



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“PERSONALIDAD Y RIESGO DE EXPOSICIÓN A UNA INFECCIÓN POR  
VIH EN ADOLESCENTES HOMOSEXUALES”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

**Autor:** García López, Franklin Anderson

**Tutora:** Ps. Cl. Abril Lucero, Gabriela Lorena Mg.

Ambato-Ecuador

Octubre, 2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre del tema:

**“PERSONALIDAD Y RIESGO DE EXPOSICIÓN A UNA INFECCIÓN POR VIH EN ADOLESCENTES HOMOSEXUALES”** de Franklin Anderson García López, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre de 2016

LA TUTOR

.....

Psc. Mg. Abril Lucero, Gabriela Lorena

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**PERSONALIDAD Y RIESGO DE EXPOSICIÓN A UNA INFECCIÓN POR VIH EN ADOLESCENTES HOMOSEXUALES**”, así como también los contenidos presentados, ideas, análisis, síntesis de datos y resultados son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre de 2016

EL AUTOR

.....

García López, Franklin Anderson

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este proyecto de investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Septiembre de 2016

## **EL AUTOR**

.....

García López, Franklin Anderson

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Proyecto de Investigación, sobre el tema: **“PERSONALIDAD Y RIESGO DE EXPOSICIÓN A UNA INFECCIÓN POR VIH EN ADOLESCENTES HOMOSEXUALES”** de Franklin Anderson García López, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firman

-----

PRESIDENTE/A

-----

1er VOCAL

-----

2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación está dedicado principalmente a Dios, por bendecirme a cada paso que doy, cubrirme con su infinito amor y bondad y socorrerme en cada una de mis plegarias.

A mi madre Blanca López quien es la persona más importante en mi vida, su cariño, paciencia y constancia se han convertido en los pilares fundamentales de mis logros, quien es además un ejemplo a seguir de sacrificio, disciplina, perseverancia y virtudes.

A mi padre Franklin García y mi hermano Byron García por formar parte de mi red de apoyo, su motivación contante, consejos y valores me han permitido ser una persona de bien.

A mis mejores amigos Víctor Pincay, Mayra Guerrero, y Margoth Rivera por compartir conmigo algo irrecuperable llamado tiempo, cada momento y experiencias junto a Ustedes quedan grabados en mi mente.

Finalmente a todas las personas que confiaron en mis capacidades para poder obtener este gran logro y seguir cumpliendo una serie de sueños y metas.

García López, Franklin Anderson

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por transformar mis momentos malos, en experiencias, bendiciones y éxitos, por extenderme su mano y caminar de esa manera por el camino del bien, a mis padres y hermano quienes se han convertido en un ejemplo de perseverancia, disciplina, amor, respeto y firmeza, por formar parte de los motivos que me inspiran continuar por la vida cosechando logros, recordando siempre de donde salí y hacia dónde voy, a mi abuelita por cimentar mi fe en un ser todopoderoso y acompañarme en este camino con sus palabras de aliento.

De igual manera agradezco a mi mejor amigo Víctor Pincay y amiga Mayra Guerrero que formaron parte de mi crecimiento personal y profesional, por la motivación constante en el desarrollo de este trabajo de investigación y su cariño sincero.

A la Psicóloga Clínica Gabriela Abril quien con sus excelentes conocimientos me supo guiar en el desarrollo del presente trabajo, su paciencia, tiempo y dedicación fueron imprescindibles en la obtención de este logro.

Un agradecimiento especial a mi gran amiga Margoth Rivera por su cariño, consejos y por la oportunidad que me brinda en cada momento para crecer personal y profesionalmente de su mano.

Finalmente a la Asociación Silueta X TILGB Ambato, por la apertura en el desarrollo de la investigación, principalmente a Francisco Albornoz, un ejemplo de superación y trabajo arduo.

García López, Franklin Anderson

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xv
RESUMEN EJECUTIVO .....	xvii
SUMMARY .....	xviii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	2
1.1 Tema de investigación.....	2
1.2 Planteamiento del problema .....	2
1.2.1 Contextualización .....	2
1.2.2 Formulación del problema .....	10
1.3 Justificación.....	10
1.4 Objetivos .....	10
1.4.1 Objetivo general .....	10
1.4.2 Objetivos específicos.....	10
CAPÍTULO II.....	12

MARCO TEÓRICO .....	12
2.1 Estado del Arte.....	12
2.1.1 Personalidad .....	12
2.1.2 Riesgo de exposición a una infección por VIH.....	17
2.2 Fundamento Teórico .....	22
2.2.1 Personalidad .....	22
2.2.1.1 Perspectiva histórica de la personalidad.....	25
2.2.1.2 El estudio científico de la personalidad.....	26
2.2.1.3 Teorías de la personalidad .....	29
2.2.1.4 Trastornos de personalidad .....	41
2.2.2 Riesgo de exposición a una infección por VIH.....	44
2.2.2.1 Propiedades.....	44
2.2.2.2 Definición de VIH/SIDA.....	44
2.2.2.3 Historia del VIH.....	44
2.2.2.4 Descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)	
.....	45
2.2.2.5 HIV – 1 y HIV - 2 .....	46
2.2.2.6 EL origen del HIV – 1 y la pandemia del SIDA.....	46
2.2.2.7 Origen del VIH – 2.....	47
2.2.2.8 Síntomas clínicos del VIH.....	47
2.2.2.9 Transmisión del VIH .....	48
2.2.2.10 Prevención de la infección por VIH.....	49
2.2.2.11 Diagnóstico de laboratorio del VIH .....	50
2.2.2.12 Tratamiento .....	50
2.2.2.13 Cinco razones por las cuales el VIH es invencible .....	52
2.2.2.14 Apoyo emocional a los pacientes con VIH/SIDA .....	52

2.3 Hipótesis.....	53
2.3.1 Hipótesis alterna HI.....	53
2.3.2 Hipótesis nula HO .....	53
CAPÍTULO III .....	54
MARCO METODOLÓGICO.....	55
3.1 Tipo de investigación .....	55
3.2 Selección del área o ámbito de estudio .....	55
3.3 Población.....	55
3.3.1 Muestra .....	55
3.4 Criterios de inclusión y exclusión:.....	56
3.4.1 Inclusión.....	56
3.4.2 Exclusión.....	56
3.5 Diseño muestral: .....	56
3.6 Operacionalización de las variables .....	57
Variable: Personalidad .....	57
Variable dependiente: Riesgo de exposición a la infección por vih .....	61
3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de la información .....	64
3.8 Aspectos éticos: .....	64
CAPÍTULO IV .....	65
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	65
4.1 Variable independiente: Personalidad.....	65
4.1.1 Dimensiones globales de la personalidad: Test 16PF .....	65
4.2 Variable Dependiente: Riesgo de exposición a una infección por VIH... 70	
4.2.1 Test de valoración de exposición a la infección por VIH: Resultado por preguntas.....	70

4.2.3 Promedio de edad de los sujetos de estudio según el nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH.....	88
CAPÍTULO V .....	95
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	95
5.1 Conclusiones.....	95
5.2 Recomendaciones .....	96
BIBLIOGRAFÍA .....	98
ANEXOS.....	108

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Cuadro comparativo entre diversas teorías de la personalidad. ....	39
Tabla N° 2: Cuadro comparativo entre diversas teorías de la personalidad .....	40
Tabla N° 3: Cuadro comparativo de los trastornos de la personalidad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión (CIE X). .	43
Tabla N° 4: Operacionalización de la variable: personalidad .....	60
Tabla N° 5: Operacionalización de la variable: riesgo de exposición a una infección por Vih .....	63
Tabla N° 6: Resultado extraversión .....	65
Tabla N° 7: Resultado ansiedad .....	66
Tabla N° 8: Resultado Dureza .....	67
Tabla N° 9: Resultado dimensiones globales de la personalidad. ....	68
Tabla N° 10: Resultado primera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	70
Tabla N° 11: Resultado segunda pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	71
Tabla N° 12: Resultado tercera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	72
Tabla N° 13: Resultado cuarta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	73
Tabla N° 14: Resultado quinta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	74
Tabla N° 15: Resultado sexta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	75
Tabla N° 16: Resultado séptima pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	76

Tabla N° 17: Resultado octava pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	77
Tabla N° 18: Resultado novena pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	78
Tabla N° 19: Resultado décima pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	79
Tabla N° 20: Resultado décima primera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	80
Tabla N° 21: Resultado décima segunda pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	81
Tabla N° 22: Resultado décimo tercera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	82
Tabla N° 23: Resultado décimo cuarta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	83
Tabla N° 24: Resultado nivel mínimo de riesgo de exposición a una infección por VIH. ....	84
Tabla N° 25: Resultado nivel medio de riesgo de exposición a una infección por VIH. ....	85
Tabla N° 26: Resultado nivel alto de riesgo de exposición a una infección por VIH. ....	86
Tabla N° 27: Resultado nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH. ....	87
Tabla N° 28: Resultado promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo mínimo. ....	88
Tabla N° 29: Resultado promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo medio. ....	90
Tabla N° 30: Resultado promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo alto. ....	91
Tabla N° 31: Edades promedio de los sujetos de estudio según el nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH. ....	92

Tabla N° 32: Resumen de procesamiento de casos.....	93
Tabla N° 33: Tabulación cruzada .....	93
Tabla N° 34: Prueba Chi cuadrado .....	94

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N° 1: Resultado extraversión.....	65
Grafico N° 2: Resultado Ansiedad .....	66
Grafico N° 3: Resultado Dureza.....	67
Grafico N° 4: Resultado dimensiones globales de la personalidad .....	69
Grafico N° 5: Resultado primera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.....	70
Grafico N° 6: Resultado segunda pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.....	71
Grafico N° 7: Resultado tercera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.....	72
Grafico N° 8: Resultado cuarta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.....	73
Grafico N° 9: Resultado quinta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.....	74
Grafico N° 10: Resultado sexta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.....	75
Grafico N° 11: Resultado séptima pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.....	76
Grafico N° 12: Resultado octava pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.....	77
Grafico N° 13 : Resultado novena pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.....	78
Grafico N° 14: Resultado décima pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.....	79
Grafico N° 15: Resultado décima primera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.....	80

Grafico N° 16: Resultado décimo segunda pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	81
Grafico N° 17: Resultado décimo tercera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	82
Grafico N° 18: Resultado décimo cuarta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH. ....	83
Grafico N° 19: Resultado nivel mínimo de riesgo de exposición a una infección por VIH. ....	84
Grafico N° 20: Resultado nivel medio de riesgo de exposición a una infección por VIH. ....	85
Grafico N° 21: Resultado nivel alto de riesgo de exposición a una infección por VIH. ....	86
Grafico N° 22: Resultado niveles de riesgo de exposición a una infección por VIH. ....	87
Grafico N° 23: Promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo mínimo. ....	89
Grafico N° 24: Promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo medio. ....	90
Grafico N° 25: Promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo alto. ....	91
Grafico N° 26: Edades promedio de los sujetos de estudio según el nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH. ....	92
Grafico N° 27: Prueba Chi cuadrado. ....	94

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“PERSONALIDAD Y RIESGO DE EXPOSICIÓN A UNA INFECCIÓN POR  
VIH EN ADOLESCENTES HOMOSEXUALES”

**Autor:** García López, Franklin Anderson

**Tutora:** Ps Cl. Abril Lucero, Gabriela Lorena Mg.

**Fecha:** Septiembre, 2016

**RESUMEN**

La presente investigación identificó la dimensión global de la personalidad y la relación con el riesgo de exposición a una infección por VIH en 40 hombres adolescentes homosexuales, miembros de la ASOCIACIÓN SILUETA X TILGB AMBATO, entre 18 a 24 años de edad, residentes en la ciudad de Ambato. El primer test utilizado fue el “Test de personalidad de los 16 factores” y por otra parte, se utilizó el “Test de valoración de exposición de una infección por VIH”. Se comprobó que, no se relaciona la personalidad con el riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales, por lo tanto cualquier persona está en riesgo de contraer la infección muy independiente del tipo de personalidad que posea. La dimensión global de la personalidad que sobresalió fue “Dureza” manifestada por la tendencia a ser de tipo frío e inflexible en sus relaciones interpersonales, resistente al cambio, objetiva, práctica, apegada a lo tradicional. El nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH que prevaleció fue un riesgo medio. La edad promedio de los adolescentes homosexuales con riesgo mínimo de infección fue de 20 años, la edad promedio para quienes obtuvieron un riesgo medio de infección fue de 20.9 años, y finalmente para quienes obtuvieron un nivel de riesgo alto de infección la edad promedio fue de 21,9 años.

**PALABRAS CLAVES:** PERSONALIDAD, HOMOSEXUALIDAD, VIH, INFECCIÓN, RIESGO.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY**

**THEME:**

“PERSONALITY AND RISK OF EXPOSURE TO HIV INFECTION IN GAY TEENS”

**Author:** García López, Franklin Anderson

**Tutor:** Ps. Cl. Abril Lucero, Gabriela Lorena Mg.

**Date:** September, 2016

**SUMMARY**

This research identified the global dimension of personality and relationship with the risk of exposure to HIV infection in 40 adolescent gay men, members of the Association SILHOUETTE X TILGB AMBATO, between 18 and 24 years old living in the city Ambato. The first test used was the "personality test 16 factors" and moreover, the "test for evaluating exposure HIV infection" was used. It was found that no personality is related to the risk of exposure to HIV infection in gay teens, so anyone is at risk of contracting the infection very independent type of personality you have. The global dimension of personality that stood out was "hardness" expressed by the tendency to be cold and inflexible in their interpersonal relationships, resistant to change, objective, practical, attached to the traditional type. The level of risk of exposure to HIV infection that prevailed was a medium risk. The average gay teens age with minimal risk of infection was 20 years, the average age for those who obtained an average risk of infection was 20.9 years, and finally to those who obtained a higher level of risk of infection average age was 21.9 years.

**KEYWORDS:** PERSONALITY, HOMOSEXUALITY, HIV INFECTION, RISK

## INTRODUCCIÓN

La escases de información y datos estadísticos acerca de investigaciones en las cuales se documente la posible relación entre la personalidad de un adolescente homosexual y el riesgo de exposición a una infección por VIH que posee, fue motivo para la realización del presente estudio que lleva como título “personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales”, realizado en la ciudad de Ambato, con una muestra de 40 hombres adolescentes con orientación homosexual, entre 18 a 24 años de edad.

Cada ser humano posee una identidad única e inigualable, que nos caracteriza como entes independientes y diferentes, dicha identidad se encuentra conformada por un conjunto de características biológicas, ambientales y sociales, que definen con el pasar del tiempo cómo somos y la manera en la que nos comportamos, pensamos o sentimos persistentemente a lo largo del tiempo y las situaciones, a lo que se le puede denominar “Personalidad”, conocer la personalidad de un individuo es de suma importancia, ya que nos brinda una visión de la manera en la cual un individuo se desenvuelve en el ambiente y se puede además, predecir comportamientos futuros. Por otra parte, surge la gran necesidad de conocer no solamente la personalidad de adolescentes homosexuales, sino también la relación existente entre la misma y el riesgo de exposición a una infección por VIH, dicha condición que además, está proliferando a nivel mundial, y se ha convertido en un problema de salud en el país, puesto que , cada vez son más las personas que poseen la infección en el país, tomando como referencia a la ciudad de Ambato, la infección por VIH continúa en aumento y las personas que viven actualmente con SIDA cada vez son más, siendo los gay, lesbianas, bisexuales, transexuales e intersexuales ( colectivo GLBTI) una población vulnerable y de riesgo, he ahí la importancia de contar con estudios de calidad que permitan tomar medidas frente a esta problemática. Se utilizó un método cuantitativo y cualitativo en el desarrollo del presente trabajo investigativo, puesto que se obtuvieron datos numéricos en base a la utilización de reactivos psicológicos que midieron las dos variables de estudio, además se pudo interpretar los resultados logrados, por lo cual se cuenta con información útil, confiable y eficaz, que puede ser utilizado como material de estudio o como base para futuras investigaciones.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Tema de investigación**

“Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales”.

### **1.2 Planteamiento del problema**

#### **1.2.1 Contextualización**

Según Moreno y Medina (2006), en Estados Unidos, se estableció que el 14,8% de los americanos adultos cumplen criterios DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición) para ser diagnosticado de al menos un trastornos de personalidad, constituyendo una cifra de 30.8 millones de personas. Los hombres puntúan más en trastorno de personalidad esquizoide y las mujeres en histriónico y dependiente. La edad de presentación y donde se acumula más el diagnóstico es entre los 34 - 49 años y la prevalencia de trastorno de personalidad como cifra global es superior en las poblaciones urbanas y de nivel socioeconómico bajo pero conformada a expensas de determinado trastorno de personalidad, así como también es mayor la prevalencia en personas con nivel educacional muy alto o muy bajo y los solteros.

Según Aragón (2011), su investigación en México tuvo como finalidad determinar el perfil de personalidad del estudiante de psicología; La muestra la conformaron 195 estudiantes de quinto semestre de 13 diferentes carreras (en psicología fueron 30 estudiantes, 25 mujeres y 5 hombres) a quienes se les aplicaron las pruebas de pensamiento lógico TOLT y la 16PF. Se encontró específicamente en la carrera de psicología, una tendencia del 80 %, a la obtención de promedios académicos altos y un predominio de pensamiento concreto; en la muestra total no

encontraron una relación significativa entre el nivel de pensamiento y los factores de personalidad en general, aunque sí algunos factores que correlacionaron con liderazgo: socialización, solución de problemas y creatividad; asimismo, en todos los programas académicos encontraron asociaciones de altos niveles de ansiedad con alto rendimiento académico.

Aguirre, Llanos, Mendoza, Contreras, & Huayta, (2001), en Perú 334 estudiantes de medicina fueron evaluados mediante el cuestionario de evaluación de la personalidad normal, NEO-PI-R. Se identificó que las mujeres tienen mayores niveles de extraversión, apertura a la experiencia y agradabilidad (75 %). En cambio, los hombres estudiantes limeños tienen mayores niveles en apertura a la experiencia, y en los aspectos de calidez, fantasía y sentimiento (70 %). Los estudiantes de medicina menores de 21 años presentaron menores niveles de neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia y agradabilidad, además de mayores niveles en conciencia.

Campo, Barros, & Díaz, (2009), en Colombia, dicha investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre rasgos de personalidad y consumo diario de cigarrillo en adultos, la muestra conforman adultos entre dieciocho y sesenta y cinco años, participaron 2.496 adultos con una edad promedio de treinta y ocho años, 69,7% eran mujeres, 49,1% tenían un empleo y 67,8% vivían estrato socioeconómico medio. Quienes reportaron consumo diario de cigarrillo durante el último mes fueron considerados como fumadores actuales y ellos representaron el 10% de la población. Se encontró que las características evidentes antisociales y límites de personalidad están asociadas al consumo actual de cigarrillo.

De la misma manera según el Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC, 2015), en Estados Unidos calculan que 1 218 400 personas de 13 años o más viven con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), incluidas 156 300 (12.8 %) que no saben que tienen la infección. La incidencia estimada del VIH se mantuvo estable durante los últimos años, con aproximadamente 50 000 infecciones nuevas por el VIH cada año. Los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) siguen teniendo la carga más alta de infección por el VIH, y entre las razas y grupos étnicos, los

afroamericanos siguen siendo afectados desproporcionadamente. En el 2013, se estima que 47 352 personas fueron diagnosticadas con la infección por el VIH en los Estados Unidos. En ese mismo año, se estima que se diagnosticó el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) a 26 688 personas. Se calcula que 13 712 personas con un diagnóstico de SIDA murieron en el 2012, y desde que comenzó la epidemia han muerto aproximadamente 658 507 personas en los Estados Unidos con un diagnóstico de SIDA. Los hombres gay, bisexuales y los que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) de todas las razas y grupos étnicos siguen siendo la población más gravemente afectada por el VIH.

Según, Pisani, Cuchi, Zacarías, Schwartlander, Stanecki, Patz, Lazari, & Txema (2000), la infección por VIH afectaba a 1 de cada 200 adultos de 15 a 49 años de edad en América del Norte y América Latina a finales del Siglo XX. Cerca de 1,3 millones de personas en América Latina y 360.000 en el Caribe viven actualmente con el VIH. En Haití y República Dominicana, las pruebas de detección del VIH entre las mujeres embarazadas que reciben atención prenatal parecen señalar que uno de cada 12 adultos de 15 a 49 años tiene la infección por VIH. En Cuba se hicieron pruebas a 519.586 donantes de sangre, 172.310 mujeres embarazadas y 146.062 pacientes de ITS y sus contactos sexuales; las tasas de infección fueron 0,009%, 0,005% y 0,033%, respectivamente, del total de 67.558 personas que solicitaron la prueba en centros de salud, 0,09% tuvieron resultados positivos. En México la epidemia del VIH ha sido impulsada en gran parte por las relaciones sexuales sin protección entre hombres. Los estudios de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) señalan que 14,2% de ellos está infectado por el VIH. En Honduras, Guatemala y Belice, la epidemia parece estar impulsada por las relaciones heterosexuales y va en rápido aumento. En Costa Rica, por otro lado, el VIH está concentrado entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y parece haberse mantenido en niveles bastante bajos. En Honduras se concentra más de 50% de los casos de SIDA notificados en la región. En Guatemala, las tasas de infección varían mucho según el lugar. En Panamá la prevalencia de infección por VIH es relativamente baja entre la población general, al menos entre las mujeres. Sin embargo, en lugares específicos, se ha registrado una seroprevalencia de VIH alta entre las mujeres embarazadas, entre 0,75% y 0,87%.

Prácticamente no se dispone de datos recientes de prevalencia de VIH en Nicaragua. En Colombia se calcula que habría unas 67.000 personas que vivían con el VIH en 1998. En el Perú, unas 44.200 personas vivían con el VIH. En Venezuela, las estimaciones nacionales indican que habría entre 50.000 y 100.000 personas viviendo con el virus en el país. En Brasil el tratamiento reduce la mortalidad, se calcula que en el país unas 540.000 personas estaban viviendo con VIH y el SIDA hacia fines de siglo.

Trujillo, Ugalde, & Valdivieso (2013), su estudio en Cuenca, sobre la prevalencia de la adicción a las tecnologías de la información y comunicación (TICS) y trastornos de la personalidad en estudiantes de la Universidad de Cuenca, se evidencia la prevalencia de adicción a las tecnologías de la información y comunicación fue del 46,3 %. Los trastornos de personalidad se presentaron con prevalencia del 53,7 %. El trastorno paranoide de personalidad fue el de mayor prevalencia con el 11,3 %, seguido por el trastorno narcisista de la personalidad con el 9,8 %, mientras que el trastorno límite de personalidad representaron un 6,5 %. El riesgo de presentar trastornos de personalidad en estudiantes con adicciones a las TICS es de 2,42 veces más elevado que en estudiantes sin este tipo de adicción.

Orellana, Ortega & Ortíz (2010), en Cuenca en su estudio sobre los síntomas prodrómicos en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, en el centro de reposo y adicciones, encuentra que la personalidad premórbida de tipo esquizoide puede predecir el desarrollo de esquizofrenia en nuestro medio, el tipo de personalidad premórbida encontrada con más frecuencia fue la de tipo esquizoide, siendo mayor en los hombres (42,8%) que en las mujeres (22,6%). En orden de frecuencia encontramos la personalidad de tipo paranoide (Hombres: 16,3 y Mujeres: 7,9%), y por último la personalidad de tipo esquizotípica (Hombres: 4,5% y Mujeres: 5,8%)

Torres (2015), en su estudio realizado en Loja, el Centro de Privación de Libertad de Adultos en Conflicto con la Ley Penal, se interesa por identificar los tipos de personalidad y estilos de afrontamiento del estrés según el género, en una muestra desigual de 39 hombres y 14 mujeres con ciertos criterios de inclusión. Debido a las escalas de validez de las pruebas se descartaron 8 personas evaluadas

de género masculino, teniendo como población total a 45 personas en quienes se basa el estudio. En toda la muestra, en el cuestionario de personalidad SEAPsI, se ha identificado la personalidad con una media mayor, la personalidad tipo anancástico (6,15 %), mientras que en el Inventario Multiaxial Millon II, el patrón clínico de personalidad con una media mayor es el compulsivo (78,88 %). En la muestra de hombres (5,93 %) y mujeres (6,64 %) se mantiene la personalidad de tipo anancástico, identificando que no constan diferencias de género; en el Inventario Multiaxial Millon II, el patrón clínico compulsivo (81,58 %) en hombres y evitativo en mujeres (83,07 %). Dentro de los estilos de afrontamiento del estrés, el estilo focalizado en la solución del problema tiene una media mayor en hombres (15,64 %); mientras que en las mujeres, la religión (16,8%). Finalmente, en cuanto a los estilos de afrontamiento del estrés en relación a la personalidad, sí se identifican diferencias de género.

Mazón (2015), en Riobamba, su estudio tuvo como objetivo identificar los rasgos de personalidad en adolescentes con autolesión para la realización del diseño de intervención de acuerdo al modelo integrativo ecuatoriano. El diagnóstico se realizó con 1200 participantes, de 16 a 17 años de edad, usando la cédula de indicadores parasuicidas o indicadores de autolesión. La muestra de 120 estudiantes distribuidos en dos grupos: 60 que formaron el grupo de estudio y 60 para el grupo comparativo. Los resultados indican que del total de la población, el 23,7% adolescentes se han autolesionado sin intención suicida en alguna ocasión. Al estudiar la autolesión con los rasgos de personalidad en el grupo de estudio y comparativo, se obtuvo una relación moderadamente significativa con la dimensión de Energía (0,43 %) y Estabilidad Emocional (0,37 %), y en la Afabilidad, Tesón, Apertura Mental no se evidencian diferencias significativas con un nivel alpha de 0,05. Con estos resultados se dejó planteado un diseño de intervención para el tratamiento de esta patología de acuerdo al modelo integrativo ecuatoriano focalizado en la personalidad.

Así mismo como mencionó Carina Vance, citado en el texto de Ludeña (2014), las estadísticas sobre los infectados de VIH y SIDA en el Ecuador, existen 31.233 casos registrados de VIH desde 1984 hasta octubre del año en curso. Ocho personas

al día se infectan de VIH. La ministra realizó el anuncio en consideración de la conmemoración del día internacional de la lucha contra el VIH. Vance explicó que 13.000 de los infectados reciben actualmente tratamiento antirretroviral. 70% de los cuales están en la primera línea de tratamiento y el costo para el estado asciende a 158 dólares por paciente al año, existen tres líneas de tratamiento. Así mismo se dio a conocer que la población transgénero tiene el índice más alto de infección de este virus con 3 de cada 4 personas que presentan el virus. Esto a pesar de ser una de las poblaciones más pequeñas.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012), los casos notificados de SIDA en el Ecuador, por provincias son las siguientes: Guayas 551, Pichincha 189, Esmeraldas 176, Los Ríos 119, El Oro 101, Manabí 93, Azuay 69, , Santo Domingo De Los Tsáchilas 50, Loja 40, Santa Elena 36, Sucumbíos 24, Morona Santiago 21, Imbabura 18, Bolívar 10, Napo 7, Orellana 6 , Carchi 4, Cotopaxi 4, Cañar 3, Chimborazo 0, Galápagos 0, Pastaza 0, Zamora Chinchipe 0. Total: 1573. Casos notificados de VIH en Ecuador, por provincias son las siguientes: Guayas 1798, Pichincha 549, Esmeraldas 263, Los Ríos 96, El Oro 323, Manabí 34, Azuay 29, Santo Domingo De Los Tsáchilas 83, Loja 66, Santa Elena 39, Sucumbíos 1, Morona Santiago 17, Imbabura 18, Bolívar 4, Napo 7, Orellana 18, Carchi 6, Cotopaxi 16, Cañar 8, Chimborazo 24, Galápagos 2, Pastaza 4, Zamora Chinchipe 4. Total: 3438.

Consuelo (2013), en Ambato menciona que las madres con personalidad de tipo cognitivo paranoide y del tipo cognitivo anacástico generan tanto apego seguro como apego inseguro con sus hijos (as) aunque de mayor porcentaje se evidencia el apego inseguro (60%). Las madres con personalidad de tipo afectivo histriónico y del tipo afectivo ciclotímico generan tanto apego seguro como apego inseguro con sus hijos (as) aunque de mayor porcentaje se evidencia el apego seguro (60%). Las madres dentro del grupo de personalidad con déficit relacional de tipo dependiente generan en un porcentaje similar tanto apego seguro (50%) y apego inseguro (50%).

Según Cabrera (2013), en Ambato su estudio sobre los rasgos de personalidad y su influencia en la reincidencia del cometimiento de delitos, en las personas privadas de libertad, sección varones, del Centro de Privación de Libertad de

Personas Adultas en Conflictos con la Ley, se presenta con mayor predominancia, los rasgos límites de la personalidad (30 %), caracterizándose por inestabilidad en las relaciones interpersonales, deterioro de la autoimagen, la afectividad y falta de control de los impulsos, por ende son rasgos que influyen en el área afectiva y conductual de estas personas. El segundo rasgo de personalidad que predomina en las personas privadas de libertad reincidentes en la comisión de delitos, son los rasgos antisociales (20 %) caracterizándose por un desprecio y violación del derecho de los demás, deshonestidad, impulsividad, irresponsabilidad, falta de remordimientos, factores que se ha visto influenciados al existir antecedentes familiares debido a que muchas de estas personas evaluadas se han desarrollado en hogares mantenedores de conflictos legales.

Según Garcés (2012), en Ambato su estudio sobre tipos de personalidad y su influencia en la prevalencia del trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en los pacientes oncológicos que acuden al hospital Dr. Julio Enrique Paredes C, se encontró que personalidades como la ciclotímica (75%), paranoide (67%), anancástica (43%) y dependiente (40%) son más propensas a desarrollar un trastorno adaptativo mixto. Los sujetos con rasgos ciclotímicos (75%) eran sugestionables, se desanimaban o entristecían fácilmente y en ocasiones se mostraban pesimistas; en el caso de los pacientes a los que se les diagnosticó trastorno adaptativo mixto (44%) y presentaban personalidades como la paranoide (67%) y anancástica (43%) se observaba preocupación por su familia, por el factor económico, temor por lo que podría venir en un futuro, y sobre todo presentaban ideas recurrentes referidas al diagnóstico de su enfermedad lo cual ocasionaba estrés y malestar. Los sujetos con personalidad dependiente (40%) por su parte sufrían al separarse de sus familias y constantemente requerían del cuidado del personal de enfermería; estos comportamientos de los pacientes que están relacionados con el tipo de personalidad que poseen dificultaban la adaptación a la nueva forma de vida que debían llevar y en consecuencia mostraban incomodidad en respuesta al estrés que padecían.

