de transmisión. Por ello Espada y Quiles (2002) indican que la Organización Mundial de la Salud recomienda que las madres seropositivas alimenten a sus hijos con preparados o sustitutos de leche materna para reducir la probabilidad de transmisión del VIH.

La epidemia del SIDA transmitida sexualmente tiene una dinámica diferente a la del SIDA producido por transfusiones o por vía perinatal; aunque están interrelacionadas se trata de epidemias que inclusive tienen periodos de manifestación y momentos diferentes, mientras que al adquirir el virus por transmisión sexual se observa un periodo de manifestación de síntomas de SIDA de 8 a 10 años, el SIDA por transfusión sanguínea muestra un periodo que puede ser de 2 a 5 años; en el caso de que la transmisión sea por vía perinatal tiene un promedio de solamente unos meses (Díaz y Torres, 1999).

Villasis (2000) señala que se han informado también otros mecanismos de infección menos frecuente: en casos de infección por trasplante de hígado, riñón, páncreas y posiblemente de piel. Infecciones por la exposición con sangre en heridas en la piel, por

inseminación vaginal con semen donado no procesado y mediante inseminación intrauterina con semen procesado.

I.1.2.2 FORMAS DE PREVENCIÓN

Bayés (1994) menciona que el SIDA es esencialmente una enfermedad conductual, ya que se trata de una pandemia que se trasmite por la practica de dos comportamientos de riesgo muy bien definidos; penetración sexual sin protección y compartir instrumentos de inyección no esterilizado. La tercera forma de transmisión (de madre a hijo) tiene como antecedente una de las anteriores.

Sin embargo la única vía de control de la pandemia, viable en el momento actual, es la que intenta interrumpir la cadena de transmisión del virus. Como el virus se difunde a través de comportamientos perfectamente definidos, la forma más eficaz de interrumpir la cadena de transmisión del virus sería aquella que consiguiera cambiar los comportamientos de riesgo por comportamientos preventivos eficaces.

El SIDA ha puesto de manifiesto las carencias de un sistema sanitario excesivamente basado en el médico y el hospital, lo cual ha revelado que la autentica dimensión integral de las enfermedades es la necesidad de combinar la asistencia médico biológica con la psicológica (Gutiérrez, Lacoste y Pitti, 1994).

La prevención es en la actualidad, la vía para detener la propagación de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Las actividades preventivas proponen acciones en dos sentidos: el control sanitario y la educación. El primero busca garantizar la seguridad de los productos sanguíneos que se utilizan con fines terapéuticos a fin de que su suministro esté libre de infección. Y con el segundo, modificar conductas que conlleven riesgo de adquirir la enfermedad (García, Mora, Palacios, Valdespino, 1989).

Espada y Quiles (2002) establecen tres niveles de prevención:

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición del trastorno o la difusión del agente patógeno, dando una protección específica a grupos de alto riesgo y buscando la promoción de la salud en general. Se intenta evitar la infección, eliminando los factores asociados al problema fomentando los recursos personales y las conductas saludables que puedan evitar su futura aparición, como ejemplo podemos citar: los programas de prevención del SIDA en las escuelas promoviendo habilidades y comportamientos que eviten o disminuyan el número de nuevas infecciones.

La prevención secundaria trata de reducir las consecuencias de la infección una vez adquirida, mediante programas de detección precoz y tratamiento. La rápida acción en la fase inicial permite limitar el deterioro de la salud y reducir la aparición de las perturbaciones; favoreciendo que las personas portadoras del VIH retrasen en la medida de lo posible el periodo sintomático del SIDA.

Durante la prevención terciaria se pretende disminuir o evitar las secuelas y complicaciones una vez que se ha producido la enfermedad. Las intervenciones se dirigen a reducir las consecuencias de la enfermedad o los efectos de las recaídas y que los enfermos que han desarrollado la enfermedad gocen de una adecuada calidad de vida y del apoyo social y sanitario adecuado.

Espada y Quiles (2002) también proponen algunas acciones dirigidas a evitar nuevas infecciones:

Incrementar el grado de información de la población sobre la infección por VIH y las conductas que favorecen la transmisión.

Promover conductas sexuales saludables, especialmente mediante el uso del preservativo.

Favorecer la adaptación ciudadana hacia los programas y medidas de prevención de la infección, especialmente con los grupos más vulnerables.

Para McIntyre (2002) las estrategias de prevención primaria son las que tratan de evitar la infección inicial. Las estrategias de prevención secundaria y terciaria están dirigidas a individuos infectados con el fin de prevenir posteriores transmisiones y de reducir las complicaciones relacionadas con el VIH, respectivamente.

La Unidad de Investigación Social y del Comportamiento del programa Central del SIDA de la Organización Mundial de la Salud señala tres tipos de intervenciones:

Prevención: Intervención para la prevención primaria, que tiene como objetivo modificar las conductas de riesgo.

Control: Acciones desde la prevención secundaria, para motivar a los sujetos infectados con el fin de que modifiquen las conductas que puedan poner a otras personas en riesgo.

Apoyo: Desde la prevención terciaria, para proporcionar apoyo psicológico a los sujetos infectados y a los enfermos, respondiendo a sus necesidades emocionales y psicosociales.

La educación sobre la transmisión sexual intenta informar al individuo sobre el riesgo que existe en las diferentes prácticas sexuales y sobre las diferentes opciones preventivas. Las cuatro medidas que se recomiendan son: 1) abstinencia sexual, 2) relación mutuamente monógama con una pareja sana, 3) utilización de preservativo o condón y 4) sexo seguro, este término se refiere a las prácticas sexuales que disminuyen la posibilidad de intercambios de secreciones. Las primeras garantizan que el individuo permanezca libre de infección. Si la pareja

es sana y mantiene relaciones sexuales monógamas no habrá necesidad de adoptar medidas preventivas.

Las prácticas sexuales consideradas sin riesgo se dan cuando el intercambio de fluidos es nulo (García, *y cols.*. 1989).

En la actualidad la mejor manera de prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) es abstenerse de tener relaciones sexuales o tener sexo únicamente con una persona que se sabe no está infectado. Adicionalmente, el uso correcto y consistente de condones de látex provee un alto grado de protección contra el VIH y otras ITS.

Es importante mencionar que de acuerdo a las estimaciones del Programa Mundial contra el SIDA de Naciones Unidas (ONUSIDA) en una relación sexual se tiene el 0.1 % de posibilidades de infectarse con el VIH, es decir 1 posibilidad en 1,000. Si el condón reduce en 90% o más las posibilidades de infectarse, esto quiere decir que de 90,000 personas que se expongan al riesgo solo 1 o menos se contagiará del VIH si usa el condón contra 1 de cada 1,000 si no lo usan (CONASIDA, 2006).

No obstante en algunos casos como en Tailandia (*op. cit.*) en donde la información en ciertos grupos ha modificado conductas y disminuido la posibilidad de adquisición de VIH, el mayor conocimiento acerca del virus y sus efectos no ha tenido mayores repercusiones en las actitudes de la mayoría ni ha modificado aquellas prácticas consideradas de riesgo.

En México a partir del año de 1987 (CONASIDA, 2006) diversas organizaciones no gubernamentales iniciaron diversas movilizaciones con el objetivo de detener la propagación del VIH en poblaciones con prácticas sexuales de alto riesgo.

En cuanto a la prevención de la transmisión por transfusión, hay que detectar en las donaciones la sangre infectada con VIH y eliminar los productos que se encuentren

contaminados. Evitar el consumo de drogas, no compartir jeringas ni otro material de inyección y usar un material nuevo cada vez (Espada y Quiles, 2000).

Para prevenir la transmisión perinatal se recomienda usar la prueba de detección para todas las mujeres en edad fértil de embarazarse. Es necesario persuadir a las mujeres infectadas de posponer el embarazo y si ya se encuentran embarazadas, se les debe de ofrecer servicios médicos y sociales adicionales debido al riesgo de infecciones y enfermedades oportunistas, así como alteraciones psicológicas antes y después del parto.

I.1.5 TRATAMIENTOS

La infección con VIH presenta varias manifestaciones, siendo el SIDA la considerada en la actualidad, como la manifestación clínica extrema en la gama de enfermedades relacionadas con el VIH (Durham y Cohen, 1994).

El SIDA representa uno de los retos más grandes de la terapéutica moderna. Se trata de una infección viral sistémica, cuya característica principal es inducir inmunodeficiencia severa, que lleva a los pacientes a tener una susceptibilidad mucho mayor a infecciones por gérmenes oportunistas que con el tiempo los lleva a la muerte. Todos los esfuerzos que se han llevado a cabo para encontrar medicamentos contra el SIDA están orientados a actuar directamente sobre el virus y a reconstituir el sistema inmune del paciente (Ruiz, 1989).

Teóricamente, la única forma de curar la infección por HIV, radica en destruir todas y cada una de las células infectadas, sin permitir que el virus pase a un estado vegetativo que le permita dirigir la maquinaria metabólica celular para sintetizar nuevas partículas infectantes capaces de alcanzar células sanas. Por lo tanto, el objetivo principal de la terapéutica antiviral debe dirigirse a disminuir o a frenar del todo la réplica viral, aunque el material viral mismo no sea eliminado (Romo y Salido, 1997).

Nájera (1998; cit. en Espada y Quiles, 2002) señalan que el VIH tiene una gran riqueza de genes y proteínas reguladoras, que hacen que la interacción del virus con la célula humana resulte muy compleja. Además al replicarse, se producen errores que generan variantes nuevas de virus, de manera que en una misma persona pueden existir distintas cepas de virus con diferencias en su cadena genética. Este hecho dificulta enormemente el control del virus mediante su tratamiento con vacunas.

Es importante señalar que los esfuerzos para controlar la infección por VIH a través del desarrollo de medicamentos antirretrovirales y también del uso de inmunomoduladores han sido intensos. El VIH tiene capacidad de producir virus mutantes resistentes que no responden a los agentes quimioterápicos antivirales, lo que ha generado resultados ambiguos. Los agentes nuevos despiertan gran entusiasmo pero con frecuencia hay que desechar los menos prometedores después de haber sido desarrollados. Sin embargo, se debe considerar que gracias a estas intervenciones el avance total es notable, un número significativo de agentes nuevos han sido aprobados de manera reciente y otro se contemplan en un futuro previsible.

El número de células CD4 es el objetivo final que más se usa, algunos lo denominan indicador sustituto. La cifra CD4 disminuye de manera progresiva en el curso de la infección por VIH y su concentración pronostica el riesgo de desarrollar ciertas infecciones oportunistas y también la declinación clínica. Los cambios en la cifra CD4, inducidos de manera natural por la replicación continua del VIH o incrementada mediante el uso de terapéutica antirretroviral eficaz se convirtieron en un estándar para medir la respuesta de agentes nuevos, la determinación de esta cifra es un indicador más sensible de la actividad de agentes antirretrovirales cuando se compara con la evolución de la enfermedad.

Mientras que el virus se multiplica, las células CD4 van siendo afectadas y en consecuencia, su cantidad disminuye en el organismo. Usualmente tenemos entre 1,000 y 1,200

linfocitos CD4 por mm³ en la sangre. A medida que el virus va matando este tipo de células, el organismo intenta compensar la pérdida y generar mayor producción de linfocitos. Con el tiempo, y a pesar de una disminución notable, una cantidad de 500-600 linfocitos por mm³, puede ser una suficiente para que la persona se defienda de las infecciones oportunistas, sin embargo, cuando las células CD4 descienden por debajo de los 200 mm³ de sangre, la posibilidad de desarrollar síntomas de SIDA se ve incrementada altamente (Luque, 2001).

Es necesario destacar que, por sí mismos, los valores anormales de CD4 no significan un diagnóstico de infección por VIH, siendo siempre necesaria la realización de una prueba que confirme la presencia de anticuerpos contra el VIH. En la actualidad, el sistema de clasificación más ampliamente utilizado es como ya se ha señalado el desarrollado por el Centro para el Control de Enfermedades CDC (Center for Disease Control) de los Estados Unidos que se basa en el recuento de células CD4.

Son dos los tipos de antirretrovirales los que se manejan en pacientes con SIDA: aquellos que inhiben al propio VIH y los que se emplean para el tratamiento de infecciones virales concomitantes. Entre los primeros, existe una cantidad de derivados químicos que inhiben in vitro la replicación del VIH a concentraciones que no son tóxicas a las células del huésped. La mayoría de estos agentes actúan inhibiendo las enzimas como son la transcriptasa reversa (RT) proteasa o glucosidasa.

Hernández, Pérez y Montes (2001) señalan que el tratamiento antirretroviral ofrece claros beneficios a los individuos infectados por el VIH que lo reciben. Cuando se utiliza una combinación potente denominada terapia antirretroviral altamente activa (TARAA), que implica generalmente dos análogos nucleósidos y un inhibidor de proteasa (IP), los cuales en la mayoría de las ocasiones suprimen la replicación viral y como se menciona en McIntyre (2002) más recientemente, análogos de los nucleótidos, se logra 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. Con este tipo de terapia (TARAA), los objetivos ideales son mantener la carga viral en niveles no detectables con incremento progresivo de las cuentas de linfocitos CD4, por el mayor tiempo posible.

El cumplimiento es una de las exigencias más importantes del tratamiento antirretroviral puesto que las pautas son implacables; incluido las menores desviaciones de las pautas prescritas pueden producir resistencias del virus y una pérdida permanente en la eficacia de los medicamentos existentes; aunque muchos pacientes padecen importantes efectos secundarios (McIntyre, 2002).

El uso de los fármacos antirretrovirales disponibles actualmente ha tenido un impacto significativo sobre la morbi-mortalidad de los pacientes con SIDA y sobre la morbilidad de los casos con infección por VIH. Sin embargo, todavía no se dispone de un tratamiento ideal que consiga la curación de la enfermedad. Las estrategias terapéuticas desarrolladas hasta la fecha sólo consiguen efectos beneficiosos que son limitados en el tiempo, de forma que el SIDA sigue siendo una enfermedad mortal. Con los tratamientos utilizados hoy en día se ha conseguido prolongar la esperanza y la calidad de vida de los sujetos con infección por VIH y lentificar la progresión de la enfermedad.

El tratamiento doble, con dos inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleósidos (ITRAN), logra los objetivos ideales sólo en un número limitado de pacientes y por un tiempo mucho más corto (promedio de 12 a 18 meses) que lo demostrado hasta la fecha para triples combinaciones. Sin embargo, los tratamientos dobles han demostrado, aun en aquellos con enfermedad avanzada, algunos beneficios: prolongación de la vida y mejora de la calidad. No obstante, su uso limita en forma importante las opciones de tratamiento futuro, debido al desarrollo de resistencia. Por esta razón, la terapia antirretroviral debe individualizarse, siempre

con una perspectiva futura. En algunos casos será mejor esperar que dar un tratamiento no altamente activo y en ocasiones una terapia doble podría considerarse la única opción para el paciente.

Los inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN), aún cuando también inhiben la mencionada enzima lo hacen en forma muy diferente. Son in vitro muy potentes pero desafortunadamente, si no se usan en esquemas supresivos de la replicación viral originan una rápida resistencia incluso con la aparición de una sola mutación.

Espada y Quiles, (2002) mencionan que otra desventaja en la utilización de los inhibidores de la transcriptasa inversa es que pueden producir entre otras cosas las siguientes reacciones: erupciones cutáneas, dolor muscular, dolor abdominal, fiebres, llagas en la boca, mareos intensos, depresión, tristeza, pérdida de la motivación, insomnio, agitación somnolencia, falta de concentración entre otros. A largo plazo suelen provocar una redistribución de la grasa corporal que suele provocar cambios en el aspecto físico del paciente.

Hasta la fecha se recomienda que toda mujer infectada y que este en embarazo, inicie un tratamiento preventivo con drogas antirretrovirales. Específicamente el AZT. Administrado durante el embarazo, en el momento del parto y al bebé durante las primeras semanas de vidas; el AZT ha demostrado reducir la transmisión del VIH en aproximadamente dos terceras partes de los casos (Luque, 2001).

Un gran cambio en la atención del VIH, es el rápido desarrollo de tratamientos para la infección primaria y también para muchas infecciones oportunistas. La aparición de nuevos tratamientos ha sido espectacular y rápida. Ningún avance terapéutico por si solo ha modificado el curso de la epidemia, pero nuevos medicamentos y combinaciones de agentes dirigidos contra el VIH, además del desarrollo de tratamientos profilácticos para muchas de las infecciones oportunistas, influyen de manera decisiva en mejorar las condiciones de muchos pacientes. Sin

embargo la principal preocupación es la capacidad de los pacientes para tener acceso a los avances logrados en los campos clínicos y de investigación ya que por lo general las combinaciones terapéuticas más recientes son muy costosas (Muma, *y cols.*, 1997).

El tratamiento de la persona infectada por el VIH o enferma de SIDA es extremadamente complejo y requiere de un manejo multidisciplinario de especialistas de diversas ramas de las ciencias de la salud.

El enfermo con SIDA, por lo general requiere una atención médica exhaustiva y constantes cuidados de enfermería; continuamente entra y sale del hospital durante largos periodos, ya sea por hospitalización o por consulta especializada. Además, estos medicamentos requieren de un cumplimiento estricto (McIntyre, 2002). También se requiere de tomar medicamentos en forma crónica para evitar la recurrencia de infecciones. Todo esto hace que su manejo sea extremadamente costoso, ya que a la fecha no existe medicamento o vacuna efectiva que pueda curar o prevenir esta enfermedad.

Para Ayuso (1997) en los últimos años, se ha desarrollado toda una nueva perspectiva en cuanto a la manera de entender esta enfermedad, que incorpora en los modelos de salud-enfermedad las aportaciones de las ciencias sociales y de la psicología médica mediante el modelo biopsicosocial.

La consolidación de la medicina psicosomática y la psiquiatría de enlace, a partir de la integración de los psiquiatras en equipos multidisciplinarios en el ámbito del hospital general y de los equipos de atención primaria, ha permitido que, en paralelo con la sofisticación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se haya puesto en práctica una perspectiva integradora que trata de incorporar las dimensiones psicológicas y sociales que pudieran ser relevantes para la explicación de la enfermedad, su evolución, su pronóstico y su tratamiento.

El modelo biopsicosocial destaca la importancia de la comprensión del comportamiento y la enfermedad desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, en la que se establece la interacción e influencia mutua de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales. Esta integración de diversos profesionales ha sido particularmente necesaria en el ámbito de la asistencia al paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En esta investigación, se considera que uno de los problemas fundamentales con los que se enfrentan los enfermos e infectados por el VIH/SIDA es la falta de recursos psicológicos y conocimiento personal que además deben ser adecuados para lograr una mejora en su calidad de vida.

Por estas razones, se verá al SIDA como un evento estresor al que se le debe afrontar asertivamente, con la intención de prolongar el periodo de vida de los afectados.

I. 2. FACTORES PSICOSOCIALES

I.2.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En la actualidad la preocupación por las diferencias individuales, el resurgimiento del interés en materia psicosomática, el desarrollo de una terapia conductual dirigida al tratamiento y a la prevención de la enfermedad y de estilos de vida con elevado riesgo para la salud, han provocado un incremento en el interés por el estudio del estrés y sus estrategias de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1986); citando a Lumsden (1981) mencionan que durante el siglo XIV el término estrés fue utilizado para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. En la medicina durante el siglo XIX este concepto se empleó como un antecedente de la pérdida de la salud; mientras que en 1932, Cannon consideró al estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones tales como: frío, falta de oxígeno, apetito, etc.

En el área de la Psicología a principios de siglo XX se manejó el término de ansiedad en lugar de estrés entendiéndolo más bien; como una estructura organizadora enfocando su significado a las teorías psicodinámicas para explicar procesos de Psicopatología.

Lazarus y Folkman, (1986) afirmaron que el estrés se ha definido casi siempre, como un estímulo o como una respuesta. Las definiciones en las que se considera como un estímulo se centran en los acontecimientos del entorno tales como desastres naturales, condiciones nocivas para el organismo, enfermedad o despido laboral. Estas definiciones aceptan que ciertas situaciones son de forma universal, estresantes sin embargo; no tienen en cuenta las diferencias individuales en la evaluación de dichas situaciones.

Un ejemplo que ilustra la definición del estrés como estímulo es la creación de una de las primeras escalas modernas para medir el estrés; la escala de Valoración de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967) cit. en Lazarus (1999); este instrumento fue diseñado precisamente para identificar los cambios vitales comunes sobre la base de la cantidad de esfuerzos necesarios para manejarlos; que desde este punto de vista los cambios en la propia vida, especialmente las derrotas y las pérdidas, son estresores psicológicos para la mayoría de las personas haciendo del estrés un estímulo.

Lazarus y Cohen (1977; cit. en Lazarus y Folkman, 1986) sugieren que hay tres tipos de acontecimientos que actúan como estímulos inductores del estrés: los cambios mayores, los cambios menores; que afectan a una sola persona o muy pocas y los ajetreos diarios. Aunque los acontecimientos estresantes pueden hallarse fuera de control del individuo, como por ejemplo la muerte de un ser querido o una enfermedad, también pueden ocurrir acontecimientos que estén fuertemente influidos por el estrés. Algunos autores como Holmes y Masuda (1974; cit en *op. cit.*) también señalan la teoría de que cualquier cambio, sea positivo o negativo puede tener un efecto estresante en los individuos.

