

01921
153



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL AUTOCONCEPTO EN MUJERES CON SIDA
QUE RECIBEN APOYO PSICOLOGICO Y
MUJERES CON SIDA QUE NO
RECIBEN APOYO PSICOLOGICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

PRESENTA

ADRIANA MEDINA GAZGA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. SOFIA RIVERA ARAGON

SINODALES: LIC. MIRIAM CAMACHO V.

DR. ROLANDO DIAZ LOVING

Mtra. Ma. DE LA LUZ JAVIEDES

DRA. LUCY REIDL MARTINEZ

MEXICO, D. F.

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción	1
CAPÍTULO I	6
1.- Síndrome de Inmunodeficiencia Humana	6
1.1- Definición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	6
1.2- Desarrollo Histórico	6
1.3- Mecanismos o Formas de Transmisión del VIH	8
1.4- Manifestaciones Clínicas	10
1.5- Pruebas Diagnósticas	12
1.6- Prevención	13
1.7- Tratamiento	14
1.8- Situación del SIDA en México dentro del Marco Internacional	15
CAPÍTULO II	17
2.-Autoconcepto	17
2.1 Definición de Autoconcepto, Autoimagen y Autoestima	17
2.2 Desarrollo del Autoconcepto	20
2.3 Teorías del Autoconcepto	24
2.4 Algunas Investigaciones sobre Autoconcepto	28
2.5 Cuadro Comparativo de Semejanzas y Diferencias Entre Identidad, Autoestima y Autoconcepto o Autoimagen	29
CAPÍTULO III	34
3.- SIDA y Mujer	34
3.1 Algunos Proyectos Sobre la Importancia del Apoyo Psicológico en Mujeres VIH/SIDA	38
CAPÍTULO IV	41
4.- Método	41
4.1 Definición del Problema	41
4.2 Hipótesis	41
4.2.1 Hipótesis de Trabajo	41
4.2.2 Hipótesis Nula	41
4.2.3 Hipótesis Alterna	41
4.3.2 Hipótesis Alterna	41
4.3 Variables	41
4.3.1 Definición Conceptual de Variables	41
4.3.2 Definición Operacional de Variables	41
4.4 Sujetos	42
4.5 Muestreo	42
4.6 Tipo de Estudio	42
4.7 Tipo de Diseño	42

B

4.8 Instrumento	43
4.9 Procedimiento	44
4.10 Análisis Estadístico	44
CAPÍTULO V	
5.- Resultados	45
5.1 Introducción	45
5.2 Distribución de Frecuencia por Variable Sociodemográfica	45
5.3 Diferencias por Grupos entre los Factores de la Escala de Autoconcepto	51
5.4 Análisis de la relación entre dimensiones y subdimensiones del Cuestionario de Autoconcepto y los adjetivos de los reactivos del mismo.	52
CAPÍTULO VI	54
6.- Discusión	
6.1 Conclusiones generales	54
6.2 Limitaciones y sugerencias	56
Referencias	60
Anexos	66
Anexo A Cuestionario de Datos Socio-Demográficos	67
Anexo B Cuestionario de Autoconcepto (La Rosa, 1986)	68
Anexo C Casos notificados y diagnosticados	72
Anexo D Distribución de casos de SIDA por entidad federativa y factores de riesgo	73
Anexo E Distribución por edad y sexo	74
Anexo F Distribución por entidad federativa	75
Anexo G Cifras totales en el año 2002 por edad y sexo	76
Anexo G1 Defunciones por VIH/SIDA en el año 2002	77
Anexo G2 Personas viviendo con VIH/SIDA	78

C

**La principal virtud del ser humano, que lo hace
mejor ante los ojos de los demás, pero, sobre
todo ante sí mismo, es la *gratitud***

" Gracias señor por todo lo que me has dado "

D

Agradezco a:

Carmen, por sus ganas de vivir y fortaleza (mami no claudiques).

Papá, tu presencia siempre está conmigo.

Mi familia, Carmen, Angélica y Pepé por compartir de manera sincera la vida, en las alegrías y en las penas.