Almeida (2014), en Ambato en su estudio acerca de la personalidad y estilos comunicacionales en estudiantes y docentes de psicología de la Pontificia

Universidad Católica del Ecuador sede Ambato, evidencia la dimensión de personalidad que prevalece en los estudiantes es energía en un rango moderado; tesón, apertura y afabilidad corresponden al adjetivo poco y estabilidad emocional en nivel muy poco. Los docentes con el adjetivo de bastante las dimensiones de estabilidad emocional y tesón, en rango moderado, apertura mental, energía y con poca presencia afabilidad. En los estilos comunicacionales, los estudiantes presentan en mayor porcentaje con el 69 % el estilo asertivo y constituyen el 31% el manipulador, agresivo y pasivo. Referente a los estilos comunicacionales de los docentes el 93% conforman el estilo de comunicación asertiva.

De igual forma Según Lozada (2011), epidemiólogo de la provincia de Tungurahua menciona que el SIDA a escala mundial avanza pese a que la ciencia realiza un sinnúmero de estudios, no se encuentra una dosis que cure a la persona de esta enfermedad, tampoco los métodos preventivos son tomados en serio por los jóvenes. Según el profesional, en Tungurahua vemos que la cifra de infectados aumenta cada año. Antes, en los últimos tres años, se tenía 20 pacientes infectados por año, ahora se tiene esta cantidad por mes.

Según el Diario la Hora (2012), 100 pacientes con SIDA son atendidos en el Hospital. En los últimos años los casos de personas notificadas con esta enfermedad aumentaron, esto se debe a que las personas no toman las respectivas medidas de protección al mantener relaciones sexuales. Los jóvenes son los más vulnerables para contagiarse con esta enfermedad que es larga, incurable, dolorosa y costosa. hasta junio del presente año se detectaron 12 casos de pacientes con esta enfermedad muchos de ellos jóvenes. Ante la falta de contar con un lugar especializado para brindar atención médica respectiva a estos pacientes y que no sean transferidos a Quito, las autoridades de salud han previsto que el nuevo Hospital Docente Ambato, que será remodelado desde enero de 2013, cuente con la clínica del Sida.

Según el Ministerio de salud pública del Ecuador (2012), en Tungurahua existen 29 casos notificados de VIH y 52 personas que viven con SIDA en la Provincia.

## **1.2.2 Formulación del problema**

¿Qué relación existe entre la personalidad y el riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales?

## **1.3 Justificación**

El proyecto de investigación es novedoso, porque se brinda resultados acerca de una temática inexistente sobre la relación entre personalidad y el riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales de la ciudad Ambateña, los beneficiarios se constituyen la Provincia de Tungurahua, la ciudad de Ambato y la Universidad Técnica de Ambato al tener datos fiables sobre dicha investigación que pueden ser utilización en cualquier situación, así también los adolescentes y sus familias forman parte de los beneficiarios. Es útil tanto los resultados como las conclusiones del proyecto investigativo, ya que, se abre las puertas a posibles estudios futuros sobre la temática, además en el proceso de devolución de resultados se espera lograr concientización acerca de la manera en que puede influir la personalidad de cada ser humano en el riesgo de contraer una infección por VIH, de esta manera se habrá logrado prevención que es una de las áreas de acción del psicólogo clínico. Fue factible la realización del mencionado proyecto de investigación porque tuve los medios y recursos necesarios para realizarlo, se contó con la población, el tiempo, los instrumentos y las facilidades necesarias para aplicarlo y culminarlo.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Identificar la dimensión global de la personalidad y la relación con el riesgo de exposición a una infección por VIH en hombres adolescentes homosexuales.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Determinar la dimensión global de personalidad predominante que poseen los adolescentes homosexuales de 18 a 24 años de edad.

- Identificar el nivel de riesgo a una infección por VIH que poseen los adolescentes homosexuales de 18 a 24 años de edad.
- Conocer la edad promedio predominante que poseen los adolescentes homosexuales de 18 a 24 años de edad, en cada nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Estado del Arte**

##### **2.1.1 Personalidad**

Izasa & Ocampo (2015), en su estudio sobre la personalidad del terapeuta de niños, niñas y adolescentes que han vivido experiencias de abuso sexual, revisión teórica; realizado en Colombia, concluyeron que el estilo personal del terapeuta tiene un papel primordial en el alcance de una efectiva alianza terapéutica, el cual se caracteriza por permanecer en el tiempo, ser susceptible entrenamiento, transformarse a lo largo de ciclo de vital y modificarse por aspectos propios de la base teórica de la psicoterapia. las características de personalidad del terapeuta intervienen directa e indirectamente en el establecimiento y afianzamiento de la relación con el paciente. Entre los factores reconocidos que juegan un papel esencial en el proceso terapéutico de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual figuran: la asertividad, alto nivel de autoconocimiento, el buen sentido del humor, el trabajo grupal y colaborativo, el establecimiento de límites de autoridad articulados a espacios abiertos de diálogo, la capacidad de adaptación a nuevos contextos, y la presencia de repertorios y destrezas sociales.

Según Rausch, Gäbel, Nagy, Kleindienst, Herpertz & Bertsch (2015), en su estudio sobre el aumento de los niveles de testosterona y cortisol al despertar respuestas en pacientes con trastorno límite de la personalidad : género y el rasgo de agresividad cuestión, en Alemania concluyeron que existió aumento de los niveles de testosterona en saliva en pacientes femeninos y masculinos con trastorno límite de personalidad (TLP), así como elevados de cortisol al despertar respuestas en femenino, pero no a los pacientes varones con TLP en comparación con voluntarios sanos. Respuestas del cortisol al despertar se relacionaron

positivamente con la ira y la agresividad en pacientes de sexo femenino con TLP, pero no se encontró una asociación con los niveles de testosterona. Los presentes resultados sugieren alteraciones endócrinas en el TLP que pueden estar asociados con deficiencias interpersonales, tales como el aumento de la conducta agresiva relacionada con la ira y podrían tener implicaciones para el desarrollo de nuevos psicofármacos.

Según Peciña, Azhar, Love, Lu T, Fredrickson, & Stohler (2014), en su estudio correlatos neurobiológicos de la relación entre la personalidad y el efecto placebo, realizado en España, concluyeron que la combinación de rasgos de resiliencia o la capacidad de sobreponerse al estrés, el altruismo, la franqueza y la hostilidad explicaban el 25% de la variabilidad del efecto placebo. Los estudios de neuroimagen molecular demostraron que aquellos sujetos que puntuaban por encima de la mediana en la combinación de estos rasgos de personalidad, también liberaban mayor cantidad de opiáceos endógenos durante la administración del placebo en la corteza cingular anterior, la corteza orbitofrontal, la ínsula, el núcleo accumbens, la amígdala y la sustancia gris periacueductal . Asimismo, la administración de placebo se asoció con una marcada reducción de los niveles de cortisol. Estos resultados demuestran que una cuarta parte de la respuesta al placebo se explica por rasgos de personalidad como la resiliencia, la franqueza, el altruismo y la hostilidad. Esta relación tiene correlatos neurobiológicos definidos por una mayor liberación de opiáceos en regiones clásicamente implicadas en la regulación del dolor y las emociones, y una disminución de marcadores de estrés, como el cortisol. Si estos resultados se confirman a gran escala, significará que simples medidas de personalidad podrían utilizarse para aumentar la sensibilidad de los ensayos clínicos, así como para definir marcadores de respuesta al tratamiento.

Deckers, Lobbestael, Wingen, Kessels, Arntz, & Egger (2014), en su estudio acerca de la influencia del estrés sobre la cognición social en pacientes con trastorno límite de personalidad, en Países Bajos, concluyeron que los pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP) aumentaron las emociones negativas y están anticipando una amenaza social, incluso en situaciones sociales neutros. En respuesta a una prueba de estrés social que reportan reacciones emocionales

subjetivas son más negativas a pesar de que sus respuestas fisiológicas son atenuadas. Aunque las respuestas emocionales subjetivas del grupo TLP eran en gran parte de acuerdo con esta teoría, sus respuestas fisiológicas al estrés eran más bajas que los de los controles y volvieron a disminuir en el tiempo con respecto a la línea de base emocional en comparación con los no pacientes. Además, este estudio demostró que los pacientes con TLP desarrollan evaluaciones más negativas de la otra en la reacción a una situación de estrés social, frente a, pero en un grado similar al de los grupos de control. Los resultados de nuestro estudio proporcionan una confirmación parcial de esta idea mediante la demostración de que una situación de estrés social, en el que la gente tiene que realizar de forma inesperada y son juzgados por su rendimiento.

Pozueco & Moreno (2013), en su estudio acerca de la tríada oscura de la personalidad en las relaciones íntimas, psicopatía, maquiavelismo, narcisismo y maltrato psicológico, en España, concluyeron que tres eran los principales perfiles de personalidad que se ha constatado influyen muy negativamente en cualquier tipo de relación íntima, ya sea ésta de corta o larga duración: la psicopatía, el maquiavelismo y el narcisismo. Al grupo de estos tres tipos de personalidades se les conoce como la tríada oscura de la personalidad, habiéndose hallado que es concretamente el perfil de personalidad psicopática el más tóxico, psicológica y emocionalmente hablando, en las relaciones amorosas, sociales, profesionales y laborales.

Según Mosquera, González & Van der Hart (2013), en su estudio acerca del trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad, publicado en Países Bajos, concluyeron que la disociación es una característica principal de la traumatización. Por tanto, si el trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno relacionado con el trauma, ha de estar caracterizado por algún grado de disociación. Esta conceptualización es relevante, no solo para adquirir una mejor comprensión sino también poder tratar mejor y más eficazmente esta condición tan grave. La teoría que ha recibido más atención en este artículo es la teoría de la disociación estructural de la personalidad. Con la ayuda de la perspectiva disociativa, los clínicos e investigadores pueden desarrollar

una mejor comprensión de los diversos síntomas y de las interacciones que forman los pacientes con trastorno límite con otras personas. Partiendo únicamente de una perspectiva del aquí y ahora, resultaría muy difícil para el terapeuta comprender el significado y los motivos de estos síntomas. Por ello, con la teoría de la disociación estructural como marco de referencia, hemos descrito como los diferentes grupos de síntomas de TLP pueden ser entendidos como manifestaciones de intrusiones y/o cambios entre diferentes partes disociativas de la personalidad. Muchas de las reacciones aparentemente desadaptadas que adoptan estas partes disociativas deberían ser vistas como intentos de manejar experiencias intolerables, como recuerdos traumáticos de la infancia que son reactivados. Hemos propuesto tres tipos principales de TLP, en los que los factores descritos están involucrados en diferentes grados: un TLP disociativo, un TLP relacionado con el apego y un TLP genético. Estos subtipos no son un intento de realizar una clasificación categorial, sino de poner énfasis en las diversas interrelaciones entre la genética y el entorno, especialmente el trauma temprano (incluyendo los traumas de apego escondidos). La interrelación de estos tres aspectos puede ser compleja, de manera diferente en cada caso. Tener en cuenta cómo cada uno de estos factores puede influenciar cada caso particular es relevante para planificar un tratamiento integral.

Según Mosquera & González (2011), en su estudio acerca del narcisismo como una consecuencia del trauma y las experiencias tempranas, desarrollado en España, concluyeron que los rasgos narcisistas pueden ser causa y consecuencia de la traumatización. Tener un progenitor o una pareja narcisistas puede generar diversos problemas y puede considerarse en algunas situaciones como un tipo de maltrato emocional. El desarrollo de rasgos narcisistas es en muchos casos una consecuencia de negligencia o valoración excesiva. A veces esta estructura patológica del yo surge en la infancia bajo condiciones de afecto inadecuado, aprobación e idealización excesiva, en la que los padres no ven o no aceptan al niño tal como es. En algunos casos los padres tratan al niño como un “pequeño soldado” que aprende a actuar como se espera de él, pero aquí no hay lugar para el desarrollo de una estructura de personalidad saludable y completa. En entornos muy desestructurados, caracterizados por negligencia y maltrato graves, los rasgos narcisistas no estarán presentes únicamente en las figuras más abusivas, sino

también en los progenitores no abusivos, o puede ser una supervivencia postraumática en supervivientes de abuso.

Van der Hart, Nijenhuis & Solomon (2010), en su estudio acerca de la disociación de la personalidad en los trastornos de trauma complejo relacionado y EMDR : Consideraciones teóricas; realizado en Canadá, concluyeron que a medida que la desensibilización del movimiento ocular y reprocesamiento (EMDR) se ha aplicado cada vez más en los trastornos relacionados con el trauma complejos, incluidos los trastornos disociativos complejos, y el trastorno límite de la personalidad relacionada con el trauma, la práctica EMDR puede favorecerse de las teorías desarrolladas para dar cuenta de la naturaleza disociativa de estos trastornos, tales como la teoría de la disociación estructural de la personalidad (TSDP). La personalidad de los individuos traumatizados se divide indebidamente en dos tipos básicos de subsistemas o partes disociativas. Un tipo implica partes disociadas mediadas principalmente por los sistemas de acción de la vida diaria o sistemas de motivación. El otro tipo consiste en partes disociadas, fijada en los recuerdos traumáticos, mediada primariamente por el sistema de medidas de defensa. El más grave y crónica, el trauma, las partes más disociativas se puede esperar de existir.

Según Caballo (2010), en su estudio tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad, en España, concluyó que los tratamientos disponibles para los trastornos de la personalidad son variados, pero, en general, no resultan muy eficaces. Mientras que algunos trastornos son difíciles de modificar (p.ej., trastornos esquizoide, antisocial o narcisista de la personalidad), otros disponen de programas estructurados de tratamiento que nos hacen ser más optimistas sobre la eficacia de las intervenciones (p.ej., trastornos límite, por evitación o por dependencia). Concluyó además, señalando la necesidad de investigar más sobre procedimientos y técnicas de intervención más eficaces para la modificación de los trastornos de la personalidad. La característica básica de terapia breve y limitada en el tiempo típica de las terapias conductuales debe extenderse en el tiempo cuando se tiene que abordar este campo especial de los trastornos de la personalidad. Los próximos años nos deberán proporcionar una confirmación empírica sobre la utilidad y eficacia de los tratamientos cognitivo-

conductuales para los trastornos de la personalidad y verificar si determinadas combinaciones de las técnicas cognitivas y conductuales que poseemos hoy día es suficiente, o si por el contrario se necesitan nuevos procedimientos para la intervención en este campo.

Martínez, Graña & Trujillo (2010), en su estudio acerca de la calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la personalidad: relación con el ajuste psicológico y craving, desarrollado en España, concluyeron que los trastornos obsesivo-compulsivo y dependiente de la personalidad son los más frecuentes. Se ha visto que el nivel de calidad de vida (CV) autopercibida de los pacientes no depende del tiempo de abstinencia ni de la evolución de la drogadicción. La percepción es distinta en cada área y ninguna persona cree que disfruta del máximo nivel de CV posible en el primer mes de tratamiento. Conocer el nivel de CV en cada área nos permite priorizar la intervención en las áreas más desfavorables, además, existen diferencias dependiendo del tipo de trastorno. Los que perciben una mejor CV son los pacientes con trastorno de la personalidad histriónico, obsesivo-compulsivo y dependiente.

### **2.1.2 Riesgo de exposición a una infección por VIH**

Según Gonzáles (2015), en su estudio acerca de “conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) de un municipio del departamento de Cundinamarca, en Colombia”, concluyó que por la falta de información existió un riesgo alto de embarazos no deseados, además porque el método anticonceptivo más utilizado es el del ritmo, aunque él más conocido es el preservativo. La enfermedad de transmisión sexual más conocida es el VIH/SIDA, que según los o las participantes la principal causa de transmisión es por no utilizar preservativo; solo la mitad de la población tiene algún conocimiento sobre los derechos sexuales.

Fernández & Morales (2014), en su estudio denominado: no quiero que me rechacen: experiencias sobre la revelación del estado serológico a las parejas sexuales en hombres VIH - positivos que tienen sexo con hombres, realizado en

España, concluyeron que la mayoría de los participantes señaló que discutir sobre el estado serológico no es una conducta usual que ocurra con las parejas sexuales. En un encuentro sexual ocasional ellos no suelen preguntar sobre el estado serológico de su pareja sexual, así como prefieren que a ellos no se les pregunte, el principal motivo por el cual prefieren no comunicar su seroestatus es que no creen necesario hacerlo si se utiliza condón en las relaciones sexuales. El miedo al rechazo sexual y el estigma fue otro de los motivos por los cuales algunos no revelaron su estado serológico. El estrés derivado de la carga sentida por la exigencia de tener que revelar el estado serológico ha llevado a que, por ejemplo, un entrevistado deje de asistir a locales de ocio gay, pues los percibe como “amenazadores” en el sentido de que se siente tentado a tener sexo sin condón y se ve expuesto a que se le pregunte por su estado serológico. En situaciones descritas como de intensa “calentura” sexual, pensar en temas de riesgo o prevención fue bastante difícil por lo que la revelación ni siquiera fue considerada en esos momentos. Según los entrevistados, a veces las parejas sexuales asumen que son VIH-negativos guiándose por la imagen física internalizada que tienen de las personas VIH-positivas, en este sentido, un entrevistado comentó que como tiene un cuerpo musculado, sus parejas sexuales no intuyen que pueda tener el VIH. Si existe un vínculo afectivo en la relación, se sienten en la obligación de revelar su seroestatus, sobre todo con las parejas sexuales que perciben pueden llegar a ser una potencial relación estable. En cambio, con las parejas sexuales ocasionales muchos refirieron que no se sienten con la confianza y el deber de revelar su estado serológico porque no les une ningún tipo de vínculo emocional. Otros consideran la edad de las parejas sexuales para revelar su estado serológico, señalando que si éstas son jóvenes, les comunicarían su situación, por percibir que se trata de un grupo desinformado. Las reacciones de miedo o de abandono de algunas parejas sexuales han llevado a que algunos decidan no volver a revelarlo a nadie más. Fueron pocos los entrevistados que opinaron que la opción de preguntar o ser preguntado por el estado serológico antes de tener relaciones sexuales pudiera ser una manera de fomentar más conciencia sobre el cuidado y la prevención.

Según Teva, Bermúdez, Ramiro & Buena-Casal (2012), en su estudio acerca de la situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera

década del siglo XXI, Análisis de las diferencias entre países, realizado en Chile, concluyeron que República Dominicana, Panamá, El Salvador y Honduras son los países con los más altos índices de prevalencia. Colombia está en la primera posición en porcentaje de hombres jóvenes con VIH/SIDA y que se encuentra en la segunda posición en el porcentaje de niños. Costa Rica es el segundo país en el porcentaje de hombres jóvenes y adultos varones infectados por el VIH/SIDA. Paraguay está en el segundo lugar para los niños con VIH/SIDA y es el tercer país en hombres jóvenes que viven con el virus y la enfermedad. República Dominicana se encuentra en la primera posición en el porcentaje de mujeres jóvenes y adultos que viven con el VIH/SIDA. El modo de transmisión principal en todos los países de América Latina es la relación sexual (heterosexual y homo/bisexuales). América Latina es una región heterogénea en el VIH/SIDA que se debe considerar en el desarrollo y establecimiento de estrategias de prevención.

Según Uribe, Amador, Zacarías, & Villarreal (2012), en su estudio acerca de percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes, desarrollado en México, concluyeron que tanto en hombres como en mujeres no hay relación entre los conocimientos sobre conducta sexual segura y las creencias respecto a la actividad sexual con el uso consistente del condón, en cualquier tipo de relación de pareja. El ejercicio de la sexualidad en jóvenes hombres y mujeres está asociado con las diferencias individuales e interpersonales vinculadas a las diferencias de género, las cuales se ejercen en el rol sexual que como hombre o mujer les toca vivir. Son las mujeres quienes, por su rol de género, están más expuestas a un comportamiento sexual de riesgo, específicamente respecto del rechazo al uso del condón. Son ellas quienes se ven desfavorecidas; es en ellas en donde la desigualdad respecto al hombre se hace evidente; son los varones los que se ven favorecidos por esta inequidad discursiva. Consideramos que respecto al desarrollo de programas de promoción de sexualidad sana o conducta sexual segura, es necesario que se considere que las mujeres y los hombres tienen roles social y culturalmente contruidos, los cuales influyen en su comportamiento sexual, por lo que se debe promocionar el uso correcto de condón con estrategias diferentes para hombres y para mujeres.

Buenrostro, González, Delgado, Mora, Cadenas, & Montero (2012), en su estudio sobre la frecuencia de infección por VIH/SIDA en usuarios de preservativo, en México, concluyeron que de los 61 pacientes con VIH/SIDA descartando otra vía de transmisión, la mayoría refirieron haber utilizado en todas sus coitos el preservativo; todos tienen conocimiento de su diagnóstico desde hace un mes, los solteros fueron los más afectados con esta condición. En cuanto al número de parejas sexuales la mayoría tenía varias parejas. La preferencia sexual predominante era la homosexual, Se concluyó además que el preservativo no es del todo efectivo para la protección de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA.

Achion & Achion (2011), en su estudio sobre la intervención educativa en VIH/SIDA a adolescentes del Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas "Carlos Marx", de Matanzas, en Cuba, concluyeron que el promedio de edad en las prácticas sexuales es de 15,2 años y hay un predominio del sexo femenino. Más de la mitad de los adolescentes ha iniciado su vida sexual, y el promedio de la primera relación sexual es de 14 años en el femenino y de 13,6 en el masculino. Las principales dificultades de conocimientos se encuentran en la identificación de sexo seguro, el momento de realización de la prueba diagnóstica, discreta actitud de culpabilidad ante la enfermedad y la influencia de pares sobre las decisiones. Se logró incrementar los conocimientos con la intervención y una discreta influencia en las actitudes y las prácticas sobre VIH/SIDA.

Villegas, Ferrer, Acosta, Miner, Lara & Peragallo (2011), en su estudio sobre conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas, en Chile, concluyeron que existió una débil correlación positiva entre el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia en mujeres chilenas en desventaja social. El nivel de conocimiento sobre el VIH es medio. Se obtuvo un porcentaje bajo en las preguntas de conocimiento tales como: la identificación de que la mayoría de las personas infectadas con el SIDA se ven y se sienten saludables, la utilización del preservativo en cuanto a que se debe dejar un espacio en la punta del condón al utilizarlo, la identificación errónea de la loción de manos como lubricante para condones, o vaselina y otros aceites, la eficacia del

preservativo de látex para la prevención del VIH y la creencia de que los condones causan dolor o menos placer a los hombres.

Gallego (2010), en su estudio acerca de implicaciones del VIH/SIDA en la biografía de varones con prácticas homoeróticas, en México, concluyó que fue posible reconstruir 633 historias de pareja ocurridas en diferentes momentos del tiempo. Por otro lado, tomando como base el comportamiento epidemiológico del VIH/SIDA en México, se construyeron tres cohortes de emparejamiento: "antes del sida" 1970-1984; 1985-1995 o periodo de "crecimiento exponencial" y 1996-2005 o de "estabilización" de la epidemia. Durante el periodo en estudio se encontró una menor exclusividad sexual y una menor duración en las relaciones de pareja, entre cohortes de emparejamientos. Este proceso ha sido documentado en otros lugares y se le ha llamado de "distensión sexual". El estudio aporta elementos para una historia social de la epidemia y el mejoramiento de políticas públicas de prevención en torno al VIH/SIDA.

Según Uribe, Orcasita & Vergara (2010), en su estudio factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos, en Colombia, concluyeron que la mayoría de encuestados habían recibido información sobre transmisión y prevención del virus y la enfermedad, sin embargo los conocimientos adquiridos no se reflejaban en las prácticas y continuaban presentando ideas erróneas sobre el tema; también se encontró que a medida en que aumenta la edad, disminuyen los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA. Es necesario que en los adolescentes se desarrollen intervenciones orientadas hacia el cambio de comportamiento y que sean específicas de acuerdo con la edad, género, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico.

Caycho (2010), en su estudio sobre actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina en adolescentes y jóvenes limeños, en Perú, concluyó que la muestra estudiada (400 adolescentes) presenta actitudes menos favorables hacia las personas gays y lesbianas; asimismo, los varones manifiestan actitudes negativas en comparación a las mujeres, mientras las personas que mencionaron conocer a un gay o una lesbiana presentan actitudes más positivas.

## **2.2 Fundamento Teórico**

### **2.2.1 Personalidad**

El presente trabajo de investigación se fundamenta en la teoría cognitiva - conductual de la personalidad partiendo de diferentes conceptos desarrollados por varios autores, las razones por las cuales tomé este enfoque, se explican y se describen a continuación:

#### **Fundamentación del modelo conductual:**

Watson, quien es considerado el mentor de la teoría conductista, manifestó su acuerdo con la teoría sobre la tabula rasa, teoría de la personalidad según la cual un recién nacido viene en blanco y es el ambiente el que determinará la personalidad debido a la moldeabilidad de este, no solo en la infancia sino también en la etapa adulta (Davidoff, 1998).

Por su parte Skinner, quien realizó experimentos sobre el aprendizaje humano y animal, concluyó que lo que una persona aprende a hacer es semejante a como aprende otras cosas; por tal razón, lo que implica motivación inconsciente, aspectos morales y rasgos emocionales no existe (Papalia y Wendkos, 1997).

El enfoque conductual de la personalidad hace énfasis en la especificidad situacional restándole importancia a las manifestaciones internas. Finalmente, la visión de Skinner concibe la conducta como un producto influenciado por el ambiente, donde se presentan estímulos que pueden actuar como reforzadores que acrecientan la incidencia conductual (Pervin & John, 1998).

El concepto estructural de la personalidad, planteado por Hull (1943), en el modelo E-R (estímulo – respuesta), sostiene que los estímulos llegan a conectarse a las respuestas para formar lazos E-R; a partir de esta agrupación entre estímulo y respuesta se establecen los denominados hábitos; otro concepto estructural que utilizó Hull fue el impulso definido como un estímulo capaz de activar la conducta; por lo tanto, son los impulsos los que hacen responder a un individuo. Estos pueden ser primarios (innatos), secundarios (aprendidos); los primarios hacen referencia a condiciones fisiológicas en el interior del organismo (hambre, sed), mientras que

los secundarios son aquellos que se han adquirido con base en asociaciones de impulsos primarios (ansiedad o miedo).

### **Fundamentación del modelo Cognitivo:**

Seelbach (2013), menciona que la introducción de conceptos como motivación, ideas o pensamientos, constituyeron parte de una nueva corriente teórica llamada cognitiva-conductual, donde la relación entre los procesos psicológicos y la conducta es la columna vertebral del trabajo entre el paciente y el terapeuta. Si bien es cierto, el modelo cognitivo no describe una teoría de la personalidad como lo hicieron los primeros psicoanalistas, sin embargo, y de manera implícita, enunciaron conceptos que pueden utilizarse para referir determinadas capacidades o facetas en la personalidad humana. Existieron varios exponentes del modelo cognitivo que explican el proceso de adquisición de información y cómo ésta se puede utilizar. El aprendizaje es la consecuencia de la experiencia cognitiva del ser humano y toda experiencia cognitiva tiene un efecto en el comportamiento. Además de la asociación entre conducta y cognición, existieron otros teóricos como Albert Bandura y Lev Vygotsky que proponían que el medio era parte importante en el aprendizaje. Esta teoría plantea que la conducta está guiada por la manera como se piensa y se actúa frente a una situación; sin embargo, no deja de lado las contingencias que ofrece el ambiente inmediato ante cualquier situación.

Bandura (1977), menciona que la personalidad es la interacción entre cognición, ambiente y aprendizaje; de igual manera juegan un papel importante las expectativas internas de los individuos, pues el ambiente influye en la manera de comportarse y por tanto modifica las expectativas del individuo ante otras situaciones respecto a su comportamiento, teniendo en cuenta que las personas se ajustan a unos criterios o estándares de desempeño que son únicos a la hora de calificar un comportamiento en diversas situaciones.

Dependiendo del cumplimiento o no de las expectativas, se dice que las personas que alcanzan grandes niveles de desempeño interno desarrollan una actitud llamada autoeficacia (Bandura y Locke, 2003), entendida como la capacidad de manejar las situaciones de manera adecuada y eficaz para generar resultados deseados. Mientras

que para Rotter (1954), esto puede ser utilizado como una habilidad cognitiva que influye en las personas de acuerdo con el manejo de sus expectativas.

Bandura (1977), plantea que la conducta de las personas está orientada a metas, pues los individuos se pueden regular a sí mismos; además tienen un grado de libertad y capacidad de cambiar durante toda la vida. Bandura consideró a los humanos como seres complejos, únicos, activos, destacando el pensamiento y la autorregulación. Pues los individuos están en una continua resolución de problemas, partiendo de la experiencia y de la capacidad de procesamiento de información. Por tal razón, Bandura realizó sus estudios en humanos en el nivel contextual; a través de la observación de modelos la persona puede generar ideas e imágenes que se pueden combinar y modificar con el fin de elaborar patrones de conducta adecuados.

El carácter, al definirse por dimensiones aprendidas y vinculadas a factores psicosociales, tiende a formarse de manera continua pero especialmente en los procesos de socialización más básicos. Entre los modelos centrados en dimensiones del carácter se destacan los que se centran en el concepto de “esquema”. Los esquemas son sistemas organizados y entrelazados, responsables del procesamiento de un estímulo percibido y su respuesta conductual asociada (Beck, Freeman, Pretzer, Davis, Fleming & Ottaviani, 1995).

Por su parte, Mischel (1973), se interesó por estudiar las variables personales del aprendizaje social cognoscitivo, variables que generaron otras maneras de percibir las diferencias conductuales; a partir, de estos estudios se pudo especificar cómo las cualidades de una persona influyen en el ambiente y las situaciones, así como también que el individuo emite patrones complejos de conducta y distintos en cada una de sus interacciones cotidianas. Por tal razón, es necesario identificar las aptitudes de un individuo para construir diversas conductas bajo ciertas condiciones; de la misma manera que es oportuno considerar la codificación y clasificación que hace un individuo de la situación, al igual que demanda un gran interés por conocer sus expectativas respecto a los resultados esperados, los valores de esos resultados y los sistemas autoregulatorios de esa persona en particular.

Pervin & John (1998), mencionan la importancia del concepto estructural de la personalidad el constructo desarrollado por Kelly , como una manera de construir o interpretar el mundo; es un término utilizado por las personas para anticipar o experimentar sucesos, pues los interpreta, les da estructura y significado. Al observar dichos sucesos, el individuo se da cuenta de que existen características que los diferencian de otros individuos.

De la misma forma Seelbach (2013), hace referencia a los estadios del ser humano desarrollado por Jean Piaget, por los que se desarrollan determinadas habilidades y el niño aprende ciertas cosas; estos estadios se dividen en cuatro: etapa sensoriomotora, etapa preoperacional, etapa de las operaciones concretas, etapa de las operaciones formales. La teoría de Jean Piaget indica determinadas situaciones por las cuales pasa el ser humano en las que adquiere ciertos conocimientos, sin embargo, también menciona que no todos los seres humanos pasan exactamente por esos estadios de la manera en la que los plantea, dependiendo de las características individuales de cada persona y del lugar en donde se desarrolla, es decir, el contexto forma una parte importante en el proceso de adquisición de conocimiento.