Sin embargo, aunque ciertas condiciones estimulantes son perjudiciales o amenazantes para todas o la mayoría de las personas podemos observar que, el grado y tipo de respuesta de estrés, incluso ante condiciones muy estresantes puede variar de una persona a otra. Como resultado de diferentes estudios Lazarus, (1999) indica que cada vez fue más claro que no pueden predecirse las reacciones bajo condiciones estresantes sin referirse a los rasgos personales y a los procesos que explican las diferencias individuales en el modo en que responden las personas a los estímulos estresantes.

Por otro lado, para Lazarus (*op. cit*) las definiciones que consideran al estrés como una respuesta hacen referencia únicamente al estado de estrés, ya que se habla del individuo como dispuesto a reaccionar ante el estrés, como alguien que esta bajo estrés, etc. Éste se refiere únicamente a la reacción del organismo ya sea psicológica, sociológica o conductual. El estímulo estresante se define fundamentalmente por el hecho de existir la respuesta de estrés, y la respuesta de estrés, se define a su vez mediante la referencia al estímulo que la provocó en primer lugar. Así mismo señala que este tipo de respuesta sería más fácil de justificar si todas las personas respondieran ante determinados sucesos del mismo modo.

En 1936, Hans Selye (cit. en Lazarus y Folkman; 1986) utilizó el término estrés para definir con él un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas); para él, el estrés no era una demanda ambiental (a la cual le llamó estresor), sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como una respuesta a tal demanda.

Basándose en los dos modelos propuestos por Selye; Lazarus y Folkman (1986) explican el fenómeno de salud y enfermedad, distinguiendo el modelo de Generalidad que considera a la enfermedad como resultado de los efectos de desequilibrio fisiológico sobre los mecanismos inmunológicos de los efectos metabólicos de las hormonas en el estrés. Y 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., cit. en Villagrán (2001)) y/o los efectos directos de la conducta del afrontamiento. Destacando que con este modelo, el afrontamiento puede afectar a la salud mediante otras vías distintas al desequilibrio fisiológico.

Las investigaciones y formulaciones teóricas de Selye describen el modo en que responde el organismo cuando debe movilizarse para manejar los peligros y amenazas a su integridad. También describió que el Síndrome General de Adaptación es el encargado de defender al organismo de las condiciones nocivas o los estresores físicos.

Este está compuesto por tres estadios: reacción de alarma, resistencia y agotamiento. Aunque el Síndrome General de Adaptación ayuda a sobrevivir ante los entornos nocivos si las dificultades debilitan tanto al organismo que éste ya no puede sostenerse, entonces se produce la muerte. Además propuso que el iniciador de este síndrome podía ser tanto psicológico como físico, es decir que este proceso puede ser generado tanto por las amenazas o daños psicológicos así como por agentes fisiológicamente nocivos (Lazarus, 1999).

Además de que el concepto del Síndrome General de Adaptación de Selye proporcionó apoyo a las teorías de la Generalidad puesto que definió que existe una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier clase de demanda del entorno, incluidas las psicosociales; también este énfasis sobre una reacción inespecífica del organismo frente a distintas demandas ambientales, indujo a concebir la enfermedad como algo al margen de la naturaleza específica de las demandas psicosociales. Afirmando que la razón de que aparezca una enfermedad u otra va a depender de las diferencias individuales, en los condicionamientos pasados o en las vulnerabilidades determinadas genética o constitucionalmente.

En la actualidad el interés por el estudio de los fenómenos psicosomáticos surgido desde los trabajos de Selye, ha clarificado que las enfermedades no son producidas solamente por agentes externos o accidentes traumáticos sobre el organismo; sino que además, se debe de considerar los factores sociales y psicológicos que hacen que los organismos sean más vulnerables o resistentes a la enfermedad.

Otra definición del estrés es la de relaciones; en donde se define que la relación organismo-ambiente es la que determina la condición de enfermar ya que una persona no se enferma como resultado único de la existencia de agentes nocivos en el medio ambiente, sino más bien como resultado de la sensibilización a esos agentes.

En este contexto, el término estresor es a menudo utilizado para referirse a las condiciones ambientales y organizacionales y el término forzar es usado para referirse a las respuestas del individuo. Por lo tanto, para Lazarus y Folkman, (1986) el estrés por sí solo no es suficiente causa de enfermedad, ya que para que ésta se produzca deben ocurrir otras dos condiciones: tejidos vulnerables y procesos de afrontamiento inadecuados.

Lazarus (1999) definió al estrés como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal, por lo tanto no considera al estrés como una variable si no como una rubrica de distintas variables y procesos.

Así mismo señaló que para que una relación sea estresante, deben darse ciertas condiciones, la persona debe desear algo del medio, ya sea evitar ciertos resultados aversivos o lograr ciertos resultados que congenien con la gratificación de metas o expectativas importantes. Éstos son significados relacionales sobre los que se basa el estrés psicológico.

Lazarus y Folkman (1986) conciben el estrés como un estado que refleja las interacciones entre los elementos del estrés y los recursos internos y externos para manejarlos. De acuerdo a otros modelos el estrés físico es un factor objetivo e incontrolable, mientras que en el estrés psicológico, quien lo padece no sólo es una víctima pasiva, si no que también es capaz de darle forma a la experiencia del estrés.

Villagrán, (2001) menciona que este tipo de reacción al estrés y la capacidad resultante del ajuste en el futuro son determinados por variables tales como: la evaluación cognoscitiva, respuestas de afrontamiento y el estrés como proceso transaccional. La transacción implica que el estrés esta 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

Lazarus y Folkman (1986) afirman que en el análisis del estrés, el afrontamiento y de la salud, las evaluaciones de daño, amenaza o desafío se ven acompañadas de estados emocionales de toda clase de intensidades; ya que se parte de que la enfermedad da lugar a emociones derivadas de cambios masivos del organismo y generalmente tales emociones son intensas y negativas.

Las personas y los grupos difieren su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos, así como en sus interpretaciones y reacción ante los mismos. Por ejemplo ante un proceso terminal, el individuo suele negarse a afrontar el hecho de una muerte eminente, sin embargo puede también desarrollar ansiedad al considerar un problema una y otra vez o deprimirse.

Ya que el ser humano para sobrevivir necesita distinguir entre situaciones que sean favorables contra peligrosas, estos investigadores sostienen que el estrés psicológico es el

resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Para Villagrán (2001) el SIDA es un evento traumático y estresante para la población en general y en especial para el individuo y la familia que lo padece, siendo por lo tanto un estímulo nocivo que produce un conjunto de reacciones fisiológicas y emocionales a las personas que tienen relación con esta enfermedad. Además como padecimiento social; repercute en varios niveles: social, y económicamente ya que el individuo que padece esta enfermedad representa un costo social elevado para la sociedad, es un individuo menos dentro de la población económicamente activa (cuando la enfermedad ya esta muy avanzada), además de presentar una carga dentro del sistema de salud pública ya que; se invierten enormes cantidades de dinero para prevenir o para tratar las infecciones secundarias derivadas de esta enfermedad.

Para Brengelman (1993) no son las situaciones de estrés en sí las que llevan a la salud o a la enfermedad del individuo, si no el afrontamiento habitual de las personas a los problemas de la vida diaria. Para él, las reacciones al estrés son formas ineficaces de afrontar las situaciones de presión ya que la persona que esta estresada experimenta numerosas variantes de los problemas psicológicos, así como tensión muscular y limitación del rendimiento con frecuencia incluso antes de solucionar el problema.

Barrón (1996) también ofrece la opción de concebir el estrés como un proceso dividido en tres diferentes campos conceptuales: fuentes (acontecimientos vitales estresantes), mediadores (estrategias de afrontamiento, apoyo social) y manifestaciones del mismo (angustia psicológica, desequilibrio emocional, etc.).

También Barrón (1997) define los acontecimientos vitales estresantes como aquellos eventos que requieren un ajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por éstos como indeseables.

Levine (1970; cit en *op. cit.*) afirma que ante los acontecimientos vitales estresantes, el organismo reacciona con mecanismos patogénicos que, en función de la presencia o ausencia de una serie de variables que interactúan entre sí, pueden ser precursores de trastornos. En ese sentido, el estrés puede tener consecuencias físicas, (trastornos cardiovasculares, cáncer o problemas respiratorios), psicológicas (diversas enfermedades mentales y trastornos psicosomáticos), conductuales (tabaquismo, alcoholismo, accidentes) y sociales (ausentismo laboral, conflictos familiares, etc.).

Cotton (1990) cit. en Cruz y Vargas, (2001) considera la siguiente clasificación de las situaciones que inducen al estrés:

a) Estresores físicos: condiciones que nos afectan primordialmente en nuestro cuerpo tales como cambios extremos de temperatura, la contaminación ambiental, un choque eléctrico o el ejercicio prolongado.

Aquí es necesario señalar que los estresores físicos se relacionan con la reacción del organismo a las condiciones nocivas; el término nocivo significa perjudicial para los tejidos vivos. Agentes nocivos importantes incluyen los daños derivados de accidentes, la ingesta de sustancias perjudiciales como el alcohol, las drogas o los fármacos, la invasión de microorganismos como las bacterias o virus y los crecimientos anormales como los cánceres o tumores malignos que se extienden descontroladamente y que pueden producir la muerte (Lazarus, 1999).

b) Estresores Psicológicos: aquellas amenazas que son atribuibles a la reacción interna de la persona, pensamientos, sentimientos y preocupaciones acerca de las amenazas percibidas. El mismo autor destaca cómo estos estresores son más subjetivos dado que la amenaza involucra la interpretación que hace la persona de un determinado suceso.

c) Estresores psicosociales: provienen de las relaciones sociales, generalmente por aislamiento o excesivo contacto.

Respecto al impacto en lo individual que generan las situaciones anteriormente expuestas, Acuña (1998) menciona que la aparición de una enfermedad después de experimentar un número de sucesos estresantes es muy variable de individuo a individuo, es decir; mientras algunos caen enfermos, otros conservan su salud.

Esta diferencia en las reacciones individuales ante los distintos acontecimientos se ha relacionado a su vez, con un número de variables psicológicas que actúan como moduladores del estrés sobre la salud. Algunas de estas variables son las redes de apoyo y las respuestas de afrontamiento ante dichas situaciones.

Por tales motivos, se considera imprescindible estudiar más acerca de las capacidades y recursos psicológicos que aportan una ayuda primordial para combatir los padecimientos estresantes, tanto sociales como morales, físicos e individuales que acechan a las personas en riesgo de infectarse con el VIH y a aquellas que ya tienen la enfermedad del SIDA.

Para conocer más sobre los efectos del estrés y las consecuencias psicológicas relacionadas con éste, se han realizado diversos estudios con poblaciones particulares; algunos ejemplos se describen a continuación.

Para Villagrán (2001) 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; cit. en *op. cit.*) un suceso tan negativo que es aun peor que la muerte. La adquisición del VIH/SIDA por alguno de los miembros de una familia es por lo tanto un estímulo estresante que obliga a los individuos y a su familia a exhibir una serie de estrategias para hacerle frente al estímulo estresor.

Por otro lado Ortiz-Tello (1997) señala en un estudio que en el desconocimiento inicial del VIH/SIDA, al carecer el individuo de recursos suficientes o adecuados para afrontar la nueva situación; ésta repercutía en su forma de enfrentarse a la enfermedad ya sea en sus formas de manifestar el diagnóstico, las explicaciones a los familiares, el no saber si debían dar a conocer a los afectados el alcance de lo que tenían por temor al propio contagio, etc.

En el caso del VIH se ha observado que el principal agente estresor es la incertidumbre, aspecto que en muchas ocasiones es difícilmente manejable. Esta comienza desde antes de conocer el diagnóstico de si se tiene esta enfermedad. Aunque ésta no se acaba en el momento de recibir un diagnóstico positivo si no aumenta al no saber como se desarrollará esta enfermedad.

Para Vera y Buela (1999) la entrega de un diagnóstico de SIDA; como también de cáncer, puede ser entendida como la entrega de un evento aversivo e incontrolable que puede afectar las variables inmunológicas y favorecer la presencia de enfermedades oportunistas.

Weissman y Cooper (1993; cit. en *op. cit.*) señalan que la función principal del sistema inmune es identificar y eliminar cualquier agente que pudiera comprometer el adecuado equilibrio del organismo.

La visión del estrés como amenaza incluye que tiene que ser desagradable y perturbador. El grado mayor de estrés de origen psicológico irá acompañado de una intensa tristeza. Así, también en la muerte de un ser muy querido, el estrés causa disminución de las defensas biológicas produciéndose inmunodepresión.

La magnitud de la inmunodepresión inducida por el estrés viene determinada, más que por el acontecimiento estresante en sí mismo, por su impacto emocional, el cual depende en buena medida, de variables cognitivo-conductuales relacionadas con la apreciación y el

afrontamiento del estresor. En principio, estos efectos inmunológicos deberían tener consecuencias para la salud del organismo aun cuando, hasta el momento realmente son pocas las investigaciones que han abordado este tema desde esta visión (Borras, 1994).

No obstante, una hipótesis propuesta es que la inmunosupresión inducida por el estrés psicológico podría representar: 1) un mayor riesgo de infección en caso de exposición al VIH-1; 2) la reactivación del virus de su asociación latente con linfocitos T cooperadores promoviendo la progresión de un estado seropositivo asintomático a la presentación de síntomas clínicos y enfermedades oportunistas (complejo relacionado con el SIDA o CRS, y SIDA) y 3) una potenciación de la replicación del VIH-1 con el consiguiente agravamiento del curso de la enfermedad.

Por otro lado Aldwin (1994; cit. en Reeves, Merriam, Sharan y Courtenay, 1999) afirma que el estrés es tan generalizado que intuitivamente parece improbable que sus efectos en la adaptación sean sólo negativos. Además confirma que el afrontamiento del estrés puede fomentar un cambio o transformación tanto que; promueve la homeostasis ya que cuando el afrontamiento se manifiesta como una estrategia homeostática, las emociones son manejadas, los problemas se solucionan y la vida regresa a lo normal.

Epstein en 1991 y Janoff-Bulman en 1989, (cit en *op. cit.*) investigadores del trauma, fueron entre los primeros que notaron los beneficios positivos del estrés, viéndolo como un catalizador que promueve el sentido de la situación para lograr una autotransformación.

Aldwin (1994; cit en *op. cit.*) sugirió que el estrés puede proveer una oportunidad para un desarrollo adulto.

Para Andrews y Robinson (1991; cit. en López, 1997) los factores sociales y psicológicos tales como: la depresión, la ansiedad, el estrés, el apoyo social, el nivel de control interno y externo así como el desarrollo del rol influyen en los procesos asociados al bienestar.

Para Fierro (1997) los eventos estresores y los recursos influyen en la salud y el bienestar. Ya que el estrés llega a afectar y a alterar el sistema inmunológico del organismo lo cual lo hace más vulnerable a agentes de infección que pueden provocar la enfermedad.

Gómez (2000) señala que en la actualidad existen muchas investigaciones que han demostrado que hay una serie de variables además del afrontamiento, que pueden moderar el efecto psicológico o fisiológico de la experiencia del estrés: ciertos estilos de personalidad, la autoestima, el apoyo social, percibir o no control sobre la situación, la experiencia previa con la situación concreta o con otras similares, los eventos críticos previos o actuales y el momento de la vida que esta atravesando la persona son algunos ejemplos.

Rusiñol, Gómez, De Pablo y Valdés (1993) señalan que la ansiedad (como consecuencia psicológica del estrés) se puede caracterizar por un estado de anticipación que implique una evaluación de la situación ya sea de amenaza, desafío, daño o pérdida. Las evaluaciones que el individuo haga van a estar limitadas por sus propios recursos y por los factores específicos de la situación.

Lazarus y Folkman (1986) señalan que la evaluación cognitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre el individuo con determinadas particularidades y el entorno cuyas características deben predecirse o interpretarse.

Al adquirir nueva información y elaborar nuevos pensamientos, éstos modificarán retroactivamente la evaluación inicial de amenaza, aumentándola o disminuyéndola, en función de la evaluación posterior de lo que está ocurriendo y de lo que podemos hacer al respecto. Esto

significa que la evaluación de una situación es un proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provoca en un individuo.

Lo crucial para la activación de la respuesta de estrés es el significado elaborado por una persona ante o lo que está sucediendo. A menudo la evaluación de la importancia de la nueva experiencia es fundamentalmente idéntica a la evaluación de la experiencia anterior para nuestro bienestar personal a pesar de las diferencias en los detalles (Lazarus, 1999).

Lazarus y Folkman (1986) subrayan la existencia de dos procesos en esta relación:

Primero, la evaluación cognoscitiva o valoración que determina si, y hasta que punto, una relación particular entre el sujeto y el ambiente es estresante. La cual se subdivide en evaluación primaria y secundaria.

La evaluación primaria se refiere a si lo que sucede es relevante para los propios valores, compromisos relativos a los objetivos, creencias sobre el self y el mundo e intenciones situacionales. Se refiere también al proceso evaluativo llevado a cabo sobre la demanda ambiental a partir del cual se decide si ésta es:

a) irrelevante, es decir que no tiene ninguna implicación;

b) benigna-positiva, cuando preserva el bienestar o ayuda a conseguirlo o

c) estresante; la situación significa daño/perdida, es decir, cuando el individuo ya recibió algún perjuicio, lesión, enfermedad o incapacitante; o bien significa amenaza, es decir, los daños o pérdidas no ha 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.

Cuando estamos en peligro y bajo amenaza o desafío, es preciso actuar sobre la situación, en este caso predomina una forma de evaluación dirigida a determinar que puede hacerse.

La evaluación secundaria se refiere al proceso cognitivo-evaluador que se centra en lo que puede hacer la persona sobre la relación estresante persona-medio, especialmente cuando se ha producido una valoración primaria de daño, amenaza o desafío.

Las evaluaciones que el individuo hace de una interacción específica con el entorno está determinada a su vez por los factores que hacen referencia al individuo como sus compromisos, sus vulnerabilidades, sus creencias, sus propios recursos y por los factores propios de la situación entre los que pueden citarse su misma naturaleza y su eminencia temporal entre otros (Grzib, Ortega y Brengelman; 1993).

Tres son las variables personales que interactúan con las variables ambientales especialmente importantes para modelar la valoración: los objetivos y la jerarquía de objetivos, las creencias sobre el self y el mundo y los recursos personales que aporta el individuo a las transacciones con el medio. Estas variables influyen sobre lo que somos capaces e incapaces de hacer mientras buscamos la gratificación de las necesidades, el logro de objetivos y el manejo del estrés producido por las demandas, las limitaciones y las oportunidades.

Dentro de los recursos personales o individuales dos características del individuo influyen en la evaluación: los compromisos y las creencias. Estas variables intervienen en 1) la evaluación determinando que es lo más importante para conservar su bienestar, 2) de que modo el individuo entiende la situación poniendo en marcha reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento y 3) cuales son las bases para evaluar los resultados (Wrubel, Benner y Lazarus; 1981 cit. en Lazarus y Folkman, 1986).

Dentro de los factores situacionales que influyen en la evaluación la novedad, la predictibilidad y la incertidumbre; así como el tiempo determinan el grado en el que un acontecimiento es evaluado por un individuo como estresante o no; esto debido a que una situación completamente nueva será capaz de provocar una amenaza solo si algunos aspectos de ella se han relacionado alguna vez con un daño o no, esta característica favorecen las deducciones para la evaluación de la situación.

En el caso de que la incertidumbre sea máxima suele ser estresante ya que puede tener un efecto inmovilizador sobre los procesos anticipatorios del afrontamiento y también puede provocar una confusión mental. La incertidumbre temporal resulta estresante solo cuando ciertas señales de amenaza indican que el acontecimiento va a ocurrir es decir ante la eminencia de su aparición.

Los acontecimientos a destiempo son más amenazantes porque no son esperados y por lo tanto privan al individuo del apoyo del grupo, de la sensación de satisfacción o de la oportunidad de preparar un afrontamiento anticipatorio.

Así mismo, Lazarus (1999) señala que las variables ambientales que influyen sobre el estrés son las demandas, las limitaciones, las oportunidades y la cultura.

Las demandas consisten en presiones explícitas o implícitas del medio social para actuar en cierto modo y mostrar actitudes socialmente correctas. Estas demandas ambientales y los conflictos que crean en nuestras metas y creencias internas se encuentran entre las fuentes más obvias del estrés psicológico. El modo de manejar estas demandas y conflictos; así como las emociones, influyen sobre nuestra moral, funcionamiento social y bienestar físico.

Las limitaciones definen lo que las personas no deberían hacer, que suelen ir seguidas por el castigo si son violadas. Que las limitaciones generen un conflicto dependen de la combinación entre las necesidades del individuo y los valores de la institución.

La oportunidad se deriva de la temporalización afortunada pero también depende de la sabiduría para saberla reconocer. Algunas veces podemos facilitar su aparición o uso de una oportunidad mediante la actividad preparatoria.

Las variables culturales son factores ambientales, con el único potencial de modelar las emociones para que el potencial se convierta en una realidad de cualquier individuo, las variables y los significados culturales deben internalizarse y convertirse en parte de las metas y creencias de dicho individuo. De otro modo lo que tenemos es un mero cumplimiento público pero no un compromiso (Kelman; cit. en Lazarus, 1999).

La evaluación secundaria se enfoca en valorar las posibles alternativas que solucionen el problema. Durante esta 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. Además incluye valorar también las consecuencias de utilizar una estrategia determinada o un grupo de ellas respecto a otras demandas internas y/o externas que podrían ocurrir simultáneamente. Aunque ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en un número considerable de personas, las diferencias individuales y de grupo, en cuanto al grado y clase de respuesta, son siempre manifiestas.

La forma en que un individuo afronte una situación dependerá principalmente de los recursos que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto

de una interacción determinada, los recursos son factores que preceden e influyen en el afrontamiento, lo que a su vez interviene en el estrés.