Mi hermana, por tu amor incondicional (eres correspondida) y por cada una de tus cualidades (nunca me faltes).

David, mi pareja y dulce compañía que me animó a concluir esta meta (cada día te quiero más).

F

***Universidad Nacional Autónoma de México, que me ha
brindado las herramientas para crecer profesional y
espiritualmente.***

***Facultad de Psicología de la UNAM, Maestros y Alumnos
que contribuyeron a este trabajo con su valiosa
participación.***

***Dra. Sofía Rivera, por su profesionalismo, paciencia y apoyo
en todo momento (sin tu complicidad esto no sería posible).***

***Mis Sinodales, por sus acertadas modificaciones y
sugerencias propuestas.***

4

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad producida por un virus mortal conocido como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) capaz de instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse.

El SIDA sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y nacional. Gracias a los avances científicos y a los resultados de diversas investigaciones sabemos que la principal arma contra éste es la prevención, especialmente debido a que conocemos perfectamente que el virus se transmite a través de comportamientos específicos de tipo sexual y de drogadicción, sin embargo, constituye aún la cuarta causa de muerte en la mayoría de los países y la primera en África, por cuyo motivo en términos globales, más mujeres que hombres están muriendo de SIDA y los patrones de edad de la infección son significativamente diferentes para ambos sexos (Arranz y Bayés, 1996).

El tema del VIH/SIDA en mujeres es sumamente polémico y lo cierto es que no puede negarse como lo muestra la tendencia internacional que esta epidemia afecta cada vez más fuertemente a la población femenina en particular a la más pobre y carente de poder (Arranz, et al; 1996).

Desde el inicio de la epidemia, a principios de la década de los ochenta, hasta finales del año 2004, alrededor del mundo habrá 15 millones de mujeres infectadas por el VIH. Cada día se infectan 3000 mujeres y cuatro millones habrán muerto de SIDA, lo cual implica por una parte, desde el punto de vista humano, cortar de raíz todo el proyecto de vida en sus comienzos y, por otra, a las parejas y a las familias de las personas, ya que ¿quién tomará a su cargo, por ejemplo, a los millares de niños huérfanos cuyas madres habrán muerto o morirán de SIDA?, dado que en un futuro muy próximo, el costo de la atención biomédica a los enfermos de SIDA puede hacerse insostenible para la mayoría de los países (ONUSIDA/OMS-2002).

Los datos epidemiológicos sobre la distribución geográfica del VIH subrayan la importancia de factores biológicos y socio-culturales como desencadenantes y coadyuvantes de este proceso de enfermedad.

Las causas del VIH/SIDA son conocidas, habiéndose identificado múltiples factores biológicos, sociales, epidemiológicos y culturales, etc., los grandes esfuerzos que se llevan a cabo para el desarrollo de los tratamientos contra el VIH/SIDA han conseguido mejorar la situación para algunas mujeres y ha aumentado la supervivencia de las pacientes particularmente cuando la enfermedad se detecta en fases tempranas de su desarrollo.

Hoy en día los tratamientos producen un alto costo para las pacientes. Diversas terapéuticas del VIH/SIDA son invasivas, dolorosas, aversivas, incapacitantes y con efectos irreversibles o bien producen efectos indeseables como baja de peso, desfiguraciones físicas, disminución de las capacidades cognitivo-conductuales, etc. Por lo que el VIH/SIDA es una de las enfermedades más temidas en nuestros días ya que la propia palabra produce en muchas personas un impacto emocional, debido a que frecuentemente se le vincula con la idea de dolor y de muerte, lo cual implica una serie

de problemas que afectan a las pacientes, a sus familiares y amigos y que son enfrentadas de una manera inadecuada y a la que es necesario aportar una solución. La pandemia del SIDA supone además, en bastantes casos, estigma y marginación social (De Miguel, 1991), lo cual incrementa el sufrimiento de las mujeres infectadas. Esta es la realidad que ha inspirado la creación de proyectos de investigación sobre el VIH/SIDA con apoyo de instituciones gubernamentales y no gubernamentales en donde la meta a largo plazo es poder tener un impacto en la reducción de los índices de contagio de las mujeres y lograr una mayor cantidad y calidad de vida en aquellas mujeres infectadas, así como la transformación de su entorno social.