### **2.2.1.1 Perspectiva histórica de la personalidad**

Montaño, Palacios & Gantiva (2009), refieren que el estudio de personalidad se remota alrededor de un siglo antes de Cristo; los Griegos se interesaron por personificar diferentes papeles en el drama de dicha cultura, para lo que las personas utilizaban máscaras que cubrían sus rostros; de esta manera les era posible representar distintos estilos de vida diferentes a los propios, sin dejar de ser ellos mismos. Es decir, asumir diferentes personalidades dentro de una misma persona, por lo cual el concepto personalidad se origina del término persona. Años más tarde, Cicerón definió el término personalidad, enfocándose desde cuatro diferentes significados: a) la forma en cómo un individuo aparece frente a las demás personas; b) el papel que una persona desempeña en la vida; c) un conjunto de cualidades que comprenden al individuo; y d) como sinónimo de prestigio y dignidad, mediante el cual se asignaba el término persona de acuerdo con el nivel social al que se perteneciera.

Según Cerdá (1985), uno de los conceptos de personalidad está adherido a la Santísima Trinidad, entendido como algo sustancial y no asumido, es decir, que no se construye sino que se encuentra en sí mismo, hace parte de su esencia. Por otra parte, en la filosofía medieval se fue perfilando el concepto y de igual manera se involucraron de manera novedosa aspectos éticos y distintivos del individuo, lo que permitió incluir una mayor cantidad de elementos característicos de la persona y no solo aspectos generales.

De acuerdo con lo anterior, los primeros teólogos relacionaron los términos persona y esencia, por lo cual Boecio en el siglo VI sintetizó estos dos conceptos para dar origen al término de personalidad, con el que se define a la persona como una sustancia individual, racional y natural. Es ahora cuando se incluye el atributo de la racionalidad, dando así origen a un gran ramillete de definiciones filosóficas, en donde principalmente se encuentra a Santo Tomás de Aquino, quien exalta al individuo por encima de la realidad, pues pensaba que nada podía ser superior a la realidad que el ser posee (Allport, 1970).

### **2.2.1.2 El estudio científico de la personalidad**

En el lenguaje cotidiano la palabra “personalidad” se utiliza casi siempre como sinónimo de individuo o persona y, habitualmente, va seguida de una serie más o menos amplia de calificativos, algunos de los cuales hacen referencia a capacidades o aptitudes, tales como: inteligente, perfeccionista, concienzudo, habilidoso, otros aspectos más emocionales, por ejemplo: cariñoso, enamorado, irritable, suspicaz, otros manifiestan más bien modos de relacionarse con los demás: solidario, extrovertido, impulsivo, egoísta, otros indican la posesión o no de atributos que son valorados desde una perspectiva global para calificar a alguien expresiones como por ejemplo: “no tiene personalidad”. En estos casos, se intenta resumir en un solo término la ausencia de características positivas y distintivas en el modo de ser de un individuo en particular. En consecuencia la afirmación contraria “tiene mucha personalidad” sugiere a un ser valioso y positivo, en el sentido de diferenciador, aun cuando incluya características particulares más negativas, por ejemplo: egoísta (Peluchano, 1996).

Caballo (2006), refiere que en términos generales los psicólogos entienden como personalidad el conjunto de características o *rasgos* que mejor representan o identifican el modo de ser o comportarse *habitualmente* un individuo, de tal modo que es viable *predecir* con bastante exactitud su funcionamiento en otros contextos, actividades, o situaciones vitales diferentes. Los psicólogos no suelen utilizar referencias evaluativas sobre los distintos rasgos que configuran la personalidad de un individuo, es decir no asumen que exista rasgos positivos o negativos, pues en todo caso la negatividad o bondad depende del momento o situación en el que se hagan patentes, de su flexibilidad, su utilidad, y su relación con otros rasgos. Tampoco conciben los rasgos en términos de todo o nada, o presencia *versus* ausencia, sino que más bien los caracterizan en términos *dimensionales* o continuos, de tal manera que un individuo puede ser más o menos introvertido, perfeccionista o agresivo, que otro. Y, además esa persona puede manifestar más o menos introversión, agresividad o perfeccionismo, etc. Dependiendo de la tarea, situación social, o momento vital en que se halle. Desde un punto de vista psicológico, la personalidad no es concebida pues como una entidad concreta y específica, sino más bien como la suma de propiedades y características psicológicas de distinto orden y naturaleza (emocionales, afectivas, cognitivas, comportamentales y sociales) que caracterizan el modo de ser propio y particular de un individuo y que lo identifican como tal, a través del tiempo y de las diferentes situaciones y roles que desempeña.

Siguiendo con Caballo (2006), el acercamiento científico al estudio de la personalidad humana que más éxito ha tenido se ha centrado en la búsqueda, descripción, análisis y medida de los *elementos básicos* que configuran la personalidad individual. Estos elementos básicos reciben el nombre de rasgos y son conceptuados en términos *dimensionales*, es decir según un continuo de intensidad que oscila entre nula (o inapreciable) hasta la máxima posesión de las diferentes características que lo definen.

Adicional a lo anterior, los planteamientos psicológicos hacen referencia a un conjunto de cualidades propias de cada persona en particular, clasificadas en tres grupos: a) clasificación de los atributos personales, que hacen referencia a la

organización del ser humano en las diferentes etapas del desarrollo; b) los biólogos y los conductistas la definen en términos de ajuste, debido a que es un fenómeno de la evolución que se refiere a un modo de supervivencia o de adaptación al medio a partir de las características del individuo; y c) la personalidad definida a partir de las diferencias duales, es decir, que las características que posee un miembro difieren de las características de otro individuo de su mismo grupo (Leal, Vidales, F & Vidales, I, 1997).

De igual manera Cerdá (1985), hace referencia a los estudios desarrollados por Allport mencionando que la personalidad se describe a la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse, es decir, que la personalidad se forma en función del desarrollo del individuo, a partir de las características ambientales, biológicas y sociales que explican, modulan y mantienen su comportamiento. A partir de las características definidas anteriormente, éstas se relacionan con algunos términos que son primordiales en lo que al estudio de la personalidad se refiere, por lo cual se describirán dos términos que darán sustento al concepto de personalidad: el temperamento y el carácter. Se entiende como temperamento a un fenómeno naturalmente emocional, es decir, que se puede presentar a causa de factores genéticos o hereditarios, pues los individuos reaccionan de manera rápida e intensa ante la estimulación ambiental y por tanto su estado puede fluctuar de acuerdo a las exigencias del medio.

Desde la primera etapa de la evolución humana, las necesidades de adaptación del hombre primitivo y de los animales superiores impulsaron el desarrollo de los instintos básicos: huida, defensa y reproducción. De acuerdo con estos tres instintos se constituyen los tres tipos de temperamento, y que hoy es posible representar a través de tres dimensiones: ansiedad, hostilidad y extraversión. Cada una de estas dimensiones o temperamentos están relacionados con el desarrollo de estrategias cognitivas propias (Lluís, 2002).

Respecto al segundo término que compone el concepto de personalidad se encuentra el carácter que es entendido como el grado de organización moral que posee un individuo y que se fundamenta a través de los juicios de valor y de una evaluación ética que se hace de la personalidad, depende en gran medida de la

propia experiencia de cada individuo, debido a que cada persona se ve influenciada por diferentes factores que ocurren a su alrededor; por tanto el carácter controla, modifica, corrige y autorregula la actividad de los individuos, a fin de poder dar respuestas satisfactorias a las exigencias del medio. El carácter es una composición de sentimientos, valores y sentimientos que un individuo va adquiriendo a lo largo de su desarrollo a través de la interacción, condiciones y circunstancias externas, además difiere en cada individuo de acuerdo con su forma o punto de vista de interpretar la realidad humana (Lluís, 2002).

Pero la personalidad no solo se ha entendido a partir de los dos conceptos anteriores sino también desde lo genético, el desarrollo en cuanto a etapas y la evolución de la especie; pues de acuerdo con algunas teorías, todos los niños poseen ciertas funciones y estructuras que no han alcanzado su correspondiente maduración, lo cual permite no identificar una base sólida de la personalidad, por tal razón, se puede hablar de personalidad a partir de los 3 años, puesto que se han identificado algunos intereses, aptitudes, estilo conductual y la manera de resolver problemas que facilitan su bienestar y supervivencia en el medio (Domínguez & Fernández, 1999).

### **2.2.1.3 Teorías de la personalidad**

A continuación se describen las principales teorías de la personalidad con sus respectivos autores, cada una de ellas con vitales fundamentos y postulados.

#### **Teoría psicodinámica de la personalidad**

Sigmund Freud es el teórico más importante de este paradigma, mencionó que la conducta de una persona es el resultado de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo y que por lo general se dan fuera de la conciencia (Morris y Maisto, 2005).

La persona es dueña de tres estructuras que aparecen en el desarrollo de la vida; la primera de ellas se denomina *ello*, la única estructura que se encuentra presente en el nacimiento y es totalmente inconsciente, se interesa en satisfacer los deseos del niño con el fin de evitar el dolor. En esta parte del desarrollo el niño solo tiene dos maneras de obtener placer, las acciones reflejas y la fantasía (Bransky, 1998).

La segunda estructura planteada por Freud (1967), es el *yo*, el que se encuentra entre lo consciente y lo preconscious que busca satisfacer los deseos del *ello* en el mundo externo; se diferencia de éste en que, en lugar de actuar de acuerdo con el principio del placer (satisfacción inmediata), actúa bajo el principio de realidad. Por medio del razonamiento inteligente el *yo* busca demorar la satisfacción de los deseos del *ello* hasta que se pueda garantizar la gratificación de una manera más segura.

Cuando la persona llega a la edad adulta no solo busca la satisfacción de deseos sino que empieza a entrar en juego el componente moral, lo cual se ha denominado *súper yo*, este cumple las veces de guardián moral, entonces tiene la función de vigilar al *yo* para conducirlo hacia las acciones morales socialmente aceptadas (Pervin & John, 1998).

Teniendo en cuenta lo anterior, Freud plantea que la personalidad se desarrolla en la medida en que una persona logra satisfacer los deseos sexuales durante el curso de su vida, es decir, que la personalidad está determinada por la manera en que se aborda cada una de las etapas psicosexuales (Morris & Maisto, 2005).

Son cinco las etapas psicosexuales y las vivencias en cada una de ellas dan cuenta de un posible perfil de personalidad. A continuación se presenta cada una de estas etapas:

**Etapas:**

**Etapas:** **Etapa oral:** este periodo comprende desde el nacimiento hasta los 18 meses y se caracteriza principalmente, porque el niño obtiene placer a través de succionar el pecho de la madre y masticar los alimentos meses más tarde (Davidoff, 1998).

Según Freud (1967), los niños que obtienen buena gratificación durante esta etapa tienden a ser adultos optimistas, crédulos y confiables, mientras que los que

no son satisfactoriamente gratificados tienden a ser pesimistas, sarcásticos, discutidores y hostiles.

**Etapa anal:** comprende de los 18 meses a los 3 años aproximadamente, en esta etapa el placer del niño está concentrado en el ano y lo experimenta a partir de la expulsión y retención de heces fecales. Se piensa que los hijos de padres estrictos en el entrenamiento de control de esfínteres tienden a ser autodestructivos, obstinados, mezquinos y excesivamente ordenados durante la edad adulta (Freud, 1967).

**Etapa fálica:** comprende de los 3 a 6 años, es una etapa muy importante porque es este el momento en que los niños empiezan a descubrir sus genitales, entonces se apegan mucho más al progenitor del sexo contrario mientras que experimentan sentimientos de rivalidad con el progenitor del mismo sexo. De no darse una adecuada identificación con los progenitores se forma lo que en los niños se conoce como complejo de Edipo y en las niñas complejo de Electra (Papalia & Wendkos, 1997).

Las personas que no reciben suficiente gratificación durante esta etapa tienden a mostrarse como egoístas, vanidosos, con baja autoestima, tímidos y con sentimientos de minusvalía durante la edad adulta (Morris & Maisto, 2005).

**Etapa de latencia:** va de los 6 hasta los 12 o años; Freud creía que en esta etapa el interés por el sexo disminuye y los niños pueden jugar con los otros niños del mismo sexo sin experimentar ninguna dificultad (Papalia & Wendkos, 1997).

Finalmente de los 13 años en adelante Freud describe la **etapa genital**, periodo en el cual se despiertan los impulsos sexuales permitiendo que el adolescente satisfaga todos los deseos reprimidos durante la niñez, las personas que logran abordar satisfactoriamente esta etapa, desarrollan un muy buen sentido de responsabilidad y preocupación por los demás (Davidoff, 1998).

### **Teoría fenomenológica de la personalidad**

Según Montaña, Palacios & Gantiva (2009), la teoría fenomenológica de la personalidad, a diferencia del psicoanálisis, considera que el ser humano no debe

ser comprendido como resultado de conflictos ocultos e inconscientes sino que tiene una motivación positiva y que, conforme a cómo evoluciona en la vida, el hombre va logrando obtener niveles superiores de funcionamiento, teniendo en cuenta que la persona es responsable de sus propias actuaciones y por ende de las consecuencias que le sobrevienen, los teóricos Carl Rogers y Gordon Allport son los más importantes de esta comprensión de la personalidad.

Carl Rogers consideró que los seres humanos construyen su personalidad cuando se ponen al servicio de metas positivas, es decir, cuando sus acciones están dirigidas a alcanzar logros que tengan un componente benéfico (Morris & Maisto, 2005).

Para Rogers, la persona desde que nace viene con una serie de capacidades y potenciales los cuales tiene que seguir cultivando a través de la adquisición de nuevas destrezas; esta capacidad se ha denominado tendencia a la realización; por el contrario, cuando el individuo descuida el potencial innato hay una tendencia a que se vuelva un ser rígido, defensivo, coartado y a menudo se siente amenazado y ansioso (Montaño, Palacios & Gantiva, 2009)

Por su parte Allport (1940), resaltó la importancia de los factores individuales en la determinación de la personalidad, señaló que debía existir una continuidad motivacional en la vida de la persona, estuvo de acuerdo con Freud en que la motivación estaba determinada por los instintos sexuales, pero difiere de él en que esta determinación se dé de manera indefinida pues según él, el predominio de los instintos sexuales no permanece durante toda la vida.

También creía que la medida en que los motivos de una persona para actuar son autónomos, determina su nivel de madurez, señalando así la importancia del yo, concepto que defendió porque creía que era una de las características más importantes de la personalidad. Para que no se confundiera su orientación del yo con la dada por Freud, creó el concepto de *propium*, lo que contiene las raíces de la uniformidad que caracteriza las actitudes, objetivos y valores de la persona. Según lo anterior, el yo no se encuentra presente al momento de nacer sino que se desarrolla con el paso del tiempo (Mischel, 1988).

### **Teoría conductual de la personalidad**

Watson, padre del conductismo, manifestó su acuerdo con la teoría de Jhon Locke en el siglo XVII sobre la *tabula rasa*, teoría de la personalidad según la cual un recién nacido viene en blanco y es el ambiente el que determinará la personalidad debido a la moldeabilidad de este, no solo en la infancia sino también en la etapa adulta (Davidoff, 1998).

De otra manera, Skinner, quien realizó experimentos sobre el aprendizaje animal y humano, concluyó que lo que una persona aprende a hacer es semejante a como aprende otras cosas; por tal razón, lo que implica motivación inconsciente, aspectos morales y rasgos emocionales no existe (Papalia y Wendkos, 1997).

El enfoque conductual de la personalidad hace énfasis en la especificidad situacional restándole importancia a las manifestaciones internas, la visión de Skinner concibe la conducta como un producto elicitado como reforzador que incrementan la incidencia conductual (Pervin & John, 1998).

Por lo tanto, el concepto estructural de la personalidad, planteado por Hull (1943) en el modelo E-R, sostiene que los estímulos llegan a conectarse a las respuestas para formar lazos E-R; a partir de esta asociación entre estímulo y respuesta se establecen los denominados hábitos; la estructura de la personalidad está en buena parte conformada por hábitos o lazos E-R. Otro concepto estructural que utilizó Hull fue el impulso definido como un estímulo capaz de activar la conducta; por lo tanto, son los impulsos los que hacen responder a un individuo. Estos pueden ser primarios (innatos), secundarios (aprendidos); los primarios hacen referencia a condiciones fisiológicas en el interior del organismo (hambre, sed), mientras que los secundarios son aquellos que se han adquirido con base en asociaciones de impulsos primarios (ansiedad o miedo).

### **Teoría cognitiva de la personalidad**

Esta teoría plantea que la conducta está guiada por la manera como se piensa y se actúa frente a una situación; sin embargo, no deja de lado las contingencias que ofrece el ambiente inmediato ante cualquier situación (Montaño, Palacios & Gantiva, 2009).

En palabras de Bandura (1977), la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente; de igual manera juegan un papel importante las expectativas internas de los individuos, pues el ambiente influye en la forma de comportarse y por tanto modifica las perspectivas del individuo ante otras situaciones respecto a su comportamiento, teniendo en cuenta que las personas se ajustan a unos criterios o estándares de desempeño que son únicos a la hora de calificar un comportamiento en diversas situaciones.

De acuerdo con el cumplimiento o no de las expectativas, se dice que las personas que alcanzan grandes niveles de desempeño interno desarrollan una actitud llamada autoeficacia (Bandura & Locke, 2003), entendida como la capacidad de manejar las situaciones de manera adecuada para generar resultados deseados.

Para Rotter (1954), esto puede ser utilizado como una habilidad cognitiva que influye en las personas de acuerdo con el manejo de sus expectativas, como lo plantea Bandura la conducta de las personas está orientada a metas, pues los individuos se pueden regular a sí mismos; además tienen un grado de libertad y capacidad de cambiar durante toda la vida.

Entre los modelos centrados en dimensiones del carácter se destacan los que se centran en el concepto de “esquema”. Los esquemas son sistemas estructurados y entrelazados, responsables del procesamiento de un estímulo percibido y su respuesta conductual asociada (Beck, Freeman, Pretzer, Davis, Fleming & Ottaviani, 1995).

Por su parte, Mischel (1973) se interesó por estudiar las variables personales del aprendizaje social cognoscitivo, variables que generaron otras maneras de percibir las diferencias conductuales; a partir, de estos estudios se pudo especificar cómo las cualidades de una persona influyen en el ambiente y las situaciones, así como también que el individuo emite patrones de conducta complejos y distintos en cada una de sus interacciones cotidianas.

Sin embargo, Kelly planteó como concepto estructural de la personalidad el *constructo*, como una manera de construir o interpretar el mundo; es un término

utilizado por las personas para anticipar o experimentar sucesos, pues los interpreta, les da estructura y significado. Al observar dichos sucesos, el individuo da cuenta de que existen características que los diferencian de otros individuos (Pervin, John, 1998).

Albert Ellis es uno de los principales teóricos de la corriente cognitivo conductual, desarrolló modelos importantes basados en comportamientos relacionados con ideas o creencias. A partir de Ellis, se crearon modelos similares, que pretendían modificar patrones de comportamiento disfuncional e ideas irracionales, sin embargo, y de manera implícita, se encuentran involucradas las emociones en el proceso, y aunque no está completamente desarrollada la teoría para modificar las emociones, si lo está para modificar ideas y comportamientos. Ellis desarrolló el modelo de la *Terapia Conductual Racional Emotiva* (TCRE), que pretende correlacionar conductas con ideas y la carga afectiva de ambas; inicialmente, este modelo fue diseñado a partir de tres pasos secuenciales en A, B y C (Seelbach, 2013).

La teoría de Jean Piaget indica determinadas situaciones por las cuales pasa el ser humano en las que adquiere ciertos conocimientos, sin embargo, también menciona que no todos los seres humanos pasan exactamente por esos estadios de la manera en la que los plantea, dependiendo de las características individuales de cada persona y del lugar en donde se desarrolla, es decir, el contexto forma una parte importante en el proceso de adquisición de conocimiento (seelbach, 2013).

### **Teoría integradora de la personalidad**

Según Lluís (2002), actualmente la comunidad científica aún no ha podido establecer una teoría de la personalidad amplia y consensuada, que organice, estructure y dé cabida a la gran pluralidad existente de investigaciones y enfoques. Teniendo en cuenta estas necesidades, surge la Teoría Integradora, que plantea objetivos como: a) elaborar un modelo de personalidad amplio, que posibilite la integración de las principales teorías, que organice los principales logros de la investigación empírica incorporando la inteligencia; b) definir la personalidad a partir de la identificación teórica de los factores o facetas de las grandes

dimensiones; c) fundamentar la comprensión de la personalidad desde un enfoque evolucionista; y d) ofrecer un modelo de rasgos que incorpora los paradigmas actualmente activos, sobrepasando el concepto descriptivo de la estructura y permitiendo involucrarse con los procesos.

Según Montaña, Palacios & Gantiva (2009), la teoría integradora, la personalidad no podrá limitarse a describir o explicar el temperamento, el carácter (el *self*) o la inteligencia, sino que deberá incluir los tres aspectos. Una teoría de la personalidad no puede limitarse solo al consciente o al inconsciente, como tampoco a las conductas observables o a las internas, debe tener los dos factores en cuenta. Una teoría de la personalidad no se debe limitar a las diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres y, por supuesto, tampoco debe orientarse solo a la conducta normal; es evidente que tiene que tener en cuenta la psicopatología y por lo tanto aportar posibles estrategias de cambio.

La propuesta de la Teoría Integradora para dar respuesta a las problemáticas planteadas se ha denominado “Cinco Grandes Rasgos de la Personalidad” (*Big Five*) se distinguen cinco factores o dimensiones: extroversión, agradabilidad, escrupulosidad, estabilidad emocional y apertura a la experiencia (Costa & McCrae, 1994).

El instrumento propuesto por los Cinco Grandes es el BFQ que, a partir de los cinco factores identificados en la teoría y de acuerdo con las características de cada uno, pretende dar cuenta de la personalidad del individuo (Gómez & Zabuido, 1996).

El apoyo inicial para el modelo de los Cinco Grandes proviene del análisis del lenguaje, de los términos que han sido usados para describir los rasgos de la personalidad (Goldberg, 1990).

Otro fundamento importante es el estudio de cuestionarios en diferentes lenguajes, realizado por Costa y Mc-Crae, quienes desarrollaron una herramienta de evaluación objetiva, el NEO-PI, que posteriormente fue revisado para formar el Inventario de Personalidad Neuroticismo Extroversión Apertura, revisado (NEO-

PI-R); esta prueba evalúa los cinco grandes factores, al igual que puede ser útil en el diagnóstico de los trastorno de la personalidad (Costa & McCrae, 1995).

Otro aspecto de la Teoría Integradora es el modelo de los Siete Factores de Cloninger, que propone cuatro dimensiones temperamentales que reflejan disposiciones innatas de respuesta a estímulos persistentes a lo largo del tiempo y por otra parte propone tres dimensiones caracterológicas que reflejan diferencias individuales y que se desarrollan en interacciones no lineales entre el temperamento y las experiencias vitales (Svrakic, Draganic & Hill, 2002).

Las dimensiones temperamentales planteadas en el modelo de Cloninger son: búsqueda de novedad, que se referiría a la activación conductual; evitación del daño, que se referiría a la inhibición conductual; dependencia de la recompensa, que se referiría a los procesos de extinción y habituación de respuestas conductuales aprendidas; y finalmente, una cuarta dimensión que inicialmente formaba parte de dependencia de la recompensa, que es la de persistencia. Para las tres primeras dimensiones, Cloninger plantea una hipótesis según la cual cada una de las tres primeras dimensiones del temperamento estaría asociada respectivamente con un determinado neuromodulador: que sería la dopamina para la “búsqueda de novedad”, la serotonina para la “evitación del daño” y la noradrenalina para la “dependencia de la recompensa”. En cuanto a las tres dimensiones del carácter, serían: la cooperación (empatía frente a hostilidad); la autotranscendencia (originalidad e imaginación frente a control); y la autodirección, que haría referencia a la capacidad para mantener una conducta en la dirección de un objetivo frente a la inseguridad, es decir, la capacidad de autoregular la conducta. Las cinco dimensiones que propone el modelo son: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad (Farabaugh, Fava, Mischoulon, Sklarsky & Petersen, 2005).

El modelo actual de Millon extrae, de las perspectivas psicodinámica, cognitiva, interpersonal y biológica, diferentes ámbitos de manifestación de la personalidad, que serían: mecanismos de defensa, representaciones objetales, autoimagen, estilo cognitivo, comportamiento interpersonal y estado de ánimo/temperamento (González, Pérez & Redondo, 2007).

Efectivamente, *la integración* es una de las características básicas del modelo de Millon, pues le interesa conocer la estructura básica de la persona como también su dinámica y cambio; para él ambas cosas son imprescindibles para entender el funcionamiento de la personalidad. De la misma forma que es necesaria la integración entre la *perspectiva nomotética* (que se centra en descubrir cómo se relacionan entre sí las necesidades, los motivos, los mecanismos, los rasgos, los esquemas, las defensas, etc., es decir, se interesa por la generalización) y la *perspectiva ideográfica* (que centra su atención en las diferencias individuales, se enfatiza que la personalidad de un individuo es el resultado de una historia única de transacciones entre los factores biológicos y los contextuales) (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007)

### Cuadro comparativo entre diversas teorías de la personalidad

TEORÍA PSICODINÁMICA	NEOPSICOANÁLISIS	TEORÍA HUMANÍSTICO - EXISTENCIAL
<p>Nociones fundamentales de la personalidad según <b>Sigmund Freud</b>: El <i>Superyó</i> se refiere a la incorporación de normas sociales, reglas de comportamiento, deberes y obligaciones. El <i>Yo</i> tiene la tarea de filtrar información procedente del ambiente (normas y reglas), y del <i>Ello</i> (deseos e instintos), para ser funcional en el ambiente social. La forma en cómo el individuo equilibra deseos e imposiciones sociales constituye la personalidad. Además propone las etapas de desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica, latencia y genital (Seelbach, 2013).</p>	<p><b>Carl Jung</b> se refiere al binomio extroversión-introversión, denominó a los introvertidos como personas indecisas y a la defensiva, el extrovertido tiene un carácter desprendido y seguro, se siente cómodo en cualquier lugar y hace amigos con facilidad (Seelbach, 2013). <b>Erik Erikson</b> desarrolló una teoría con base en ocho etapas; éstas inician desde el nacimiento del ser humano hasta que muere, consisten en la búsqueda y adaptación del ser humano al ambiente, en cada etapa existen fuerzas antagónicas que se encuentran en conflicto y tienen como objetivo que el ser humano obtenga un logro al finalizar la etapa (Seelbach, 2013). <b>Erich From</b>: menciona que la libertad y la sociedad se encuentran estrechamente relacionadas. Sin embargo, el ser humano se encuentra constantemente entre la búsqueda de su libertad y escapar de ésta (Seelbach, 2013).</p>	<p><b>Modelo Gestalt: Fritz Perls</b>, fundador del enfoque Gestalt, se encarga de estudiar cómo percibe el ser humano su entorno. Propone que el ser humano percibe su mundo de forma integral, es decir, no percibe fenómenos aislados, sino que los integra y configura para tener una idea de la realidad que experimenta. La personalidad deriva de la interacción del individuo en el entorno, el humanismo indica que la personalidad no está determinada por hechos pasados exclusivamente, y tampoco considera que la personalidad es inmutable, de tal manera que las corrientes humanistas señalan que la personalidad se desarrolla debido a un cúmulo de experiencias que el ser humano constantemente integra a su vida (Seelbach, 2013).</p>

**Tabla N° 1:** Cuadro comparativo entre diversas teorías de la personalidad.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Teorías de la personalidad (Seelbach, 2013).

TEORÍA HUMANÍSTICO – EXISTENCIAL	MODELO COGNITIVO – CONDUCTUAL	MODELO COGNITIVO - CONDUCTUAL
<p><b>Psicología de la salud y del desarrollo de Abraham Maslow:</b> observó que las necesidades son inherentes en los seres vivos. Descubrió que existen necesidades que ocupan un lugar prioritario en los seres vivos, esto generó el desarrollo de la pirámide de necesidades. La estructura de esta pirámide comienza desde las necesidades básicas o vitales hasta las necesidades de trascendencia (Seelbach, 2013).</p> <p><b>Enfoque centrado en la persona de Carl Rogers:</b> concibe al ser humano desde una perspectiva positiva: “el hombre es bueno y saludable por naturaleza”. Se focaliza en que la persona reconozca sus posibilidades de crecimiento, sus limitaciones y sus incapacidades (Seelbach, 2013).</p>	<p>Modelos que se centran en el pensamiento y los procesos involucrados en el.</p> <p><b>Edward C. Tolman:</b> consideraba el comportamiento como un acto unificado, es decir, los elementos que conforman el comportamiento, como los nervios, las glándulas o los músculos, son parte de una unidad integral (Seelbach, 2013).</p> <p><b>Albert Ellis:</b> pretende modificar ideas irracionales y comportamientos disfuncionales. Desarrolló el modelo de la <i>Terapia Conductual Racional Emotiva</i> (TCRE), que pretende correlacionar conductas con ideas y la carga afectiva de ambas; inicialmente, este modelo fue diseñado a partir de tres pasos secuenciales en A, B y C (Seelbach, 2013).</p>	<p><b>Albert Bandura:</b> consideró al ambiente como la causa del comportamiento pero con la existencia de reciprocidad, es decir, el comportamiento también modifica al ambiente (<i>determinismo recíproco</i>). consideró que la personalidad se conforma por tres elementos : ambiente, comportamiento y procesos psicológicos (Seelbach, 2013).</p> <p><b>Jean Piaget:</b> menciona los estadios del ser humano y se dividen en cuatro (sensoriomotora, preoperacional, operacional concreta, operacional formal), no todos los seres humanos pasan exactamente por esos estadios de la manera en la que los plantea, dependiendo de las características individuales de cada persona y del lugar en donde se desarrolla, es decir, el contexto forma una parte importante en el proceso de adquisición de conocimiento (Seelbach, 2013).</p>

**Tabla N° 2:** Cuadro comparativo entre diversas teorías de la personalidad

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Teorías de la Personalidad (Seelbach, 2013).

#### **2.2.1.4 Trastornos de personalidad**

Los trastornos de personalidad (TP) se caracterizan por ser patrones desadaptativos de pensamientos, sentimientos, percepciones y conducta, que comienzan muy temprano en la vida y se perpetúan a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones. Suelen constituir desviaciones importantes de lo que serían los patrones de vida normal y, especialmente, del comportamiento interpersonal del mismo grupo sociocultural al que pertenece el individuo. Aunque el funcionamiento social y laboral de los individuos con un TP puede ser deteriorado, generalmente mantienen su contacto con la realidad. La clasificación y el diagnóstico de los TP están plagados de numerosos problemas, uno de ellos por ejemplo, es la controversia que existe a la hora de considerar los TP bien desde una perspectiva categorial o bien desde una posición dimensional, en otras palabras, ¿los TP constituyen formas de relacionarse diferentes a la conducta psicológicamente sana (categorías) o, por el contrario son versiones extremas de variaciones, por lo demás normales, de la personalidad? (dimensiones) la taxonomía categorial produce descripciones simples y claras, pero menos cercanas a la realidad, pero es más similar a la forma en que trabajan los clínicos, mientras que un modelo dimensional presenta información más precisa, pero también más completa y difícil (Caballo, 2004).