Es necesario mencionar que Lazarus (1993; cit. en López, 1997) postula que la evaluaciones que realizan los individuos están mediadas por el propio significado personal que tiene para ellos el contexto con el que deben interactuar. Por lo tanto, resalta que en el estudio del estrés como proceso lo importante es examinar que es lo que se dicen así mismos los individuos cuando realizan esfuerzos para interactuar con un determinado contexto que es evaluado como estresante.

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 con base a la nueva información recibida del entorno y/o con base a la información que se desprende de las propias reacciones de este. En algunos casos una amenaza puede reevaluarse como carente de fundamento o por lo contrario, una evaluación previamente positiva puede transformarse en otra amenazadora. Por lo tanto el proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por la reevaluaciones cognitivas que difieren de la evaluación en el hecho de que las siguen y las modifican.

El segundo proceso dentro de la evaluación cognitiva es el afrontamiento o proceso mediante el cual la persona organiza las demandas de la relación individuo/ambiente que evaluó como estresantes (afrontamiento dirigido al problema) y las emociones que ello genera (afrontamiento dirigido a la emoción). Se trata de todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para organizar las demandas externas y/o internas que, tal y como lo evalúa el individuo, superan los recursos adaptativos.

Existe una relación inseparable entre el estrés y el afrontamiento; el primero puede verse como el causante del segundo y su función será sobrellevar una situación inminente.

Para Orlandini (1999) las estrategias de afrontamiento se adquieren en la familia, en la escuela, el trabajo y en la cultura en general, actúan como amortiguadores del impacto del estresor y su adquisición puede considerarse como una promoción de la salud y una prevención de las enfermedades por estrés.

López (1997) menciona que la búsqueda de equilibrio, así como la capacidad del individuo para adaptarse y/o cambiar el medio a partir de sus estrategias de afrontamiento genera un mayor bienestar; es decir que en cuanto mayor sea su efectividad personal mayor será su nivel de satisfacción general.

Lazarus y Folkman, en 1986 definieron el afrontamiento como el “conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos”.

Moss y Billings (1982; cit. en Del Barrio, 1997) concluyen que la investigación sobre el tema del afrontamiento puede dividirse de acuerdo a los diferentes marcos teóricos que existen en la Psicología, de la siguiente manera:

Psicoanalítica: Atiende a los mecanismos de defensa del ego que pone en marcha para resolver los conflictos entre pulsión y realidad.

Evolutiva: Pone en relieve que a medida que se progresa en la edad se incrementan las fuentes de afrontamiento (autoestima, autoeficacia, autocontrol).

Conductual: Enfatiza la solución de problemas y la autoeficacia

Ecología o ecléctica: Reúne todas las formas posibles de afrontamiento para el proceso de adaptación al medio.

Transaccional: Propone la interacción de diferentes elementos para hacer frente a las demandas y tensiones.

Hablar del afrontamiento como un proceso significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose, estos son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Mientras ocurre este proceso característico de la vida humana, aparecen una serie de sentimientos y consecuencias psicológicas en la persona que está experimentando un suceso estresante.

Menninger (1963; cit. en Lazarus y Folkman 1986) identifica cinco órdenes o recursos reguladores, clasificándolos de acuerdo con el nivel de desorganización interna que indican:

a) Recursos de afrontamiento de primer orden tales como el autocontrol, el humor, el llanto, lamentarse, discutir, pensar, liberar la energía de una u otra forma; 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 las 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 organización y el quebrantamiento mínimo, la crítica a este planteamiento es que cualquier indicio de descontrol o desequilibrio por definición descalifica el recurso.

Los resultados de un estudio realizado por Rusiñol, Gómez, De Pablo y Valdés (1993) coinciden en buena medida respecto al trabajo de Folkman y Lazarus en tanto que las estrategias de afrontamiento de mayor relevancia que ellos mencionan son las de distanciamiento y designación de responsabilidad aunque lo completan con la escala de reevaluación positiva.

En un estudio aplicado a 71 mujeres con cáncer cervicouterino realizado por Valderrama, Carbellido y Domínguez en 1995 de acuerdo a sus resultados obtenidos, el estilo de afrontamiento más utilizado fue la negación, muy cercanamente le siguió la racionalización religiosa ya que de acuerdo también con la bibliografía existente, una forma de reducir la ansiedad provocada por la enfermedad crónico-degenerativa es la búsqueda de apoyo social por las personas significativas del entorno; con el mismo valor, aparecieron los esfuerzos conductuales para reducir el problema, tales como asistir al médico.

Así mismo los resultados de este estudio mostraron que los pacientes utilizaron varios estilos de afrontamiento y no exclusivamente orientados en una sola dimensión. Ante la enfermedad hacen uso de una amplia gama de esfuerzos cognoscitivos y conductuales para controlar el problema y sus consecuencias emocionales.

Para otros autores como Fierro (1997) existe un amplio rango de conductas de afrontamiento que van desde la defensa perceptiva hasta el apego, la agresión, la reactancia, la comunicación social, la búsqueda de información o de apoyo social.

Lazarus y Folkman (1986) proponen diferentes categorías; consideradas principalmente propiedades del individuo, para clasificar los recursos de afrontamiento estas son: la salud y la energía (recursos físicos) las creencias positivas (recursos psicológicos), las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas. El resto de las categorías son más ambientales e incluyen los recursos sociales y materiales

Como recurso de afrontamiento el importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante. Dentro de las creencias positivas se incluyen aquellas generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas.

Dentro de las técnicas para la solución de problemas incluyen: la habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado (Janis; 1974; Janis y Mann; 1977 cit. en Lazarus y Folkman; 1986).

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

Ya que los recursos de afrontamiento, son fuente de inmunidad sobre el daño que puede originarse por el estrés, ya sea reduciendo la capacidad de enfermar o bien incrementando la probabilidad de alcanzar y mantener mayores niveles de salud, para autores como López (1997) dichos recursos engloban dos dimensiones complementarias: una interna ligada a las disposiciones de la personalidad y otra externa asociada a las diferencias socioculturales propiciadoras de un cierto estilo de vida. Ambas dimensiones interactúan mutuamente, predisponiendo a los sujetos a comportarse de modos concretos y característicos, lo que hace referencia a las estrategias de afrontamiento utilizadas en contextos específicos.

Ya que en cualquier interacción con el entorno, el problema clave del individuo consiste en formarse una serie de juicios realistas sobre las implicaciones que la interacción tendrá en su bienestar. Una evaluación que proporcione unos resultados apropiados y efectivos debe como

mínimo, aproximarse al flujo real de los acontecimientos. El desajuste entre la evaluación y el suceso real puede tomar dos formas básicas: o el individuo valorará daño, amenaza o desafío en situaciones y grados en los que no se dan o bien la evaluación reflejará un fracaso en el reconocimiento del daño, amenaza o desafío en los casos que aparezca (Caplan y cols., 1983; cit. en Lazarus y Folkman, 1986).

Las discusiones de Anderson (1977) y Strickland (1978), citados en *op. cit.* sugieren que las creencias generales sobre el locus de control influyen en el afrontamiento ya que las situaciones evaluadas como susceptibles de cambio se asocian más con estrategias dirigidas al problema, en cambio las situaciones que tenían que aceptarse sin posibilidad de cambio se asociaron con estrategias dirigidas a la emoción.

Es importante mencionar que aunque los recursos del individuo no son suficientes para predecir su modo de afrontamiento se puede afirmar que la relación entre recursos y afrontamiento se halla mediada por las coacciones personales y ambientales y por el grado de amenaza.

Sin embargo también se ha mencionado que existen varios mecanismos por los cuales el afrontamiento puede afectar de forma adversa la salud del organismo:

a) el afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés,

b) puede afectar la salud de forma negativa aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como el alcohol, las drogas y el tabaco o

c) cuando abocan al individuo a actividades que significan un riesgo importante para su vida. Incluso las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad.

Existe una amplia variedad de estrategias de afrontamiento que utilizamos ante un acontecimiento vital estresante. Por lo que los resultados observados se diversificaran para apoyar de manera positiva o negativa, según la estrategia utilizada la solución de una situación estresante, tal como podría ser el padecer una enfermedad crónica degenerativa.

La importancia de los procesos de evaluación y afrontamiento radica en que ambos influyen en la adaptación, ya que el estrés algunas veces hace que el individuo desarrolle recursos adaptativos que nunca había pensado tener.

Un afrontamiento exitoso tendrá como consecuencia la disminución del riesgo de aparición de determinados factores psicosociales (ansiedad, depresión, estrés) de un lado y aumento en los niveles de variables que podrían considerarse saludables desde el punto de vista psicológico, logrando como resultado un mayor bienestar (López, 1997).

La efectividad del afrontamiento en una situación determinada también se basa en que una persona que domine un problema de forma efectiva y sin un gran costo emocional, es decir que la regulación del malestar (afrontamiento dirigido la emoción) y el manejo del problema que esta ocasionando tal malestar (afrontamiento centrado en el problema).

Por otro lado López, (1997) señala que un afrontamiento efectivo también incrementa la posibilidad de un resultado adaptativo. Lazarus (1993; cit. en *op. cit.*) indica que el éxito de los resultados habrá que entenderlo como el grado en que la revaloración realizada por el individuo se asocia con los pensamientos y acciones que conformar en afrontamiento. Por lo tanto, el hecho de afrontar es, en sí mismo, indicativo de un cierto nivel de adaptación,

independientemente del éxito de los resultados que se deriven de él. Para Lazarus (1990; cit. en *op. cit.*) el valor adaptativo de un determinado tipo de afrontamiento depende de las características de la situación estresante considerada y del control que se percibe tener sobre dicha situación.

Sin embargo para este mismo autor en ocasiones las estrategias de afrontamiento se dirigen hacia la práctica de comportamientos que, aun cuando sean eficaces en el manejo de una situación específica, atentan contra la propia salud, propiciando una mayor vulnerabilidad a la enfermedad.

Aunque el estudio del afrontamiento como proceso para Lazarus y Folkman, (1985; cit en *op. cit.*) debe tener tres criterios: ser examinando desde un contexto estresante específico, b) considerar que es lo que el individuo hace actualmente, frente a lo que a lo que suele hacer o podría hacer y c) realizar múltiples evaluaciones durante un determinado periodo de tiempo y en un determinado contexto, con el objeto de examinar los cambios de afrontamiento que se produzcan.

Es importante aclarar que cuando el individuo obedece más a repuestas automatizadas como mecanismo de control; estamos hablando de estilos cognitivos más que a estrategias de afrontamiento en donde sí se requiere de un esfuerzo para solucionar la situación que excede o desbordan los recursos disponibles del individuo. Aun cuando la mayoría de las conductas de afrontamiento se convierten en automáticas una vez que son aprendidas.

I.2.1.1 MODOS DE AFRONTAMIENTO DIRIGIDOS AL PROBLEMA

Para Lazarus y Folkman (1986) las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste, generalmente están enfocadas en la definición del problema, la búsqueda de soluciones alternativas, la consideración de tales

alternativas con base en su costo-beneficio, su elección y aplicación. Este tipo de afrontamiento tiene mayores posibilidades de aparecer cuando las condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio.

Kahn y cols. (1964; cit. en *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 aceptación, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o aprendizaje. En ese sentido se podría hablar de reevaluaciones cognoscitivas dirigidas al problema.

Otra función del afrontamiento esta enfocado a regular las respuestas emocionales surgidas de un problema específico (afrontamiento dirigido a la emoción). Este afrontamiento tiene una mayor probabilidad de aparecer cuando ya ha habido una evaluación que dio como resultado que no se puede hacer nada para modificar las condiciones nocivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

Los cambios en la relación del individuo con el entorno, promovidos por la conducta llevada a cabo durante la interacción estresante puede poner en claro la necesidad de regular las emociones o indicar que tal regulación se ha hecho todavía más necesaria (Lazarus y Folkman, 1986).

Es por eso que decimos que el afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular el entorno o problema causante de la perturbación (afrontamiento dirigido al problema) y regular la respuesta que surge a partir de esta situación (afrontamiento dirigido a la emoción).

I.2.1.2 MODOS DE AFRONTAMIENTO DIRIGIDOS A LA EMOCIÓN

Procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Otros grupos de estrategias incluyen aquellas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional, ya que algunos de los individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor, o bien como medio para precipitarse a la acción.

El afrontamiento dirigido a la emoción tiene como función cambiar el modo en que es entendida la relación con el ambiente estresante y el significado de lo que está ocurriendo, lo que mitiga la sensación de estrés aun cuando no hayan variado las condiciones actuales de la relación (López, 1997). Es necesario mencionar que las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden facilitar el afrontamiento centrados en el problema, en tanto que los primeros sirven para regular emociones que podrían impedir la actividad dirigida a intentar modificar la situación.

Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, estas estrategias equivalen a la reevaluación. Sin embargo si el cambio introducido se basa en una interpretación realista de las señales emitidas o una distorsión de la realidad, es decir que intentan cambiar el significado de la situación son llamados reevaluaciones cognitivas.

I.2.1.3 RELACIÓN ENTRE LAS FUNCIONES DE AFRONTAMIENTO DIRIGIDOS AL PROBLEMA Y A LA EMOCIÓN (MODO DE AFRONTAMIENTO MIXTO)

Teóricamente, tanto el afrontamiento dirigido al problema, como el dirigido a la emoción pueden interferirse entre sí en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo la aparición

del otro. A la combinación de actos o intentos de hacer algo activo en combinación con los recursos sociales se le conoce como afrontamiento mixto (Lazarus y Folkman 1986).

En un afrontamiento efectivo, las estrategias centradas en el problema y las centradas en la emoción actúan de forma complementaria sin interferirse entre sí.

López (1997) describe que cuando el individuo, hace un intento de lograr una mayor adaptación a las condiciones objetivas de la vida es cuando pone en juego una serie de estrategias de afrontamiento que le permiten modificar determinados aspectos del medio o bien modificar los suyos propios como un intento de cambiar sus propias aspiraciones, siempre que tenga los recursos para ello.

Para este mismo autor es importante considerar en el análisis del afrontamiento la descripción de lo que piensa y hace el individuo cuando realiza esfuerzos dirigidos a afrontar contextos estresantes, sin olvidar el hecho de que el proceso de afrontamiento requiere considerar no sólo las conexiones funcionales, si no que ha de contemplar los enlaces que tiene con los estados emocionales provocados por la situación.

De hecho Lazarus y Folkman (1986) obtienen resultados que muestran que el afrontamiento modula el estado emocional ante un contexto estresante, lo que ha sido confirmado en estudios de carácter prospectivo cuyos datos redundan sobre el papel causal y mediacional que parece jugar el afrontamiento en el resultado emocional.

Los resultados obtenidos en diversos estudios (Christensen *y cols.* 1995; cit. en López, 1997) señalan que el afrontamiento centrado en el problema demuestra ser especialmente útil en el caso de tratarse de problemas de salud que de alguna manera, quedan bajo el control de los sujetos (por ejemplo; diabetes e hipertensión). Sin embargo, ante otro tipo de enfermedades (por

ejemplo; cáncer o VIH/SIDA) resulta más adaptativo el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el control emocional.

Al estudiar investigaciones sobre la relación existente entre las estrategias de afrontamiento utilizadas, como factor de apoyo en la adaptación a un acontecimiento vital estresante, en este caso, una enfermedad terminal originada por la infección de VIH/SIDA, se mencionan las siguientes:

Lazarus (1984) cit. en Reeves, Merriam, Sharan y Courtenay, (1999) afirma que el afrontamiento debe verse como el conjunto de esfuerzos para manejar las demandas estresantes, sin considerar los resultados; pero sabemos que ante una readaptación vital es necesario hacer intentos por afrontar este problema exitosamente.

Moorey y Creer (1989; cit. en Ferrero, Toledo y Barreto, 1995) proponen que el modo en el que los sujetos evalúan y afrontan un diagnóstico de cáncer puede señalarse sobre cinco dimensiones a las que subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico y que pueden describirse en los siguientes términos: Espíritu de lucha, desamparo o desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y negación. Tales dimensiones se han vinculado empíricamente tanto al bienestar de los sujetos como a sus tasas de supervivencia.

Como señalan Reeves, Merriam Sharan y Courtenay en un estudio realizado en 1999, para entender el uso de las estrategias de afrontamiento en la adaptación a un diagnóstico positivo de VIH, encontraron una relación ambigua entre las estrategias de afrontamiento y los resultados del afrontamiento. Las estrategias pueden ser, afrontamiento confrontativo, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptar responsabilidad, evitación/escape, planeación de solución de problemas y reevaluación positiva; los resultados para la adaptación a una enfermedad terminal, estarán determinados por la manera eficaz de

organizar algunas de estas estrategias, logrando con ello restaurar la estabilidad interna y devolver la homeostasis.

También estos autores encontraron que al afrontar el VIH/SIDA se promovían una serie de cambios positivos en la vida de los individuos evaluados; reconocieron que hay ciertas estrategias de afrontamiento que se hacen presentes durante el proceso de adaptación vivido después del diagnóstico de seropositividad (algunas de ellas son: enojo, negación, humor, fe, altruismo, buscar apoyo de otros, etc.).

Un estudio realizado por Grzib, Ortega y Brengelman en 1993, concluyó con la importancia de el control de la variable sexo en investigaciones de reacciones de estrés; ya que la intensidad y frecuencia de un gran número de reacciones de estrés que dan lugar a las diferencias significativas en una muestra de hombres no son exactamente las mismas que en la muestra de mujeres. Por lo tanto concluyeron que las reacciones de estrés, en cuanto a su relación con la enfermedad, incidieron de forma diferencial en ambas muestras.

En un estudio dirigido a determinar el peso que sobre la salud y el bienestar tienen los sucesos vitales estresantes realizado por Pelechano, Matud y de Miguel (1994) cit. en López, (1997) encontraron que los hombres utilizaban un mayor número de estrategias centradas en el problema, en cambio las mujeres tendían a utilizar más frecuentemente estrategias de tipo emocional.

Algunos estudios citados por Del Barrio (1997) sostiene que las mujeres buscan más el apoyo social y las relaciones emocionales íntimas. También se ha subrayado que las mujeres buscan frecuentemente las estrategias pasivas más que los hombres. En la población adolescente se precisa que se usa más el esfuerzo personal del apoyo social y estrategias cognitivas en mayor proporción que otras; en los chicos aplicados al estrés físico mientras que las chicas al estrés social.

De la cantidad de años de vida dependerá la vulnerabilidad del estrés, ya que para Orlandini (1999) un niño necesita tanto de los demás y tiene tan pocas estrategias de afrontamiento que resultaría particularmente vulnerable al maltrato de sus padres, sus maestros o en relación a otros niños. En la edad adulta, el sujeto dispone de mayor resistencia física y mental para afrontar el estrés que supone el trabajo y las contingencias vitales. El sujeto en una edad más avanzada, soportaría menos el estrés debido a su mayor fatigabilidad, a los defectos sensoriales y físicos, a la mayor respuesta de hipertensión arterial, a los menores ingresos económicos y al aislamiento social ocasionado por su retiro ocupacional y la pérdida de su red social.

Para Richaud y Sacchi (1999) el estrés no es un concepto unidimensional, debido a lo cual se han buscado factores adicionales al evento mismo, o variables moderadoras que puedan amortiguar el estrés e incrementar la resistencia al mismo, tales como el apoyo social y la creencia de control. Con relación al apoyo social, éste ha sido generalmente caracterizado como el grado de soporte provisto a un individuo, particularmente en momentos de necesidad, por las personas involucradas con él; esposa/o, familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y miembros de la comunidad mayor.

Así mismo Vera y Buela (1999) señalan que la calidad de las relaciones sociales íntimas se ha relacionado con alteraciones inmunitarias, ya que por ejemplo, la muerte de un familiar tiene una ubicación alta en la escala de eventos estresantes y ha sido asociado con depresión y con un incremento en la morbilidad por ciertas enfermedades. También la calidad de la relación de pareja y el cuidar a un amigo o familiar con una enfermedad de tipo crónico o severo como el cáncer o el Alzheimer, son situaciones que también modulan el funcionamiento inmune; datos que provienen de estudios al respecto sugieren que la adaptación requerida conlleva una continua baja del sistema inmune.

Key y DeNoon (1998) descubrieron que los hombres gay VIH positivos que encontraron significado a la muerte de un compañero cercano a la de un amigo por SIDA, pudieron promover mejoras en el funcionamiento inmune de su organismo lo cual redundó en una vida más larga en comparación con la de aquellos hombres gay VIH positivos, menos exitosos al afrontarse con este tipo de pérdida.

En un estudio longitudinal de 5 años desarrollado por Kaplan (1988; cit. en Ortiz-Tello, 1997) en Atlanta de un grupo de 75 sujetos seropositivos con relaciones homosexuales concluye que todos ellos descendieron notablemente en el número de parejas con las que se relacionaban sexualmente, así como el número de contactos sexuales.

Estos resultados apoyan la noción de que los sucesos de vida estresantes pueden actuar como catalizadores de cambios psicológicos positivos y convertirse en efectos benéficos para la salud física.

Lazarus (1986; cit. en Cruz y Vargas 2001) postula que es el éxito en la adquisición de la maestría frente al manejo de estresores menores y la presencia variable de eventos positivos en la vida de una persona lo que determinaría su bienestar y la presencia de enfermedad o agravación de esta. Así como coinciden en considerar que los eventos favorables de la vida diaria son una protección emocional en contra de las agresiones del medio ambiente.