Afortunadamente cada día se está cobrando mayor conciencia de la magnitud del problema del VIH/SIDA en las mujeres haciendo énfasis en que la participación o intervención debe dirigirse por estrategias más abarcadoras de acuerdo a las necesidades propias de la población femenina.

La relación de los factores psicológicos con la enfermedad puede analizarse desde distintos puntos de vista. La infección por el VIH supone un impacto emocional considerable, a lo largo de todo el proceso que va desde la sorpresa de encontrarse contagiado, la decisión de hacerse la prueba de anticuerpos y el conocimiento de un diagnóstico de seropositividad hasta las fases avanzada y terminal de la enfermedad. Este impacto puede traducirse en angustia, depresión, ideas de suicidio, etc., y afectará sin duda a la calidad de vida de la persona infectada y de sus allegados. Por ello, aun cuando las intervenciones psicológicas vayan primordialmente destinadas a disminuir el impacto emocional y a mejorar la calidad de las personas seropositivas y enfermos de SIDA, no puede desestimarse que las mismas posean, paralelamente, algún tipo de incidencia sobre su cantidad de vida, ya que la comunicación de un diagnóstico de VIH o SIDA representa un momento crítico para la afectada, su pareja, familia y allegados y en el que reviste especial significación la escala de valores y la cultura. Después de una fase de adaptación al diagnóstico y de haber aprendido, en mayor o menor medida, a vivir con su seropositividad, vuelve a resurgir con toda su crudeza la realidad de su precaria situación clínica. Reaparecen preocupaciones intensas relacionadas con la incertidumbre, el deterioro físico en el curso de la enfermedad, el temor al dolor, al abandono de sus amigos, a la marginación social o la aparición de alteraciones neurológicas y neuropsicológicas con pérdida de la habilidad para tomar decisiones, plantearse la necesidad de tener hijos, pérdida de sentido del futuro, de motivación, pérdida de situación de control y posibilidad de incrementar la dependencia respecto a los demás, pérdida del trabajo y abordaje del tema de una muerte anunciada. De nuevo necesitan un reajuste a su nueva situación (Catalán, Riccio y Thomson, 1989).

A medida que avanza la infección son mayores las probabilidades de aparición de síntomas neurológicos y neuropsicológicos asociados al VIH, como consecuencia de una acción directa del virus en el sistema nervioso, o secundaria a infecciones oportunistas o a tumores (Arranz, 1990 y Catalán, 1991).

La prevalencia y tipo de alteraciones psicológicas y neuropsiquiátricas variarán según el estado de la infección, el grado de los problemas físicos que se presenten, las características de la personalidad de la afectada, la vulnerabilidad individual, como haya enfrentado situaciones estresantes intensas, anteriormente, y el tipo de recursos sociales de que disponga (Catalán, 1991).

Puede deducirse que el enfermar de VIH/SIDA supone enfrentarse a una situación poco predecible y más o menos aversiva en función de las características del proceso de enfermedad y tratamiento que se requiere y de la fase de evolución en que se encuentre. Como consecuencia el autoconcepto de las mujeres diagnosticadas como seropositivas o que tienen Sida se ve afectado por el considerable impacto emocional que esto implica, de allí la importancia del apoyo psicológico cuyo objetivo se ha dirigido a mitigar las duras implicaciones psicosociales inherentes a esta enfermedad, con el fin de facilitar la readaptación a su nueva situación, prevenir y tratar las alteraciones emocionales, maximizando la calidad de vida de la afectada, disminuyendo en lo posible su vulnerabilidad y evitar la difusión de la infección.