La posición que mantienen los principales sistemas diagnósticos de los trastornos mentales, como el DSM IV TR (APA, 2000) y la CIE 10 (OMS, 1992) es categorial (Caballo, Irurtia, López – Gollonet, 2006).

Sin embargo en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (DSM V) se privilegia al sistema dimensional, puesto que presenta claras ventajas frente a las categorías, tales como: refleja mejor la naturaleza continua de los rasgos y sus interrelaciones, evitan solapamientos, y diagnósticos múltiples y cuentan con una base empírica sólida (Markon, Chmielewski, & Miller, 2011).

Wakefiel (2006) contrastó el significado “disfunción dañina” para resaltar dos de las características nucleares de todo trastorno mental: su negatividad en relación

con los valores y normas culturales y su carencia de utilidad de acuerdo al punto de vista evolutivo, es decir que los trastornos mentales no se ajusta a lo que normalmente se espera de un individuo que los padece, y además interfieren con su desarrollo puesto que expresa el fracaso de una o varias funciones o capacidades, de tal manera que no pueden llevar adecuadamente a cabo la misión para la que fueron diseñadas. La aplicación de características a los trastornos de la personalidad no es sencilla, en primer lugar porque la idea de trastorno se refiere a algo temporal y transitorio, independientemente de que en la realidad clínica, muchos trastornos son crónicos y de larga duración, los trastornos de personalidad se caracterizan por su aparición temprana en la vida del individuo, su estabilidad y su resistencia al cambio. Recuérdese que uno de los elementos clave de la personalidad es el hecho de que permanece relativamente estable a lo largo de toda la vida. , y esto se aplica tanto a las personalidades normales, como a las trastornadas. En los Trastornos de personalidad suceden una de estas dos cosas: por un lado que la persona posea un rasgo ( o un conjunto de ellos) de manera extrema, de tal modo que siempre o en su mayoría de las ocasiones su comportamiento, su modo de expresar emociones, de relacionarse con los demás, etc., es prácticamente la misma, en consecuencia su repertorio comportamental es limitado, reiterado e inflexible. Además la personalidad trastornada es disfuncional porque no es útil desde el punto de vista adaptativo y evolutivo y es dañina porque no se ajusta a las expectativas sociales y genera sufrimiento y perjuicio en el individuo y su entorno.

Millon (2006), aunque resulta muy controvertido dar una definición sobre trastornos de personalidad, se puede decir de manera sencilla que ésta obedece a los criterios que el DSM IV – TR tiene para cada trastorno.

La definición estaría relacionada con aquellas conductas que son comunes a las normales, pero extremadamente abundantes o escasas en las enfermedades patológicas, así como acompañan de inflexibilidad, malestar subjetivo y que tienen un funcionamiento desadaptado (Oldham, Skodol & Bender, 2007)

González E,S & Ali, L (2012) mencionan que los desórdenes de personalidad son aquellas enfermedades que generan una pauta de funcionamiento, tanto en la percepción de la experiencia como en la producción de la conducta, que se

considera anormal respecto de los pensamientos, estados de ánimo, relaciones interpersonales y control de los impulsos.

<b>Cuadro comparativo de los Trastornos de la Personalidad</b>	
<b>DSM V</b>	<b>CIE X</b>
Tres grupos de trastornos de la personalidad	F 60 - 69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
<b>Grupo A: raros o excéntricos:</b>	f60 trastornos específicos de la personalidad
Trastorno paranoide de la personalidad	f60.0 Trastorno paranoide de la personalidad
Trastorno esquizoide de la personalidad	f60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad
Trastorno esquizotípico de la personalidad.	f60.2 Trastorno disocial de la personalidad
<b>Grupo B: Dramáticos, Emocionales, Erráticos.</b>	f60.3 Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad
Trastorno límite de la personalidad	f60.4 Trastorno Histriónico de la personalidad
Trastorno narcisista de la personalidad	f60.5 Trastorno Anancástico de la personalidad
Trastorno histriónico de la personalidad	f60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad
Trastorno antisocial de la personalidad	f60.7 Trastorno dependiente de la personalidad
<b>Grupo C: Ansiosos y Temerosos.</b>	f60.8 Otros Trastornos específicos de la personalidad
Trastorno de la personalidad por evitación	f60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación
Trastorno dependiente de la personalidad	
Trastorno Obsesivo – Compulsivo de la personalidad.	

**Tabla N° 3:** Cuadro comparativo de los trastornos de la personalidad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión (CIE X).

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** DSM V (APA, 2014) & CIE X (OMS, 1992).

## **2.2.2 Riesgo de exposición a una infección por VIH**

A continuación se hará referencia al VIH/SIDA desde un enfoque biológico y clínico, además se detalla diversas investigaciones científicas concernientes al tema en cuestión.

### **2.2.2.1 Propiedades**

Avendaño, Ferrés, & Spencer (2011), refieren que el Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) agente etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), pertenece al género *lentivirus*, familia *retroviridae*. Cuando no es controlada con drogas antivirales, la infección por VIH destruye el sistema inmunológico en forma gradual, por lo cual para el individuo es más difícil combatir las infecciones, haciéndose susceptible a diversos microorganismos oportunistas. Se han identificado dos virus capaces de producir SIDA, genética y antigenética diferentes: VIH 1 y VIH 2. Los genomas del VIH – 1 y VIH – 2 tienen cierta similitud, aunque ambos ocasionan una enfermedad clínicamente indistinguible. La distribución geográfica de ambos virus también es diferente, ya que el VIH – 1 es el tipo más común y de distribución global, mientras que el VIH – 2 está limitado a los países de África Central.

### **2.2.2.2 Definición de VIH/SIDA**

Según la Federación de planificación familiar de América (2014) menciona que:

- VIH significa virus de inmunodeficiencia humana. Afecta al sistema inmunitario, que es la protección que tiene nuestro cuerpo contra las enfermedades. El VIH provoca que las personas se enfermen con infecciones que normalmente no las afectarían. El VIH causa el SIDA.
- SIDA es la forma abreviada de referirse al síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es la etapa más avanzada de la infección causada por el VIH.

### **2.2.2.3 Historia del VIH**

Duesberg (1997), señala que a comienzos de la década de 1980, los médicos de Nueva York y California hicieron las primeras observaciones de una enfermedad infecciosa de origen viral. Los homosexuales originalmente presentaban una serie de enfermedades infecciosas, entre ellas un cáncer de piel llamado sarcoma de Kaposi. En 1981 los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) denominaron al *síndrome inmunodeficiencia relacionada con los homosexuales* (GRID). Otra tendencia común entre los pacientes con GRID era el uso de fármacos para intensificar la experiencia sexual y las relaciones sexuales múltiples sin protección. El número de muertes en los Estados Unidos en 1981 fue de 234 y luego aumentó a 853 en 1982. Al mismo tiempo los médicos comunicaron que los heterosexuales que habían recibido infusiones en la sangre comenzaban a desarrollar enfermedades oportunistas. El 1982, los CDC denominaron al GRID como *síndrome de inmunodeficiencia adquirida* o sida. El 1983, los CDC advirtieron a los bancos de sangre acerca de un posible problema con el abastecimiento nacional de sangre. El número de muertes conocidas en los Estados Unidos en 1983 fue de 2.304.

#### **2.2.2.4 Descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)**

Dos grupos de investigación diferente publicaron en la revista *Science* el descubrimiento de la causa del sida: el grupo de Luc Montagneir y el grupo de Roberto C. Gallo. Ambos descubrieron un retrovirus que fue aislado de un cultivo de linfocitos T provenientes de una biopsia de ganglio linfático de un paciente con sida que presentaba linfadenopatías (ganglios linfáticos aumentados de tamaño). Las linfadenopatías se consideran parte de un síndrome precursor del sida. Gallo recomendó que el virus se denominara virus linfotrópico de células T tipo 3 humano (HTLV – III). En 1986, este nombre fue sustituido por el de *virus de la inmunodeficiencia humana*. Hubo controversias respecto a que laboratorio descubrió primero el VIH. El 1990, la oficina de integridad científica del NIH comenzó a estudiar el programa de investigación del VIH de Gallo. La disputa por su descubrimiento se resolvió, finalmente en Washington, en julio de 1994. En ese momento, se reconoció que el virus aislado por el laboratorio de Gallo era uno de los primeros virus aislados en el instituto Pasteur en 1983 (Montagneir, 2003).

#### **2.2.2.5 HIV – 1 y HIV - 2**

El primer VIH que aislaron los grupos de investigación de Montagneir y Gallo se designó VIH – 1. Poco tiempo después del descubrimiento del primer VIH, el grupo de Montagneir aisló otra cepa, a la cual designaron VIH – 2; este es raro en los Estados Unidos, pero es endémico de África Occidental. El VIH – 2 es significativamente menos infeccioso y progresa con las lentitud al sida que el VIH – 1 (Crewdson, 2003).

#### **2.2.2.6 EL origen del HIV – 1 y la pandemia del SIDA**

Curtis (1992), a continuación presenta los mitos o teorías en torno del origen del VIH. La teoría más amplia y aceptada es la teoría del cazador o sus extensiones:

*1.- la teoría del gato doméstico:* el virus de la inmunodeficiencia felina (FIV) es un retrovirus que se descubrió en 1987. Ocasiona una infección en los gatos domésticos que lleva a un síndrome de inmunodeficiencia semejante a la del VIH – 1 en los seres humanos. No se descubrió que el FIV cause enfermedad en los seres humanos, sin embargo el FIV y el VIH – 1 son relacionados.

*2.- la teoría del cazador:* se basa en la presunción de que la pandemia del SIDA es una zoonosis viral. Un virus relacionado con el HIV – 1 se aisló del chimpancé común, nativo de Camerún, Gabón, y la república democrática del Congo. El virus se conoce como virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIV). El chimpancé es el reservorio natural del VIH – 1. Los chimpancés infectados fueron muertos y consumidos, y la sangre ingresó en lastimaduras o heridas del cazador, y luego la cepa del SIV se adaptó al ser humano huésped para transformarse en VIH – 1.

*3.- Teoría de la vacuna antipoliomielítica contaminada:* La diseminación inicial del VIH – 1 ocurrió en África durante las campañas de vacunación a principios de la década de 1950, se usaba jeringas plásticas, varios pacientes eran contagiados con la misma jeringa sin esterilización esto creó el potencial para que el virus SIV mutara y se replicara en cada individuo nuevo que ingresara. Otros sugieren que las vacunas orales contra la polio estaban contaminadas de SIV, sin embargo en las

reservas originales de la vacuna no se detectaron secuencias de ácidos nucleicos de VIH – 1, SIV o chimpancé.

*4.- La teoría de la colonización o del corazón de la oscuridad:* El África Ecuatorial Francesa tuvo un gobierno riguroso, las autoridades obligaban a los pobladores a trabajos extremos en busca de caucho, había poco tiempo para la agricultura, por lo que consumir carne de animales salvajes era lo primordial. Un chimpancé extraviado y quizá infectado pudo haber sido una fuente de alimento bienvenida por los trabajadores.

#### **2.2.2.7 Origen del VIH – 2**

Según Piedade (2000), el VIH – 2 entró a la población humana como consecuencia de la transmisión zoonótica o por cruce de la barrera de especies. Se transmitió del Mangabeye fuliginoso a los seres humanos durante la primera mitad del siglo XX en África Occidental. El Mangabeye es un mono del viejo mundo naturalmente infectado por SIV que es genéticamente semejante al VIH – 2. Se los suele cazar para comerlos y en esta región del mundo se los tiene como mascotas. Se cree que la epidemia inicial de VIH – 2 coincidió con la guerra de la independencia (1963 – 1974) en Guinea Bissau, la guerra causó alteraciones sociales y una campaña de vacunación masiva pudo haber causado una epidemia regional de VIH 2.

#### **2.2.2.8 Síntomas clínicos del VIH**

Shor (2009), menciona que existen tres fases en la infección por VIH – 1:

1.- Infección primaria por VIH es el periodo después de la infección pero antes del desarrollo de anticuerpos detectables contra el HIV – 1. El virus se replica fácilmente durante esta ventana, lo cual dura unas pocas semanas o meses. Está presente en gran número en la sangre, el sistema nervioso central y el sistema linfático, e invade otros tejidos. La enfermedad se parece a una infección como la mononucleosis o la gripe. Es característico que aparezcan entre 2 a 6 semanas después de la infección y duren entre 2 y 3 semanas, los principales signos y síntomas son: fiebre, astenia, erupción cutánea, dolores musculares y de la garganta,

inflamación de ganglios linfáticos, dolor de cabeza, diarrea, náuseas y vómitos, sudores nocturnos, pérdida de peso, candidiasis oral, tos, entre otros.

2.- Fase de infección crónica asintomática: durante esta etapa no están presentes ni los signos ni los síntomas de la enfermedad. Típicamente dura 10 años en promedio. El virus continúa replicándose en el organismo. A medida que las concentraciones virales aumentan en el torrente sanguíneo, los recuentos de linfocitos T CD4+ declinan. Cuando estos recuentos caen por debajo de 200 células/uL aparecen las infecciones oportunistas del sida.

3.- SIDA, entre el 10 y el 20 % de los infectados por el VIH – 1 desarrollan el sida en el curso de los 5 años de la infección. Estos pacientes se conocen como *pacientes con progresión rápida*. Del 5 al 15 % de los infectados por el VIH permanece sin sida por más de 15 años y se los denomina *pacientes con progresión lenta*. Hay un subgrupo de infectados que se les llama *pacientes sin progresión a largo plazo*. El sida es la última fase de la infección por VIH, el paciente muere en 2 a 3 años sin terapia antiretroviral. El VIH no mata directamente, sino que debilita la capacidad del organismo de combatir otras infecciones. Además de las infecciones microbianas y el sarcoma de Kaposi, los pacientes con sida padecen a menudo *neoplasias malignas*. El síndrome conjuntivo una pérdida de más del 10 % del peso corporal por fiebre y diarrea más de 30 días de duración.

#### **2.2.2.9 Transmisión del VIH**

Rotblatt (2005), menciona que el VIH está presente en la sangre, semen, las secreciones vaginales y la leche materna, y se halla en muy bajas concentraciones en la saliva y en las lágrimas. Las vías más comunes en las cuales se transmite el virus son:

- Coito anal o vaginal
- Uso compartido de agujas contaminadas con VIH (p. ej., entre quienes consumen sustancias inyectables).
- Transfusiones de sangre o de factores de coagulación sanguínea infectados
- Lesión accidental por punciones con agujas (los trabajadores sanitarios están en riesgo cuando trabajan con pacientes VIH positivos)

- Sida congénito (antes o durante el nacimiento o a través de la lactancia)
- Uso compartido de agujas para tatuajes, navajas, agujas de acupuntura o implementos para la colocación de pendientes contaminados con VIH.

El beso social no es comportamiento de alto riesgo. Sin embargo, aumenta el riesgo con el beso a boca abierta debido a que puede haber un intercambio de una cantidad considerable de saliva, y más aún si la persona no infectada tiene úlceras u otras lesiones bucales. El sexo oral también presenta un riesgo puesto que los linfocitos T infectados del semen pueden ingresar a través de las lesiones bucales. El VIH es un virus envuelto; el jabón puede destruirlo fácilmente, además es susceptible a la destrucción a través del secado del ambiente (Rotblatt, 2005).

#### **2.2.2.10 Prevención de la infección por VIH**

Kourtis, A.P (2006), menciona que existen métodos y prácticas en desarrollo que tienen la posibilidad de contener la epidemia de VIH. Las prácticas que se exponen a continuación siguen siendo usadas:

- *Abstinencia sexual*: elimina el riesgo de adquirir VIH.
- *Métodos de barrera* (por ejemplo los preservativos): el uso de preservativos masculinos y femeninos reduce efectivamente el riesgo.
- *Microbicidas*: son sustancias químicas o fármacos capaces de destruir los microbios, son utilizados para reducir la transmisión sexual del VIH en mujeres. Las formulaciones pueden ser en gel, crema, supositorios o esponjas vaginales que se aplicarían antes del coito
- *Profilaxis preexposición*: consiste en el uso de fármacos antirretrovirales por los individuos de alto riesgo antes de la exposición al VIH para reducir el peligro de infección.
- *Profilaxis posexposición*: es el suministro de fármacos antivirales para disminuir el riesgo de infección por VIH después de que una persona tuvo una posible infección al virus. Debe administrarse dentro de las 48 horas de una exposición de alto riesgo al VIH. Es un programa de cuatro semanas que se suministra 2 a 3 medicamentos antivirales varias veces al día.

Algunos pacientes pueden tener dificultades para adherirse a este régimen debido a los efectos colaterales graves de los fármacos.

#### **2.2.2.11 Diagnóstico de laboratorio del VIH**

Shors (2009) menciona que las pruebas de VIH se basan en la detección de anticuerpos contra el virus. Las primeras pruebas para la detección de anticuerpos estuvieron disponibles en 1985. Una prueba **ELIZA** (ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas) requiere la extracción de una muestra de sangre venosa y 2 visitas al médico, la primera para la extracción y el asesoramiento y la segunda para la entrega de los resultados. Los trabajadores sanitarios pueden realizar **pruebas rápidas para el VIH** las cuales generan resultados en 5 a 30 minutos. La evaluación, el asesoramiento y las derivaciones pueden hacerse en una sola cita. La Administración Federal de Drogas (FDA) aprobó los sistemas de detección del VIH para usar en el domicilio en 1996, se aplica en un papel filtro la muestra de sangre y se envía por correo, los resultados se entregan por vía telefónica de manera confidencial, sin embargo el único sistema de evaluación aprobado es el “sistema de evaluación de acceso rápido para el VIH – 1”. **Wester blot** es la prueba confirmatoria esencial para excluir resultados falsos positivos.

#### **2.2.2.12 Tratamiento**

En el paciente asintomático el manejo de la infección por VIH implica una evaluación de estado general y del funcionamiento de los principales sistemas, la investigación de comorbilidades infecciosas que pudieran reactivarse. En cuanto a la *terapia antirretroviral* inmediatamente identificado el agente causal, se contó con una droga de acción antirretroviral, sus principios básicos son: el tratamiento combinado con varias drogas (usualmente tres), el tratamiento permanente, y la necesidad de un alto grado de adherencia o cumplimiento. El tratamiento estándar implica el uso de medicamentos de al menos dos familias de antirretrovirales. La recomendación más consensuada es que debe iniciarse justo antes de que empiecen las principales complicaciones oportunistas (CD4 alrededor de 200 cél por mL) para evitar exponer a los pacientes a efectos adversos de los antirretrovirales anticipadamente evitar terapias con poca potencia que pudieran fracasar y

seleccionar cepas virales resistentes a los antirretrovirales, escaso número en un comienzo, sin embargo se ha establecido en la mayoría de los estudios que un retardo en el inicio se asocia a mayores complicaciones. La preferencia es iniciar la terapia antirretroviral cada vez más precozmente; el umbral mínimo más aceptado actualmente es apenas bajen los linfocitos CD4 del nivel de 350 células por mL. La terapia antirretroviral no es inocua (no hace daño físico ni moral) sin embargo, las complicaciones son frecuentes. Cada antirretroviral y cada combinación tienen un perfil de efectos adversos ya definido. El requisito esencial para el éxito terapéutico es la supresión de la replicación viral a niveles de indetectabilidad de acuerdo a las técnicas de monitoreo, la mayoría de las veces en que una terapia fracasa se debe a que se ha desarrollado resistencia a los medicamentos en uso, sin embargo se estima que una persona con terapia exitosa y recuperación inmune tiene, al menos a mediano plazo, la misma expectativa de vida que un inmunocompetente de igual sexo y edad (Avendaño, Farrés & Spencer, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (2011) deberían iniciar tratamiento antirretroviral (TARV), todos los adolescentes y adultos incluidas mujeres embarazadas con infección por VIH independientemente de la presencia o ausencia de sintomatología clínica. Aquellos pacientes con enfermedad grave o clínicamente avanzada deberían iniciar TARV. El paciente puede irse recuperando paulatinamente, con un incremento de los CD4 (linfocitos-T CD4 son un tipo de células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario) que garantice una correcta protección inmunitaria y permita evitar o retrasar todo lo posible la aparición del sida. Los fármacos antirretrovirales, además, también reducen la cantidad de virus presentes en otros fluidos del cuerpo. No obstante, los fármacos antirretrovirales actuales no pueden eliminar al virus por completo del cuerpo. La actividad de los antirretrovirales produce algunos efectos indeseados en el organismo del paciente. Como consecuencia de ello, pueden aparecer, a corto o medio plazo, lo que se denomina efectos secundarios. Sin embargo, la gran mayoría de las personas bajo tratamiento antirretroviral puede llevar una vida diaria normal, para alcanzar aquello también es importante llevar una *alimentación saludable, horas de sueño adecuado, evitar la ingesta de alcohol etc.*

### 2.2.2.13 Cinco razones por las cuales el VIH es invencible

Coffin (1995) describió las razones por las cuales la infección por VIH plantea tantas dificultades para la consideración de las estrategias terapéuticas:

- El VIH se replica rápidamente durante todo el trayecto de la infección. El periodo de latencia no es un periodo de inactividad viral, sino un proceso activo en el cual las células son infectadas y mueren con gran rapidez y en números elevados.
- El virus se replica con una velocidad increíblemente rápida.
- El VIH tiene una tasa de mutación extraordinaria. Más del 50 % de los genomas virales contiene al menos un error.
- La tasa rápida de mutación genera cepas resistentes a los fármacos. La resistencia a los fármacos antivirales se encontró en todos los compuestos que se usan para el tratamiento de la infección por VIH.
- La inmunodeficiencia es el resultado de la muerte directa de las células infectadas por el VIH o por la acción del sistema inmunitario.

### 2.2.2.14 Apoyo emocional a los pacientes con VIH/SIDA

Según el sistema integral para la gestión de la información relacionada a las instituciones hospitalarias (GeoSalud, 2013), menciona que cada persona es diferente, no hay reglas acerca de lo que se debe hacer o decir, sin embargo existen las siguientes recomendaciones:

- **Haga que la persona participe en su cuidado:** no tome decisiones por Él/Ella, permita que se sienta un ser útil.
- **Haga que ayude en la casa si puede:** acceda que contribuya en lo que pueda y que forme parte del grupo familiar.
- **Inclúyala en el hogar.** Haga que participe en las conversaciones normales sobre libros, televisión, música, lo que sucede en el mundo, etc. Mucha gente quiere sentir que participa en las cosas que suceden a su alrededor. Pero no siempre hay que hablar, a veces sólo estar ahí es suficiente.

- **Hable sobre cosas.** A veces los pacientes necesitan hablar del sida o de su propia situación como una forma de pensar en voz alta. Tener sida puede hacer que la persona se sienta furiosa, frustrada, deprimida, asustada y sola, como cualquier otra enfermedad grave. Escuchar, tratar de entender, mostrar que a usted le importa y ayudarla a entender sus emociones es una parte importante del cuidado en el hogar. Un grupo de apoyo de otras personas con sida también puede presentar una buena oportunidad para que ella exprese sus ideas.
- **Invite a sus amigos a venir de visita.** Un poco de vida social puede ser muy buena para cualquiera.
- **Tóquela.** Abrácela, bésela, tómela de la mano para mostrarle que le importan. Algunas personas no desearán proximidad física, pero si lo desean, tocar es una forma poderosa de decir que le importan.
- **Salgan juntos.** Si pueden, salgan a eventos sociales, de compras, de paseo en automóvil, a pie alrededor de la manzana, o simplemente al parque, jardín o porche para sentarse al sol y respirar aire puro.

## 2.3 Hipótesis

### 2.3.1 Hipótesis alterna H1

Si se relaciona la personalidad con el riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### 2.3.2 Hipótesis nula H0

No se relaciona la personalidad con el riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### **CAPÍTULO III**

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Tipo de investigación**

El presente trabajo fue de enfoque correlacional, porque busca la relación entre dos variables, la información que se recoja sobre las variables involucradas comprobará o no esa relación, en cuanto a su magnitud, dirección y naturaleza, fue de enfoque cuantitativo y cualitativo porque se utilizó datos estadísticos, teorías, hipótesis, experimentos resultados, técnicas e instrumentos de investigación científica, y por último fue una investigación no experimental de corte transversal, porque se realizó el estudio investigativo una única vez en un corto periodo de tiempo.

### **3.2 Selección del área o ámbito de estudio**

El trabajo de investigación se realizó con miembros de la ASOCIACIÓN SILUETA X TILGB AMBATO, una organización no gubernamental conformado por personas transgénero, transexuales, travestis, intersexuales, lesbianas, gays y bisexuales (TILGB), en la ciudad de Ambato con el objetivo de defender los derechos del mismo; el número de integrantes y el espacio fue óptimo, se contó con el tiempo y la predisposición necesaria.

### **3.3 Población**

700 personas miembros de la comunidad GLBTI

#### **3.3.1 Muestra**

La muestra estuvo conformada por 40 hombres adolescentes homosexuales de 18 a 24 años de edad, pertenecientes a la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua, que forman parte de la ASOCIACIÓN SILUETA X TILGB AMBATO una organización no gubernamental conformado por personas transgénero, transexuales, travestis, intersexuales, lesbianas, gays y bisexuales (TILGB) los sujetos son permanentes dentro de este grupo por lo tanto no se presentaron problemas al momento de la aplicación de los test y en la entrega de los resultados.

### **3.4 Criterios de inclusión y exclusión:**

#### **3.4.1 Inclusión**

- Hombres
- Edad: entre 18 a 24 años
- Adolescentes con orientación homosexual
- Que sepan leer y escribir
- Situación laboral: con o sin trabajo
- Gente que resida en Ambato (puede tener otra nacionalidad o ser originario de otra ciudad).
- Trabajar con gente que desee colaborar voluntariamente en la investigación y explicarles que los datos son únicamente para fines investigativos.

#### **3.4.2 Exclusión**

- hombres adolescentes heterosexuales o bisexuales
- mujeres adolescentes con orientación homosexuales
- Que no residan en Ambato
- Menores de 18 años y mayores de 24 años
- Que no sepan leer y escribir

### **3.5 Diseño muestral:**

El estudio se realizó a 40 hombres adolescentes con orientación homosexual que se encontraban entre los 18 a 24 años de edad, residentes en la ciudad de Ambato, miembros de la ASOCIACIÓN SILUETA X TILGB AMBATO, se utilizó el método denominado “bola de nieve” que consiste en una encuesta a adolescentes homosexuales que conozcan de otros adolescentes con la misma orientación sexual con el objetivo de ampliar los sujetos de estudio y que formen parte de la investigación.

### 3.6 Operacionalización de las variables

#### Variable: Personalidad

Conceptualización	Dimensión	Indicadores	Ítems básicos	Instrumentos	Técnicas
La personalidad es el conjunto de características o rasgos que mejor describen o identifican el modo de ser o comportarse habitualmente un individuo, de tal modo que es posible predecir con bastante exactitud su funcionamiento en otros contextos, actividades, o situaciones vitales	<p>Extraversión (Ext)</p> <p>Ansiedad (Ans)</p>	<p>La escala de extraversión resulta de la combinación de los resultados en afabilidad, animación, atrevimiento, privacidad y autosuficiencia. Muestra la capacidad para crear y mantener contactos interpersonales, desinhibición social.</p> <p>La escala de ansiedad es el resultado de la combinación de estabilidad emocional, vigilancia, aprensión y tensión. Indica abatimiento y agobio</p>	<p>¿Prefiero la sociabilidad y el deseo de comprometerme con otros o a su vez, prefiero estar solo y escaso deseo por interactuar?</p> <p>¿Me gusta cruzar límites y me arriesgo o soy tímido?</p> <p>¿Me siento contento y optimista o siento tristeza, desinterés, pesimismo?</p> <p>¿Soy una persona emocionalmente estable,</p>	<p>Test de la personalidad de los 16 factores, 16 PF.</p> <p><b>Validez y confiabilidad:</b></p> <p>Utilizando el método de examen y re-examen, se le administra el 16PF a una misma muestra en dos ocasiones distintas; las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en las diferentes ocasiones</p>	<p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Aplicación y análisis de los resultados.</p>

<p>diferentes (Caballo, 2006).</p>	<p>Dureza (Dur)</p>	<p>debido a múltiples problemas, tendencia a la inseguridad, tensión e inestabilidad de tipo emocional.</p> <p>La escala de dureza se obtiene de la combinación de afabilidad, sensibilidad, abstracción y apertura al cambio. Tendencia a ser de tipo frío e inflexible en sus relaciones interpersonales, prefiere manejar la distancia a nivel interpersonal, mostrándose reservada y a menudo</p>	<p>contenta conmigo mismo o tengo una pobre imagen de mi misma, y siento mi vida insatisfactoria?</p> <p>¿Me encuentro constantemente culpable por algo o soy una persona segura, despreocupada?</p> <p>¿Me gusta idealizar, y ser práctico o prefiero lo concreto, lo convencional?</p> <p>¿Soy una persona conformista, no me gusta los cambios o estoy siempre con apertura a nuevas cosas?</p>	<p>son los estimados de confiabilidad. El intervalo de tiempo entre ambas administraciones puede ser corto o largo. El promedio de confiabilidad de intervalo corto para las Formas A y B es de 0.80; el de intervalo largo es de 0.78. La Forma A en particular tiene confiabilidad de 0.80 en intervalo corto y de 0.52 en el largo (Núñez, 2002).</p>	
------------------------------------	---------------------	---	--	--	--

	<p>Independencia (Ind)</p> <p>Autocontrol (AuC)</p>	<p>desconfiado y resistente al cambio.</p> <p>Esta escala surge de la combinación de dominancia , vigilancia y apertura al cambio. Puntuaciones bajas describen a una persona sumisa, tímida, influenciabile. Y puntuaciones altas indican independencia, habilidades de persuasión, competitividad y conducta voluntariosa.</p> <p>Esta dimensión se obtiene de la suma de animación (F), atención a las normas</p>	<p>¿Soy lógico, autosuficiente y responsable o inmaduro, impaciente?</p> <p>¿Me gusta idealizar, y ser práctico o prefiero lo concreto, lo convencional?</p> <p>¿Desconfío de los demás, tengo una actitud vigilante?</p> <p>¿Soy una persona conformista, no me gusta los cambios o estoy siempre con apertura a nuevas cosas?</p> <p>¿Me resulta difícil controlar mis impulsos, o</p>		
--	---	--	--	--	--

		(G), abstracción (M) y compulsividad (Q3). Bajos puntajes son indicador de impulsividad y de dificultad para aplazar la satisfacción de necesidades. Puntuaciones altas son una medida de la capacidad del sujeto para contener sus impulsos, aplazar necesidades y actuar de un modo más aceptable personal y socialmente.	me resulta fácil actuar de una forma aceptable personal y socialmente frente a las situaciones estresantes? ¿Soy una persona conformista, no me gusta los cambios o estoy siempre con apertura a nuevas cosas?		
--	--	---	---	--	--

**Tabla N° 4:** Operacionalización de la variable: personalidad

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

**Autor:** García (2016)



		<p>descarten la posibilidad de una infección por VIH. Sin embargo se recomienda un análisis de anticuerpos al VIH como medida de prevención primaria.</p>	<p>preservativo y no se dio cuenta?          ¿Mantiene o ha mantenido relaciones sexuales sin protección (sin usar condón) con parejas sexuales ocasionales?          ¿Mantiene o ha mantenido relaciones sexuales con personas que ejercen el trabajo sexual?          Si usted es hombre ¿mantiene o ha mantenido relaciones sexuales ocasionales sin protección con mujeres y otros hombres?          ¿Usted o su pareja sexual, han presentado</p>	<p>de riesgo que se obtenga como resultado, todas las personas a partir de los 13 años deberían realizarse la prueba de VIH para tomar las medidas de tratamiento necesario en el caso de ser positivo y en el caso de ser negativo, tomar las medidas de prevención correspondientes. Bajo las condiciones normales de aplicación, y un mínimo margen de error, aplican el instrumento a una muestra de 500 adolescentes, hombres y mujeres Universitarios, mayores de edad, en Colombia, mencionan que el test mide lo que pretende medir que es el “la valoración de exposición a la infección</p>	
	Riesgo alto	<p>Es prioritario si se desconoce el estado serológico, se realice a la brevedad un análisis de anticuerpos para descartar la posibilidad</p>			

		de una infección por VIH.	síntomas o diagnóstico de alguna infección de transmisión sexual (herpes, gonorrea, sífilis, etc.) ¿Se ha realizado tatuajes con agujas no descartables o comparte drogas inyectables?	por VIH” y conduce a conclusiones válidas, dando como resultado un nivel de riesgo; el instrumento presenta no sólo la validez de contenido al mostrar un dominio específico de contenido de lo que se mide, sino también validez de constructo y de criterio; el coeficiente de alfa total del test es de 0.90 (Arauz & Loaiza, 2001).	
--	--	---------------------------	---	---	--

**Tabla N° 5:** Operacionalización de la variable: riesgo de exposición a una infección por VIH

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

**Autor:** García (2016)

### **3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de la información**

ASOCIACIÓN SILUETA X TILGB AMBATO fue la institución que brindó las facilidades para la elección de la muestra de estudio, conformada por 40 hombres adolescentes homosexuales de 18 a 24 años de edad, residentes en la ciudad de Ambato, a quienes se les aplicó dos test de manera individual, el primer reactivo para medir la personalidad, fue el “test de personalidad de los 16 factores” o 16PF en su forma A, y otro para medir el riesgo de exposición de infección por VIH, se utilizó el “test de valoración de exposición de una infección por VIH”, para posterior realizar el análisis e interpretación de los resultados.