Para López (1997) existe un amplio cuerpo de resultados que evidencia la presencia de estrés en el curso de numerosas enfermedades crónicas; sin afirmarse con esto que el estrés es un factor etiológico para la enfermedad, si no más bien que numerosos estudios en la actualidad están encaminados a determinar el papel causal del estrés en la aparición y desarrollo de diversos trastornos de la salud en los que el sistema inmunológico está directamente implicado como lo es el caso del cáncer o SIDA.

Así mismo 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.

Para afrontar adecuadamente a la enfermedad del SIDA, es necesario que las personas no sólo desarrollen recursos emocionales y cognitivos adecuados que les permitan sentirse bien; sino que será necesario que logren cambios en su comportamiento también, ya que en el caso de que se tenga un diagnóstico positivo o negativo, ayuden a no desarrollar o a agravar la enfermedad.

Son muchas las circunstancias estresantes que concurren en los pacientes con infección por VIH y que pueden llegar a afectar áreas muy dispares del funcionamiento del individuo, tales como las relaciones de pareja, su funcionamiento social y laboral, su autoestima, sus relaciones familiares y su estado de ánimo. La capacidad de un individuo de reaccionar ante estas circunstancias desencadenadas por la enfermedad se va a ver, en gran medida, condicionada por una serie de rasgos de personalidad previos y de estilos de afrontamiento desarrollados ante muy diversas circunstancias a lo largo de su vida. En el ámbito de la medicina psicosomática y de la psiquiatría de enlace, las estrategias de afrontamiento ante diversas enfermedades y el papel que desempeñan en la conducta de enfermedad, la morbilidad psicológica y el pronóstico de la enfermedad han sido objeto de gran atención, en particular en relación con el cáncer y otras patologías de mal pronóstico (Ayuso, 1997).

Este mismo autor señala que en los pacientes con infección por VIH, las estrategias de afrontamiento descritas son muy amplias. Son muchos los autores que utilizan la siguiente clasificación que delimita tres grandes métodos de afrontamiento: cognitivo-activo, activo-conductual y de evitación.

Activo-cognitivo: las respuestas del sujeto constituyen una evaluación del impacto que supone la infección y están condicionadas por las actitudes, las creencias y la visión personal que el individuo tiene de la enfermedad. Comprende respuestas como: replantearse el sentido de la vida, confiar en los médicos, valorar los aspectos positivos de su nueva situación, analizar el pasado, imaginarse las respuestas de otras personas en la misma situación, etc.

Activo-conductual: esfuerzos destinados a abordar directamente el problema que supone la enfermedad y sus consecuencias. Engloba, además, la búsqueda de apoyo emocional o instrumental, así como de información.

De evitación: métodos que intentan no pensar en la enfermedad o que eluden las respuestas directas sobre ella. Comprenden conductas de automedicación y de consumo de alcohol y drogas, así como de evitación del contacto interpersonal.

De todos ellos, el que se asocia con unos mayores niveles de ansiedad y depresión en los sujetos con infección por VIH es el de evitación. Se considera que aquellos pacientes con SIDA que sobreviven a la enfermedad durante largo tiempo desarrollan una gama muy amplia de estrategias de afrontamiento, entre las que se ha destacado el uso de métodos activos que otorgan al individuo una sensación de mayor control sobre su propia salud. También la búsqueda de actividades placenteras, un *locus de control interno* y un aprovechamiento de los mecanismos de soporte social se consideran factores que favorecen una buena adaptación a la infección (Ayuso, 1997).

También es importante señalar que las respuestas psicológicas al diagnóstico de la enfermedad por VIH han sido clasificadas en distintos estadios, de forma similar a los formulados por Kübler-Ross en pacientes con enfermedades terminales.

Aparece un período inicial de crisis, caracterizado en ocasiones por un embotamiento afectivo e incredulidad; la intensidad de esta respuesta se ha relacionado con el apoyo social del que dispone el individuo y también con el tipo de información que se le haya proporcionado sobre el significado de la prueba diagnóstica para el VIH. Puede seguir una fase de negación, con intentos de olvidar o de ignorar el diagnóstico, o incluso plantear que es falso.

Algunas personas pueden desarrollar conductas autodestructivas en esta fase, con aumento de las prácticas de riesgo para la infección, e incremento en el consumo de drogas y de alcohol, así como el incumplimiento de las indicaciones médicas. El clínico debe reconocer este tipo de respuestas psicológicas y enmarcarlas dentro de la adaptación general del sujeto a la enfermedad. Una vez que estos mecanismos de negación defensivos ceden, con frecuencia el sujeto comienza a cuestionarse por qué precisamente él ha contraído la infección, y le sobrevienen sentimientos de rabia o depresión.

Posteriormente, la mayoría de los afectados se estabiliza emocionalmente y afronta de forma realista el diagnóstico de la infección con estrategias que pueden consistir en la participación en grupos de autoayuda, la búsqueda de información y el cumplimiento de las recomendaciones médicas, presidido por la integración en la vida del sujeto de las limitaciones impuestas por la enfermedad. La fase final incluye la preparación para afrontar la muerte.

No todos los enfermos pasan por estas etapas, ni en este orden, a lo largo de la adaptación a la enfermedad y, con frecuencia, cambios en la percepción por el sujeto de su estado de salud pueden desencadenar una regresión o una progresión a cualquiera de estas fases.

Las crisis emocionales se producen con mayor frecuencia en momentos concretos de la evolución de la enfermedad en el paciente con VIH: tras el diagnóstico de la infección, tras la notificación del progreso de la infección y en el momento en el que, debido a una ausencia de respuesta favorable, es necesario introducir cambios en el tratamiento.

Arranz, (1994) señala que para afrontar de modo efectivo las distintas dificultades, amortiguar el impacto de las adversidades y factores de riesgo, para proporcionar sensación de control sobre las condiciones que les afectan a los pacientes con VIH/SIDA, es necesario incidir en el desarrollo de sus recursos de afrontamiento tanto interno como externo. En esta intervención se ha de considerar:

Evaluación de las necesidades: La presentación de alteraciones emocionales y psiquiátricas se encuentran determinadas por a) el grado de percepción de amenaza que supone la infección por VIH/SIDA para cada persona; b) la posible presencia de infecciones intercurrentes del SNC; c) las restricciones psicosociales a las que se encuentre sometido el paciente y el modo en que haya afrontado situaciones previas estresantes, y d) el tipo de recursos familiares y personales de que disponga.

Proporcionar información: Facilitar al paciente y a su familia una información que le permita situar al SIDA en una perspectiva donde le sea posible manejarla y que deba cubrir los siguientes aspectos a) Identificar su situación clínica, tratamiento y cuidados que necesita; b) transmitir la importancia de su autocuidado; c) insistir en tomar medidas preventivas que lo protejan de una reinfección y evitar contagio a otros; d) facilitar elementos de apoyo social, grupos de autoapoyo e integración en servicios de la comunidad.

Estrategias psicoterapéuticas: Todas las personas diagnosticadas de alguna infección definitiva de SIDA deberían tener acceso a recibir asesoramiento y soporte emocional. La intervención deberá dirigirse a estimular las potencialidades y recursos que tiene cada paciente

para enfrentarse a la nueva situación deriva de su diagnóstico de SIDA como: a) fomentar estrategias internas de motivación; b) proporcionar instrumentos para que puedan entender y manejar distintas reacciones emocionales; c) fomentar habilidades de cambio de comportamientos de riesgo o perjudiciales por la adquisición de otros más saludables; d) comprender los conflictos interpersonales e) afrontar el estrés cuando la ansiedad pierde su función adaptativa f) discutir sobre las pérdidas, muertes y el hecho de morir.

Soporte psicológico grupal en afectados de SIDA: Intervenciones en grupo en forma de programas de información y apoyo psicológico como a) informar sobre aspectos biológicos psicológicos y cuidados de enfermería; b) proporcionar diferentes instrumentos de afrontamiento, entrenando distintas habilidades; c) proporcionarles apoyo emocional que le permita compartir, liberar emociones y fomentar esperanza.

Para finalizar Cruz y Vargas (2001) señalan que el afrontamiento es también una característica que va desarrollándose a lo largo de la vida en la etapa escolar es donde tiende a verse con más frecuencia el uso de estrategias de afrontamiento enfocadas al problema para lidiar con los estudios o con los problemas con los amigos, el apoyo de los padres les permite formarse una sensación de seguridad al tiempo que sienten más confianza para intentar estrategias nuevas de afrontamiento. Además menciona que existen otros factores que favorecen esta mayor efectividad. Como la inteligencia y nuestro bagaje de experiencias previas, en especial si estas han sido exitosas. Por último mencionan el apoyo de amigos y familiares e incluso la sola percepción del apoyo es indispensable.

I. 2.2 REDES DE APOYO

Distintas teorías, por distintos motivos y con diferentes enfoques, han dado gran importancia a las relaciones sociales en cuanto a su influencia sobre la salud y el bienestar de las personas (Vaux, 1988; cit. en Barrón, 1996).

En la actualidad también se ha observado que las principales causas de mortalidad (cáncer, trastornos cardiovasculares, accidentes, enfermedades crónicas, etc.) tienen su origen en un conjunto de factores biológico-conductuales y socio-ambientales que interactúan entre sí.

Ya que un elevado porcentaje de personas se enferman como consecuencia de sus conductas nocivas y/o por factores ambientales, al tenerse en cuenta la importancia de todas estas variables la salud pasa a considerarse como un problema social (Barrón, 1990; cit en Barrón, 1997).

Así mismo si se considera tanto el impacto del apoyo social en el pensamiento actual acerca de la etiología social de los desordenes físicos y mentales, como el impresionante volumen de publicaciones, no cabe duda de que éste se ha unido al estrés y a las estrategias de afrontamiento como uno de los tres constructos mas importantes en la investigación actual sobre la salud mental (Veiel y Baumann, 1992; cit. en Gracia, 1997).

Los estudios sobre el estrés, su influencia en el desarrollo de la enfermedad, el rol de los estilos de afrontamiento y el acceso a vínculos sociales compensatorios (apoyo social); así como el movimiento de la salud mental comunitaria y su énfasis en la importancia de los vínculos de los pacientes con su grupo primario y finalmente, las elaboraciones teóricas en el ámbito de la psicología comunitaria; constituyen desarrollos claves en la configuración del apoyo social como una área de investigación propiamente dicha (op. cit).

Sin embargo, fue hasta finales del siglo XIX y principios del XX que surgió un especial interés científico por conocer el tipo de influencia que ejercen los factores sociales en la salud mental de las personas.

Como lo señalan Kessler y cols. (1985; cit. en Javier y Chambo, 1997) se tratan de estudios que ponen de relieve la asociación entre problemas psíquicos y variables sociales genéricas

tales como la desintegración social, la movilidad geográfica o el estatus matrimonial. Estos estudios señalaban principalmente un elemento común en esas variables situacionales: la ausencia de lazos o apoyos sociales adecuados o previamente la ruptura de las redes sociales. (Cuadro 3).

Lemos y Fernández, (1990; cit en *op. cit.*) señalan que a lo largo del cúmulo de investigaciones desarrollados con referencia al apoyo social, parece quedar claro que existe una relación entre este y la salud en sentido amplio; es decir, entendida tanto en su aspecto físico como psicológico y social; sin embargo lo mas difícil ha sido encontrar un acuerdo entre todos los autores respecto al concepto de apoyo social.

Cuadro 3
Hitos importantes en los antecedentes del campo de estudio del apoyo social

Jarvis, Edward, 1845	Primer informe sobre la influencia social en los casos de demencia.
Durkheim, Emile, 1897	Importancia de las relaciones sociales para el ajuste psicosocial del individuo. Introduce el concepto de anomia y se enfatiza en el suicidio.
Thomas y Znaniecki, 1920	Efecto del abandono de áreas socialmente cohesivas e incorporación a las ciudades.
Escuela de Chicago, 1926	Estudio de la influencia del contexto en la aparición de problemas sociales.
Farish y Dunhan, 1939	Estudios epidemiológicos en la importancia de parámetros ecológico-ambientales en la incidencia de esquizofrenia en las grandes ciudades.
Hinkle y Wolf, 1957	Perspectiva evolutiva en el estudio de la influencia de los lazos sociales con la Psicopatología.
Cassel, 1974	Los procesos psicosociales como "protectores de la salud" y su papel en la etiología de las enfermedades.
Cobb, 1976	Énfasis en la base cognitiva del apoyo social y la percepción del sujeto.
Caplan, 1974	Influencia de los distintos sistemas de apoyo formales e informales en los procesos de comparación social.

* tomado de Kessler y cols. 1985; cit. en Javier y Chambo, 1997

Algunos autores señalan que cuando las definiciones enfatizan las características individuales, se esta queriendo resaltar que los rasgos determinantes del proceso de apoyo

social, vienen dados por cómo los sujetos interactúan -en función de sus características personales- con la red social; quien solicita o no la transacción de ayuda, quien la acepta y quien la evalúa (Sarason, y cols., 1990; cit. en *op. cit.*).

Otros en cambio, definen el apoyo social como una característica del ambiente y la red social. Lo entienden como una disposición de los miembros de la red para responder a las conductas de demanda de los sujetos; siendo las características individuales del demandante de apoyo uno de los factores de influencia en la actitud de los miembros de la red (Hobfoll, 1988; cit. en *op. cit.*).

Por otra parte se encuentra la línea de trabajo que considera que la verdadera naturaleza del apoyo social radica en el proceso interactivo en el que se ven envueltos los individuos receptores y proveedores. Desde este punto de vista; el apoyo social resulta ser una de las funciones del sistema dinámico que conforman los individuos y las redes sociales de pertenencia (Moos, 1984; cit. en *op. cit.*).

Lazarus y Folkman (1986) mencionan que para entender la forma en que el entorno social afecta a una persona, se requiere siempre la referencia de la mediación psicológica, refiriéndose a la evaluación cognitiva como la variable psicológica que media entre el individuo y el entorno.

Thoits (1982; cit. en Barrón, 1996) desde una perspectiva funcional define al apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros.

Felton y Shinn (1992; cit en *op. cit.*) describen el apoyo social como un concepto interactivo que se refiere en cualquier caso a transacciones entre personas.

Lin y Ensel (1989; cit. en Gracia, 1997) ofrecen una definición de apoyo social que se basa en la situación cotidiana o de crisis en el que el apoyo social se recibe o percibe; el proceso por el cual los recursos en la estructura social permiten satisfacer sus necesidades.

Martínez y García (1995) reconocen como apoyo social todo proceso de transacciones interpersonales, basado en los recursos emocionales, instrumentales e informativos referentes a las redes sociales de pertenencia, dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor; el cual es percibido como una transacción de ayuda tanto por el receptor como por el proveedor.

En cambio; Linn (1986; cit. en San Martín, 1997) lo definen como las aportaciones reales o percibidas, instrumentales y/o de confianza. Estos autores consideran que en general el apoyo social obtenido a través de las relaciones interpersonales facilita el proceso de adaptación y elimina o al menos disminuye, el estrés.

Para Moreno (1997) el apoyo social se constituye por los recursos sociales para afrontar el estrés, es decir, los recursos aportados por otras personas: disponibilidad de personas de confianza, compañía humanitaria, contactos y lazos sociales, pertenencia a una red social, etc. De la misma forma que el control percibido es fundamental, así lo es el apoyo social percibido, ya que amortigua el efecto de las demandas estresantes sobre las respuestas de estrés y actúa en forma positiva directamente sobre la salud.

Sin embargo con el fin de unificar conceptos Esteve (1997) propone los siguientes elementos como fundamentales en la elaboración del constructo de apoyo social:

- 1.- Componentes estructurales; es decir el entramado de las relaciones sociales en el que esta inmerso el sujeto. La unidad de análisis que suele utilizarse es la red social. Aun así, no debemos ignorar que aunque los aspectos estructurales de las relaciones sociales constituyen

un elemento básico del concepto de apoyo social no lo agotan; la sola existencia de relaciones sociales no garantiza el apoyo social e incluso algunas relaciones podrían tener efectos negativos sobre el bienestar del sujeto.

2.- El apoyo social recibido y percibido; el apoyo recibido se refiere a la cantidad de ayuda que una persona ha recibido en un periodo de tiempo. Respecto al apoyo percibido se distinguen a su vez dos vertientes: la cognición y la evaluación del apoyo. En el primer caso se refiere a la creencia que mantiene el sujeto de que, en el caso de necesitarlo, puede beneficiarse del apoyo de diversas fuentes. En el segundo a la valoración que hace el individuo de las fuentes de apoyo y del apoyo percibido (satisfacción-adequación, etc.).

3.- Multiplicidad de funciones del apoyo social; las funciones del apoyo social se refieren a las consecuencias positivas que tienen las relaciones sociales para el sujeto. Suelen distinguirse tres: apoyo emocional, apoyo informacional y apoyo material.

4.- Las conductas de apoyo social; este componente se refiere al comportamiento específico de interacción social que tiene consecuencias positivas para otros sujetos.

5.- El contexto en el que se proporciona el apoyo; el que determinadas conductas cumplan efectivamente una función de apoyo parece que depende en gran medida de una serie de variables que definen el contexto en el que se presenta dicho apoyo. Es decir, debe existir una sintonía entre los parámetros del problema al que se enfrenta el sujeto y el tipo o la cantidad de apoyo que recibe. Así, Shinn y cols. (1984; cit. en Barrón, 1996) señalan que debemos tener en cuenta: la cantidad de apoyo, que deben ser acorde con las necesidades del sujeto; el momento del ciclo vital de la persona y el origen del apoyo social, es decir; su emisor ya que en función de las circunstancias será más útil el apoyo procedente de una fuente que de otra.

Lo que pone claramente en manifiesto la naturaleza multidimensional del concepto de apoyo social.

Una definición integradora es la propuesta de que el apoyo social y por lo tanto, las redes de apoyo más cercanas, actúan no como una característica personal, sino más bien ambiental, de mutua influencia entre las personas.

Vaux (1988; cit. en Barrón, 1996) propone un modelo ecológico en el que varios elementos se relacionen entre sí, interactuando los factores personales como los rasgos de personalidad, los recursos personales y las habilidades; con los contextuales como: los estresores, la familia, los roles sociales y la comunidad; en su influencia sobre los recursos de la red, conductas de apoyo y evaluaciones del mismo; enmarcando este proceso en las teorías del Intercambio que se basan en los conceptos de intercambio de recursos y reciprocidad, de hecho, esta idea aparece en muchas de las definiciones de apoyo social, así como la reciprocidad es concebida tanto por los teóricos del intercambio como por los investigadores de las redes sociales como lo ideal.

Es importante aclarar que la red social hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales, mientras que el concepto de apoyo social hace referencia a las funciones que desempeña esa red y sus posibles efectos en el bienestar individual. Por otra parte, mientras que el concepto de apoyo social se refiere al conjunto de relaciones sociales, el concepto de red de apoyo, más restringido, hace referencia al subconjunto de esas relaciones que desempeñan funciones de apoyo (Gracia, 1997).

De acuerdo con Bronfenbrenner; (1979 cit. en *op. cit.*) las redes sociales son una estructura social que rodea a la familia y afecta a su funcionamiento familiar proporcionando apoyo emocional y material, reforzando las normas sociales y ofreciendo oportunidades para aliviar el estrés. Ya que una demanda social puede causar estrés si su satisfacción viola algún

valor fuertemente incorporado por el individuo o la ambigüedad es fuente de estrés si el individuo no sabe con claridad que es lo que le está esperando; siendo incapaz de planear de forma efectiva su estrategia de acción y de presentar una conducta específica ante dicha amenaza.

Aunque como lo señalan Lazarus y Folkman (1986) las demandas de la sociedad pueden ser importantes en el modelado de los pensamientos, sentimientos y actos del individuo y no tiene porque ser necesariamente fuente de estrés; si no que también proporciona los recursos vitales con los que el individuo puede y debe conseguir sobrevivir y evolucionar.

Para Sluzki (1996) las redes sociales contribuyen a proveer sentido a la vida de sus miembros; provee una retroalimentación acerca de las desviaciones de salud que favorece los comportamientos correctivos y favorecen actividades personales que se relacionan positivamente con cuidados de la salud.

Para Orlandini (1999) la red de apoyo social que proveen la pareja, la familia, los vecinos, los amigos, etc., actúan como amortiguador del impacto de los estresores. Así mismo señala que los sujetos extrovertidos con facilidad para establecer una amplia red de apoyo social resultan más resistentes al estrés. Por el contrario, los individuos introvertidos, retraídos, aislados y con dificultades para establecer relaciones personales, son más sensibles al estresor, por su escasa red social.

Durkheim (1997; cit. en Sluzki 1996) en un estudio demostró que existe una mayor probabilidad de suicidio en los individuos más aislados socialmente en comparación con quienes poseen una red social más amplia, accesible e integrada.

Gil y Schmidt (2002) definen los lazos de una red social como vínculos afectivos o emocionales que mantienen la cohesión entre las personas, ya sea pares, grupos primarios o comunidades. Desde este punto de vista la interacción social, la proximidad física, las

expresiones de afecto, la amistad, une a sujetos en relaciones intensas, frecuentes y positivas. Por el contrario la ausencia de estos lazos o la ocurrencia de lazos negativos pueden ser indicadores de fracturas en una red.

Por otro lado el concepto de comunidad es conceptualizado como un sentimiento de pertenencia a un grupo con intereses y valores comunes denominado también como el sentido psicológico de pertenencia, que hace referencia a tres aspectos básicos: percepción de similitud con otras personas, establecimiento de redes de mutua interdependencia y mantenimiento de conductas de reciprocidad.