La mujer con SIDA se ve expuesta a numerosas circunstancias vitales y a diversos acontecimientos críticos. Su vulnerabilidad dependerá de cómo lo vaya enfrentando (Costa y López, 1991). Siguiendo a Lazarus y Folkman (1986) entendemos como afrontamiento aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

En la intervención psicológica se ha de considerar: la evaluación de las necesidades de la paciente, proporcionar información suficiente y adecuada a las necesidades individuales y el desarrollo y utilización de estrategias psicológicas. Distintos enfoques teóricos: cognitivos, sistémicos, de orientación dinámica, intervención en crisis, prescripciones de psicofármacos han demostrado su utilidad en el manejo de los problemas psicológicos inherentes a la infección por VIH/SIDA.

Todas las personas diagnosticadas de alguna infección definitiva de VIH/SIDA deberían tener acceso a recibir asesoramiento y apoyo psicológico. La intervención debe dirigirse a estimular las potencialidades y recursos que tiene cada mujer para enfrentarse a su nueva situación derivada del diagnóstico de SIDA y de este modo, facilitar su adaptación y mantener su calidad de vida.

El mejor esquema de supervivencia que puede adoptar un enfermo de VIH/SIDA es aquel que supone la percepción de la enfermedad como desafío utilizando con habilidades como el espíritu de lucha o la evitación positiva y expresada de forma manifiesta sus emociones negativas. El estrés, las emociones y sus habilidades de afrontamiento se hayan relacionado en forma causal con la enfermedad.

El conocer estas habilidades o potencialidades de afrontamiento suele ser de gran importancia ya que varios estudios han reportado que son precisamente estas habilidades de las pacientes determinantes para su calidad de vida (Roth y Hogan, 1998).

Hablar de calidad de vida no es nada fácil ya que es un término que significa muy diferentes cosas para diferentes personas. La calidad de vida ha sido conceptualizada como múltiples constructos dimensionales y un indicador de estado de salud. Sin embargo hay dos puntos de vista en donde la calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye áreas del estado funcional, bienestar psicológico y social, percepción de la salud y síntomas relacionados con los tratamientos y la enfermedad y,

el segundo, es que la calidad de vida es subjetiva para cada mujer ya que se enfoca a identificar la experiencia subjetiva de esa mujer (Ankrah, 1999).

En este sentido el objetivo principal de esta investigación es evaluar el autoconcepto de mujeres expuestas al VIH/SIDA entendido como un aspecto sumamente crucial para el desarrollo de la personalidad y ayudarlas a afrontar de modo efectivo las distintas dificultades, amortiguar el impacto de las adversidades y factores de riesgo para proporcionar sensación de control sobre las condiciones que las afectan, es necesario incidir en el desarrollo de sus recursos de afrontamiento tanto internos como externos para mejorar su calidad de vida. No es cuestión de evitar la muerte, sino de ayudar a vivir con la mayor intensidad posible hasta que uno muere. Se trata de movilizar las potencialidades que encierra toda persona y que hay que respetar. Por lo que contar con un apoyo psicológico desde el momento del diagnóstico le permitirá una mejor aceptación de éste y le ayudará a promover una actitud positiva a lo largo del proceso de la enfermedad.

La presente investigación pretende determinar si existe relación entre el autoconcepto alto y bajo con el VIH/SIDA y el apoyo psicológico.

La muestra se integró por dos grupos de mujeres con VIH/SIDA, uno que recibe apoyo psicológico y el otro que no lo recibe. A cada grupo se le aplicó un Cuestionario de datos personales y el Cuestionario de Autoconcepto de La Rosa (1986), con objeto de analizar que relación guardan las variables de VIH/SIDA, autoconcepto y apoyo psicológico.

El desarrollo de la investigación se encuentra conformado por siete capítulos el primero de ellos aborda los Aspectos Generales del SIDA, en donde se presenta una breve reseña histórica del desarrollo de lo que ha sido considerada la pandemia del siglo, así como las formas de transmisión, métodos y procedimientos de laboratorio para la detección oportuna del virus, concluyendo con datos y cifras que representan la situación actual del SIDA en México dentro del marco internacional.