### **3.8 Aspectos éticos:**

Luego de la elección del tema de estudio, se obtuvo la aprobación del lugar para la realización de la investigación por parte de las autoridades de la institución “SILUETA X AMBATO”, se realizó el consentimiento informado a los participantes, el mismo que fue firmado tanto por el director de la investigación como de los sujetos de estudio, los datos de identificación así como los resultados individuales de los test no serán divulgados, salvo en las conclusiones del proyecto de investigación es necesario mencionar los resultados sin la necesidad de mencionar la identidad personal, es importante mantener la confidencialidad, por lo tanto los reactivos se encuentran bajo la protección del director. Luego del proceso investigativo se realizó la pertinente devolución de los resultados de ambos test a cada uno de los participantes.

El Honorable Consejo Universitario de la Universidad Técnica de Ambato (2015), dentro del código de ética, en la sección IX de las prohibiciones, artículo 2 menciona: “Ejecutar todo tipo de fraude académico, el plagio en todas sus manifestaciones y en todos los ámbitos de la Universidad Técnica de Ambato”. En el artículo 6: “proporcionar información distorsionada a propósito y dejar de recolectar información prescrita como parte de las obligaciones. Además alterar e inventar datos que no se correspondan con la realidad; también alterar o manipular los mecanismos de seguridad de la base de datos.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Variable independiente: Personalidad

##### 4.1.1 Dimensiones globales de la personalidad: Test 16PF

Extraversión:

Dimensión global de la personalidad	Porcentaje	Cantidad
Extraversión	2,5 %	1

**Tabla N° 6:** Resultado extraversión

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

#### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test 16PF, los resultados mostraron que el 2,5% obtuvo “Extraversión” como dimensión global de la personalidad.



**Gráfico N° 1:** Resultado extraversión.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

## Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del reactivo psicológico 16PF que evaluó la personalidad, se comprobó que sólo un adolescente hombre homosexual, equivalente al 2,5 % obtuvo “Extraversión” como dimensión global de la personalidad, que hace referencia a la capacidad para crear y mantener contactos interpersonales, desinhibición social, la persona puede mostrarse participativa, afable, animada, emprendedora, natural, integrada en el grupo.

Ansiedad:

Dimensión global de la personalidad	Porcentaje	Cantidad
Ansiedad	7,5 %	3

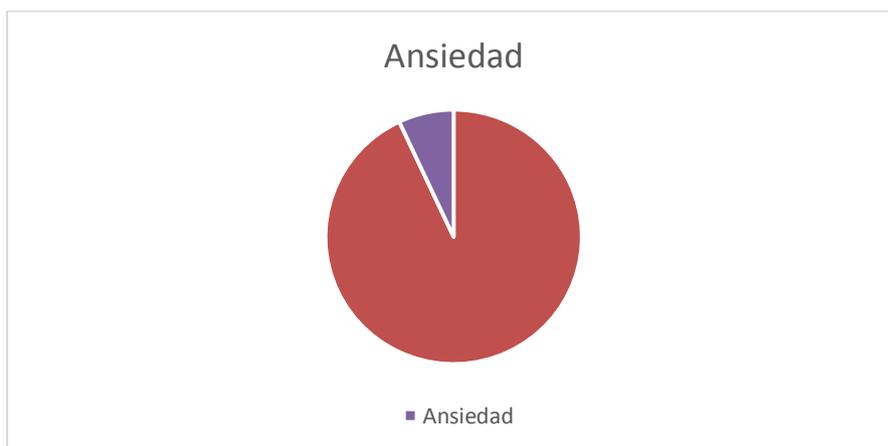
**Tabla N° 7:** Resultado ansiedad

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

## Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test 16PF, los resultados mostraron que el 7,5% obtuvo “Ansiedad” como dimensión global de la personalidad.



**Gráfico N° 2:** Resultado Ansiedad

**Elaborado por:** García, 2016

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

## Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del reactivo psicológico 16PF que evaluó la personalidad, se comprobó que el 7,5 % de adolescentes hombres homosexuales, obtuvo “Ansiedad” como dimensión global de la personalidad, que hace referencia al agobio y abatimiento debido a múltiples problemas, tendencia a la inseguridad, tensión e inestabilidad de tipo emocional, la persona puede mostrarse perturbable, tensa, con mucha ansiedad, vigilante, aprensiva, impaciente.

Dureza:

Dimensión global de la personalidad	Porcentaje	Cantidad
Dureza	90 %	36

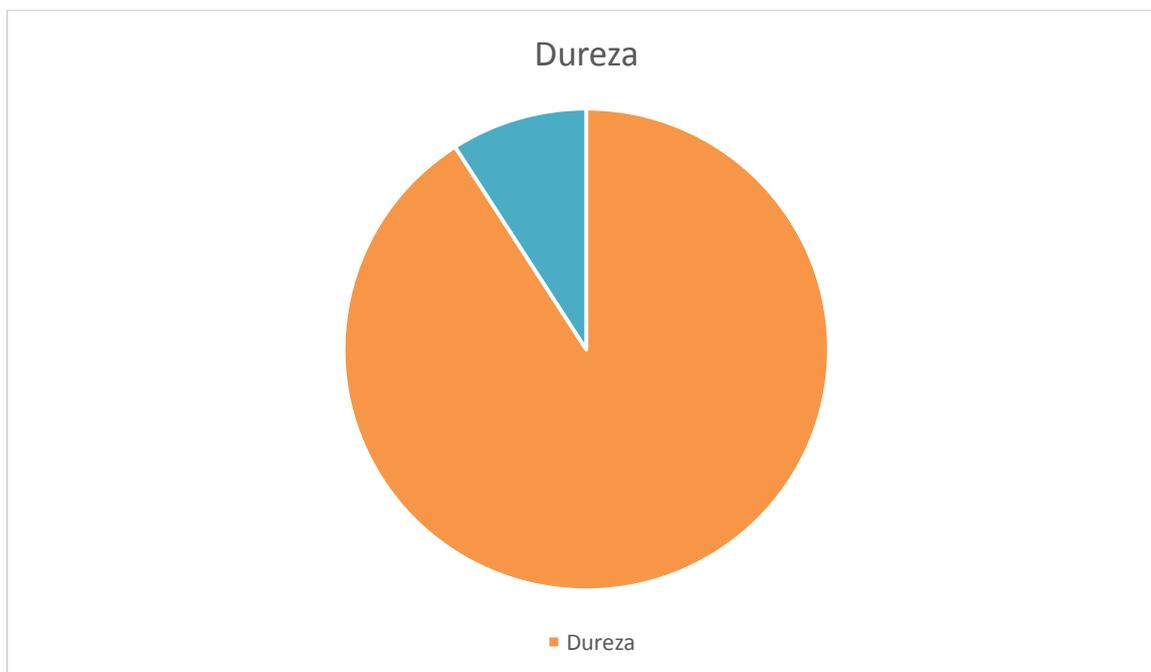
**Tabla N° 8:** Resultado Dureza

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

## Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test 16PF, los resultados mostraron que el 90% obtuvo “Dureza” como dimensión global de la personalidad.



**Gráfico N° 3:** Resultado Dureza

**Elaborado por:** García, 2016

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

## Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del reactivo psicológico 16PF que evaluó la personalidad, se comprobó que el 90 % de adolescentes hombres homosexuales, obtuvo “Dureza” como dimensión global de la personalidad, hace referencia a la tendencia a ser de tipo frío e inflexible en sus relaciones interpersonales, prefiere manejar la distancia a nivel interpersonal, mostrándose reservada y a menudo desconfiada y resistente al cambio, firme, fría, objetiva, práctica, apegada a lo tradicional.

TEST 16 PF: dimensiones globales de la personalidad

Dimensiones globales de la personalidad	Porcentajes	Cantidad
<b>Ex. Extraversión</b>	2.5%	1
<b>Ax. Ansiedad</b>	7.5%	3
<b>TM. Dureza</b>	90%	36
<b>IN. Independencia</b>	0%	0
<b>SC. Autocontrol</b>	0%	0
<b>TOTAL:</b>	100%	40

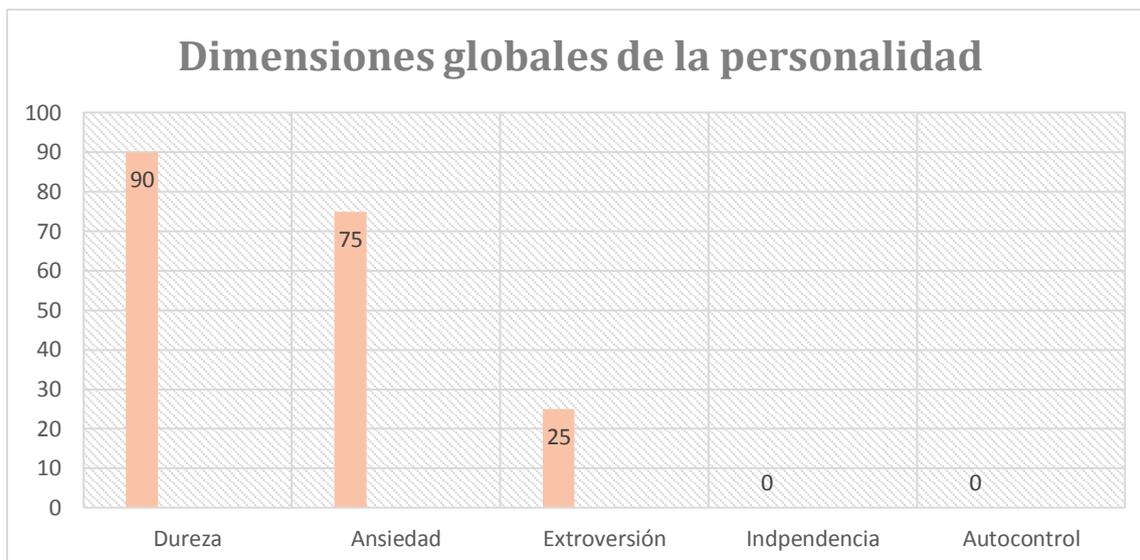
**Tabla N° 9:** Resultado dimensiones globales de la personalidad.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

## Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados, los resultados mostraron que el 90% obtuvo “Dureza” como dimensión global de la personalidad, el 75% obtuvo “Ansiedad” y el 25 % obtuvo “Extraversión” como dimensión global de la personalidad, en “Independencia” y “Autocontrol” como dimensiones globales de la personalidad no se presentan porcentajes.



**Grafico N° 4:** Resultado dimensiones globales de la personalidad

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del reactivo psicológico 16PF que evaluó la personalidad, se comprobó que los hombres adolescentes homosexuales en su mayoría obtuvieron “Dureza” como dimensión global de la personalidad, que hace referencia a la tendencia a ser de tipo frío e inflexible en sus relaciones interpersonales, preferencia en manejar la distancia a nivel interpersonal, mostrándose la persona reservada y a menudo desconfiada y resistente al cambio, firme, fría, objetiva, práctica, apegada a lo tradicional. Seguido de “Ansiedad” como dimensión global de la personalidad, que hace referencia al agobio y abatimiento debido a múltiples problemas, tendencia a la inseguridad, tensión e inestabilidad de tipo emocional, la persona puede mostrarse perturbable, tensa, con mucha ansiedad, vigilante, aprensiva, impaciente. Por otra parte se registraron un caso de “Extroversión” como dimensión global de la personalidad, hace referencia a la capacidad para crear y mantener contactos interpersonales, desinhibición social, la persona puede mostrarse participativa, afable, animada, emprendedora, natural, integrada en el grupo. Y ningún registro de “Independencia” y “autocontrol”.

## 4.2 Variable Dependiente: Riesgo de exposición a una infección por VIH

### 4.2.1 Test de valoración de exposición a la infección por VIH: Resultado por preguntas

#### Pregunta número 1:

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
¿Ha brindado primeros auxilios descuidando las medidas de bioseguridad como el uso de guantes, mascarillas, etc.?	40%	60%	16	24

**Tabla N° 10:** Resultado primera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

#### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la primera pregunta el 40 % respondió afirmativamente y el 60 % negativamente.



**Gráfico N° 5:** Resultado primera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

#### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales no ha brindado primeros auxilios descuidando las medidas de bioseguridad como el uso de guantes, mascarillas, etc.

### Pregunta número 2:

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
¿Ha recibido pinchazos de agujas utilizadas en otras personas?	12,5 %	87,5 %	5	35

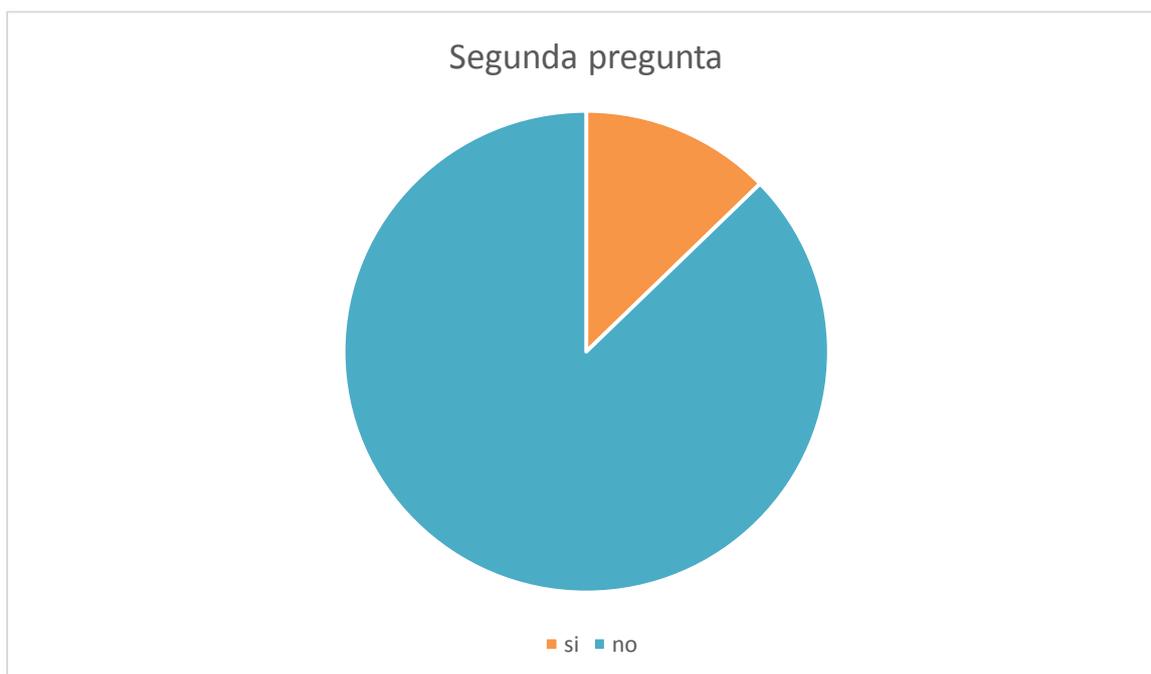
**Tabla N° 11:** Resultado segunda pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la segunda pregunta el 12,5 % respondió afirmativamente y el 87,5 % negativamente.



**Gráfico N° 6:** Resultado segunda pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales no ha recibido pinchazos de agujas utilizadas en otras personas.

### Pregunta número 3:

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
¿Ha manipulado fluidos corporales de otras personas como sangre, saliva, etc.?	55 %	45 %	22	18

**Tabla N° 12:** Resultado tercera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la tercera pregunta el 55 % respondió afirmativamente y el 45 % negativamente.



**Gráfico N° 7:** Resultado tercera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales, sí ha manipulado fluidos corporales de otras personas como sangre, saliva, etc.

#### Pregunta número 4:

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
En el transcurso de su vida sexual, ¿ha tenido más de dos parejas sexuales?	72,5 %	27,5 %	29	11

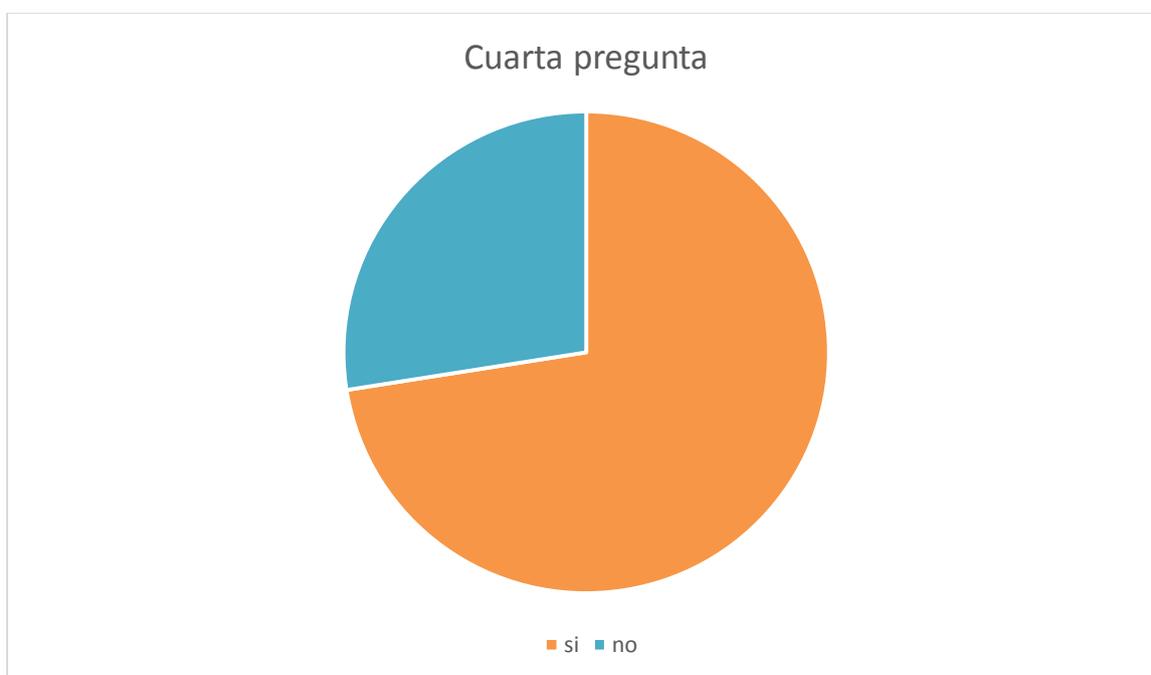
**Tabla N° 13:** Resultado cuarta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

#### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la cuarta pregunta el 72,5 % respondió afirmativamente y el 27,5 % negativamente.



**Gráfico N° 8:** Resultado cuarta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

#### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales, sí ha tenido más de dos parejas sexuales en el transcurso de su vida sexual.

#### Pregunta número 5:

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
¿Durante una relación sexual eventual (con una persona diferente a su pareja fija) se le ha roto el preservativo y no se dio cuenta?	45 %	65 %	18	22

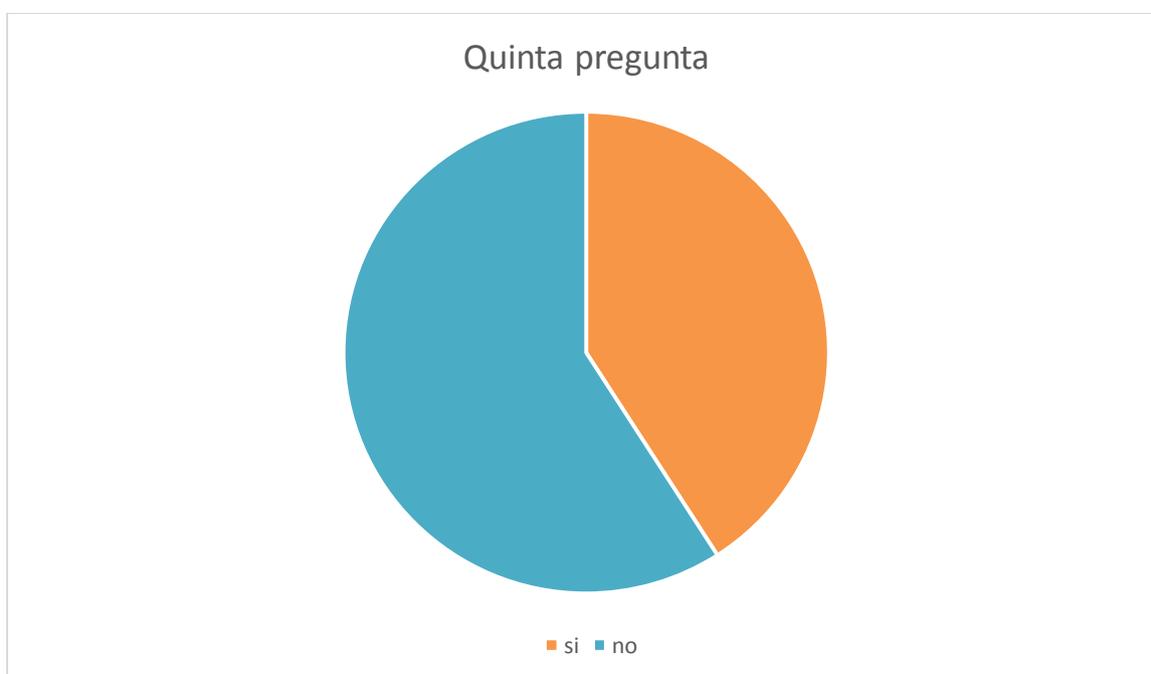
**Tabla N° 14:** Resultado quinta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la quinta pregunta el 45 % respondió afirmativamente y el 65 % negativamente.



**Gráfico N° 9:** Resultado quinta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales durante una relación sexual eventual (con una persona diferente a su pareja fija), no se le ha roto el preservativo.

### Pregunta número 6:

Pregunta	Porcentaje	Cantidad
----------	------------	----------

¿Ha mantenido en el transcurso de su vida relaciones sexuales sin protección con personas cuyo pasado sexual desconocía?	Si	No	Si	No
	42,5 %	57,5 %	17	23

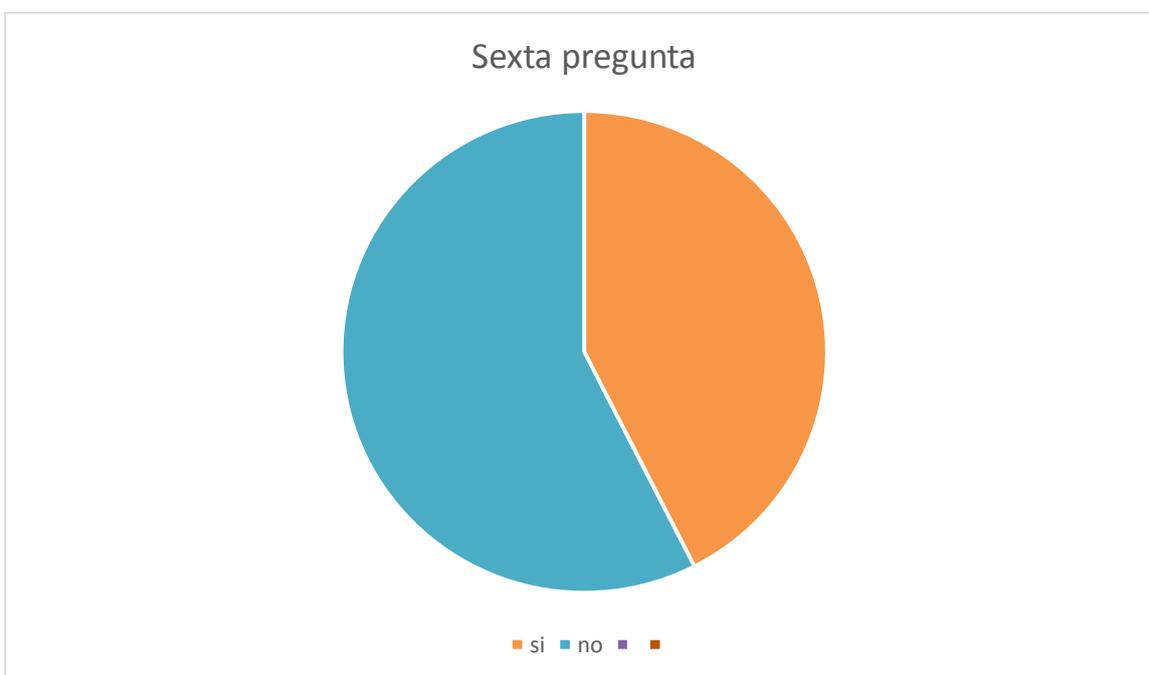
**Tabla N° 15:** Resultado sexta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la sexta pregunta el 42,5 % respondió afirmativamente y el 57,5 % negativamente.



**Gráfico N° 10:** Resultado sexta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales en el transcurso de su vida no ha mantenido relaciones sexuales sin protección con personas cuyo pasado sexual desconocía.

### Pregunta número 7 :

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
¿Mantiene o ha mantenido relaciones sexuales sin protección (sin usar condón) con parejas sexuales ocasionales?	50 %	50 %	20	20

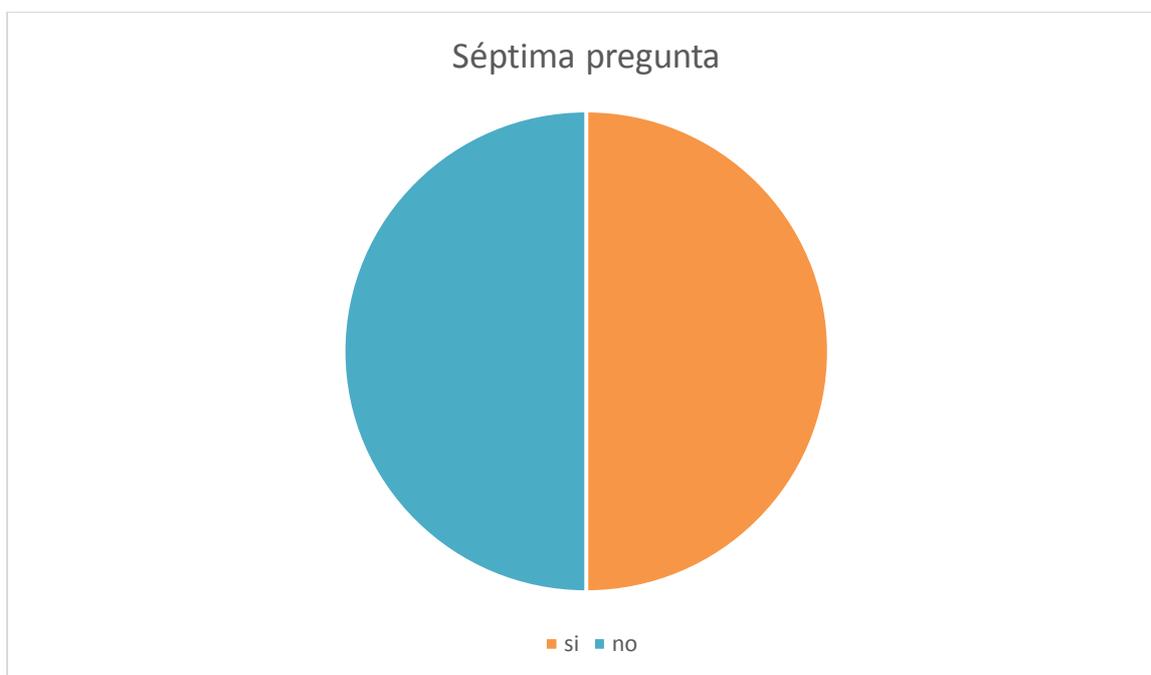
**Tabla N° 16:** Resultado séptima pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la séptima pregunta el 50 % respondió afirmativamente y el otro 50 % negativamente.



**Gráfico N° 11:** Resultado séptima pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mitad de la muestra responde que sí mantiene o ha mantenido relaciones sexuales sin protección (sin usar condón) con parejas sexuales ocasionales y la otra mitad responde que no.