Aunque Berger y Luckmann (1966; cit. en Lazarus y Folkman, 1986) han señalado que no solo las personas son las que ven influido sus pensamientos, sentimientos y actos por el sistema social en el que nacen, si no que a su vez ellos influyen también sobre este sistema produciendo cambios sociales.

Barrón (1996) señala que dentro del apoyo social se deben de distinguir los siguientes aspectos: niveles de análisis; perspectivas y apoyo social percibido y recibido.

I.2.2.1 NIVELES DE ANÁLISIS

Desde la perspectiva de Javier y Chambo (1997) se han diferenciado dos enfoques: el análisis de la integración y participación social y el análisis de la estructura de las redes sociales. El primero se centra en la existencia y tipo de lazos y lleva a cabo un análisis fundamentalmente cuantitativo -participación e integración comunitaria- el segundo se refiere al estudio del conjunto de relaciones de un individuo, grupo o comunidad a partir de sus características estructurales y presta mayor atención a las dimensiones cualitativas -análisis de las redes sociales-. Sin embargo, en ambos casos son los determinantes objetivos lo que constituyen las unidades de análisis y por lo tanto, la experiencia o la percepción subjetiva ocupan un lugar secundario.

Los diferentes tipos de análisis se describen a continuación:

a) Análisis de la participación e integración comunitaria: Analiza la existencia y tipo de lazos sociales, y considera que el apoyo social depende de la cantidad de esas relaciones. Cuanto mayor sea la integración y la participación social del individuo mayor será el apoyo disponible; esta orientación propone que si no existen relaciones sociales no puede derivarse apoyo de ellas; no obstante algunos investigadores van mas allá y sugieren que la mera existencia de las relaciones sociales tiene mayores consecuencias positivas para la salud que la estructura o funciones que caracterizan estos contactos, aunque diversas investigaciones sugieren que la existencia de relaciones es un primer nivel necesario, pero no suficiente para que los procesos de apoyo social tengan lugar.

b) El planteamiento de las redes sociales y su operacionalización; tiene como nivel de análisis las dimensiones objetivas de los distintos contactos que constituyen la red social en la que esta inmerso el individuo, entendiendo el termino red social como una ordenación de las relaciones sociales y por tanto del apoyo social. En general, el termino red social se refiere a conjuntos completos de relaciones entre los miembros de sistemas sociales (Gracia y cols. 1989; cit. en Javier y Chambo, 1997).

En cambio Barrón (1996) distingue los siguientes aspectos:

a) Nivel comunitario, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social. Ésta a su vez es evaluada en función de la implicación en roles y contextos sociales.

Gracia (1997) define la comunidad como un sistema geográfico y social que actúa como un elemento de conexión entre la familia y la estructura social más amplia y es así mismo, el

vehículo a través del cual tiene lugar la socialización, el control social, la participación social y la ayuda mutua.

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 entre otras.

c) Relaciones íntimas, son las transacciones que ocurren dentro de las relaciones íntimas y que están 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.

Gracia (1997) señala que en el estudio del constructo del apoyo social, es ampliamente aceptada la distinción entre una perspectiva cuantitativa o estructural y una perspectiva cualitativa o funcional, la diferenciación entre la percepción y recepción del apoyo social, y las distintas fuentes o contextos donde se produce o puede producirse el apoyo social.

I.2.2.2 PERSPECTIVAS

1) Desde una perspectiva estructural se enfatiza la importancia de las características de las redes sociales y de las condiciones objetivas que rodean al proceso de apoyo social. Desde este punto de vista, el interés se centra en los elementos más identificables y objetivos de la red de relaciones sociales de una persona.

Dentro de esta perspectiva se incluyen 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.

a) Tamaño de la red: número de sujetos que la componen o que la conforman. Esta variable se relaciona positivamente con la salud y el bienestar, teniendo las redes grandes

efectos más beneficiosos que las redes pequeñas. Para Sluzki (1996) las redes pequeñas son menos eficaces en situaciones de sobrecarga o tensión de larga duración; además menciona que tanto las migraciones como el paso de tiempo pueden afectar el tamaño de la red en la que se encuentra un sujeto.

El número de personas con el que se interactúa a diario pudiera no reflejar debidamente los recursos sociales disponibles para el individuo, ya que cuanto más significativa sea una relación más influye en el conjunto de la estructura relacional del individuo que es de naturaleza psicosocial (Javier y Chambo, 1997).

b) Densidad: interconexión entre las personas que forman parte de la red independientemente del sujeto central. Respecto a esta variable los resultados son contradictorios, aunque en general parece que las redes menos densas fomentan el bienestar en mayor medida que las muy densas.

Aquí es importante mencionar que las redes menos densas 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 interés y necesidades de una persona a lo largo del tiempo; además hay mayor probabilidad de encontrar a alguien que sea congruente con los mismos.

Aunque Gracia y cols., (1995) describen que las redes muy densas en contextos sociales poco dinámicos parecen favorecer el mantenimiento de los roles tradicionales, además del control y la rápida movilización de los recursos de apoyo disponibles. Aun así señalan que en un sistema social dinámico la adaptación puede verse entorpecida por una red muy densa.

Para Kadushin, (1982; cit. en Javier y Chambo, 1997) la principal virtud de una red densa es su capacidad para proporcionar un sentimiento de comunidad a sus miembros, garantía de ajuste psicosocial y bienestar.

c) 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. Siendo las relaciones recíprocas las que promueven más la salud.

Numerosos trabajos resaltan la importancia de la equidad y la simetría percibida en los intercambios personales, teniendo en cuenta tanto las expectativas del receptor como la actitud del emisor que lo proporciona (Javier y Chambo, 1997).

d) Homogeneidad: Semejanzas o congruencias entre la red en una dimensión determinada: actitudes, experiencias, valores, etc. Las personas que forman parte de las redes homogéneas tienen intereses más reforzantes.

Para Barrón (1997) las redes grandes, poco densas, homogéneas y recíprocas tienen mayores efectos positivos sobre el bienestar que aquellas que presentan características inversas.

2) Desde una perspectiva funcional, las relaciones sociales que facilitan el apoyo cumplen diversas funciones:

a) Apoyo emocional: se refiere a la disponibilidad de alguien con quien hablar, e incluye aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo y que provocan que el sujeto se sienta querido, amado respetado y que crea que tiene personas a su disposición que pueda proporcionarle cariño y seguridad. Se dice que esta función tiene un efecto favorable sobre la autoestima, la cual fomenta a su vez la salud y en bienestar.

También es mencionado por autores como Javier y Chambo (1997) que este tipo de apoyo es el más importante en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar; algunas hipótesis que sustentan esto son: a) la experiencia de sentirse aceptado y valorado por otras personas aumenta la autoestima, b) el conocimiento de que los propios problemas son compartidos por otros; c) el conocimiento las redes sociales pueden animar al sujeto para persistir en sus intentos de solucionar los problemas, convencerlo de que las cosas van a mejorar y ayudarlo a soportar la frustración.

b) Apoyo material o instrumental: implica acciones o materiales proporcionados por otras personas, que sirven para resolver problemas prácticos y facilitan la realización de diversas tareas.

Este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar al disminuir las sobrecargas de las tareas. Los terapeutas y trabajadores de la salud, suelen constituir un importante componente de la red social al proporcionar este tipo de apoyo (Sluzki 1996).

Aunque por otra parte, según Shumaker y Brownell (1984; cit. en Javier y Chambo, 1997) el apoyo material puede generar sentimientos de endeudamiento a menos que se de la posibilidad de intercambios recíprocos o la existencia de una relación comunitaria.

c) Función de apoyo informacional: consejos o guía relevante que ayuda a comprender la situación y a ajustarse a los cambios.

Cassel (1976; cit. en Lazarus y Folkman, 1986) sugiere que esta función retroactiva ayuda al individuo a mantener su identidad social y el sentido de integración en la sociedad.

Para Wills (1985; cit. en Javier y Chambo, 1997) se refiere a la provisión de información acerca de la naturaleza de determinado problema, los recursos relevantes para su afrontamiento y las posibles vías de acción: modelado de estrategias de afrontamiento emocional y conductual,

remitir a los profesionales adecuados, animar a buscar asistencia, formar en técnicas de solución de problemas, feedback en las acciones de afrontamiento, etc. Este autor considera que el apoyo informacional opera a través de procesos de amortiguamiento en situaciones de estrés, puesto que la información adicional se hace necesaria en la resolución de problemas.

Villagrán (2001) describe que es muy difícil separar los tres tipos de funciones mencionadas ya que suelen darse en conjunto, de modo que el apoyo material, instrumental o informacional pueden considerarse apoyo emocional, siempre que no se den como una obligación.

3) La perspectiva contextual se refiere al contexto en que los apoyos son dados y percibidos. Cohen y Syme (1985; cit. en Barrón, 1996) proponen los siguientes aspectos:

a) 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 que lo de.

b) Momento de dar el apoyo, el afrontamiento con el estrés implica la necesidad de distintos tipos de apoyo en momentos diferentes. Esto refleja el desarrollo continuo de evaluaciones y reevaluaciones de la relación cambiante entre el individuo y las dificultades que afronta.

c) 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.

d) Finalidad, el apoyo social depende de la adecuación entre el apoyo que se da y las necesidades suscitadas por el problema en concreto. Ya que diferentes problemas requerirán de distintos tipos de apoyo.

Kalichman (1995; cit. en Villagrán, 2001) menciona 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.

Así mismo dentro de otro nivel de análisis propuesto por Barrón (1996) se encuentra el de la diferencia entre los aspectos objetivos y subjetivos de las transacciones donde se evalúa el apoyo social percibido.

I.2.2.3 APOYO SOCIAL RECIBIDO Y PERCIBIDO

Es importante hacer una distinción entre el apoyo social recibido y el percibido, ya que ambos son importantes y ambos pueden tener un efecto positivo en la salud y bienestar de las personas.

Para Valdés y Flores (1985) la percepción de tener el apoyo social parece ser eficaz hasta el extremo de estimular y mejorar las estrategias de afrontamiento y de hacer menos necesaria la utilización de otros mecanismos de defensa.

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. (Cobb; 1976; cit. en Barrón, 2001)

Según Lazarus y Folkman (1986; cit. en Javier y Chambo, 1997) es fundamental tener en cuenta la evaluación que el sujeto realiza de sus relaciones en cuanto a su suficiencia y adecuación, clarificando las representaciones psicológicas que los individuos tienen de sus sistemas de apoyo y como estas afectan a la salud.

La cuestión que plantean es que, para que el apoyo sea efectivo, es muy importante que se perciban las redes de apoyo como favorables al propio crecimiento, al propio bienestar y a las

propias metas. Especialmente para individuos en situación de riesgo, es fundamental la percepción de un contexto favorable, no represivo no estigmatizante, aunque no obstante conviene tener en cuenta que la percepción de apoyo no es sinónimo de su efecto.

Como señala Barrón (1996) ambos tipos de apoyo –percibido y recibido- deben ser evaluados separadamente pues no es extraño que algunos sujetos se sientan apoyados aunque no reciban apoyo y al contrario, que recibiendo apoyo no lo perciban.

Martínez y García (1995) mencionan que ciertas variables del perfil psicosocial intervienen de forma relevante en los procesos de recibir y proveer apoyo. Se refieren a ciertas características de personalidad, humor y estilos de afrontamiento, habilidades sociales, etc., que pueden influir en la percepción, procesamiento de la información, necesidades y comportamiento de apoyo.

Entre los proveedores del apoyo social las variables más influyentes son la sensibilidad interpersonal y las destrezas de conducta personal. Los proveedores deben de ser capaces de reconocer que la otra persona necesita apoyo y determinar de que modo y que tipo de apoyo requiere. Este es un factor que se ha hipotetizado como determinante en los beneficios obtenidos a través del apoyo; además las destrezas de las conductas interpersonales son necesarias para diseñar y llevar a cabo de forma eficaz y eficiente la conducta de apoyo.

Desde la perspectiva de los receptores de apoyo, las características que han sido implicadas en los intercambios de apoyo son la autoestima, el locus de control, las tendencias de búsqueda de apoyo y la actitud hacia la búsqueda y aceptación de apoyo. Los estilos y conductas particulares de lucha, también se han relacionado positivamente con la cantidad de apoyo que la gente manifiesta disponer y recibir, habiéndose comprobado que la gente que usa la evitación como una estrategia de afrontamiento tiende a informar de menos recursos de apoyo social.

Para Schwarzer y Leppin (1991 cit. en *op. cit.*) el apoyo social percibido esta influido por la personalidad, incluso puede ser considerado como una variable mas o menos estable puesto que es lo que la persona cree o espera. En este sentido, por ejemplo, los sujetos con alta autoestima puede que esperen más apoyo social.

Para distinguir el apoyo social de la presión social, se han definido los procesos interaccionales que han demostrado ser protectores, así que el sujeto infiere estar apoyado socialmente cuando a) se le expresa afecto positivo, acuerdo y sintonía, b) se le alienta a la expresión de ideas y sentimientos y c) se le ayuda de forma material. En cualquier caso, no se esta hablando del número de conocidos, ni de su frecuencia con que asiste a reuniones, si no del grado de intimidad, solidaridad y confianza que se comparte con otras personas.

Shumaker y Brownell (1984; cit. en Javier y Chambo, 1997) consideran que en todo intercambio de apoyo hay implicadas al menos dos personas, cuyas percepciones del fenómeno pueden no coincidir, esa coincidencia tiene importantes implicaciones sobre la calidad y efectos del apoyo. En cuanto a los probables motivos de la incongruencia, los autores destacan: la diferencia de metas entre el emisor y el receptor, las diferentes ideas de ambos acerca de cuando y como es adecuado dar el apoyo, la información que ofrezca el receptor sobre sus necesidades y las capacidades del emisor para dar ayuda y descubrir necesidades.

Otro factor que interactúa con la percepción del apoyo social esta relacionado con la fuente de donde procede. Según diversos autores (*op. cit.*) las mismas acciones no se perciben de igual forma si proceden de amigos, familiares o profesionales.

Para Ortiz-Tello (1997) el apoyo social útil y eficaz es el apoyo percibido y no el real. Ya que menciona que es importante que la persona afectada piense y sienta que esta siendo comprendida y amparada y no sólo que lo sea.

Ambos tipos de apoyo son importantes ya que ambos pueden aumentar el bienestar. Vaux (1988; cit. en Barrón, 1996) afirma que percibir que existe apoyo social disponible, aunque sea falso, aumenta el bienestar psicológico, es decir, aunque no se reciba como tal puede tener, esa percepción, efectos beneficiosos para las personas. Lo cual, evidentemente, no quiere decir que si en un momento determinado hace falta apoyo social y no se obtiene, eso puede tener efectos negativos para los individuos, como de hecho ocurre. Lo ideal, obviamente sería que existiese realmente el apoyo y la persona lo percibiera así. Sin embargo el apoyo social percibido y el real pueden ser inconsistentes en algunos sujetos, es decir; algunas personas recibe apoyo y no lo perciben el cual sería el caso menos desagradable, mientras que otras se sienten apoyadas a pesar de no recibir apoyo.

Dunkel-Schetter y Bennett, (1990; cit en *op. cit.*) señalan que las discrepancias entre el apoyo social recibido y el apoyo social percibido pueden deberse a una infla o supervaloración debida a las percepciones distorsionadas o a los procesos de memoria. A la existencia de un sesgo optimista que lleve a esperar apoyo del que luego no se recibe. También a que el apoyo percibido sea menos al recibido y por ultimo a que es posible que el apoyo social percibido y el recibido coincida pero que con el paso del tiempo este disminuya.

Las redes de apoyo pueden ser estudiadas de forma independiente o en interacción con otros fenómenos como el estrés y el afrontamiento y sus efectos sobre la salud y el bienestar. Una de las taxonomias de los modelos de apoyo social, más conocidas es la propuesta por Cohen (1988; cit. en Barrón, 1996) la cual se describe a continuación:

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. Es decir 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.

Según esta hipótesis del efecto directo o principal, el apoyo social actuaría: a) ayudando al sujeto a evitar experiencias negativas y la exposición a determinados estresores, gracias a la anticipación de estos; b) elevando la moral y el sentimiento de bienestar y c) aumentando la autoestima, la estabilidad y el control.

b) Efecto protector o amortiguador: La hipótesis sustenta que el apoyo social actúa como un moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar, por ejemplo: los eventos estresantes. El apoyo social amortigua los efectos negativos potenciales de tales situaciones, facilitando el afrontamiento y la adaptación y reduciendo su impacto negativo sobre el bienestar y la salud.

Según esta hipótesis del amortiguamiento, el apoyo social intervendría en la valoración de la situación, disminuyendo la amenaza percibida del estímulo (valoración cognitiva primaria), incrementando la percepción de los recursos propios (valoración cognitiva secundaria) y potenciando las estrategias de afrontamiento. Sin embargo los resultados de investigaciones posteriores han demostrado en muchos casos inconsistentes o contradictorios y no siempre ha sido posible confirmar la hipótesis de amortiguación.

Aunque Martínez, (1997) señala que diversos estudios han demostrado que existe una relación positiva entre el locus de control y el apoyo social en su relación con el estrés. Se ha señalado que los individuos que atribuyen los resultados a sí mismos pueden llegar a ser más eficientes en la movilización del apoyo social como estrategia para afrontar el estrés de aquellas personas que atribuyen sus resultados a la casualidad o a los demás. Aunque estos últimos puedan congregarse más conexiones de apoyo por el mayor nivel de estrés que informan; los internos son más activos en reunir información y más efectivos en utilizar esa información

disponible. Por lo consiguiente el que los sujetos con locus de control interno utilicen en mayor medida y de manera más eficaz que los externos el apoyo informacional como ayuda para afrontar el estrés, puede explicar que la hipótesis de amortiguamiento solo se manifieste en esos casos.

Supone además que los estresores sociales solo 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 de estrés, siendo esencialmente un moderador del impacto del estrés.

2.- Modelos específicos o modelos de proceso psicosocial:

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. Este modelo supone que los efectos beneficiosos pueden deberse a la percepción de ayuda que recibirán en caso de experimentar eventos estresantes.

La percepción de ayuda potencial provoca un aumento general en el estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la estabilidad de la propia situación vital, sensación de control sobre el ambiente y reconocimiento de la valoración personal. Además la pertenencia a redes sociales aumenta la sensación de predictibilidad, estabilidad y control al ofrecer una oportunidad de tener interacciones sociales regularizadas, con la retroalimentación subsiguiente que permita adoptar roles y conductas apropiadas (Barrón, 1996).

b) Modelos de efecto protector (basado en el estrés): El apoyo social puede influir en los 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 de estrés, ayudando a la reevaluación de la amenaza y de 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.

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

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.

Thoits (1982; cit. en Barrón, 1996) hipotetiza que las relaciones sociales pueden ser beneficiosas de las siguientes formas: 1) proporcionando al sujeto un conjunto de identidad, 2) siendo fuente de autoevaluaciones positivas y 3) como base de sensación de control y dominio.

Bloom (1990; cit en *op. cit.*) sugiere que la red social puede influir en la salud, directamente; proporcionando información relevante o fomentando la motivación a implicarse en

conductas que sean adaptativas o indirectamente; provocando una mayor adhesión a las recomendaciones terapéuticas al proporcionar el apoyo instrumental necesario para conseguir lo anterior.

En relación a este modelo, investigaciones han demostrado que existen parámetros que actúan como mitigadores o agravadores del estrés sobre la salud de los individuos; ya que el apoyo social con el que cuenta una persona cumple la función de mitigador (Rook, 1987; Ross y Cohen, 1987; Wohlgemuth y Betz, 1991; cit. en Acuña y Bruner; 1999).

Hobfoll (1988; cit. en Perles, Martimportugués, 1997) menciona que el apoyo social puede fortalecer la resistencia al estrés mediante: a) la aportación de un sentimiento de apego y previniendo la percepción de soledad que surge cuando no se tiene este recurso; b) haciendo que el individuo no experimente sentimientos de pérdida por otros recursos; c) previniendo directamente la pérdida de recursos evitando la exposición del individuo a situaciones de estrés d) cuando se ha desarrollado la percepción de estrés, el apoyo social puede aportar los recursos perdidos, directa o indirectamente y e) el apoyo social puede favorecer una mejor utilización de los recursos de los que dispone un individuo estresado; así como potencializar la creación de nuevos recursos.

Para Gottlieb (1983; cit. en Gracia, 1997) cuando las personas se enfrentan a sucesos y transiciones vitales que retan o desbordan sus habilidades de afrontamiento, el apoyo social puede movilizarse de diversas formas: a) mejorando la calidad del apoyo que proporciona la red social, b) promocionando la afiliación entre personas que tienen que enfrentar circunstancias estresantes similares y c) intentando reintegrar a las personas en una red que es mas responsiva a sus necesidades personales o reorientándolas a sectores de su red que disponen de recursos psicológicos mas apropiados.

Argyle (1993; cit. en Martínez y García, 1995) analiza las funciones soportativas de tres tipos de relaciones sociales que son la base de la generalidad de los sistemas de apoyo de nuestro entorno cultural, el matrimonio y la familia, los amigos y las relaciones laborales. Con argumentos tanto biológicos como antropológicos y psicosociales. Pone de manifiesto que el matrimonio y las relaciones familiares son favorables tanto para la salud física como mental y que suelen aportar un alto grado de sensación de felicidad, siendo especialmente útiles en situaciones de crisis de salud. Los amigos cumplen una función de apoyo distinta en el sistema de apoyo social aunque tienen menos relevancia en los procesos de enfermedad, se ha encontrado que constituyen importantes fuentes de apoyo instrumental y emocional y facilitan en un alto grado la integración social.