Capítulo II Autoconcepto, de acuerdo a varios autores para abordar este tema es necesario hacerlo a partir del sí mismo y del self, ya que este es el centro fundamental del desarrollo del autoconcepto por lo que se hace un recorrido por las diferentes definiciones que aportan los autores, así como de las investigaciones relacionadas al tema.

En el Capítulo III SIDA Y Mujer, se aborda o examina de manera somera la posición de las mujeres en la pandemia del SIDA en un contexto sociocultural. Se establece una conexión clara entre el riesgo del SIDA en las mujeres, los roles de género y el comportamiento sexual masculino, demostrando que ningún esfuerzo para contener la extensión de la enfermedad en las mujeres puede tener éxito, sin al mismo tiempo dirigirse al comportamiento masculino que pone en riesgo a las mujeres.

En el Capítulo IV Metodología se informa el tipo de estudio, el diseño de investigación, el método y el procedimiento para la realización de la presente investigación.

En el capítulo V, se dan a conocer los Resultados obtenidos, en donde se observa que el concepto que de sí mismo se tiene se alterará de manera significativa ante el diagnóstico VIH/SIDA.

La discusión se lleva cabo en el capítulo VI, donde la principal aportación fue que me permitió crear una mayor conciencia acerca de la magnitud del problema VIH/SIDA y de la enorme responsabilidad que representa mi rol como psicóloga en esta sociedad, buscando primordialmente mejorar la calidad de vida y ayudar a que se preparen para la muerte como lo hacemos para la vida.

Se concluye con Alcances, Sugerencias y Limitaciones en el capítulo VII.

CAPÍTULO I

1.1 DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es una enfermedad relacionada con el sistema inmunológico del ser humano. La inmunidad es la aptitud del organismo para reconocer, destruir y eliminar las moléculas, células y tejidos que presenten una constitución diferente a la suya (Montagnier, 1989).

SÍNDROME: Hace referencia a una enfermedad que se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas que se presentan simultáneamente.

SIGNO: Es la manifestación objetiva de una enfermedad. Esta manifestación puede ser observada por un médico, quien las observa a través de la exploración del paciente, viéndolo, auscultándolo y/o palpándolo.

INMUNO: Se refiere al sistema de defensa, llamado sistema inmunológico, encargado de reconocer y eliminar los elementos dañinos que ingresan al cuerpo.

DEFICIENCIA: Hace referencia a una falla o función insuficiente. La inmunodeficiencia hace que las defensas del organismo se encuentren disminuidas o no funcionen en la forma adecuada para combatir infecciones o enfermedades.

ADQUIRIDA: Indica que este padecimiento se contrae por el contacto del individuo con el virus, esto es, que no se hereda sino que se adquiere en algún momento del desarrollo (Vizconde, 1997).

Por lo tanto, el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una etapa terminal de un proceso infeccioso producido por el virus de inmunodeficiencia humana VIH, caracterizado por la incapacidad funcional del sistema inmunológico que induce a la aparición de enfermedades oportunistas y procesos oncológicos (CONASIDA, 1996).

1.2 DESARROLLO HISTÓRICO

El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha permeado de tal manera nuestra sociedad en que no hay día en que no hayamos oído hablar de esta enfermedad o sabido de alguien que la sufre o haya muerto a consecuencia del VIH, por lo que en la actualidad es considerado como una enfermedad pandémica.

Con exactitud no se sabe cual es el origen del SIDA ya que existen supuestos que van desde el SIDA como castigo divino, hasta la guerra bacteriológica pasando por la teoría que señala que algunos macacos de cría (cautiverio) presentaban síntomas de alguna enfermedad oportunista.

Siguiendo la investigación con monos africanos se encontró que, los monos verdes, en condiciones óptimas de salud, tenían en la sangre un virus similar al VIH y el virus que algunos nativos de África portaban. El Doctor Max Essex (citado por Del Río, 1994),

concluyó que este virus (STLV III) se puede transmitir al hombre a través de mordida o arañazo. En este el virus sufriría un proceso de mutación hasta convertirse en el VIH.