### Pregunta número 8 :

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
¿Mantiene o ha mantenido relaciones sexuales sin protección (sin usar condón) con una sola pareja sexual sin antes haberse practicado una prueba diagnóstica de VIH para conocer su estado serológico?	60 %	40 %	24	16

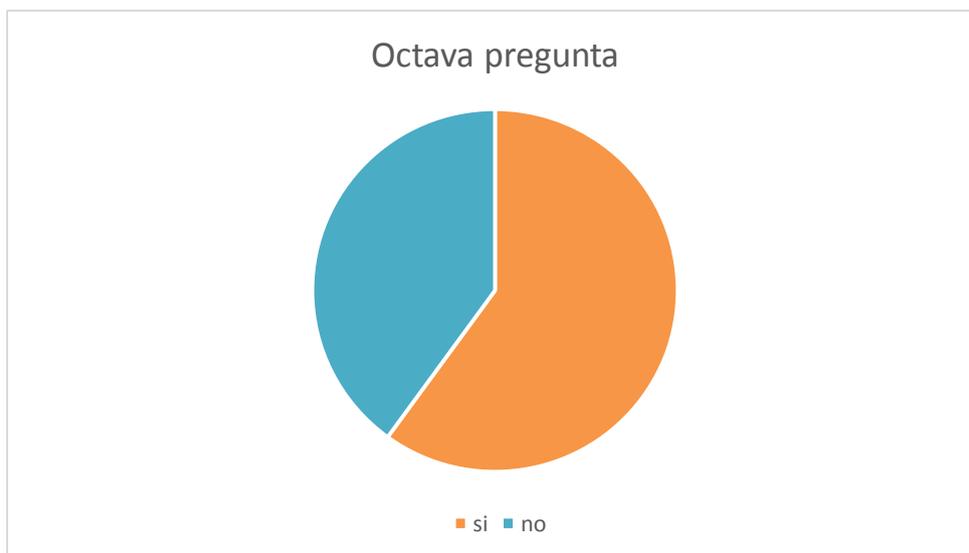
**Tabla N° 17:** Resultado octava pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la octava pregunta el 60 % respondió afirmativamente y el 40 % negativamente.



**Gráfico N° 12:** Resultado octava pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales mantiene o ha mantenido relaciones sexuales sin protección (sin usar condón) con una sola pareja sexual sin antes haberse practicado una prueba diagnóstica de VIH para conocer su estado serológico

### Pregunta número 9:

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
¿Mantiene o ha mantenido relaciones sexuales con personas que ejercen el trabajo sexual?	42,5 %	57,5 %	17	23

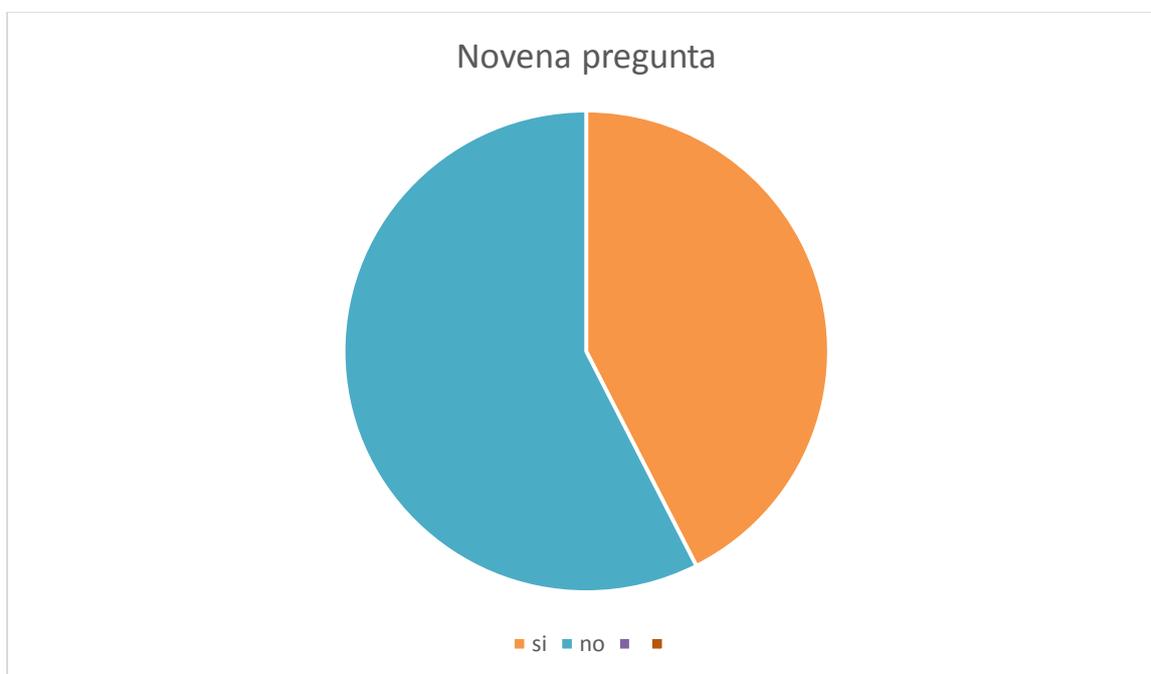
**Tabla N° 18:** Resultado novena pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la novena pregunta el 42,5 % respondió afirmativamente y el 57,5 % negativamente.



**Gráfico N° 13 :** Resultado novena pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales mantiene o ha mantenido relaciones sexuales con personas que ejercen el trabajo sexual.

### Pregunta número 10:

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
Si usted es hombre ¿mantiene o ha mantenido relaciones sexuales ocasionales sin protección con mujeres y otros hombres?	37,5 %	62,5 %	15	25

**Tabla N° 19:** Resultado décima pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la décima pregunta el 37,5 % respondió afirmativamente y el 62,5 % negativamente.



**Gráfico N° 14:** Resultado décima pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales, no mantiene o no ha mantenido relaciones sexuales ocasionales sin protección con mujeres y otros hombres

### Pregunta número 11 :

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
¿Desconoce su estado serológico, es decir, no se ha realizado una prueba de VIH en los últimos dos meses?	60 %	40 %	24	16

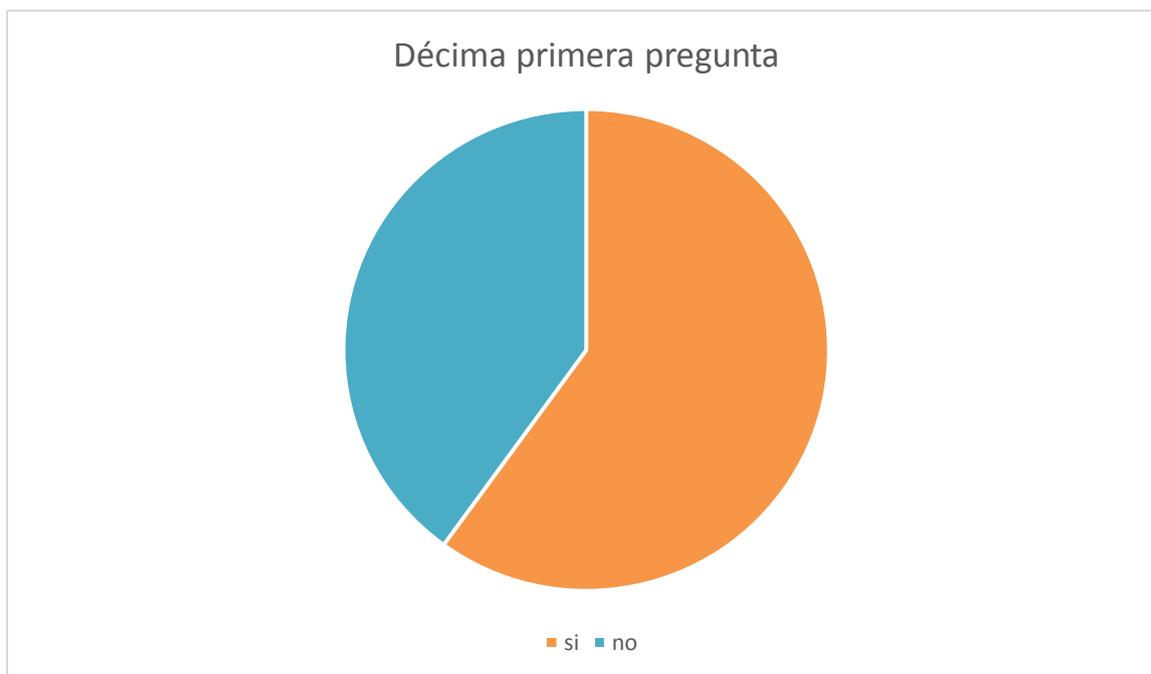
**Tabla N° 20:** Resultado décima primera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la décima primera pregunta el 60 % respondió afirmativamente y el 40 % negativamente.



**Gráfico N° 15:** Resultado décima primera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales desconoce su estado serológico, es decir, no se ha realizado una prueba de VIH en los últimos dos meses.

### Pregunta número 12 :

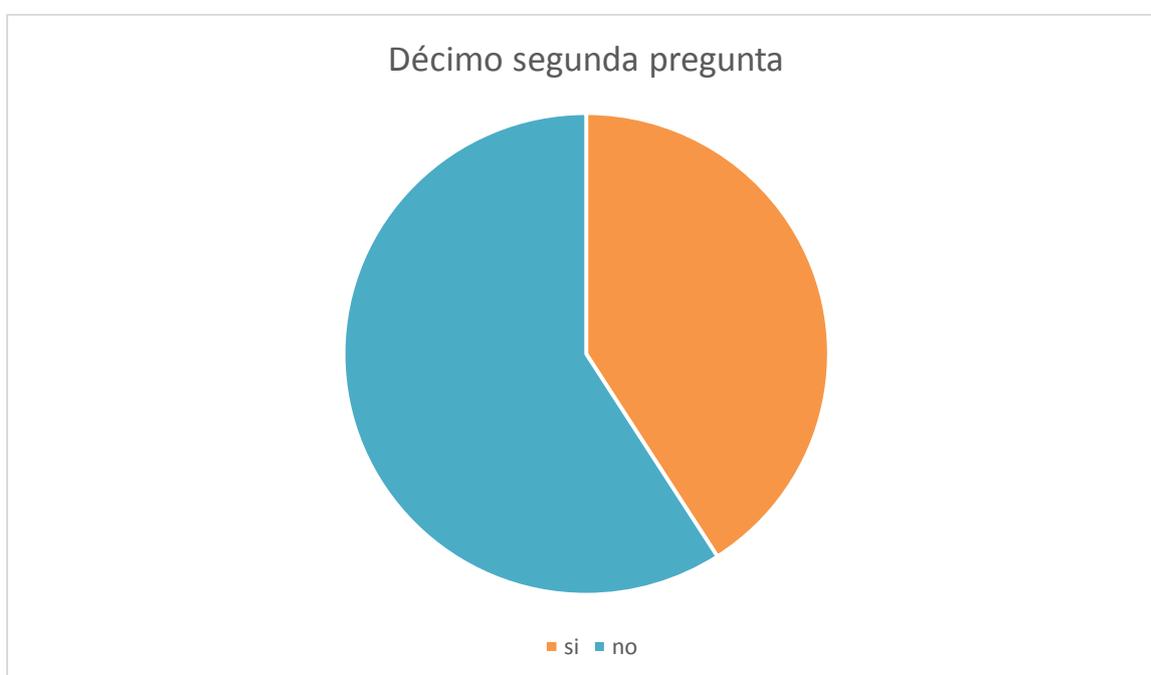
Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
¿Ha perdido la consciencia de sus actos al estar bajo la influencia del alcohol o las drogas y ha mantenido relaciones sexuales bajo esos efectos?	45 %	65 %	18	22

**Tabla N° 21:** Resultado décima segunda pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.  
**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la sexta pregunta el 45 % respondió afirmativamente y el 65 % negativamente.



**Gráfico N° 16:** Resultado décimo segunda pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales, no ha perdido la consciencia de sus actos al estar bajo la influencia del alcohol o las drogas y ha mantenido relaciones sexuales bajo esos efectos.

### Pregunta número 13:

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
¿Usted o su pareja sexual, han presentado síntomas o diagnóstico de alguna infección de transmisión sexual (herpes, gonorrea, sífilis, etc.)	15 %	85 %	6	34

**Tabla N° 22:** Resultado décimo tercera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la décimo tercera pregunta el 15 % respondió afirmativamente y el 85 % negativamente.



**Gráfico N° 17:** Resultado décimo tercera pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales no han presentado síntomas o diagnóstico de alguna infección de transmisión sexual (herpes, gonorrea, sífilis, etc.) tanto en ellos como en sus parejas.

### Pregunta número 14:

Pregunta	Porcentaje		Cantidad	
	Si	No	Si	No
¿Se ha realizado tatuajes con agujas no descartables o comparte drogas inyectables?	12,5 %	87,5 %	5	35

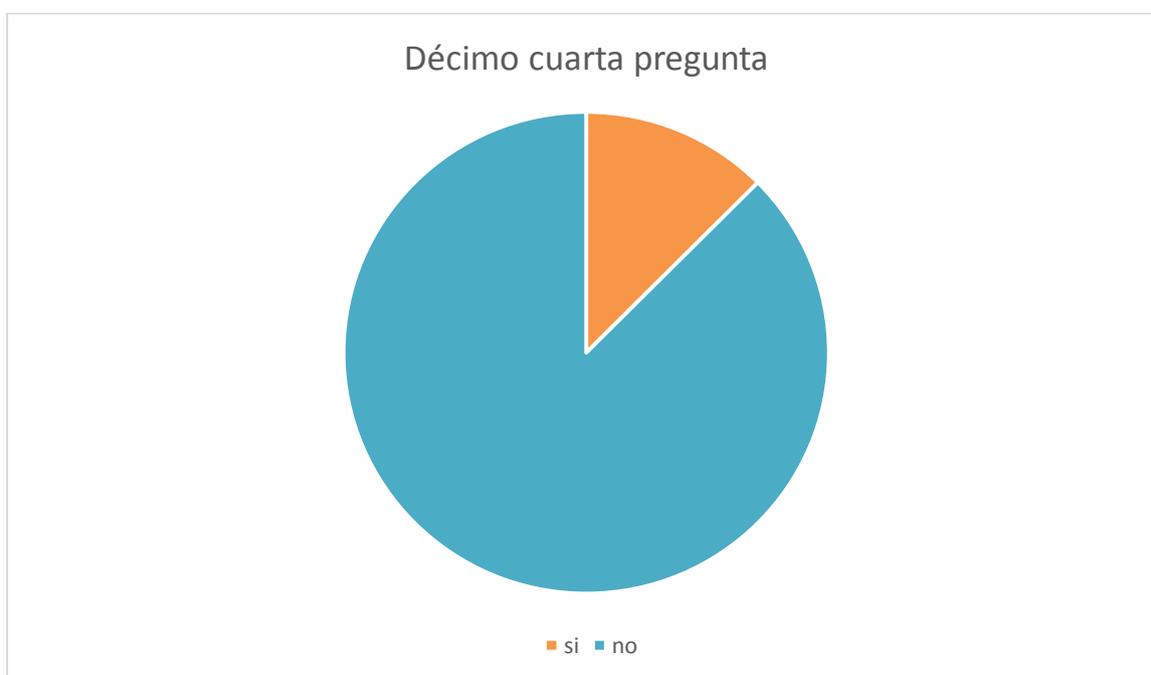
**Tabla N° 23:** Resultado décimo cuarta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, en cuanto a la décimo cuarta pregunta el 12,5 % respondió afirmativamente y el 87,5 % negativamente.



**Gráfico N° 18:** Resultado décimo cuarta pregunta test de valoración de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que la mayoría de hombres adolescentes homosexuales, no se ha realizado tatuajes con agujas no descartables o comparte drogas inyectables

#### 4.2.2 Niveles de riesgo de exposición a una infección por VIH

##### Nivel mínimo de riesgo de exposición a una infección por VIH

Nivel de riesgo	porcentaje	cantidad
Mínimo	17,5 %	7

Tabla N° 24: Resultado nivel mínimo de riesgo de exposición a una infección por VIH

Elaborado por: García (2016).

Fuente: Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, el 17,5 % obtuvo un nivel mínimo de riesgo de exposición a una infección por VIH.

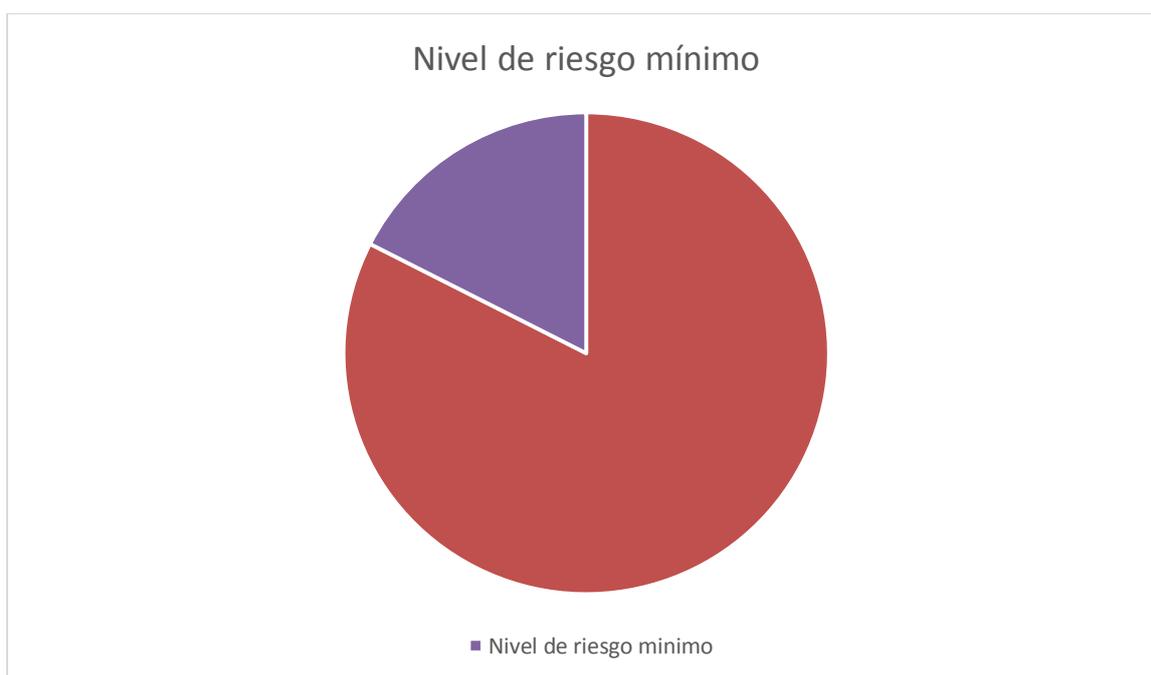


Gráfico N° 19: Resultado nivel mínimo de riesgo de exposición a una infección por VIH

Elaborado por: García (2016)

Fuente: Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que el 17,5 % de hombres adolescentes homosexuales obtuvieron un nivel mínimo de riesgo de exposición a una infección por VIH, por lo tanto es necesario mantener comportamientos sexuales seguros, practicar la monogamia mutua, o el uso de preservativo en sus relaciones sexuales. Un análisis de VIH en caso de no habérselo realizado en el último año es aconsejable.

### Nivel medio de riesgo de exposición a una infección por VIH

Nivel de riesgo	porcentaje	cantidad
Mínimo	55 %	22

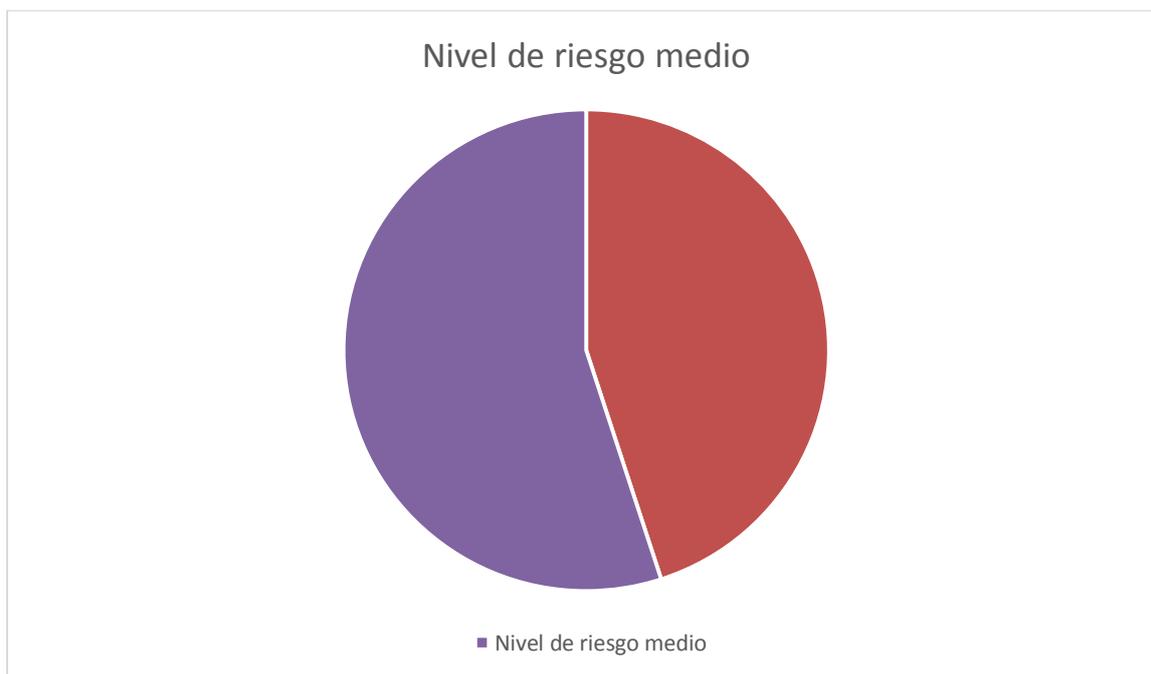
**Tabla N° 25:** Resultado nivel medio de riesgo de exposición a una infección por VIH

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, el 55 % obtuvo un nivel medio de riesgo de exposición a una infección por VIH.



**Gráfico N° 20:** Resultado nivel medio de riesgo de exposición a una infección por VIH

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que el 55 % de hombres adolescentes homosexuales obtuvieron un nivel medio de riesgo de exposición a una infección por VIH, por lo tanto es importante que acuda a un servicio de consejería, converse con un experto y juntos descarten la posibilidad de una infección por VIH. Sin embargo se recomienda un análisis de anticuerpos al VIH como medida de prevención primaria.

### Nivel alto de riesgo de exposición a una infección por VIH

Nivel de riesgo	porcentaje	cantidad
Alto	27,5 %	11

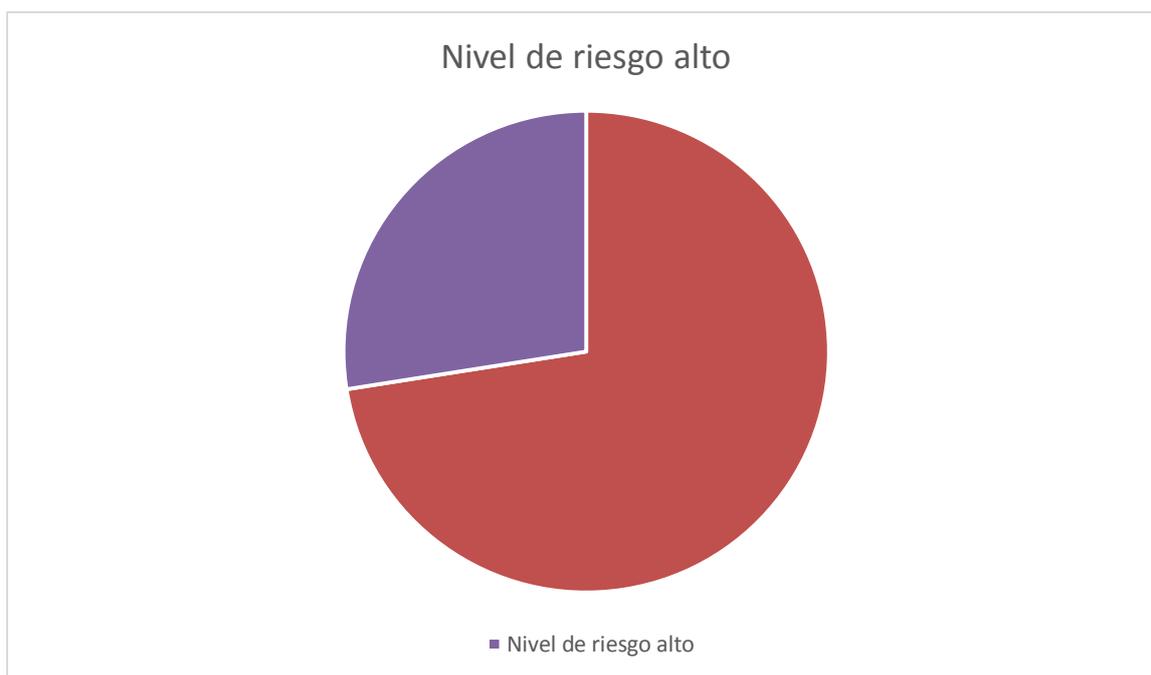
**Tabla N° 26:** Resultado nivel alto de riesgo de exposición a una infección por VIH

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados mediante el test de valoración de exposición a una infección por VIH, el 27,5 % obtuvo un nivel alto de riesgo de exposición a una infección por VIH.



**Gráfico N° 21:** Resultado nivel alto de riesgo de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Interpretación

De acuerdo a los resultados se comprobó que el 27,5 % de hombres adolescentes homosexuales obtuvieron un nivel alto de riesgo de exposición a una infección por VIH, por lo tanto es prioritario que si usted no conoce su estado serológico, se realice a la brevedad un análisis de anticuerpos para descartar la posibilidad de una infección por VIH.

## Test de valoración de exposición a la infección por VIH: niveles de riesgo de exposición a una infección por VIH

Nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH	Porcentajes	cantidad
Riesgo mínimo	17.5 %	7
Riesgo medio	55 %	22
Riesgo Alto	27.5 %	11
TOTAL	100 %	40

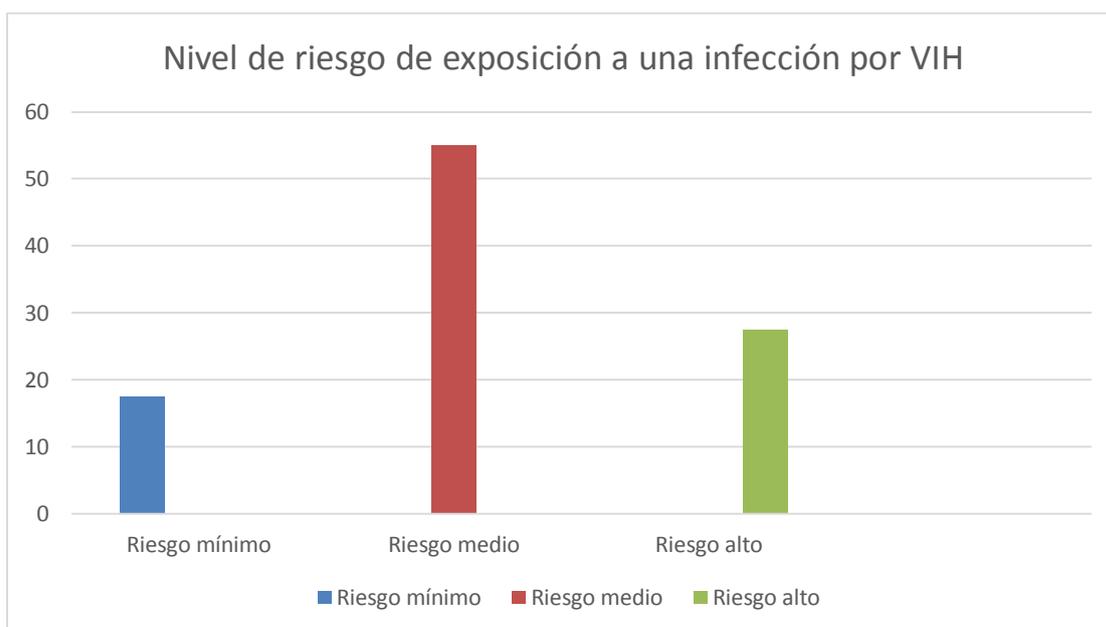
**Tabla N° 27:** Resultado nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales

### Análisis cuantitativo

La presente investigación constó de 40 hombres adolescentes homosexuales, los cuales fueron evaluados para conocer el nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH, los resultados mostraron que el 17.5% obtuvo riesgo mínimo, el 55 % riesgo medio y el 27.5 riesgo alto.



**Gráfico N° 22:** Resultado niveles de riesgo de exposición a una infección por VIH

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales

### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del test de valoración de exposición a la infección por VIH, se comprobó que los hombres adolescentes homosexuales en su mayoría obtuvieron un riesgo medio, es importante que acuda a un servicio de consejería, converse con un experto y juntos descarten la posibilidad de una infección por

VIH; sin embargo se recomienda un análisis de anticuerpos al VIH como medida de prevención primaria. Seguido de un riesgo alto, es prioritario que si usted no conoce su estado serológico, se realice a la brevedad un análisis de anticuerpos para descartar la posibilidad de una infección por VIH , y en su minoría se registra un riesgo mínimo por lo que es necesario mantener comportamientos sexuales seguros, practicar la monogamia mutua, o el uso de preservativo en sus relaciones sexuales; un análisis de VIH en caso de no habérselo realizado en el último año es aconsejable.

#### **4.2.3 Promedio de edad de los sujetos de estudio según el nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH**

Promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo mínimo

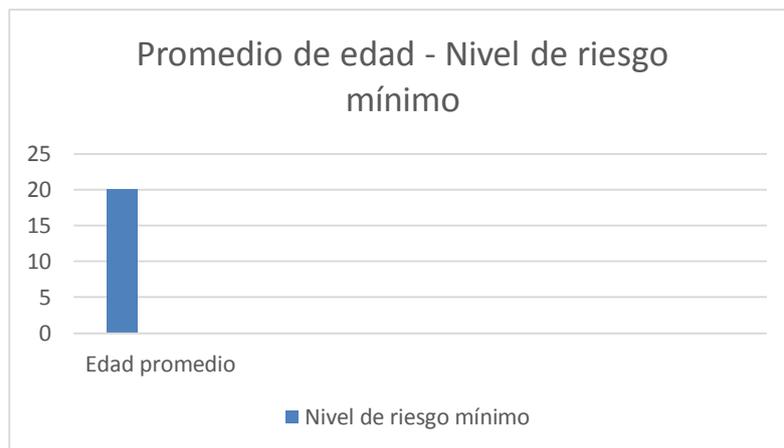
<b>Sujetos de estudio</b>	<b>Edad</b>
1	19 años
2	23 años
3	22 años
4	18 años
5	19 años
6	18 años
7	21 años
<b>Promedio de edad</b>	<b>20 años</b>

**Tabla N° 28:** Resultado promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo mínimo  
**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales

#### **Análisis cuantitativo**

La presente investigación identificó la edad de los participantes en los datos informativos propios del test, para posterior, descubrir el nivel de riesgo que posee, se determinó la edad promedio de los 7 sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo mínimo y la edad promedio equivale a 20 años.