House (1981; cit. en Barrón, 1996) señala que 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.

Barrón (1997) acepta que el apoyo social tiene efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar. Esto significa que las personas con buen nivel de apoyo social, integradas socialmente, con redes sociales que satisfacen sus necesidades de pertenencia, estima, aceptación, etc., están más sanas, física y emocionalmente que las personas que carecen de tales relaciones.

Villagrán (2001) concluye 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. También señala que 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.

De acuerdo con lo propuesto por Kaplan y Tochima, (1990; cit en *op. cit.*) el apoyo social tendría una influencia positiva sobre la salud, siempre que refuerce las conductas adecuadas; pero cuando el apoyo social refuerza comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa.

Murphy y cols. (2000; cit. en *op. cit.*) 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 significa, que si el apoyo social no actúa como un amortiguador y los adolescentes tiene habilidades de afrontamiento pobres, es más probable que manifiesten síntomas depresivos (Villagrán, 2001).

Barrón (1996) señala como un efecto negativo del apoyo ocurre cuando los miembros de la red del sujeto actúan como modelos inadecuados de conducta, o cuando tratan de distraerlo para que no se preocupe, evitando que adopte las medidas que a largo plazo serían beneficiosas.

Thoits (1992; cit. en Javier y Chambo, 1997) señala que un mismo entramado social puede contener recursos sociales valiosos para el individuo (apoyo social), pero también puede incluir relaciones sociales que constituyen origen de conflictos o estrés (relaciones sociales conflictivas). Los resultados en esta línea de investigación muestran que las interacciones interpersonales negativas o relaciones conflictivas pueden tener efectos más devastadores para la salud que otros estresores (Barrera y cols., 1990; cit en *op. cit.*).

Por otro lado las habilidades sociales que los sujetos poseen están relacionadas directamente con el acceso a los recursos y transacciones de apoyo. Jones (1985; cit. en Martínez y García, 1995) comprobó que los sujetos con escasas habilidades sociales son las personas más solitarias, tímidas, tiene baja autoestima y son desconfiados al respecto de sus relaciones sociales. Argyle, (1978; cit. en *op. cit.*) puso de manifiesto que las habilidades sociales

son un importante predictor de acceso adecuado a los recursos de apoyo y que existía una relación causal entre el grado de asertividad, acceso a los recursos de apoyo y bienestar.

Bimbela y Gómez, (1994) manifiestan que la falta de apoyo emocional conlleva sensación de aislamiento y soledad. Bajo estas condiciones, las personas son más vulnerables a integrarse con personas o grupos de comportamientos de alto riesgo (consumo de alcohol, consumo de drogas, relaciones sexuales poco discriminativas, etc.).

Gracia (1997) sugiere que el estrés psicológico asociado con deficiencias o pérdidas en la red social, puede dar lugar a enfermedades y cambios inmunológicos adversos. Como también observa Katz (1996; op. cit.) diversos estudios epidemiológicos indican, en este sentido que las personas expuestas a estresores vitales son más vulnerables a la hipertensión, enfermedades respiratorias, alergias, enfermedades coronarias.

Javier y Chambo, (1997) señalan que diversos investigadores han encontrado correlaciones significativas entre la ausencia de redes de apoyo social y los síntomas depresivos, los cuales generalmente, refieren disponer de una red social más pequeña, tener menos contactos con los miembros de la red y carecer de una relación confidencial. También se ha observado en las personas que padecen trastornos mentales como depresión, neurosis y esquizofrenia; redes sociales más pequeñas, menos recíprocas, en las que se intercambian menos recursos que permitan cumplir las principales funciones del apoyo social.

De acuerdo con Silverman y Smith (1984; cit. en Gracia, 1997) la persona en el proceso de ajuste ante la crisis que representa una enfermedad crónica o una discapacidad tiene que confiar no sólo en su propia capacidad de adaptación, si no también en los recursos de la red social y de su entorno ecológico que pueden tanto ayudar o entorpecer ese proceso adaptativo. En este sentido, cuando las respuestas de afrontamiento fracasan, no quedan reflejadas únicamente las limitaciones individuales, si no también el fracaso de los sistemas sociales en los

que la persona se encuentra inmersa. Las personas no suponen de forma innata de un repertorio de habilidades y estrategias de afrontamiento para manejar traumas o cambios no anticipados, si no que es necesario aprender y desarrollar esas habilidades y estrategias.

En general las enfermedades graves, como el cáncer, problemas cardiovasculares, etc., suelen suscitar reacciones familiares de apoyo, cuidados y amparo, sin embargo, en la enfermedad del VIH/SIDA se ha podido comprobar que la reacciones, sobre todo en su inicio no siempre están enfocadas a ayudar a la persona que posee esta infección (Ortiz-Tello, 1997).

Diversas investigaciones (Perles y Martimortugués, 1997) han determinado que ciertas actitudes y comportamientos de las personas que rodean a un enfermo crónico son percibidas por el enfermo como ineficaces o inadecuados; encontrando entre los más destacados la evitación física, evadir la conversación abierta sobre la enfermedad, rehuir de sus contactos sociales, e incluso algunas muestras de rechazo.

Los comportamientos de cuidados para con la gente con enfermedades crónicas resultan poco gratificantes en tanto que tienden a ser reiterados y suelen ser percibidos como poco efectivos en el sentido de que a pesar de sus cuidados, el paciente no mejora rápidamente (Sluzki, 1996); este mismo autor indica que existe evidencia de que la presencia de enfermedad en una persona, especialmente crónico-degenerativa deteriora la calidad de su interacción social y a la larga reduce el tamaño y la accesibilidad de su red social.

Aunque finalmente la presencia de una enfermedad o discapacidad no solo erosiona la red social habitual, si no que a veces también puede generar nuevas redes, tales como las que corresponden a los servicios sociales y de salud. Estas redes de servicios adquieren un carácter a veces central no solo por sus atributos instrumentales si no también por su capacidad de apoyo instrumental y emocional.

Es importante mencionar que los problemas y experiencias de las personas cuya enfermedad amenaza su vida va mas allá de su estado físico y el tratamiento médico que reciben e incluyen aspectos sociales, cognitivos y emocionales. Estas personas necesitan, además de recibir un tratamiento médico adecuado, información apoyo emocional y práctico, así como oportunidades para discutir abiertamente sus sentimientos e incertidumbres (Bandura, 1991; cit. en Gracia, 1997). Por lo que, profesionales de la salud plantean que las condiciones en que deben darse para la atención global de las personas portadoras y enfermas incluyen además de la asistencia sanitaria y el apoyo psicológico individualizado el aporte social.

La interacción de la persona con VIH/SIDA, con su medio ambiente, tanto laboral como social y familiar, queda determinada por la capacidad de respuesta ante este problema por parte de los integrantes del entorno y del enfermo mismo. La evaluación de su contexto social ayuda a determinar los desencadenantes de la ansiedad y a plantear medidas terapéuticas acordes con esta situación (Valencia, 1989).

Las secuelas psicológicas del SIDA se modifican por los factores que definen el nivel de ajuste y apoyo social previo de las persona. Un trastorno de la personalidad o una enfermedad psiquiátrica mayor es muy probable que generen síntomas psicológicos graves y una respuesta de mala adaptación al estrés de la enfermedad.

En una investigación realizada por Ingram, Jones, Fass, Neidig y Song en 1999, observaron que las personas que informaron tener interacciones sociales que no apoyan, relacionadas con su infección por VIH, también afirmaron estar más deprimidas. El resultado más importante obtenido fue que las interacciones sociales que no apoyan son motivo de una cantidad significativa de la variabilidad en la depresión, después de haber explicado la variación debida al funcionamiento físico y al apoyo social.

En una investigación sobre las teorías de la atribución subjetiva en VIH, enfrentamiento y funcionamiento psicológico entre hombres homosexuales con VIH, Clement, Schonnesson y Nilsson (1998), afirman que desde una perspectiva social, la infección de VIH entre estos hombres está aún asociada a factores de responsabilidad personal y culpa.

La disponibilidad de apoyo social es muy importante dada la necesidad de ayuda física y social. Tanto homosexuales como farmacodependientes a veces deben enfrentar la enfermedad con menos apoyo, sobre todo quienes están alejados de sus familiares. La pérdida de amigos que aceptan su estilo de vida puede ser muy grande; en realidad conforme la enfermedad avanza, el principal apoyo de muchos pacientes puede ser el de grupos de crisis y de otros pacientes con el virus (Bruhn, 1997).

Villagrán, (2001) menciona que 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. Además que en este sentido Hays y cols., (1990) encontraron que las redes compuestas de semejantes, eran más satisfactorias que aquellas en donde predominaban familiares.

En el caso de la familia es percibida por los hombres homosexuales como menos efectiva para proveer ayuda que los amigos y compañeros. El apoyo social de amigos ha sido relacionado significativamente a niveles de baja ansiedad entre hombres homosexuales seropositivos al VIH/SIDA (Britton y cols., 1993; Hays, Catania, y cols., 1990; Hays, Chauncey, y cols., 1990; Hays, MacKusick, y cols., 1994; cit. en Kadushin, 1996).

También se ha mencionado la diferencia marcada entre el apoyo social que buscan los heterosexuales en su familia de origen cuando se enfrentan a una enfermedad y de manera

inversa, los hombres homosexuales la tendencia a alejarse o a rechazar el apoyo familiar, especialmente cuando son seropositivos al VIH.

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 al diversión/relajación fueron significativamente mayor que el instrumental o el informacional; los hombres con SIDA a diferencia de los portadores asintomáticos, recibieron significativamente mayores niveles de apoyo de sus familiares 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 significativamente mayor apoyo instrumental que los padres y los hermanos.

Villagrán (2001) expone una posible explicación ante el bajo apoyo de los padres ya que posiblemente se derive del hecho 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 el VIH/SIDA pueden ser considerado por los padres como algo penosos, fastidioso o incómodo a diferencia de los otros miembros de la familia.

Algunos autores, mencionan que el nivel de crisis y negación en familias que no eran conscientes de un miembro homosexual hasta un diagnóstico de SIDA, puede ser bastante alto. Entre los hombres que ya han revelado su orientación sexual, el estigma de este diagnóstico puede reabrir viejas heridas, ya que los miembros de la familia son llevados por la crisis de la enfermedad a confrontar y expresar nuevamente sus sentimientos sobre las preferencias sexuales (Greif y Porembski, 1998; Powell – Cope y Brown, 1992; Robinson, Walters y Skeen, 1989; citados en Kadushin, 1996).

Arranz (1994) señala que a familia suele vivir en soledad el drama de la constante incertidumbre, amenaza y marginación que conlleva la infección de VIH/SIDA en sus hijos. Sin embargo constituye el apoyo fundamental del paciente y en muchas ocasiones no sabe como llevar acabo su papel. Sus preocupaciones suelen cambiar en lo distintos estadios de la infección.

Ya que se ha observado que aunque la familia de origen es una fuente menos importante de apoyo, la situación puede cambiar con el curso de la enfermedad. Hombres con diagnostico de SIDA probablemente busquen o reciban apoyo de su familia de origen que aquellos que solamente son portadores de VIH (Schwartzter y cols., 1994; cit. en Villagrán, 2001).

El SIDA conlleva consecuencias de tipo social, el miedo al rechazo a la forma de afrontar la comunicación sobre el tema con amigos, familiares y/o conocidos. Las situaciones de estrés prolongado y el estado de ánimo deprimido no favorecen en nada el mantenimiento de la salud o en su caso la recuperación. Dicho de otro modo, la persona psicológicamente deprimida tendrá con mayor probabilidad un sistema inmunológico deprimido. La evolución médica de la infección, así como el apoyo social con el que cuente la persona seropositiva, serán determinantes de su estado emocional (Espada, 2002).

En el caso de pacientes con cáncer se considera que las restricciones que impone la enfermedad en las actividades del paciente (reducción en los niveles de energía, imposibilidad de desempeñar los roles habituales) es un posible factor explicativo de los cambios que pueden tener lugar en la red de apoyo social después de haber sido diagnosticados. A medida que se reducen las actividades sociales, tiene lugar una reducción en la red social de la persona que, a su vez; puede reducir la posibilidad de recibir apoyo social (emocional o instrumental) Por otra parte, las relaciones de pareja u otras relaciones interpersonales también pueden verse

afectadas negativamente como consecuencia de la enfermedad y el propio retraimiento social de la persona también puede contribuir al deterioro de su red de apoyo (Gracia, 1997).

Sin duda la persona enferma de cáncer, debido a las exigencias físicas y psicológicas de la enfermedad, tiene mayores necesidades de apoyo social, tanto emocional como instrumental y ciertamente familiares, amistades y profesionales proporcionan elevados niveles de apoyo a la persona enferma. No obstante, como han observado diversos estudios, esa persona puede no recibir o percibir el apoyo adecuado o deseado, lo que puede exacerbar los niveles de estrés (Gracia, 1997).

Wortman y Dunkel-Schetter (1979; cit. en Lazarus y Folkman, 1986) señalan que la mayoría de los problemas manifestados por los pacientes de cáncer son de tipo impersonal e incluyen dificultades en la comunicación con los amigos sobre el tema, hablar con la familia sobre el futuro y en general, relacionarse con las personas cuya conducta varía después de conocer el diagnóstico.

Dakof y Taylor (1990; cit. en Perles y Martimortugués, 1997) realizaron un estudio con pacientes que sufrían de cáncer, encontrando que el apoyo emocional era valorado más eficazmente cuando provenía de personas cercanas, como la pareja, la familia o los amigos, mientras que en el caso del apoyo informativo, las fuentes más valoradas eran otros pacientes de cáncer y equipo sanitario. Esto significa que los individuos valoran de forma más marcada determinados tipos de apoyo social; ya que es posible que ante un estresor concreto, sean más necesitadas, requeridas o valoradas determinadas fuentes de apoyo social.

Así mismo Chesler y Barbarin, (1984; cit. en op. cit) observaron en un estudio con padres de niños con cáncer, que el estrés crónico al que se enfrentan produce un impacto negativo en las interacciones con sus redes de apoyo, encontrándose dificultades al pedir ayuda, recibir ofrecimientos por parte de sus redes y conseguir el comportamiento deseado por parte de

la red; estas personas a menudo evitaron pedir o aceptar ayuda de los demás, distintos investigadores suponen que por la creencia de que este comportamiento es indicativo de una falta de eficacia en el cuidado de sus propios hijos.

Una de las consecuencias mas marcadas de una enfermedad crónica es el desencadenamiento de un conjunto de situaciones estresantes, entre las que se encuentran la imposibilidad de curación, la incertidumbre sobre lo que sucederá a partir de ese momento, las implicaciones económicas, la posible alteración de las relaciones familiares, sociales, etc.; todo lo cual puede llegar a generar un estado de estrés crónico.

Cuanto más número e importantes son los acontecimientos vitales, mayor es el sentimiento de indefensión persona, el cual, a su vez, hace crecer la motivación y la sensibilidad hacia la autoayuda en tanto que forma una alternativa de afrontar los acontecimientos vitales negativos. Así pues, la necesidad y el deseo de afrontar de manera efectiva un evento altamente estresante para el individuo se une a las limitaciones del sistema (social y sanitario en particular) y al efecto de conectar con otras personas en igual situación .

Algunos autores sugieren que el estrés crónico no solo extingue las conductas de apoyo, si no que altera rápidamente las relaciones con otros miembros de la red (Coiné, 1976; cit. en Perles y Martimportugués, 1997) por lo tanto, en determinados procesos crónicos, la actitud de la persona enferma continuamente estresada, ansiosa o preocupada, puede producto un desequilibrio de la balanza de costos y beneficios con las personas que conforman la red, lo cual provocara un distanciamiento de estos.

De acuerdo con Gottlieb (1983; cit. en Gracia, 1997) la contribución de las redes sociales en la salud y el bienestar difiere de los sistemas formales de apoyo en cinco aspectos fundamentales: a) su accesibilidad natural; b) su congruencia con las normas locales a cerca del momento y forma en que el apoyo debe ser expresado; c) sus raíces en relaciones duraderas

entre iguales; d) su variabilidad, comprendiendo desde la provisión de bienes y servicios materiales a la simple compañía y e) su libertad e independencia de los costos económicos y psicológicos que tiene lugar cuando se utilizan los recursos profesionales.

En el caso del VIH/SIDA; Luque (2001) señala que se debe garantizar el acceso al diagnóstico y a la asistencia médica a toda persona infectada, tanto si es asintomático como si presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad. Se debe informar sobre los autocuidados que el individuo puede poner en práctica para mantener la salud y prolongar al máximo su vida. Así mismo, estimular la creación de espacios para la conformación de grupos de autoapoyo donde las personas que viven con el virus puedan compartir experiencias y logren respaldarse mutuamente. En esta fase es de particular importancia el apoyo que pueda prestar la familia. Estar ahí, acompañar, brindar afecto y comprensión, son acciones de las cuales depende el bienestar y la salud de una persona con esta enfermedad.

Por otro lado Ortiz-Tello, (1997) señala que cuando las personas se encuentran en momentos cruciales de su vida, de miedo a lo desconocido y en situaciones de ansiedad, además del apoyo familiar, la compañía de los que se encuentran en una situación parecida les aporta un enorme bienestar. El motivo es que se sienten más comprendidos y aceptados por personas que estén pasando por lo mismo y sientan que pueden compartir experiencias que de otra manera con otras personas no podrían compartir.

Por lo tanto las redes solidarias pueden ser menos espontáneas o informales como en los casos de la familia los amigos, o creadas intencionalmente por los terapeutas como grupos de apoyo para sujetos con estrés ocupacional, médico o legal. Así es como se han utilizado grupos de apoyo para sostener a pacientes y familiares con SIDA, diagnóstico de cáncer, arritmias cardíacas que amenazan la vida, niños con enfermedades crónicas y dementes seniles.

Ortiz (1992) en un estudio de casos de hombres gay seropositivos al VIH/SIDA encontró la experiencia de un grupo de autoapoyo, como una alternativa para ayudar a estas personas a fortalecer su sistema inmune, especialmente a aquellos que han sido aislados o estigmatizados por su propio estilo de vida.

Los grupos de autoayuda sirven de apoyo no solo para los pacientes, las parejas y familiares de los afectados si no también para los profesionales en contacto con la enfermedad del VIH/SIDA, estos grupos cumplirían la misión de facilitar o intercambiar información sobre experiencias, conocimientos, avances y tratamientos en relación a la enfermedad como un soporte emocional recíproco (Bonet, Ferrer y Vilajoana; 1994; cit. en Ortiz-Tello, 1997).

Spiegel (1976; cit. en Barrón, 1996) define a los grupos de apoyo como una estrategia grupal, basada fundamentalmente en el efecto protector del apoyo social y dirigida, por lo tanto a grupos de riesgo, aunque también se han usado grupos de apoyo en prevención primaria.

Por otro lado Killilea (1976; cit. en *op. cit.*) los define como sistemas de apoyo, entendido como los lazos establecidos entre individuos, o entre individuos y grupos, que sirven para mejorar la competencia adaptativa a la hora de tratar crisis a corto plazo y transiciones vitales, así como desafíos a largo plazo, tensiones, y privaciones.

Los grupos de apoyo proporcionan al individuo una red de relaciones sociales, que al compartir con los miembros de grupo sus preocupaciones, experiencias, y sentimientos se desarrolla una fuerte solidaridad grupal. Además de que cumplen con la función de comparación social; ofrecen una oportunidad para aprender nuevas estrategias de afrontamiento y por último los miembros de estos grupos tienen a su disposición una gran variedad de modelos de conducta (Barrón, 1997).

Así mismo; los grupos de autoayuda reconocen la importancia que el apoyo social tiene para las víctimas de SIDA y los beneficios que pueden tener para estas personas el disponer de un espacio donde compartir la rabia, la frustración, la esperanza, el afecto y otras poderosas emociones, donde se puede encontrar una atmósfera de aceptación y empatía y donde se puede compartir el apoyo emocional, asistencia práctica e información (Gracia, 1997).

Finalmente las metas de los grupos de apoyo son incrementar las estrategias de afrontamiento de sus miembros (mediante el refuerzo positivo, la empatía y el apoyo), la mejora de las habilidades de la comprensión personal y la educación (Gracia, 1997).

Al estudiar de cerca las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo, de los hombres que tienen sexo con hombres y que tienen diferente seroestatus al VIH/SIDA se espera encontrar resultados congruentes con las investigaciones antes mostradas. Es importante confirmar que dichas estrategias y redes pueden llevar a una mejora en la vida de estos individuos, que prometen por lo tanto, nuevas alternativas para lograr intervenciones integrales exitosas y un apoyo satisfactorio en la salud y bienestar de los sujetos afectados.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Preguntas de Investigación

1. ¿Existen diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento que presentan los hombres que tienen sexo con hombres con diferentes seroestatus al VIH/SIDA?

2. ¿Existen diferencias en las redes de apoyo que presentan los hombres que tienen sexo con hombres con diferentes seroestatus al VIH/SIDA?

II.2 Objetivo

1. Describir; analizar y comparar las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo, en hombres que tienen sexo con hombres con diferentes seroestatus al VIH/SIDA y su relación.

II. 3 Hipótesis

H1 Existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en hombres que tienen sexo con hombres con diferentes seroestatus al VIH/SIDA.

H2 Existen diferencias significativas en las redes de apoyo, en hombres que tienen sexo con hombres con diferentes seroestatus al VIH/SIDA.

H3 Existen diferencias significativas entre grupos

III DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

III.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

III.1.1 Variables Sociodemográficas

1. Edad. Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de aplicar la entrevista, es una variable atributiva que se evaluará en años.

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

3. Ocupación. Se refiere al trabajo, oficio o la actividad (renumerada o no en la que emplean su tiempo), es una variable atributiva.

III.1.2 Variables de Clasificación

1. Seroestatus. Variable atributiva que se clasifica en 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 utilizaron los resultados obtenidos de la prueba confirmatoria Western Blot; y para la clasificación del avance de la enfermedad, se consideraron 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 publicadas 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".

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

III.2 VARIABLES DEPENDIENTES

III.2.1 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).

Estas estrategias se dividen en dos componentes:

a) Evaluación cognoscitiva: se refiere a la valoración que determina si, y hasta que punto una relación determinada entre el sujeto y el ambiente es estresante, ya sea la presencia del VIH/SIDA en el organismo o bien, la amenaza de infectarse con el virus. Esta variable se evaluó a través de las siguientes preguntas: ¿Sientes que tu situación de seropositividad al VIH/SIDA requiere de esfuerzos extras para enfrentar la angustia o preocupación que produce la enfermedad? y/o ¿Sientes que la situación de seropositividad al VIH/SIDA requiere de esfuerzos extras para enfrentar la angustia o preocupación que produce la enfermedad?

b) Escala de estilos de afrontamiento, se compone de tres dimensiones, las cuales son:

1 Afrontamiento enfocado al problema: esfuerzos del individuo para la resolución del problema o a los intentos por hacer algo activo concerniente a las condiciones estresantes; procesos que cambian la relación actual persona medio ambiente, formas de afrontamiento centradas en la acción.

2 Afrontamiento Enfocado a la Emoción o Cognoscitivo: reestructuración interna que llevan a cabo los individuos (pensamientos dirigidos a la modificación del significado) para cambiar su relación con el medio ambiente, no necesariamente son pasivos, pero sí que conllevan a una reacción emocional.

3 Afrontamiento mixto: (afrontamiento enfocado al problema y a la emoción o búsqueda de apoyo social). Combinación entre actos o intentos de hacer algo activo 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 medio ambiente.

La escala total está integrada por 29 reactivos, cuyas opciones de respuesta son: 1) no, 2) poco, 3) bastante y 4) muchísimo.

III.2.2 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). Se evalúa en dos componentes, estructura y funcionamiento de la red.

a) Estructura de la red. Según Barrón (1996), se define a partir del número de determinadas relaciones clave que mantiene el sujeto (amigos, padres, hijos, hermanos, etc.)[...]y la frecuencia de contacto con los mismos.]. En la presente investigación solamente se evaluó el número total de categorías que se mencionan.

b) Funcionamiento de la red. 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: proceso a través del cual las personas reciben informaciones, consejos o guía relevante que les ayuda a comprender su mundo y / o ajustarse a los cambios que existen en él. Se evaluó a través de un reactivo en el cual se les pidió que indicaran a tres personas que les brindaran este tipo de apoyo.

b.2) Apoyo emocional: disponibilidad de alguien con quien hablar, e incluye aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo, y que provocan que el sujeto se sienta querido, amado, respetado y que crea que tiene personas a su disposición que pueden proporcionarle cariño y seguridad. Se trata de expresiones de amor, afecto, cariño, simpatía, estima y/o pertenencia a grupos. Se evaluó a través de tres reactivos en los cuales se les pidió que mencionaran a tres personas que les brinden este apoyo.

b.3) Apoyo Instrumental o material: se define como acciones o materiales proporcionados por otras personas y que sirven para resolver problemas prácticos y/o facilitan la realización de tareas cotidianas: ayudar en la tarea, cuidar a los niños, prestar dinero etc. Este apoyo es efectivo sólo cuando el receptor percibe la ayuda como apropiada. Se evaluó mediante tres reactivos en donde se les pidió que señalaran a tres personas que les brinde el apoyo.

b.4) Apoyo de diversión/relajación: oportunidades que tiene el sujeto para desarrollar actividades que le permitan tener momentos de diversión y/o tranquilidad y/o distracción. Se evaluó a través de tres reactivos en donde se les pidió que indicaran a tres personas que les brinden este tipo de apoyo.

IV MÉTODO

IV.1 Tipo de Estudio

Este estudio se clasifica como descriptivo, comparativo y correlacional, ya que tiene como propósito describir, medir y comparar el grado de relación que existe entre dos o más variables (Hernández, Fernández y Baptista Lucio, 1998) y por el lugar en donde se llevó a cabo (escenarios naturales) es de campo (Kerlinger, 1992).

IV.2 Tipo de Diseño

Se trata de un diseño no experimental, porque no se manipularán variables, ni se asignarán los sujetos a los grupos de estudio.

Dada la temporalidad, el diseño es de tipo transversal o transeccional, porque evaluará la relación entre las variables en un punto determinado en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista Lucio, 1998).

IV.3 Participantes

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 sean: del sexo masculino, mayores de 19 años, que manifiesten haber tenido sexo con otros hombres; que conozcan su seroestatus al VIH / SIDA; que no presenten daño neurológico aparente y que tengan la voluntad de responder.

IV.4 Escenario

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

IV.5 Instrumentos

La encuesta general (anexo 1) se compone 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, 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) Conteo de CD4; b) Carga Viral; c) sobre la Condición Clínica (Uribe Zúñiga y Ponce de León, 2000) y d) Tiempo de conocer su seroestatus al VIH/SIDA

3. Escala de afrontamiento (Lazarus, 1986): evaluación cognoscitiva; afrontamiento enfocado al problema; afrontamiento enfocado a la emoción o cognoscitiva y afrontamiento mixto.

4. Redes de apoyo (Hoppe, 1995). Estructura de la Red; Funcionamiento de la red (apoyo informativo, apoyo emocional; apoyo instrumental y apoyo de diversión / relajación).

V ANÁLISIS DE DATOS

Para las variables sociodemográficas y las redes de apoyo (estructura y funcionamiento): análisis de frecuencias y medidas de tendencia central.

Para la escala Estrategias de Afrontamiento: análisis psicométricos: frecuencias y pruebas: t (Student) y Chi cuadrada; validez y confiabilidad.

Análisis de varianza de una sola vía para comparar entre grupos.

VI RESULTADOS

VI. 1 Descripción de la Muestra

La muestra esta constituida por 100 hombres homosexuales y bisexuales, con un promedio de edad de 32 años (en un 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).

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	

Para conocer si existen diferencias entre los grupos por Seroestatus en la variable 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).

Sobre su **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**, es sobresaliente 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.

VI.2 Estrategias de Afrontamiento

Para responder a la pregunta ¿Existen diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento que presentan los hombres que tienen sexo con hombres con diferentes seroestatus al VIH/SIDA?, a continuación se presentan las descripciones, análisis y comparaciones de la Escala de Afrontamiento, la cual consta de dos secciones: 1) Evaluación Cognoscitiva y 2) Escala de Estrategias de Afrontamiento.

VI.2.1. 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?” de 1 al 4

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 2 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 2
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
<u>3.48</u>	.75	1-4	<u>2.43</u>	1.08	1-4	<u>3.38</u>	.94	1-4	<u>3.81</u>	.51	1-4

VI.2.2. 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 3 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 3
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 confiarle 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
2. Prepararme para morir		2.92	1.03
Reactivo independiente			
1. Relajarme.		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 4 indican lo siguiente:

Tabla 4
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

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

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.

VI. 3 Redes de Apoyo

Para responder a la pregunta: ¿Existen diferencias en las redes de apoyo que presentan los hombres que tienen sexo con hombres con diferentes seroestatus al VIH/SIDA?, a continuación se describen, analizan y comparan las diferentes dimensiones de las redes de apoyo por seroestatus al VIH/SIDA.

La información para Estructura y Funcionamiento de la red se obtuvo a partir de las respuestas que se dieron a 10 reactivos

La sección de Redes de Apoyo está integrada por dos secciones:

- Estructura de la Red
- Funcionamiento de la red

VI.3.1. 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, 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 5 indican lo siguiente:

Tabla 5
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)	<u>.50</u>	.57	0-3	<u>.22</u>	.48	0-3	4.29*

• P ≤.05; ** P≤.01; *** P≤.001

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".

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 6 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 seronegativo, con el promedio menor vs. SIDA, con el mayor promedio; las categorías con mayor mención son las psicólogas y psiquiatras.

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.

Tabla 6
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	5.7*
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	3.6
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

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

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 7 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 7
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	
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS	\bar{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			

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

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 8, 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 8
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*	

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

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 9, 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 9
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

VI. III.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.

CLASIFICACIÓN DE LAS MICROREDES POR FUNCIONAMIENTO Y SEXO

TIPOS DE APOYO	Consejería (C)		Emocional (E)		Instrumental (I)		Diver/Relajación (D/R)	
	HOMBRE (H)	MUJER (M)	HOMBRE (H)	MUJER (M)	HOMBRE (H)	MUJER (M)	HOMBRE (H)	MUJER (M)
FAM. CONSANGUÍNEA (FC)	FCH_C	FCM_C	FCHE	FCME	FCH_I	FCM_I	FCH_D	FCM_D
FAM. ELECTA (FE)	FEH_C	FEM_C	FEHE	FEME	FEH_I	FEM_I	FEH_D	FEM_D
PROFES. (PRO)	PROH_C	PROM_C	PROHE	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, 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 10, indican diferencias estadísticamente significativas en:

Tabla 10
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	rango real	\bar{X}	DS	rango real	\bar{X}	DS	rango real	\bar{X}	DS	rango 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	<u>.78</u>	.79	0-3	.50	.64	0-2	<u>.28</u>	.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 ≤.05; ** P ≤.01; *** P ≤.001

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?”

En la Tabla 3 del anexo, 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 11, 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 11
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

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

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 señalar 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, 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 12, 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.

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 divertirte?”

“¿Tienes con quién relajarte y estar tranquilo?”

“¿Tienes con quién pasar la Navidad y/o el año nuevo?”

En la Tabla 5 del anexo 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.

Tabla 12
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	<u>0</u>	<u>0</u>	0-0	0	0	0-0	<u>.11</u>	.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

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 13, 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).

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:

Tabla 13
COMPARACIÓN DE LAS MICROREDES EN EL APOYO DIVERSIÓN/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	<u>1.4</u>	.73	0-3	1.1	.54	0-2	<u>.76</u>	.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.1) Seronegativo. Los resultados, que se presentan en la Tabla 14 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 14
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	<u>.88</u>	.76		.57	.57		<u>1.1</u>	.80		<u>.84</u>	.96	
Fam. Electa Masculina	<u>.65</u>	.68	2.8**	<u>1.3</u>	.56	5.1**	<u>1.0</u>	.56	4.1***	<u>1.1</u>	.63	4.5***
Fam. Electa Femenina	.26	.45		.57	.50		.42	.50		.61	.49	
Profesional Masculino	.03	0	ns	<u>.34</u>	.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 15 arrojan lo siguiente:

Tabla 15
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	<u>.60</u>	.83		1	.95		<u>1.1</u>	.96		<u>.63</u>	.72	
Fam. Electa Masculina	<u>.78</u>	.79	4**	1.5	.73	5.9***	<u>1.2</u>	.67	4.7**	1.4	.73	5.5***
Fam. Electa Femenina	.008	.28		.60	.65		.52	.51		<u>.60</u>	.65	
Profesional Masculino	0	0	ns	<u>.34</u>	.48	2.1*	0	0	ns	0	0	ns
Profesional Femenino	0	0		.17	.38		0	0		0	0	

* P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

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.

b.3) CRS. Los resultados, que se presentan en la Tabla 16 arrojan lo siguiente:

Tabla 16
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	<u>.38</u>	<u>.57</u>	-2.5*	.70	.72	NS	<u>.38</u>	<u>.57</u>	-2.0*
Fam. Cons. Femenina	.70	.95	2.2*	<u>.80</u>	<u>.84</u>	3.5**	1.03	.94	3.3**	<u>.61</u>	<u>.63</u>	
Fam. Electa Masculina	<u>.50</u>	<u>.64</u>		<u>.11</u>	<u>.71</u>		<u>1.0</u>	<u>.74</u>		<u>1.1</u>	<u>.54</u>	3.4**
Fam. Electa Femenina	.15	.36	<u>.46</u>	<u>.64</u>	<u>.38</u>	<u>.57</u>	<u>.53</u>	<u>.58</u>				
Profesional Masculino	0	0	NS	<u>.50</u>	<u>.58</u>	3.3**	.11	.32	NS	.11	.32	NS
Profesional Femenino	0	0		<u>.07</u>	<u>.27</u>		.07	.26		.03	.19	

P ≤ .05; ** P ≤ .01; *** P ≤ .001

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.

b.4) SIDA. Los resultados, que se presentan en la Tabla 17 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 17
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	<u>.80</u>	.86		<u>.72</u>	.89		<u>1.0</u>	.86		<u>.80</u>	.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 18 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 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 concisamente) en el apartado de la Estructura de la Red.

TABLA 18
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 Instrumental					
20	.31**	.41** *	.27*				.48** *	.26**						.48** **	.62** *						Familia Consang. Femenina							
21	.48** *		.67** *						.72** **						Familia Electa Masculina													
22	.26* *				.20*						.55** **						.49** **						.20* Fam. Electa Femenina		Diversión Relajación			
23	Prof. Masculina																											
24	.70** *						.55** **						Prof. Femenina															

VI. III.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 19; 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 19
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								F
	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 ¿ha 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
	dirías 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 la 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 20, 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 20
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 >1y los reactivos seleccionados presentan pesos factoriales >.70 (Tabla 21).

TABLA 21
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

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 22, 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 22
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

VII DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Es importante recordar que es VIH/SIDA es una pandemia mundial; que en nuestro país mas del 50% del total de los casos se centra en los Hombres que tiene sexo con Hombres (HSH). Es también una enfermedad conductual, en donde la transmisión sexual ha favorecido la rápida propagación de esta enfermedad. Aunque como lo señalan algunos autores como Espada y Quiles (2002) su transmisión no sólo depende de factores físicos si no que además, de factores ambientales, sociales y psicológicos también. Así mismo que su tratamiento es sumamente complejo y requiere de un manejo multidisciplinario de especialistas de diversas ramas de las ciencias de la salud.

VII. 1 Descripción de la muestra.

Como se observa la muestra en realidad es joven; sobresaliendo el grupo Seronegativo como los más jóvenes y el grupo Asintomático como los de mayor edad. Este grupo también tiene un mayor nivel de estudios y la mayor parte de toda la muestra es estudiante o tiene una ocupación o profesión también.

Esto es preocupante ya que en la actualidad en México el mayor número de casos corresponde a jóvenes entre los 15 y los 44 años, edad que se considera como productiva. Y que además como lo señala Villagrán (2001) una persona infectada con el virus de VIH/SIDA en su etapa terminal es un individuo menos dentro de la población económicamente activa y representa una carga dentro del sistema de salud pública, ya que se invierten enormes cantidades de dinero para prevenir o para tratar este padecimiento.

Por otra parte ya que las enfermedades no sólo son producidas por agentes externos o accidentes traumáticos sobre el organismo, si no que además es necesario considerar los

factores sociales y psicológicos que hacen que los organismos sean más vulnerables o resistentes a esta enfermedad; se puede concluir lo siguiente:

VII. 2 Estrategias de afrontamiento

Uno de los componentes de la Escala de Afrontamiento es la Evaluación Cognoscitiva del VIH/SIDA como evento estresor. Ya que como lo señala Villagrán (2001) el SIDA es un evento traumático y estresante para la población en general y en especial para el individuo y la familia que lo padece.

La Evaluación Cognoscitiva es también denominada Evaluación Primaria porque es cuando la situación se clasifica como: benigna, de daño/pérdida, amenaza o desafío (Lazarus y Folkman, 1986). Aunque las evaluaciones que el individuo hace de una interacción específica con el entorno esta determinada a su vez por los factores que hacen referencia así mismo.

Como se observó para la mayor parte de la muestra; en general, el SIDA se evaluó como un evento estresor que implica el uso de esfuerzos extras para hacerle frente a la enfermedad; sobresaliendo el grupo asintomático que sólo requiere de pocos esfuerzos.

Lo que podría llevarnos a la explicación de esta evaluación; es que al estar en el inicio de su enfermedad y no presentar síntomas aún, necesitan de mínimos esfuerzos para buscar apoyo social o profesional para hacerle frente a su enfermedad.

Otra posible explicación es a través de los mecanismo de defensa, ya que como lo propone Kübler-Ross (2002) existen estadios por los que transitan las personas cuando se enfrentan a situaciones de muy alto estrés, como el anuncio de padecer alguna enfermedad terminal. Ya que ante este proceso, el individuo suele negarse a afrontar el hecho de una muerte eminente, sin embargo puede también desarrollar ansiedad al considerar un problema una y otra vez o deprimirse.

Lo que podría sucederle a las personas al momento de recibir la noticia de que es portador de VIH es iniciar procesos 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 totalmente aceptado.

Por otra parte 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.

Esto es importante ya que como se señaló los resultados en algunas investigaciones (Christensen *y cols.* 1995; cit. en López, 1997) el afrontamiento centrado en el problema es especialmente útil en el caso de tratarse de problemas de salud que de alguna manera, quedan bajo el control de los sujetos (por ejemplo; diabetes e hipertensión). Sin embargo, ante otro tipo de enfermedades (por ejemplo; cáncer o VIH/SIDA) resulta más adaptativo el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el control emocional.

En la escala también se incluyeron los reactivos "Prepararme para morir" y "Resignarme a la enfermedad", que corresponden al afrontamiento emocional, estas respuestas fueron en general utilizadas con menor frecuencia. Aunque los que más utilizan este recurso son los enfermos de SIDA.

Que como ya se menciono antes, este tipo de afrontamiento tiene una mayor probabilidad de aparecer cuando ya ha habido una evaluación que dio como resultado que no se puede hacer nada para modificar las condiciones nocivas, amenazantes o desafiantes del entorno, como es el caso del avance de esta enfermedad.

No obstante en la literatura revisada se ha observado que las crisis emocionales se producen con mayor frecuencia en momentos claves de la evolución de la enfermedad en el paciente con VIH: tras el diagnóstico de la infección (Asintomático), tras la notificación del progreso de la infección (CRS) y en el momento en el que, debido a una ausencia de respuesta favorable, es necesario introducir cambios en el tratamiento (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.

No obstante se considera que aquellos pacientes con SIDA que sobreviven a la enfermedad durante largo tiempo desarrollan una gama muy amplia de estrategias de afrontamiento, entre las que se ha destacado el uso de métodos activos que otorgan al individuo una sensación de mayor control sobre su propia salud. También la búsqueda de actividades placenteras, un *locus de control interno* y un aprovechamiento de los mecanismos de soporte social se consideran factores que favorecen una buena adaptación a la infección (Ayuso, 1997).

Sin embargo lo mas relevante es que la forma en que un individuo afronte una situación dependerá principalmente de los recursos que disponga y de las limitaciones que dificulten su uso, en el contexto de una interacción determinada, los recursos con los que cuenta un individuo son factores que preceden e influyen en el afrontamiento, lo que a su vez interviene en el estrés.

Aunque es necesario señalar que las respuestas de afrontamiento que se registraron, son estados que cambian dependiendo del estado interno y del contexto; es decir, se refieren a un momento específico por el cual los individuos transitan.

VII.3 Apoyo social

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. 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, esto significa que son los amigos lo que más 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. Llevándonos a la conclusión de que las redes están principalmente integradas por las mujeres de la Red de Familia Consanguínea y por los varones de la Red de Familia Electa.

Esto refuerza lo señalado por Villagrán, (2001) sobre que 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.

Otra investigación que fortalece éstos resultados son los encontrados por Kadushin (1999) que 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 al diversión/relajación fueron significativamente mayor que el instrumental o el informacional; los hombres con SIDA a diferencia de los portadores asintomáticos, recibieron significativamente mayores niveles de apoyo de sus familiares 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 significativamente mayor apoyo instrumental que los padres y los hermanos.

En cuanto a la Red de Profesionales; los médicos son los más frecuentemente citados; sin embargo no son mencionados por todos los de la muestra, a pesar de tratarse de un padecimiento que por necesidad debe llevar un tratamiento médico. Aunque es importante señalar que 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.

Estos resultados apoyan la necesidad de las personas infectadas con el VIH de que además de recibir un tratamiento médico adecuado, información apoyo emocional y práctico, necesitan un espacio en el cual puedan discutir abiertamente sus sentimientos e incertidumbres (Bandura, 1991; cit. en Gracia, 1997).

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–.

Estos datos son relevantes ya que como se documentó el mismo tipo de apoyo puede ser efectivo o no y puede ser aceptable o inaceptable dependiendo del de la persona que lo ofrezca, el contexto en el que se dé y la finalidad del mismo.

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.

Otro de los inconvenientes de la escala -que puede subsanarse en combinación con 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.

En cualquier caso, no se esta hablando del número de conocidos, ni de su frecuencia con que asiste a reuniones, si no del grado de intimidad, solidaridad y confianza que se comparte con otras personas.

Esta observación refuerza la propuesta por Barrón (1997) sobre que las redes grandes, poco densas, homogéneas y recíprocas tienen mayores efectos positivos sobre el bienestar que aquellas que presentan características inversas.

Finalmente es relevante lo que señala Orlandini (1999) las estrategias de afrontamiento se adquieren principalmente en la familia, y después en la escuela, el trabajo y en la cultura en general, actúan como amortiguadores del impacto del estresor y su adquisición puede considerarse como una promoción de la salud y una prevención en el avance de esta y otras enfermedades por estrés.