**Grafico N° 23:** Promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo mínimo

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales

### Interpretación

La edad promedio de los hombres adolescentes homosexuales que obtuvieron un nivel de riesgo mínimo de exposición a una infección por VIH, fue equivalente a 20 años, se comprobó que, dicha edad es menor en comparación con el promedio de edad de los participantes que poseen niveles de riesgo medio y alto.

Promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo medio

Sujetos de estudio	Edad
8	21 años
9	24 años
10	19 años
11	23 años
12	18 años
13	22 años
14	18 años
15	21 años
16	22 años
17	23 años
18	18 años
19	19 años
20	24 años
21	21 años
22	20 años
23	19 años
24	23 años
25	22 años
26	21 años
27	21 años
28	20 años
29	21 años
<b>Promedio de edad</b>	<b>20,9 años</b>

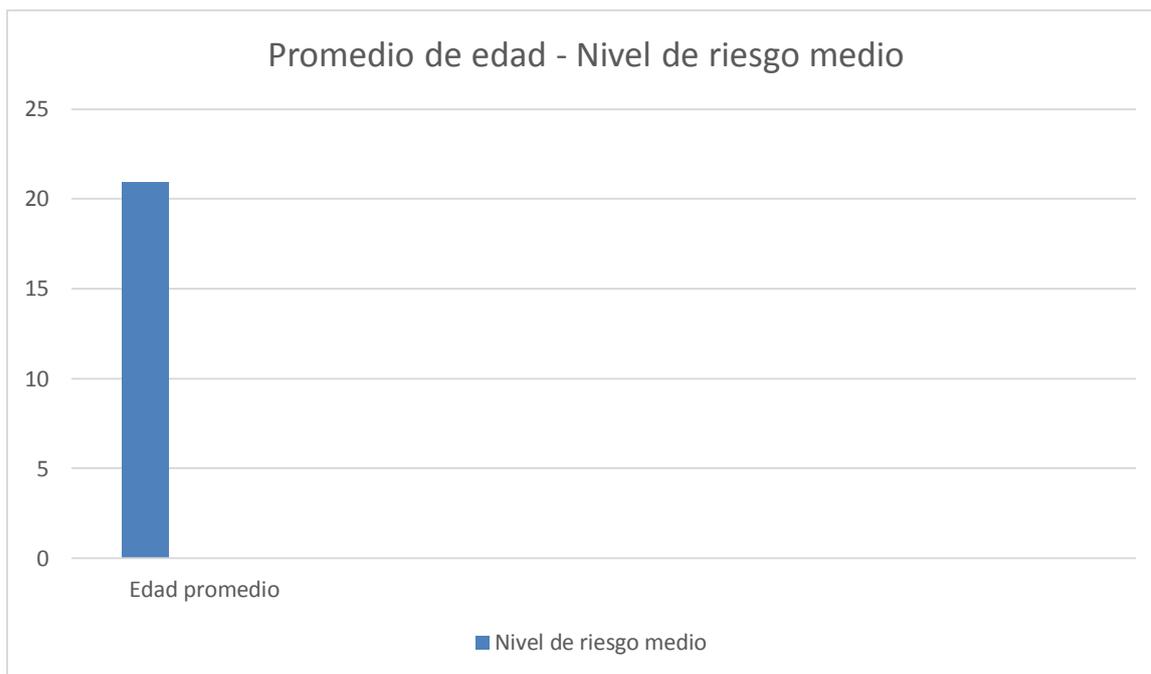
**Tabla N° 29:** Resultado promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo medio.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### **Análisis cuantitativo**

La presente investigación identificó la edad de los participantes en los datos informativos propios del test, para posterior, descubrir el nivel de riesgo que posee, se determinó la edad promedio de los 22 sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo mínimo y la edad promedio equivale a 20.9 años.



**Gráfico N° 24:** Promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo medio

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales

### **Interpretación**

La edad promedio de los hombres adolescentes homosexuales que obtuvieron un nivel de riesgo medio de exposición a una infección por VIH, fue equivalente a 20,9 años, se comprobó que, dicha edad es intermedia en comparación con el promedio de edad de los participantes que poseen niveles de riesgo mínimo y alto.

Promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo alto

Sujetos de estudio	Edad
30	18 años
31	23 años
32	21 años
33	21 años
34	24 años
35	19 años

36	22 años
37	23 años
38	19 años
39	19 años
40	23 años
<b>Promedio de edad</b>	<b>21,9 años</b>

**Tabla N° 30:** Resultado promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo alto.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación identificó la edad de los participantes en los datos informativos propios del test, para posterior, descubrir el nivel de riesgo que posee, se determinó la edad promedio de los 11 sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo alto y la edad promedio equivale a 21,9 años.



**Grafico N° 25:** Promedio de edad de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo alto

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales

### Interpretación

La edad promedio de los hombres adolescentes homosexuales que obtuvieron un nivel de riesgo alto de exposición a una infección por VIH, fue equivalente a 21,9 años, se comprobó que, dicha edad es superior en comparación con el promedio de edad de los participantes que poseen niveles de riesgo mínimo y alto.

## Edades promedio de los sujetos de estudio según el nivel de riesgo obtenido

Nivel de riesgo	Edad promedio	cantidad
Mínimo	20 años	7 participantes
Medio	20,9 años	22 participantes
Alto	21,9 años	11 participantes
Total:		40

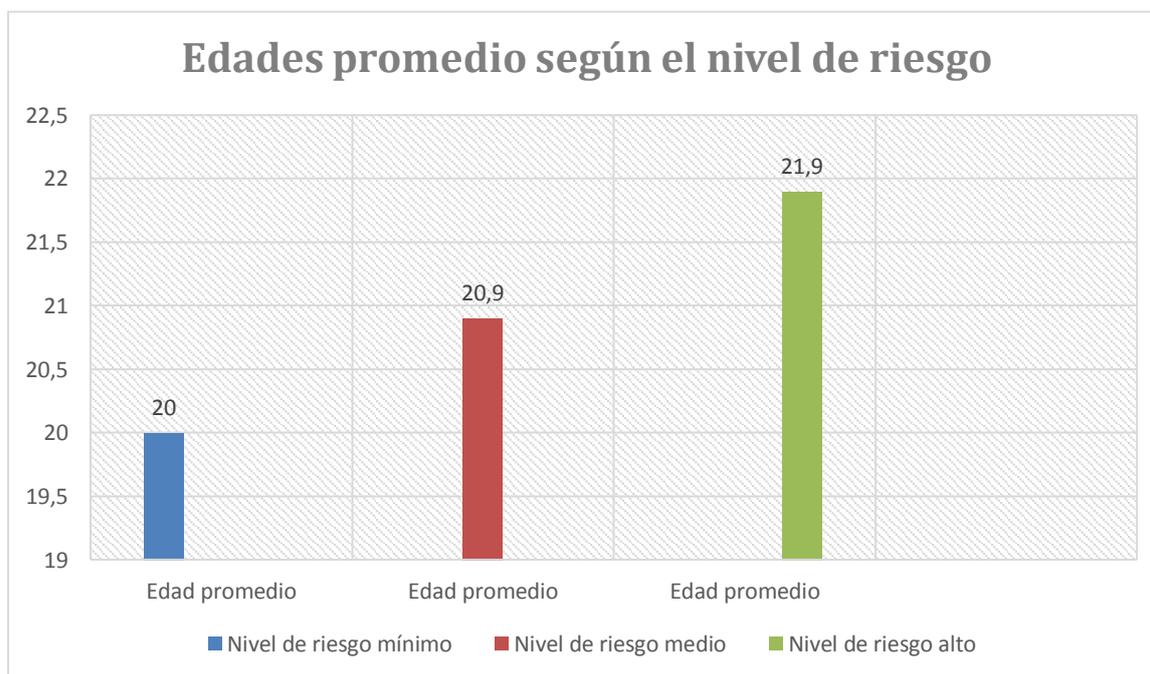
**Tabla N° 31:** Edades promedio de los sujetos de estudio según el nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

### Análisis cuantitativo

La presente investigación identificó la edad de los participantes en los datos informativos propios del test, posteriormente se descubrió el nivel de riesgo que poseen, se determinó la edad promedio de los 11 sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo alto y la edad promedio equivale a 21,9 años, la edad promedio de los 22 sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo medio equivale a 20,9 años, la edad promedio de los 11 sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo bajo equivale a 20 años.



**Gráfico N° 26:** Edades promedio de los sujetos de estudio según el nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH.

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales

## Interpretación

Se determinó que la edad promedio que sobresale corresponde a los sujetos de estudio cuyo nivel de riesgo de exposición a una infección por VIH es alto, la edad promedio intermedia pertenece a los participantes cuyo nivel de riesgo de exposición a una infección de VIH es medio, y la edad promedio inferior corresponde a los sujetos de estudio cuyo nivel de riesgo es mínimo; a mayor edad, mayor riesgo de exposición a una infección por VIH.

### 4.3 Verificación de la hipótesis

**Case Pressing Summary**

	Cases					
	Válida		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tipos de Personalidad * Riesgo de Exposición a una Infección por VIH	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

**Tabla N° 32:** Resumen de procesamiento de casos.

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

#### Tipos de Personalidad \* Riesgo de Exposición a una Infección por VIH Crosstabulation

Count

		Riesgo de Exposición a una Infección por VIH			Total
		Mínimo	Medio	Alto	
Tipos de Personalidad	Dureza	7	20	9	36
	Ansiedad	0	2	1	3
	Extroversión	0	0	1	1
Total		7	22	11	40

**Tabla N° 33:** Tabulación cruzada

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.

#### Chi-Square Tests

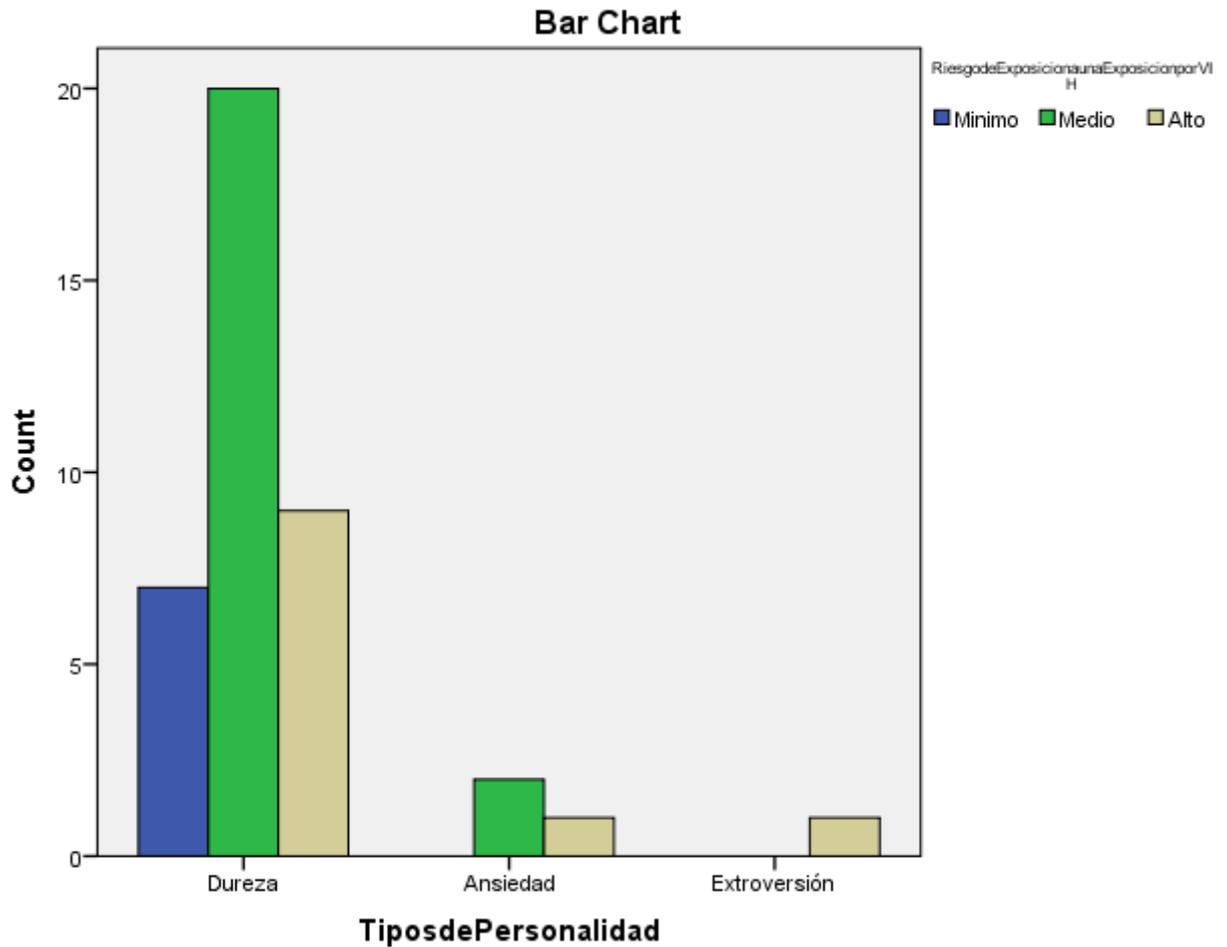
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,434 <sup>a</sup>	4	,488
Likelihood Ratio	3,898	4	,420
Linear-by-Linear Association	2,172	1	,141
N of Valid Cases	40		

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

**Tabla N° 34:** Prueba Chi cuadrado

**Elaborado por:** García (2016).

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales.



**Grafico N° 27:** Prueba Chi cuadrado

**Elaborado por:** García (2016)

**Fuente:** Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales

### Interpretación

En base a la prueba estadística del Chi cuadrado desarrollada en el programa SPSS se ha encontrado que los tipos de personalidad no se asocian con el riesgo de exposición por VIH de acuerdo a la siguiente formula, [ $\chi^2(4)=3,434$ ;  $N=40$ ;  $P>0.050$ ] se acepta la hipótesis nula.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

- ✚ Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, es decir no se relaciona la personalidad con el riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales, por lo tanto cualquier persona está en riesgo de contraer la infección muy independiente del tipo de personalidad que posea. La desinformación y la práctica de una sexualidad no responsable son factores relacionados con el riesgo de contraer la infección.
- ✚ La dimensión global de la personalidad que poseen los hombres adolescentes homosexuales son en su mayoría es “Dureza” con el 90 %, que se manifiesta en la tendencia a ser de tipo frío e inflexible en sus relaciones interpersonales, mostrándose la persona reservada y a menudo desconfiada y resistente al cambio, firme, fría, objetiva, práctica, apegada a lo tradicional. Seguido de “Ansiedad” con 7,5 % como dimensión global de la personalidad, que hace referencia al agobio y abatimiento debido a múltiples problemas, tendencia a la inseguridad, tensión e inestabilidad de tipo emocional, la persona puede mostrarse perturbable, tensa, con mucha ansiedad, vigilante, aprensiva, impaciente. Por otra parte se registró un caso de “Extraversión” equivalente al 2,5 % como dimensión global de la personalidad, que se manifiesta en la capacidad para crear y mantener contactos interpersonales, desinhibición social, la persona puede mostrarse participativa, afable, animada, emprendedora, natural, integrada en el grupo. Y finalmente ningún registro de “Independencia” y “autocontrol”.
- ✚ De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del test de valoración de exposición a la infección por VIH, se comprobó que los hombres adolescentes homosexuales en su mayoría obtuvieron un riesgo medio, con el 55 %. Seguido de un riesgo alto, con el 27,5 % y en su minoría se registra un riesgo mínimo, con el 17,5 %.

- ✚ La edad promedio de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo alto, equivale a 21,9 años, la edad promedio de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo medio equivale a 20,9 años, la edad promedio de los sujetos de estudio que obtuvieron un nivel de riesgo bajo equivale a 20 años, por lo que se concluye que a mayor edad mayor riesgo de exposición a una infección por VIH.

## 5.2 Recomendaciones

- ✚ Al no relacionarse la personalidad con el riesgo de contraer una infección por VIH, todas las personas nos encontramos en la necesidad de aprender y conservar medidas de prevención posible, para ello es necesario psicoeducarnos sobre el tema VIH/SIDA una situación no ajena a la realidad, el hacer consciencia sobre la importancia de cuidar nuestra salud integral y la práctica de una sexualidad responsable ayudará a combatir la proliferación de esta pandemia.
- ✚ Para los adolescentes que obtuvieron “Dureza” como dimensión global de la personalidad, es recomendable tomar consciencia sobre la importancia y beneficios de adoptar un pensamiento flexible, mantener la apertura al cambio, son formas de pensamiento y actitudes saludables que permitirán a la persona considerar información importante sobre la temática en cuestión y sobre diferentes situaciones de la vida diaria, para aquellos que obtuvieron “Ansiedad” como dimensión global de la personalidad, es aconsejable mantener y practicar relajación, buscar alternativas en solución de problemas sin embargo si el malestar continúa generando dificultades a nivel físico, emocional o social sería necesario la búsqueda de un terapeuta, y finalmente para aquel cuya dimensión global fue “extraversión” es preferible mantener aquellas características saludables como el manejo e integración de grupo, la participación y el emprendimiento, y cuidar sin embargo de los límites en el desenvolvimiento social y de la prudencia.
- ✚ Para los participantes que obtuvieron un nivel de riesgo medio es importante que acudan a un servicio de consejería, conversen con un experto y juntos descarten la posibilidad de una infección por VIH, sin embargo si contestó afirmativamente a alguna de las preguntas en la sección 5 -10, se recomienda un análisis de anticuerpos al VIH como medida de prevención primaria; para aquellos que obtuvieron un nivel de riesgo alto de infección, en el caso de desconocer su estado serológico es necesario realizarse a la brevedad un análisis de anticuerpos para descartar o confirmar la posibilidad de infección por VIH y finalmente para los participantes que obtuvieron

un nivel de riesgo mínimo de infección, es recomendable mantener comportamientos sexuales seguros, practicar la monogamia mutua, o el uso de preservativo en sus relaciones sexuales, un análisis de VIH en caso de no habérselo realizado en el último año es aconsejable.

- ✚ Se recomienda el uso del preservativo desde el comienzo de las primeras experiencias sexuales, de tal manera que en edades posteriores el uso del mismo se convierta en un hábito capaz de prevenir la posible infección de VIH, una de las principales causas para que exista la relación “a mayor edad, mayor riesgo”, se debe a la desinformación que aumenta a medida que pasan los años, por lo tanto es aconsejable mantener continuidad en la educación sobre la temática VIH y las formas de prevención existentes.
- ✚ Al ser la adolescencia final una etapa de definición de la identidad sexual, puede conllevar a los adolescentes a experimentar ansiedad en la búsqueda de su sexualidad y es en ese proceso de experimentación, atracción, duda, o curiosidad con el sexo contrario o el mismo sexo, donde el riesgo de contraer una infección por VIH está presente, además el desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual y las formas de prevenirlas, o la falta de consciencia sobre la importancia de cuidar la salud sexual pueden ser factores que faciliten la adquisición de una infección por VIH, por tal razón es recomendable mantener comportamientos sexuales seguros, el uso del preservativo para la prevención, el uso de lubricante para evitar lesiones y la entrada del virus a la sangre, la práctica de la monogamia en uno mismo y la pareja, el aprender a decir “no” cuando se tiene la presión de la otra persona en realizar el acto sexual sin tomar las medidas de cuidado, el auto educarse e informarse constantemente sobre las enfermedades de transmisión sexual dejando de lado los miedos, estereotipos, prejuicios y tabúes, y finalmente realizarse periódicamente una prueba para detectar anticuerpos o el virus como tal, son formas que pueden mejorar la calidad de vida de una persona.
- ✚ Por último, se recomienda a la ASOCIACIÓN SILUETA X TILGB AMBATO continuar con los foros, reuniones, y campañas para la prevención de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, conjuntamente con la lucha a favor de los derechos de la comunidad GLBTI.

## BIBLIOGRAFÍA

Aragón, L. (Junio, 2011). Perfil de personalidad de estudiantes universitarios de la carrera de Psicología. El caso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. *Perfiles Educativos*, 33, p. 73.

Aguirre, A., Llanos, F., Mendoza, D., Contreras, C. & Huayta, E. (2001). Perfil de personalidad de estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 64, pp. 51-70

Almeida, L. (2014). *Personalidad y su influencia en los estilos de comunicación en estudiantes y Docentes de psicología: Caso PUCESA*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato, Ambato, Ecuador.

Allport, G. (1940). Motivation in personality: reply to Mr. Bertocci. *Psychological Review*. 47; pp. 533-554.

Achion, M. & Achion, F.J. (2011, Diciembre). Intervención educativa en VIH/SIDA a adolescentes del Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas "Carlos Marx", de Matanzas. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49, p.4.

Allport, G. (1970 ). *La personalidad*. Barcelona: Herder.

Avendaño, L., Ferrés, M. & Spencer, E. (2011). *Retrovirus*. En *Virología clínica* (pp. 241 - 248). Chile: Mediterráneo Ltda.

Arauz, M. & Loaiza, A. (2001). Confiabilidad y Validez: test de valoración y exposición a una infección por VIH. *Psicología Aplicada*, 34, pp. 211 - 223.

APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM – V*. Chicago, EEUU: American Psychiatric Publishing.

Buenrostro, B., González, H., Delgado, I., Mora, A., Cadenas, J.L. & Montero, S. (2012). Frecuencia de infección por VIH/sida en usuarios de preservativo. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 31, pp. 480 - 489.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliff: Prentice Hall.

- Bandura, A. & Locke, E. (2003). Negative Self-efficacy and goal effect revisited. *Journal of Applied Psychology*, 8, pp. 87-99.
- Brainsky, S. (1998). *Manual de psicología y psicopatología dinámica*. Bogotá, Colombia: Carlos Valencia.
- Beck, A., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D., Fleming, B. & Ottaviani, R. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós
- Campo, A., Barros, J & Díaz, L. (2009). Asociación entre características de personalidad y consumo de cigarrillo en adultos de Bucaramanga (Colombia). *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 5, pp. 77-85
- Centro para el control y la prevención de Enfermedades (2015). *El VIH en los Estados Unidos, Un vistazo general*. Julio, 2015, de Centros para el control y prevención de enfermedades Sitio web: [http://www.cdc.gov/hiv/spanish/library/hiv\\_us/atglance.html](http://www.cdc.gov/hiv/spanish/library/hiv_us/atglance.html)
- Cerda, E. (1985). *Una psicología de hoy*. Barcelona: Herder.
- Consuelo, X. (2013). *Estudio del tipo de personalidad de las madres que acuden al Centro Materno Infantil Ambato N° 2 y su relación con el tipo de apego que generan sus hijos (as) durante los meses de Enero a Abril del año 2012*. Tesis de Maestría. Universidad del Azuay.
- Cabrera, M. (2013). *los rasgos de personalidad y su influencia en la reincidencia del cometimiento de delitos, en las personas privadas de libertad, sección varones, del Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflictos con la Ley - Ambato en el periodo Mayo – Diciembre de 2012*. Tesis de Licenciatura. Universidad Técnica de Ambato.
- Caballo, V. (2010). Tratamientos Cognitivo-Conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9, pp. 579 - 605.
- Calafat, A., Montse, J., Becoña, E., Mantecón, A. & Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, 21, pp. 227 - 233.
- Caycho, T. (2010). Actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina en adolescentes y jóvenes limeños. *Revista de Psicología*, 12, pp. 81 - 101.

- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: ediciones Pirámide.
- Cerda, E. (1985). *Una psicología de hoy*. Barcelona: Herder.
- Costa, P. & McCrae, R. (1994). Stability and change in personality from adolescence through adulthood. *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp.139-150). Hillsdale: LEA.
- Costa, P. & McCrae, R. (1995). Primary traits of Eysenck's P-E-N system: Three-and Five factor solutions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, pp. 308-317.
- Cardenal, V., Sánchez, M. & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18, 3, 305-324.
- Caballo, V.E.(2004). Conceptos actuales sobre los trastornos de la personalidad. En V.E. Caballo (dir.), *manual de los trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid. Síntesis.
- Curtis, T. (1992). "the origin of AIDS". *Rolling Stone Magazine*, pp. 54 -59, 61. 106, 108.
- Crewdson, J. (2003). *Science Fictions: A Scientific Mystery, a Massive cover – up and the dark legacy of Robert Gallo*. Boston: Back Bay Books.
- Coffin, J.M. (1995). Dinámica de la población VIH en vivo: implicaciones para la variación genética, la patogénesis y la terapia. *Science*, 267, pp. 483 - 489.
- Deckers, J., Lobbestael, J., Wingen, G., Kessels, R., Arntz, A. & Egger, J. (2014, Noviembre 11). La influencia del estrés sobre la cognición social en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Psiconeuroendocrinología*, 52, pp. 119 - 129.
- Davidoff, L. (1998). *Introducción a la psicología*. México: LIBEMEX.
- Diario La Hora, (2012). *Ambato tendrá clínica del Sida*. Enero 04, 2016, de Diario La Hora  
 Sitio web: [http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101433847/-1/Ambato\\_tendr%C3%A1\\_\\_cl%C3%ADnica\\_del\\_Sida\\_.html#.VrP-EtLhDIU](http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101433847/-1/Ambato_tendr%C3%A1__cl%C3%ADnica_del_Sida_.html#.VrP-EtLhDIU)

- Domínguez, L. & Fernández, L. (1999). Individuo, sociedad y personalidad. *Revista Cubana de Psicología*, 16,1, 48-52.
- Duesberg, P.H. (1997). *El descubrimiento del virus del SIDA*. Washington, DC: Regnery Publishing.
- Fernández, P & Morales, A. (2014, Mayo - Agosto). “No quiero que me rechacen”: Experiencias sobre la revelación del estado serológico a las parejas sexuales en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. *Escritos de Psicología*, 7, pp. 44 - 55.
- Federación de planificación familiar de América. (2014). *VIH SIDA*. Febrero 19, 2016, de Planned Parenthood Sitio web: <https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual/vih-sida>
- Fiebig, E. W et al (2003). Dinámica de la viremia del VIH y la seroconversión de anticuerpos en donantes de plasma: implicaciones para el diagnóstico y la estaficación de la infección primaria. *SIDA*, 17, pp. 1871 - 1879.
- Farabaugh, A., Fava, M., Mischoulon, D., Sklarsky, K. & Petersen, T. (2005). Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 266-271.
- Freud, S. (1967). *Obras completas*. España: Biblioteca Nueva.
- González, O., Pérez, N. & Redondo, M. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y salud*. 18, 3. 401-423
- Gómez, D. & Zabuido, X. (1996). *Salud y prevención nuevas aportaciones de la evaluación psicológica*. Madrid: España: Servicio de publicaciones e intercambio científico.
- Goldberg, L. (1990). An alternative “description of Personality”: The Big- Five factor structure. *Journal of personality and social Psychology*, 59, pp. 1216-1229.
- GeoSalud. (2015). *Pruebas para la detección de la infección por VIH*. Febrero 19, 2015, de GeoSalud su sitio de salud en la web Sitio web: <http://www.geosalud.com/vih-sida/pruebas-para-la-deteccion-infeccion-por-vih.html>

González, F. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca. *Acta Colombiana de Psicología*, 04, pp. 59 - 68.

Granados, J., Cruz, C & Delgado, G. (2009, Noviembre - Diciembre). La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/sida. *Salud Pública México*, 51, p. 1.

Gallego, G. (2010, Marzo - Abril). Implicaciones del VIH/SIDA en la biografía de varones con prácticas homoeróticas en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 52, pp. 102 - 107.

Garcés, D. (2012). *Tipos de personalidad y su influencia en la prevalencia del trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en los pacientes oncológicos que acuden al hospital Dr. Julio Enrique Paredes C, de la ciudad de Ambato durante el periodo Agosto – Noviembre del 2011*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Honorable Consejo Universitario de la Universidad Técnica de Ambato. (2015). *Código de Ética*. Julio 12, 2016, de Universidad Técnica de Ambato, Consejo Universitario Sitio web: <http://www.uta.edu.ec/v3.0/index.php/es/>

Hull, C. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton.

Izasa, L. & Ocampo, L (2015, Julio - Diciembre). Personalidad del terapeuta de niños, niñas y adolescentes que han vivido experiencias de abuso sexual, revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 15, pp. 93 - 110.

Kourtis, A.P. (2006). Prevención del virus de inmunodeficiencia humana transmitida sexualmente (VIH ) infección en adolescentes. *La investigación actual del VIH*, 4, pp. 209 - 219.

Ludeña, W. (2014). *VIH se apodera de 8 personas por día en el Ecuador*. Diciembre, 01,2014, de CRE Satelital Sitio web: <http://www.cre.com.ec/noticia/82423/vih-se-apodera-de-8-personas-por-dia-en-el-ecuador/>

- Lozada, E. (2011). *Jóvenes, los más propensos al SIDA*. Diciembre 01, 2015, de LA HORA Nacional Sitio web: [http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101244708/-1/J%C3%B3venes,\\_los\\_m%C3%A1s\\_propensos\\_al\\_SIDA.html#.VlxonGaHfFI](http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101244708/-1/J%C3%B3venes,_los_m%C3%A1s_propensos_al_SIDA.html#.VlxonGaHfFI)
- Leal, I. Vidales, F. & Vidales, I. (1997). *Psicología General*. México: Limusa.
- Lluís, J. (2002). Personalidad: esbozo de una teoría integradora. *Psicothema*: 14, 4, 693-701.
- Moreno, M & Medina, A. (2006). *Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad*. Noviembre 27 2015, de Psiquiatría.com Sitio web: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/274/259/>
- Mazón, J. (2015). *Diseño de intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano en base a la relación entre rasgos de personalidad y conducta autolesiva en adolescentes de Riobamba*. Enero 04, 2015, de Universidad de Azuay Repositorio Digital Sitio web: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4651>
- Ministerio de Salud. (2012). *Estrategia Nacional de VIH/SIDA - ITS*. Enero 04, 2016, de Ministerio de salud pública del Ecuador Sitio web: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8GQZbwNS5E8J:www.paho.org/ecu/index.php%3Foption%3Dcom\\_docman%26task%3Ddoc\\_download%26gid%3D398%26Itemid+%26cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=ec](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8GQZbwNS5E8J:www.paho.org/ecu/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D398%26Itemid+%26cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=ec)
- Marín, JL & Fernández, MJ. (2007). Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18, pp. 259 - 285.
- Mosquera, D., Gonzalez, A & van der Hart, O. (2013). *Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad*. Febrero 10, 2016, de INTRA-TP Sitio web: <http://www.intra-tp.com/fotos/TLP-DISOCIACION-ESTRUCTURAL-PERSONALIDAD.pdf>
- Morris, G. & Maisto, A. (2005). *Psicología*. México: Prentice Hall.
- Martínez, J., Graña, J & Trujillo, H. (2010). La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la personalidad: relación con el ajuste psicológico y craving. *Psicothema*, 22, pp. 562 - 567.

Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of Personality. *Psychological Review*, 80,252-283.

Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of Personality. *Psychological Review*, 80,252-283.

Montaño, M., Palacios, J., & Gantiva, C. (2009, Julio - Dicimebre). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3, pp. 81 - 107.

Morris, G. & Maisto, A. (2005). *Psicología*. México: Prentice Hall.

Mischel, W. (1988). *Teorías de la personalidad*. México: Mc Graw Hill.

Montangeir, L. (2003). Centros de Control y Prevención de Enfermedades. *science*, 298, pp. 1727 - 1728.

Markon, K. E., Chmielewski, M. & Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 137, pp. 856-879.

Núñez, M. (2002). El 16PF como instrumento psicométrico: Una revisión de literatura. Mayo,24,2016, de Psicología en Latinoamérica Sitio web: <http://www.uprm.edu/socialsciences/mnunez/16pf.htm>

Organización de la salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión*. España: Editorial Médica Panamericana.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA Sitio web: [http://www.who.int/hiv/strategic/en/amr\\_map\\_01.pdf](http://www.who.int/hiv/strategic/en/amr_map_01.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes*. Febrero 19, 2016, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44539/1/9789243599762\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44539/1/9789243599762_spa.pdf)

Orellana, J., Ortega, G. & Ortíz, J. (2010). *Síntomas prodrómicos en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, en el centro de reposo y adicciones, entre los años 1994 – 2009, Cuenca*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

Peciña, M., Azhar, H., Love, TM., Lu, T., Fredrickson, BL. & Stohler, CS. (2014, Enero - Abril). Correlatos neurobiológicos de la relación entre la personalidad y el efecto placebo. *Psiquiatría Biológica*, 21, pp.38 - 39.

Pozueco, JM., Moreno, JM. (2013, Marzo). La tríada oscura de la personalidad en las relaciones íntimas. Psicopatía, maquiavelismo, narcisismo y maltrato psicológico. *Boletín de Psicología*, 117, p. 91.

Pervin, L & John, O. (1998). *Personalidad: teoría e investigación*. México: Manual Moderno.

Papalia, D. & Wendkos, S. (1997). *Teorías y evaluación de la personalidad. Psicología*. México: Mc Graw Hill.

Pervin, L. & John, O. (1998). *Personalidad: teoría e investigación*. México: Manual Moderno.

Peluchano, V. (1996). El análisis lingüístico contemporáneo: Los grandes. *psicología de la personalidad. 1. Teorías* (pp.89 – 109). Barcelona: Ariel.

Papalia, D. & Wendkos, S. (1997). *Teorías y evaluación de la personalidad. Psicología*. México: Mc Graw Hill.

Piedade, J. (2000). “prolongada presencia de la infección por VIH 2 en Guinea Bissau (África oeste)”. *Acta trópica*. 76: pp. 119 – 124

Pisani, E., Cuchi, P., Zacarías, F., Schwartlander, B., Stanecki, K., Patz, D., Lazari, S. & Txema, G. (2000). *VIH y SIDA en las Américas, una epidemia multifacética*. 2001, de Trujillo, A., Ugalde, M & Valdivieso, D. (2013). *Prevalencia de la adicción a las tecnologías de la información y comunicación y trastornos de la personalidad en estudiantes de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

Rotblatt, H. (2005). la transmisión del VIH en la industria del cine para adultos - Los Ángeles. *MMWR*, 54, pp. 923 - 926.

- Pérez, E., Cupani, M., & Beltramino, C. (2004, Septiembre). Adaptación del Inventario de Personalidad 16PF-IPIP a un Contexto de Orientación. Estudio Preliminar. *Evaluar*, 4, pp. 23 - 49.
- Rausch, J., Gäbel, A., Nagy, K., Kleindienst, N., Herpertz, S & Bertsch, K. (2015, Febrero 12). El aumento de los niveles de testosterona y cortisol al despertar respuestas en pacientes con trastorno límite de la personalidad: Género y el rasgo de agresividad cuestión. *Psiconeuroendocrinología*, 55, pp. 116 - 127.
- Seelbach, A. (2013). Teorías de la personalidad. En Teorías de la personalidad (pp.3-87). México: Tercer milenio.
- Rotter, J. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Svrakic, D., Draganic, S., & Hill, K. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic and treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, pp. 189-195.
- Shors, T. (2009). *Virus, estudio molecular con orientación clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Torres, M. (2015). *Estudio correlacional entre el tipo de personalidad y el estilo de afrontamiento de personas adultas en conflicto con la ley según el género por el delito de sentencia más alta de tenencia ilegal de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en la Ciudad de Loja – Ecuador*. Enero 04, 2016, de Universidad de Azuay, repositorio digital Sitio web: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4957>
- Teva, I., Bermúdez, MP., Ramiro, MT & Buela-Casal, G. (2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. *Revista Médica de Chile*, 140, pp. 50 - 58.
- Uribe, AF., Orcasita, L & Vergara, T. (2010). Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, pp. 11 -24
- Van der Hart, Onno; Nijenhuis, Ellert R. S.; Solomon, Roger. (2010). Dissociation of the Personality in Complex Trauma-Related Disorders and EMDR: Theoretical Considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, pp. 76 - 92.

Villegas, N., Ferrer, L., Acosta, R., Miner, S., Lara, L & Peragallo, N. (2011, Diciembre). Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29, pp. 222 - 229.

Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X. & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), pp. 481-494.

Wakefield, J. (2006). Personality disorder as harmful dysfunction: DSM's cultural deviance criterion reconsidered. *Journal of Personality Disorders*, 20, pp. 157 – 169.

## ANEXOS

**Nombres y Apellidos:**.....**fecha:**.....

**Edad:**.....

1. En un negocio sería más interesante encargarse de:  
A. Las máquinas o llevar registros  
B. ?  
C. Entrevistar y hablar con personas
2. Normalmente me voy a dormir sintiéndome satisfecho de cómo ha ido el día. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
3. Si observo que la línea de razonamiento de otra persona es incorrecta, normalmente:  
A. Se lo señalo.  
B. ?  
C. Lo paso por alto.
4. Me gusta muchísimo tener invitados y hacer que se lo pasen bien.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
5. Cuando tomo una decisión siempre pienso cuidadosamente en lo que es correcto y justo. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
6. Me atrae más pasar una tarde ocupado en una tarea tranquila a la que tenga afición que estar en una reunión animada. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
7. Admiro más a:  
A. Una persona con capacidad de tipo medio, pero con una moral estricta.  
B. ?  
C. Una persona con talento, aunque a veces no sea responsable.
8. Sería más interesante ser:  
A. Ingeniero de la construcción.  
B. ?  
C. Escritor de teatro.
9. Normalmente soy el que da el primer paso al hacer amigos.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
10. Me encantan las buenas novelas u obras de teatro/cine.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.

11. Cuando la gente autoritaria trata de dominarme, hago justamente lo contrario de lo que quiere. A. Sí.  
B. ?  
C. No.
12. Algunas veces no congenio muy bien con los demás porque mis ideas no son convencionales y corrientes.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
13. Muchas personas te “apuñalarían por la espalda” para salir ellas adelante. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
14. Me meto en problemas porque a veces sigo adelante con mis ideas sin comentarlas con las personas que puedan estar implicadas. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
15. Hablo de mis sentimientos:  
A. Con facilidad cuando las personas parecen estar interesadas.  
B. ?  
C. Sólo si no tengo más remedio.
16. Me aprovecho de la gente: A. Algunas veces.  
B. ?  
C. Nunca.
17. Mis pensamientos son demasiado complicados y profundos como para ser comprendidos por muchas personas.  
A. Casi nunca.  
B. ?  
C. A menudo.
18. Prefiero:  
A. Comentar mis problemas con los amigos.  
B. ?  
C. Guardarlos para mis adentros.
19. Pienso acerca de cosas que debería haber dicho pero que no las dije. A. Casi nunca.  
B. ?  
C. A menudo.
20. Siempre estoy alerta ante los intentos de propaganda en las cosas que leo. A. Si.  
B. ?  
C. No.
21. Si las personas actúan como si yo no les gustara: A. No me perturba.  
B. ?  
C. Normalmente me hace daño.
22. Cuando observo que difiero de alguien en puestos de vista sociales, prefiero:  
A. Discutir el significado de nuestras diferencias básicas.  
B. ?  
C. Cambiar de tema.

23. He dicho cosas que hirieron los sentimientos de otros:
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
24. Si tuviera que cocinar o construir algo seguiría las instrucciones exactamente.
- A. Verdadero, para evitar sorpresas.
  - B. ?
  - C. Falso, porque podría hacer algo más interesante.
25. A la hora de construir o hacer algo preferiría trabajar:
- A. Con otros.
  - B. ?
  - C. Yo solo.
26. Me gusta hacer planes con antelación para no perder tiempo entre las tareas. A. Raras veces.
- B. ?
  - C. A menudo.
27. Normalmente me gusta hacer mis planes yo solo, sin interrupciones y sugerencias de otros. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
28. Cuando me siento tenso incluso pequeñas cosas me sacan de quicio. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
29. Puedo encontrarme bastante a gusto en un ambiente desorganizado. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
30. Si mis planes, cuidadosamente elaborados, tuvieran que ser cambiados a causa de otras personas: A. Eso me molestaría e irritaría.
- B. ?
  - C. Me parecería bien y estaría contento de cambiarlos.
31. Preferiría.
- A. Estar en una oficina, organizando y atendiendo a personas.
  - B. ?
  - C. Ser arquitecto y dibujar planos en un despacho tranquilo.
32. Cuando las pequeñas cosas comienzan a marchar mal unas detrás de otras:
- A. Me siento como si no pudiera dominarlas.
  - B. ?
  - C. Continúo de un modo normal.
33. Me satisface y entretiene cuidar de las necesidades de los demás.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
34. A veces hago observaciones tontas, a modo de broma, para sorprender a los demás.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.

35. Cuando llega el momento de hacer algo que he planeado y esperado, a veces no me apetece ya continuarlo.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
36. En las situaciones que dependen de mí me siento bien dando instrucciones a los demás.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
37. Preferiría emplear una tarde:
- A. Haciendo con tranquilidad y sosiego algo por lo que tenga afición.
  - B. ?
  - C. En una fiesta animada.
38. Cuando yo sé muy bien lo que el grupo tiene que hacer, me gusta ser el único en dar las órdenes.
- A. Sí.
  - B. ?
  - C. No.
39. Me divierte mucho el rápido y vivaz humor de algunas series de televisión.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
40. Le doy más valor y respeto a las normas y buenas maneras que a una vida fácil.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
41. Me encuentro tímido y retraído a la hora de hacer amigos entre personas desconocidas.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
42. Si pudiera, preferiría hacer ejercicio con:
- A. La esgrima o la danza.
  - B. ?
  - C. El tenis o la lucha libre.
43. Normalmente hay una gran diferencia entre lo que la gente dice y lo que hace.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
44. Resultaría más interesante ser músico que mecánico.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
45. Las personas forman su opinión acerca de mí demasiado rápidamente.
- A. Casi nunca.
  - B. ?
  - C. A menudo.
46. Soy de esas personas que:
- A. Siempre están haciendo cosas prácticas que necesitan ser hechas.
  - B. ?

- C. Imaginan o piensan acerca de cosas sobre sí mismas.
47. Algunas personas creen que es difícil intimar conmigo.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
48. Puedo engañar a las personas siendo amigable cuando en realidad me desagradan. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
49. Mis pensamientos tienden más a girar sobre cosas realistas y prácticas. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
50. Suelo ser reservado y guardar mis problemas para mis adentros.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
51. Después de tomar una decisión sobre algo sigo pensando si será acertada o errónea.  
A. Normalmente verdadero.  
B. ?  
C. Normalmente falso.
52. En el fondo no me gustan las personas que son “diferentes” u originales.  
A. Verdadero, normalmente no me gustan.  
B. ?  
C. Falso, normalmente las encuentro interesantes.
53. Estoy más interesado en:  
A. Buscar un significado personal a la vida.  
B. ?  
C. Asegurarme un trabajo con un buen sueldo.
54. Me perturbo más que otros cuando las personas se enfadan entre ellas. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
55. Lo que este mundo necesita es:  
A. Más ciudadanos íntegros y constantes.  
B. ?  
C. Más reformadores con opiniones sobre cómo mejorar el mundo.
56. Prefiero los juegos en los que.  
A. Se forman equipos o se tiene un compañero.  
B. ?  
C. Cada uno hace su partida.
57. Normalmente dejo algunas cosas a la buena suerte en vez de hacer planes complejos y con todo detalle.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
58. Frecuentemente tengo periodos de tiempo en que me es difícil abandonar el sentimiento de compadecerme a mí mismo. A. Verdadero.

- B. ?  
C. Falso.
59. Mis mejores horas del día son aquellas en que estoy solo con mis pensamientos y proyectos. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
60. Si la gente me interrumpe cuando estoy intentando hacer algo, eso no me perturba.  
A. Verdadero, no me siento mal.  
B. ?  
C. Falso, me molesta.
61. Siempre conservo mis pertenencias en perfectas condiciones.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
62. A veces me siento frustrado por las personas demasiado rápidamente. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
63. No me siento a gusto cuando hablo o muestro mis sentimientos de afecto o cariño.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
64. En mi vida personal, casi siempre alcanzo las metas que me pongo.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
65. Si el sueldo fuera el mismo preferiría ser un científico más que un directivo de ventas.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
66. Si la gente hace algo incorrecto, normalmente le digo lo que pienso. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
67. Pienso que mis necesidades emocionales: A. No están demasiado satisfechas.  
B. ?  
C. Están bien satisfechas.
68. Normalmente me gusta estar en medio de mucha actividad y excitación. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
69. La gente debería insistir, más de lo que hace ahora, en que las normas morales sean seguidas estrictamente.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.

70. Preferiría vestir:
- A. De modo aseado y sencillo.
  - B. ?
  - C. A la moda y original.
71. Me suelo sentir desconcertado si de pronto paso a ser el centro de la atención en un grupo social. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
72. Me pone irritado que la gente insista en que yo siga las mínimas reglas de seguridad.
- A. Verdadero, porque no siempre son necesarias.
  - B. ?
  - C. Falso, porque es importante hacer las cosas correctamente.
73. Comenzar a conversar con extraños: A. Nunca me ha dado problemas.
- B. ?
  - C. Me cuesta bastante.
74. Si trabajara en un periódico preferiría los temas de: A. Literatura o cine.
- B. ?
  - C. Deportes o política.
75. Dejo que pequeñas cosas me perturben más de lo que debieran. A. A veces.
- B. ?
  - C. Raras veces.
76. Es acertado estar en guardia con los que hablan de modo amable, porque se pueden aprovechar de uno.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
77. En la calle me detendría más a contemplar a un artista pintando que a ver la construcción de un edificio.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
78. Las personas se hacen perezosas en su trabajo cuando consiguen hacerlo con facilidad. A. Casi nunca.
- B. ?
  - C. A menudo.
79. Se me ocurren ideas nuevas sobre todo tipo de cosas, demasiadas para ponerlas en práctica. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
80. Cuando hablo con alguien que no conozco todavía, no doy más información que la necesaria. A. Normalmente verdadero.
- B. ?
  - C. Normalmente falso.
81. Pongo más atención en:
- A. Las cosas prácticas que me rodean.
  - B. ?

- C. Los pensamientos y la imaginación.
82. Cuando la gente me critica delante de otros me siento muy descorazonado y herido.  
A. Casi nunca.  
B. ?  
C. A menudo.
83. Encuentro más interesante a la gente si sus puntos de vista son diferentes de los de la mayoría. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
84. Al tratar con gente es mejor:  
A. “Poner todas las cartas sobre la mesa”.  
B. ?  
C. “No descubrir tu propio juego”.
85. A veces me gustaría más ponerme en mi sitio que perdonar y olvidar. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
86. Me gusta la gente que:  
A. Es estable y tradicional en sus intereses.  
B. ?  
C. Reconsidera seriamente sus puntos de vista sobre la vida.
87. A veces me siento demasiado responsable sobre cosas que suceden a mí alrededor.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
88. El trabajo que me es familiar y habitual: A. Me aburre y me da sueño.  
B. ?  
C. Me da seguridad y confianza.
89. Logro terminar las cosas mejor cuando trabajo solo que cuando lo hago en equipo.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
90. Normalmente no me importa si mi habitación está desordenada.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
91. Me resulta fácil ser paciente, aun cuando alguien es lento para comprender lo que estoy explicándole. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso, me cuesta ser paciente.
92. Me gusta unirme a otros que van a hacer algo juntos, como ir a un museo o de excursión. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
93. Soy algo perfeccionista y me gusta que las cosas se hagan bien.  
A. Verdadero.

- B. ?  
C. Falso.
94. Cuando tengo que hacer una larga cola por algún motivo, no me pongo tan intranquilo y nervioso como la mayoría.  
A. Verdadero, no me pongo.  
B. ?  
C. Falso, me pongo intranquilo.
95. La gente me trata menos razonablemente de lo que merecen mis buenas intenciones.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
96. Me lo paso bien con gente que muestra abiertamente sus emociones.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
97. No dejo que me depriman pequeñas cosas. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
98. Si pudiera ayudar en el desarrollo de un invento útil preferiría encargarme de:  
A. Investigarlo en el laboratorio.  
B. ?  
C. Mostrar a las personas su utilización.
99. Si ser cortés y amable no da resultado puedo ser rudo y astuto cuando sea necesario.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
100. Me gusta ir a menudo a espectáculos y diversiones. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
101. Me siento insatisfecho conmigo mismo. A. A veces.  
B. ?  
C. Raras veces.
102. Si nos perdiéramos en una ciudad y los amigos no estuvieran de acuerdo conmigo en el camino a seguir:  
A. No protestaría y les seguiría.  
B. ?  
C. Les haría saber que yo creía que mi camino era mejor.
103. La gente me considera una persona animada y sin preocupaciones. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
104. Si el banco se descuidara y no me cobrara algo que debiera, creo que:  
A. Lo indicaría y lo pagaría.  
B. ?  
C. Yo no tengo por qué decírselo.
105. Siempre tengo que estar luchando contra mi timidez.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

106. Los profesores, sacerdotes y otras personas emplean mucho tiempo intentando impedirnos hacer lo que deseamos. A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

107. Cuando estoy con un grupo, normalmente me siento, escucho y dejo que los demás lleven el peso de la conversación. A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

108. Normalmente aprecio más la belleza de un poema que una excelente estrategia en un deporte. A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

109. Si uno es franco y abierto los demás intentan aprovecharse de él. A. Casi nunca.

- B. ?
- C. A menudo.

110. Siempre me interesan las cosas mecánicas y soy bastante bueno para arreglarlas. A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

111. A veces estoy tan enfrascado en mis pensamientos que, a no ser que salga de ellos, pierdo la noción del tiempo y desordeno o no encuentro mis cosas. A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

112. Parece como si no pudiera confiar en más de la mitad de la gente que voy conociendo.

- A. Verdadero, no se puede confiar en ella.
- B. ?
- C. Falso, se puede confiar en ella.

113. Normalmente descubro que conozco a los demás mejor que ellos me conocen a mí. A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

114. A menudo los demás dicen que mis ideas son realistas y prácticas. A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

115. Si creo que lo merecen, hago agudas y sarcásticas observaciones a los demás. A. A veces.

- B. ?
- C. Nunca.

116. A veces me siento como si hubiera hecho algo malo, aunque realmente no lo haya hecho. A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

- 117.Me resulta fácil hablar sobre mi vida, incluso sobre aspectos que otros considerarían muy personales. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
- 118.Me gusta diseñar modos por los que el mundo pudiera cambiar y mejorar. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
- 119.Tiendo a ser muy sensible y preocuparme mucho acerca de algo que he hecho. A. Casi nunca.  
B. ?  
C. A menudo.
- 120.En el periódico que acostumbro a hojear me intereso más por:  
A. Los artículos sobre los problemas sociales.  
B. ?  
C. Todas las noticias locales.
- 121.Preferiría emplear una tarde libre en:  
A. Leer o trabajar en solitario en un proyecto.  
B. ?  
C. Hacer alguna tarea con los amigos.
- 122.Cuando hay algo molesto que hacer, prefiero:  
A. Dejarlo a un lado hasta que no haya más remedio que hacerlo.  
B. ?  
C. Comenzar a hacerlo de inmediato.
- 123.Prefiero tomar la comida de mediodía: A. Con un grupo de gente.  
B. ?  
C. En solitario.
- 124.Soy paciente con las personas, incluso cuando no son corteses y consideradas con mis sentimientos. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
- 125.Cuando hago algo, normalmente me tomo tiempo para pensar antes en todo lo que necesito para la tarea.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
- 126.Me siento molesto cuando la gente emplea mucho tiempo para explicar algo. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
- 127.Mis amigos probablemente me describen como una persona:  
A. Cálida y amigable.  
B. ?  
C. Formal y objetiva.
- 128.Cuando algo me perturba, normalmente me olvido pronto de ello.  
A. Verdadero.

- B. ?  
C. Falso.
129. Como afición agradable prefiero: A. Hacer o reparar algo.  
B. ?  
C. Trabajar en grupo en una tarea comunitaria.
130. Creo que debo reclamar si en el restaurante recibo mal servicio o alimentos deficientes.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
131. Tengo más cambios de humor que la mayoría de las personas que conozco.  
A. Normalmente verdadero.  
B. ?  
C. Normalmente falso.
132. Cuando los demás no ven las cosas como las veo yo, normalmente logro convencerlos.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
133. Creo que ser libre para hacer lo que desee es más importante que tener buenos modales y respetar las normas.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
134. Me encanta hacer reír a la gente con historias ingeniosas.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
135. Me considero una persona socialmente muy atrevida y comunicativa. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
136. Si una persona es lo suficientemente lista para eludir las normas sin que parezca que las incumple:  
A. Podría incumplirlas si tiene razones especiales para ello.  
B. ?  
C. Debería seguirlas a pesar de todo.
137. Cuando me uno a un nuevo grupo, normalmente encajo pronto.  
A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
138. Prefiero leer historias rudas o de acción realista más que novelas sentimentales e imaginativas. A. Verdadero.  
B. ?  
C. Falso.
139. Sospecho que la persona que se muestra abiertamente amigable conmigo pueda ser desleal cuando yo no esté delante. A. Casi nunca.  
B. ?  
C. A menudo.

140. Cuando era niño empleaba la mayor parte de mi tiempo en:
- A. Hacer o construir algo.
  - B. ?
  - C. Leer o imaginar cosas ideales.
141. Muchas personas son demasiado quisquillosas y sensibles, y por su propio bien deberían “endurecerse”.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
142. Me muestro tan interesado en pensar en las ideas que a veces paso por alto los detalles prácticos. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
143. Si alguien me hace una pregunta demasiado personal intento cuidadosamente evitar contestarla. A. Normalmente verdadero.
- B. ?
  - C. Normalmente falso.
144. Cuando me piden hacer una tarea voluntaria digo que estoy demasiado ocupado. A. A veces.
- B. ?
  - C. Raras veces.
145. Mis amigos me consideran una persona algo abstraída y no siempre práctica. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
146. Me siento muy abatido cuando la gente me critica en un grupo.
- A. Verdadero.
  - B. ?
  - C. Falso.
147. Les surgen más problemas a quienes:
- A. Se cuestionan o cambian métodos que son ya satisfactorios.
  - B. ?
  - C. Descartan enfoques nuevos o prometedores.
148. Soy muy cuidadoso cuando se trata de elegir a alguien con quien “abrirme” francamente. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
149. Me gusta más intentar nuevos modos de hacer las cosas que seguir caminos ya conocidos. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
150. Los demás dicen que suelo ser demasiado crítico conmigo mismo. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
151. Generalmente me gusta más una comida si contiene alimentos familiares y cotidianos que si tiene alimentos poco corrientes. A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

152. Puedo pasar fácilmente una mañana entera sin tener necesidad de hablar con alguien.  
A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

153. Deseo ayudar a las personas. A. Siempre.

- B. ?
- C. A veces.

154. Yo creo que:

- A. Algunos trabajos no deberían ser hechos tan cuidadosamente como otros.
- B. ?
- C. Cualquier trabajo habría que hacerlo bien si es que se va a hacer.

155. Me resulta difícil ser paciente cuando la gente me critica.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

156. Prefiero los momentos en que hay gente a mi alrededor.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

157. Cuando realizo una tarea no me encuentro satisfecho a no ser que ponga especial atención incluso a los pequeños detalles. A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

158. Algunas veces me “sacan de quicio” de un modo insoportable pequeñas cosas, aunque reconozca que son triviales.

- A. Sí.
- B. ?
- C. No.

159. Me gusta más escuchar a la gente hablar de sus sentimientos personales que de otros temas. A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

160. Hay ocasiones en que no me siento de humor para ver a nadie.

- A. Muy raras veces.
- B. ?
- C. Bastante a menudo.

161. Me gustaría más ser consejero orientador que arquitecto.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

162. En mi vida cotidiana casi nunca me encuentro con problemas que no puedo afrontar.

- A. Verdadero, puedo afrontarlos fácilmente.
- B. ?
- C. Falso.

163. Cuando las personas hacen algo que me molesta, normalmente:
- A. No le doy importancia.
  - B. ?
  - C. Se lo digo.
164. Yo creo más en:
- A. Ser claramente serio en la vida cotidiana.
  - B. ?
  - C. Seguir casi siempre el dicho “Diviértete y sé feliz”.
165. Me gusta que haya alguna competitividad en las cosas que hago. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
166. La mayoría de las normas se han hecho para no cumplirlas cuando haya buenas razones para ello. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
167. Me cuesta bastante hablar delante de un grupo numeroso de personas. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
168. Preferiría un hogar en el que.
- A. Se sigan normas estrictas de conducta.
  - B. ?
  - C. No haya muchas normas.
169. En las reuniones sociales suelo sentirme tímido e inseguro de mí mismo. A. Verdadero.
- B. ?
  - C. Falso.
170. En la televisión prefiero:
- A. Un programa sobre nuevos inventos prácticos.
  - B. ?
  - C. Un concierto de un artista famoso.
171. “Minuto” es a “hora” como “segundo” es a: A. Minuto.
- B. Milisegundo.
  - C. Hora.

Las preguntas que vienen a continuación se diseñaron como ejercicios de resolución de problemas. En ellas hay una y sólo una respuesta correcta. Si no está seguro de cuál es la correcta, elija la que crea mejor. Vea un ejemplo aquí debajo:

**Ejemplo:**

“Toro” es a “ternero” como “caballo” es a:

- A. Potro.
- B. Ternera.
- C. Yegua.

*La respuesta correcta es “potro”; es la cría del caballo como ternero es la cría del toro.*

172. “Renacuajo” es a “rana” como “larva” es a: A. Araña.

- B. Gusano.  
C. Insecto.
173. “Jamón” es a “cerdo” como “chuleta” es a: A. Cordero.  
B. Pollo.  
C. Merluza.
174. “Hielo” es a “agua” como “roca” es a:  
A. Lava.  
B. Arena.  
C. Petróleo.
175. “Mejor” es a “pésimo” como “peor” es a: A. Malo.  
B. Santo.  
C. Óptimo.
176. ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos?  
A. Terminal.  
B. Estacional.  
C. Cíclico.
177. ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos? A. Gato.  
B. Cerca.  
C. Planeta.
178. Lo opuesto de “correcto” es lo opuesto de:  
A. Bueno.  
B. Erróneo.  
C. Adecuado.
179. ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos?  
A. Probable.  
B. Eventual.  
C. Inseguro.
180. Lo opuesto de lo opuesto de “inexacto” es: A. Casual.  
B. Puntual.  
C. Incorrecto.
181. ¿Qué número debe seguir al final de éstos? 1 – 4 – 9 – 16 ...  
A. 20.  
B. 25.  
C. 32.
182. ¿Qué letra debe seguir al final de éstas? A – B – D – G ...  
A. H.  
B. K.  
C. J.
183. ¿Qué letra debe seguir al final de éstas? E – I – L ...  
A. M.  
B. N. C. O.
184. ¿Qué número debe seguir al final de éstos?  $1/12 - 1/6 - 1/3 - 2/3 \dots$   
A.  $3/4$ .  
B.  $4/3$ . C.  $3/2$ .

185.¿Qué número debe seguir al final de éstos? 1 2 0 3 -1 ...

- A. 5.
- B. 4.
- C. -3.

**TEST DE VALORACIÓN DE EXPOSICIÓN A LA  
INFECCIÓN POR VIH**

**Nombres y apellidos:..... edad:.....**

	SITUACIÓN	SI	NO
1	¿Ha brindado primeros auxilios descuidando las medidas de bioseguridad como el uso de guantes, mascarillas, etc.?		

2	¿Ha recibido pinchazos de agujas utilizadas en otras personas?		
3	¿Ha manipulado fluidos corporales de otras personas como sangre, saliva, etc.?		
4	En el transcurso de su vida sexual, ¿ha tenido más de dos parejas sexuales?		
5	¿Durante una relación sexual eventual (con una persona diferente a su pareja fija) se le ha roto el preservativo y no se dio cuenta?		
6	¿Ha mantenido en el transcurso de su vida relaciones sexuales sin protección con personas cuyo pasado sexual desconocía?		
7	¿Mantiene o ha mantenido relaciones sexuales sin protección (sin usar condón) con parejas sexuales ocasionales?		
8	¿Mantiene o ha mantenido relaciones sexuales sin protección (sin usar condón) con una sola pareja sexual sin antes haberse practicado una prueba diagnóstica de VIH para conocer su estado serológico?		
9	¿Mantiene o ha mantenido relaciones sexuales con personas que ejercen el trabajo sexual?		
10	Si usted es hombre ¿mantiene o ha mantenido relaciones sexuales ocasionales sin protección con mujeres y otros hombres?		
11	¿Desconoce su estado serológico, es decir, no se ha realizado una prueba de VIH en los últimos dos meses?		
12	¿Ha perdido la consciencia de sus actos al estar bajo la influencia del alcohol o las drogas y ha mantenido relaciones sexuales bajo esos efectos?		
13	¿Usted o su pareja sexual, han presentado síntomas o diagnóstico de alguna infección de transmisión sexual (herpes, gonorrea, sífilis, etc.)		

14	¿Se ha realizado tatuajes con agujas no descartables o comparte drogas inyectables?		
----	---	--	--

**HOJA DE CONSENTIMIENTO**

Él/La participante:.....

MANIFIESTA:

- a) Que acepta libremente formar parte del estudio sobre “Personalidad y riesgo de exposición a una infección por VIH en adolescentes homosexuales”.
- b) Que en función de dicha opción libre, puede abandonar el estudio en el momento que lo desee. Del mismo modo el director puede dar por concluida la evaluación si el participante no cumple las pautas establecidas.
- c) Que conoce por medio del Director que los datos proporcionados servirán exclusivamente para que mediante diversos análisis, se logre dar respuesta a los objetivos y preguntas que se han planteado en este estudio.
- d) Que entiende que el estudio no implica ningún daño o riesgo.

Ambato,..... de.....de 2015

Firma.: El/la participante

Firma.: El director del estudio