VIII BIBLIOGRAFÍA

Acuña, L. (1998). *Apoyo social, roles sexuales y estrategias de afrontamiento de los problemas como moduladores de los efectos nocivos del estrés vital sobre la salud de los estudiantes*. Tesis de doctorado. México. Facultad de Psicología UNAM.

Acuña, L. y Bruner, C. (1999). Estructura factorial del cuestionario de apoyo social de Sarason, Levine, Basham y Sarason en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 16 pp. 267-279.

Álvarez, C., Calva, J., Flisser, A., Hermida, C., Hernández, G., Ortiz, F., Pavia, N., Ponce de León, S., Rangel, S., Sada, E., Santos, J., Solórzano, F., Soto, J., Soto, L., Uribe, P., Vázquez, R., Volkow, P. y Xochihua, L. (2000). *Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales*. 4ª. ed. México: CONASIDA.

Arranz, P. (1994). Intervención psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 42 (2) pp. 183-191.

Ayuso, J. (1997). *Trastornos Neuropsiquiátricos en el SIDA*. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social, aspectos teóricos y sus aplicaciones*. México: Siglo veintiuno editores.

Barrón, A. (1997). Estrés psicosocial y salud. En Ma. Isabel Hombrados (Coordinadora), *Estrés y Salud*. Cap. 3, pp. 71-93. Valencia, España: Promolibro.

Barreto, P. (1994). Cuidados paliativos al enfermo de SIDA en situación terminal: enfoque multidisciplinar. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 47 (2) pp. 201-208.

Bayés, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del Sida. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 24 (1-2) pp. 35-56.

Bayés, R. (1994). Sida y Psicología: realidad y perspectivas. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 47 (2) pp.125-127.

Bimbela, J. y Gómez, C. (1994). Sida y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 47(2) pp. 151-157.

Brengelman, J. (1993). Éxito y estrés. Un modelo cuantitativo del desarrollo personal. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 45 (1) pp. 45-56.

Borras, F. (1994). Sida: Aportaciones desde la Psiconeuroinmunología. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 47 (2) pp. 225-229.

Bonet, R., Ferrer, M., Vilajoana, J. (1994). Estrategias de grupo y sida: ayuda mutua. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 47 (2) pp. 193-200.

Camacho, F. (2000). Evolución natural de la infección por VIH en Samuel Ponce de León Rosales y Sigfrido Rangel Fruasto (compiladores), *Sida: Aspectos Clínicos y Terapéuticos*. Cap. 5, pp. 115-138. México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Clement, U.; Schonnesson, L. (1998, Junio). Subjective HIV attribution theories, coping and psychological functioning among homosexual men with HIV. *AIDS Care*, Vol. 10, p. 355, 14 p. (De (Academic Search Elite): EBSCO Publishing (productor y distribuidor)). Recuperado 23 de Noviembre de 2000 del World Wide Web: <http://www.epnet.com/ehost/login.html>

CONASIDA (2006). Epidemiología del VIH/SIDA en México en el año 2003. CENSIDA. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/conasida>

Cruz, C. y Vargas, L. (2001). *Estrés. Entenderlo es manejarlo*. México: Alfa Omega.

Dabas, E. (1993). Red de redes. *Las practicas de las intervenciones en redes sociales*. México: Ed. Paidós.

Del Barrio, V. (1997). Estresores infantiles y su afrontamiento. En Ma. Isabel Hombrados (Coordinadora), *Estrés y Salud*. Cap 14, pp. 351-377 Valencia España: Promolibro.

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

Díaz, R. y Torres, K. (1999). *Juventud y Sida una visión psicosocial*. México: Facultad de Psicología. UNAM.

Díaz, R., Flores, M., Rivera, S., Andrade, P., Ramos, L., Villagrán, G., Cubas, M., Camacho, M. y Muñiz 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 UNAM.

Cohen, F. (1994). Etiología y epidemiología de la infección HIV y del SIDA. En Jerry D. Durham y Felissa I. Cohen (compiladores), *Pacientes con Sida. Cuidados de enfermería*. Cap. 1, pp. 1-71. México: Editorial El Manual Moderno.

Espada, J. y Quiles M. (2002). *Prevenir el Sida. Guía para padres y educadores* Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Enciclopedia Microsoft® Encarta® Online 2006.<http://es.encarta.msn.com> © 1997-2006 Microsoft Corporation.

Esteve, R. (1997). Estilos conducta y estrés: evaluación. En Ma. Isabel Hombrados (Coordinadora), *Estrés y Salud*. Cap 6, pp. 145-169 Valencia España: Promolibro.

Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predicadores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 27 (1) pp. 87-102.

Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. En Ma. Isabel Hombrados (Coordinadora), *Estrés y Salud*. Cap 1, pp. 11-37 Valencia España: Promolibro.

García, M., Mora, J., Palacios, M., Valdespino, J. (1989). Medidas preventivas para evitar la transmisión de la infección por VIH. En Sepúlveda, J. *Sida, ciencia y sociedad en México*. pp. 337-352 México: Fondo de Cultura Económica.

Gil, J. y Schmidt, S. (2002). *Análisis de redes. Aplicaciones en Ciencias Sociales*. México. Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y Sistemas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Gildín, L. (1989). Investigación sobre seropositividad al VIH y conductas y hábitos sexuales en un grupo de homosexuales de Buenos Aires. *Revista Latinoamericana de Sexología*. IV pp. 163-180.

Gómez, V. (2000). Relación entre estrés e inmunidad: Una visión crítica a la investigación. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 32 (1) pp. 31-45.

González, C. y Andrade, P. (1993). Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica psicológica de América Latina* Vol. 40 (2) pp. 156-163.

Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. España: Ed. Paidós

Grzib, G., Ortega, R. y Brengelman J. (1993). Medición de reacciones de estrés en pacientes somáticos y personas sanas. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 46 (1) pp. 57-69.

Gutiérrez, A., Lacoste, A. y Pitti, C. (1994). Atención primaria e infección por VIH SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 47 (2) pp. 175-181.

Hernández, M., Pérez, G., Montes, V. (2001). Hipertrigliceridemia y nefrolitiasis en pacientes con SIDA que reciben antirretrovirales. *Revista Médica IMSS* Vol. 39 (1) 33-37.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill interamericana editores.

Hoppe, S. (1995). *STAR Project*. University Hospital, University of Texas at San Antonio.

Ingram, K.; Jones, D.; Fass, R.; Neidig, J., Song, Y. (1999, Junio). Social support and unsupportive social interactions: their association with depression among people living with HIV. *AIDS Care*, Vol. 11, p. 313, 17 p. (De (Academic Search Elite): EBSCO Publishing (productor y distribuidor)). Recuperado 23 de Noviembre de 2000 del World Wide Web <http://www.epnet.com/ehost/login.html>

Javier, V. y Chambo, A. (1997). *Apoyo social y salud. Una perspectiva comunitaria*. Valencia, España: Ed. Promolibro.

Kadushin, G. (1996, Mayo). Gay men with AIDS and their families of origin: an analysis of social support. *Health & Social Work*, Vol. 21, p. 141, 9p. (De (Academic Search Elite): EBSCO Publishing (productor y distribuidor)). Recuperado 23 de Noviembre de 2000 del World Wide Web: <http://www.epnet.com/ehost/login.html>

Kadushin, G. (1999, Agosto). Barriers to social support and support received from their families of origin among gay men with HIV/AIDS. *Health & Social Work*, Vol. 24, p. 198, 17p. (De (Academic Search Elite): EBSCO Publishing (productor y distribuidor)). Recuperado 23 de noviembre de 2000 del World Wide Web: <http://www.epnet.com/ehost/login.html>

Kraus, A. (1994). SIDA: no sólo enfermedad. *CIENCIAS*, 33, pp. 51–52.

Kerlinger, F. (1992). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill interamericana editores.

Key, S., DeNoon, D. (1998, noviembre). Finding meaning in life experience linked to longer lives for VIH+ gay men. *AIDS Weekly Plus*, p. 12, 2p. (De (Academic Search Elite): EBSCO Publishing (productor y distribuidor)). Recuperado 23 de noviembre del 2000 del World Wide Web: <http://www.epnet.com/ehost/login.html>

Kübler-Ross, E. (2002). *Sida. El gran desafío*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.

Lazarus, R. (1999). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Ed. Desclée de Brouwer.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.

López, A. (1997). Aspectos conceptuales y metodológicos implicados en la relación entre estrés y calidad de vida. En Ma. Isabel Hombrados (Coordinadora), *Estrés y Salud*. Cap 2, pp. 39-69 Valencia España: Promolibro.

López-Vidal, Y. (2000). Diagnóstico de la Infección por el VIH tipo I. en Samuel Ponce de León Rosales y Sigfrido Rangel Fruasto (compiladores), *Sida: Aspectos Clínicos y Terapéuticos*. Cap. 3, pp. ___ México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Luque R. (2001). *El Sida en primera persona: Información y claves para el logro de acuerdos preventivos*. Bogotá Colombia: Panamericana Editorial.

Magis, C. y Del Río, C. (2000). Epidemiología del VIH y del SIDA en Samuel Ponce de León Rosales y Sigfrido Rangel Fruasto (compiladores), *Sida: Aspectos Clínicos y Terapéuticos*. Cap. 1, pp. ___ México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Mann, J. (1994). EL SIDA en los noventas. *CIENCIAS* 33, pp. 68–75.

Martínez, M. (1997). Estrés y apoyo social en el proceso migratorio. En Ma. Isabel Hombrados (Coordinadora), *Estrés y Salud*. Cap. 11, pp. 297-317 Valencia España: Promolibro.

Martínez, M. y García, M. (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología social*. Vol. 1 (10) pp. 61-74

McIntyre, J. (2002). *Guía clínica para el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA*. Barcelona España: Psiquiatría Editores, S. L.

Moreno, P. (1997). Afrontamiento al estrés en población recluso drogadependiente. En Ma. Isabel Hombrados (Coordinadora), *Estrés y Salud*. Cap 17, pp. 423-445- Valencia España: Promolibro.

Muma, R., Lyons, B., Borucki, M., Pollard, R. (1997). *Manual del VIH para Profesionales de la Salud*. México: Editorial Manual Moderno.

Nájera, R. (1998). Retrovirus humanos. Etiopatogenia. En Josep M. Gatell Artigas (compilador), *Guía práctica del Sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Cap. 1 pp. 1- 19. Barcelona España: Editorial Masson.

Nora, E. (1993). *Red de redes. Las prácticas de las intervenciones en redes sociales*. México: Ed. Paidós.

Olivares-López F. (1993). Sida asociado a la transfusión de sangre. *Salud Pública de México* Vol. 35 pp. 351-356.

Omar, A. (1995). *Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen.

Orlandini, A. (1999). *El estrés qué es y como evitarlo*. México: Fondo de Cultura Económica

Ortiz, R. (1992). Grupos de apoyo para hombres gay HIV seropositivos: Un estudio de caso en Puerto Rico. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 24 pp. 189-200.

Ortiz-Tello, M. (1997). Sida y estrés. En Ma. Isabel Hombrados (Coordinadora), *Estrés y Salud*. Cap.25, pp. 599-616 Valencia España: Promolibro.

Perles, F. y Martimortugués, C. (1997). Apoyo social y estrés en pacientes crónicos. En Ma. Isabel Hombrados (Coordinadora), *Estrés y Salud* Cap. 18, pp. 447-472 Valencia, España: Promolibro.

Ponce de León, S., Macías, A., Cruz, A., Calva, J., Tinoco, J., Ruiz, C., Ojeda, F., Bobadilla, M., Rolón, A., Villalobos, I., Castillo, A., Ruiz-Palacios, G. (1988). Los primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México. *Salud Pública de México*. Vol. 30 pp. 544-554.

Reeves, P., Merriam, S., Sharan, B.; Courtenay, B. (1999, Mayo). Adaptation to HIV infection: the development of coping strategies over time. *Qualitative Health Research*, Vol. 9, p. 344, 19 p. (De (Academic Search Elite): EBSCO Publishing (productor y distribuidor)). Recuperado 23 de noviembre del 2000 del World Wide Web: <http://www.epnet.com/ehost/login.html>

Reyes –Terán, G. y Ponce de León, S. (1994). SIDA: los laberintos de la infección. *CIENCIAS* 33, pp. 31–42.

Revista SIDA-ETS nov-enero, (1998). *El sida y las relaciones sexuales entre varones*. Vol. 4, No.4 pp. 169-172.

Revista SIDA-ETS febrero-abril, (1997). *Significado, procedimientos y recomendaciones para el uso de la cuantificación de la carga viral en la infección por VIH/SIDA*. Vol.3, No.1 pp. 27-30.

Rico, B. (1989). Transmisión del VIH. En Sepúlveda, J. *Sida, ciencia y sociedad en México*. pp. 81-102 México: Fondo de Cultura Económica.

Richaud, M. y Sacchi, C. (1999). Variables moderadoras del estrés *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 31 (2) pp. 355-365.

Romo, J. y Salido, F. (1997). *SIDA Manejo del paciente con HIV*. Segunda edición México: Manual Moderno.

Rusiñol, J., Gómez, J., De Pablo, J. y Valdés, M. (1993). Relación entre estrategias de afrontamiento y la ansiedad ante la situación de examen. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 46 (1) pp. 71-74.

Ruiz, G. (1989). Tratamiento. En Sepúlveda, J. *Sida, ciencia y sociedad en México*. pp. 217-239 México: Fondo de Cultura Económica.

San Martín, J. (1997). Estrés intercultural: Afrontamiento de una nueva cultura. En Ma. Isabel Hombrados (Coordinadora), *Estrés y Salud*. Cap. 12, pp. 319-339 Valencia España: Promolibro.

Sánchez, G., Ponce de León, S. y Ruiz, G. (1989). Historia natural de la infección por VIH. En Sepúlveda, J. *Sida, ciencia y sociedad en México*. pp. 131-159 México: Fondo de Cultura Económica.

Sepúlveda, J. y Rico, B. (1989). El Sida en México: una introducción. En Sepúlveda, J. *Sida, ciencia y sociedad en México*. pp. 17-29 México: Fondo de Cultura Económica.

Sierra, J., Ponce de León, S., Ruiz, G., Tinoco, J., Calva, J., Zamora, E. (1986). Prevalencia de anticuerpos contra el virus asociado a linfadenopatía/virus linfotrópico humano tipo-III de células T (LAV/HTLV-III) en una población de homosexuales en México. *Salud Pública México*. Vol. 2 Marzo-Abril pp. 180-185.

Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, España: Ed. Gredisa.

Soler, C. y Stanislawski, E. (1989). Pruebas de laboratorio para detectar infección por VIH. En Sepúlveda, J. *Sida, ciencia y sociedad en México*. pp. 103-117 México: Fondo de Cultura Económica.

Stanislawski, E. (1989). Mecanismos de acción. En Sepúlveda, J. *Sida, ciencia y sociedad en México*. pp. 81-102 México: Fondo de Cultura Económica.

Uribe Zúñiga, P. y Ponce de León Rosales, S. (Editores) (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.

Valderrama, P. y Carbellido, S., Domínguez, B. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 27(1) pp. 73-86.

Valdés, M. y de Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés. Conceptos y estrategias de investigación*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.

Valencia, A. (1989). Aspectos psicosociales y neuropsiquiátricos en pacientes con infección por VIH. En Sepúlveda, J. *Sida, ciencia y sociedad en México*. (Pág.191-204). México: Fondo de Cultura Económica.

Vera, P. y Buela, G. (1999). Psiconeuroinmunología: Relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 31 (2) pp. 271-289.

Villagrán, G. (1993). *Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón*. Tesis de maestría en Psicología experimental. Facultad de Psicología UNAM.

Villagrán, G. (2001). *El individuo y la familia frente al VIH/SIDA* Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.

Villasis, A. (2000). Mecanismos de transmisión del VIH en Ponce de León, S. y Rangel, S. *Sida: Aspectos Clínicos y Terapéuticos*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

Anexos

P r e s e n t a c i ó n

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

1	2	3	4	5	6

Nombre _____

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

ES11. Código de Estatus de la enfermedad:

*Proyecto financiado por CONACyT (339P-S9608).

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 quién consideras que es tu amante o tu pareja?

- (1) Sí
- (2) No

ES14. ¿Estas actualmente viviendo con alguien?

- (1) Sí ¿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

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 repetirlas

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.

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.

*Proyecto financiado por CONACyT (339P-S9608).

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

29. Te harías daño con la intención de quitarte la vida? (2) No (1) Si (Pasa a la pregunta 30).

30.¿Qué harías?_____

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)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(1) Si (2) No	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
AS1R2 _____	(1)M 2(F)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(1) Si (2) No	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
AS1R3 _____	(1)M 2(F)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(1) Si (2) No	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

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)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(1) Si (2) No	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
AS2R2 _____	(1)M 2(F)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(1) Si (2) No	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
AS2R3 _____	(1)M 2(F)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(1) Si (2) No	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

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)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(1) Si (2) No	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
AS3R2 _____	(1)M 2(F)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(1) Si (2) No	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
AS3R3 _____	(1)M 2(F)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(1) Si (2) No	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

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

* Proyecto financiado por CONACyT (339P-S9608).

AS4. ¿A quién le pedirías ayuda para realizar algunas cosas que tú necesites 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 quién 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?	
AS9.R1 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No
AS9.R2 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No
AS9.R3 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No

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?	
AS10.R1 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No
AS10.R2 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No
AS10.R3 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	(1)Si (2)No

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 _____

Tabla 1
Frecuencia de mención de cada una de las categorías de la Estructura de la Red de Apoyo
por Microred, sexo y Seroestatus al VIH/SIDA

Microred/ Sexo	Seroestatus al VIH/SIDA																Total			
	Seronegativos n=26				Seropositivos A Sn=23				Seropositivos CRS n=26				Seropositivos SIDA n=25				H	M		
	H		M		H		M		H		M		H		M					
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n/%	n/%	
Familia Consanguínea (FC)																				
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		
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 3
Frecuencia de mención de cada una de las categorías de
las Microredes en el Apoyo Emocional 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)	4	15.4	8	30.8	2	8.7	10	43.5	2	7.7	10	38.5	1	4	11	44	9	39	
Hermano(as)	4	15.4	5	19.2	5	21.7	8	34.8	7	26.9	10	38.5	8	32	7	28	24	30	
Hijo(a)(s)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	1	-	
Tíos(as)	1	3.8	1	3.8	-	-	-	-	-	-	1	3.8	-	-	-	-	1	2	
Primos(as)	1	3.8	1	3.8	-	-	1	4.3	1	3.8	-	-	-	-	-	-	2	2	
Sobrino(a)(s)	-	-	-	-	1	4.3	2	8.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	
Familia Electa (FE)																			
Pareja	8	30.8	-	-	13	56.5	-	-	10	38.5	-	-	4	20	1	4	36	1	
Esposa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7.7	-	-	3	12	5	-	
Amigo(a)	23	88.5	15	27.7	18	78.3	12	52.2	17	65.4	9	34.6	11	44	7	28	69	43	
Expareja	1	3.8	-	-	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	2	4	
Cuñado(a)(s)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	1	
Empleado	1	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	2	-	
Estudiante	1	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	1	1	
Compañero(a)	1	3.8	-	-	3	13	2	8.7	2	7.7	1	3.8	-	-	-	-	6	3	
Profesionales (PRO)																			
Psicólogo(a)	4	15.4	1	3.8	2	8.7	1	4.3	-	-	2	7.7	-	-	4	16	6	8	
Psiquiatra	-	-	-	-	-	-	1	4.3	1	3.8	-	-	-	-	5	20	1	6	
Médico(a)	1	3.8	-	-	6	26.1	2	8.7	10	38.5	-	-	14	56	2	8	31	4	
Sacerdote	1	3.8	-	-	-	-	-	-	1	3.8	-	-	-	-	-	-	2	-	
Maestro(a)(s)	2	7.7	1	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	
Terapeuta Reiki	1	3.8	-	-	1	4.3	-	-	1	3.8	-	-	-	-	-	-	3	-	
Grupos de Autoapoyo	1	3.8	-	-	2	8.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	

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	

Tabla 5
Frecuencia de mención de cada una de las categorías de
las Microredes en el Apoyo Diversión/Relajación 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)	4	15.4	12	46.2	3	13	11	47.8	4	15.4	11	42	6	24	9	36	17	43	
Hermano(as)	4	15.4	5	19.2	4	17.4	3	13	6	23.1	5	19.2	8	32	9	36	22	22	
Hijo(a)(s)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8	2	8	2	2	
Tíos(as)	1	3.8	2	7.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	
Primos(as)	-	-	-1	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Sobrino(a)(s)	-	1	3.8	2	7.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	
Familia Electa (FE)																			
Pareja/	9	34.6	-	-	12	52.2	1	4.3	10	38.5	-	-	6	24	1	4	37	2	
Esposa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	11.5	-	-	3	12	-	6	
Amigo(a)	21	80	16	61.5	19	82.6	13	56.5	20	76.9	11	42.3	12	48	9	36	72	49	
Expareja	-	-	-	-	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Compañero(a)	1	3.8	-	-	1	4.3	-	-	-	-	-	-	1	4	1	4	3	-	
Conocido(a)	-	-	-	-	1	4.3	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
Profesionales (PRO)																			
Psicólogo(a)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.8	1	3.8	-	-	2	8	1	3	
Psiquiatra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	1	
Sacerdote	1	3.8	-	-	-	-	-	-	1	3.8	-	-	-	-	-	-	2	-	
Maestro(a)(s)	1	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Terapeuta Reiki	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.8	-	-	-	-	1	4	1	1	
Grupos de Autoapoyo	-	-	-	-	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	