La teoría del origen africano del SIDA sostiene la creencia que desde África se propagó al resto del mundo la epidemia. Algunos datos que la apoyan son que en algunas ciudades importantes de África Central del 5% al 10% de la población son portadores del virus. La cadena de transmisión sería África-Caribe-Estados Unidos, o África-Europa (Ríos, 1991).

En 1981 se publicaron los primeros informes que hablaban de un nuevo síndrome que estaba afectando a hombres jóvenes con aparición de infecciones oportunistas severas, especialmente neumonía por P. Carinni y con marcada disminución de los linfocitos CD4 se le denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y a partir de este momento se iniciaron las investigaciones sobre el agente causal, el comportamiento clínico y epidemiológico y el tratamiento del nuevo síndrome (Velásquez, 1993).

El primer acontecimiento fue un brote de cinco casos de varones jóvenes en la ciudad de Los Ángeles, el segundo hecho se refiere a un informe de ocho casos de Sarcoma de Kaposi en varones jóvenes en la Ciudad de Nueva York, en ambos casos se habían observado previamente fallas en el sistema inmunológico, todos los individuos afectados eran homosexuales. Rápidamente la enfermedad se etiquetó como una "epidemia de homosexuales" (Cohen, 1990).

En 1983 el doctor Luc Montagnier y sus colaboradores Barre-Sinoussi y Chermann, del Instituto Pasteur de París, lograron aislar un retrovirus que fue denominado LAV (del inglés lymphadenopathy associated virus). Al mismo tiempo el grupo estadounidense a cargo del Doctor Robert Gallo, trabajaba alrededor de un virus de la familia del HTLV-I virus causal de la leucemia /linfoma al mismo tiempo que afirmaba que el virus de Montagnier y colaboradores era producto de una contaminación de laboratorio. Las fotografías de Gallo mostraban un retrovirus diferente al presentado por el grupo de París. En múltiples publicaciones posteriores, y mediante escritos a muchos virólogos del mundo, Gallo descalificaba los trabajos del Instituto Pasteur. En julio de 1983 Feremans y sus colaboradores en Bélgica aislan y descubren el mismo lentivirus de París, obtenido del material de un enfermo de SIDA. En septiembre de ese mismo año, Montagnier y colaboradores encontraron en un paciente afectado de SIDA, un virus con las mismas características del lentivirus encontrado anteriormente. En diciembre del mismo año en Cambridge, Karpas descubre un lentivirus idéntico al descrito por Luc Montagnier, mientras que Gallo comunica haber descubierto por fin el verdadero virus y lo denomina HTLV-III (del inglés T-cell lymphotropic virus type-3) (Vizconde, 1997).

En 1986 un equipo de trabajo patrocinado por el Comité Internacional de taxonomía de los virus denominó HIV (human immunodeficiency virus) al lentivirus causal del SIDA quedando definitivamente comprobado que Luc Montagnier, F. Barre-Sinoussi y J.C. Chermann del Instituto Pasteur de París fueron los descubridores del retrovirus del SIDA. Posteriormente se le denominó HIV-1 por haberse descubierto un segundo HIV en África que recibió el nombre de HIV-II (Sandner, 1990).

Los servicios de Salud Pública de los Estados Unidos, aceptan la evidencia de que el SIDA era causado por un agente infeccioso de transmisión sanguínea y sexual, recomendando que las personas pertenecientes a alguno de los grupos se refirieran a hombres homosexuales y bisexuales, adictos a drogas intravenosas, pacientes con hemofilia, prostitutas y personas

que hubieran tenido contacto sexual con miembros de estos grupos (Boletín mensual marzo, 1997).

En 1983 aparecieron los primeros casos de SIDA en México, tratándose de hombres extranjeros radicados en este país, quienes iniciaron su padecimiento en 1981, teniendo en común viajes al extranjero o relaciones íntimas con extranjeros de países con las más altas tasas de incidencia.

En febrero de 1986, la secretaria de Salud creó de manera informal el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA). El propósito de este comité fue valorar los niveles y las tendencias del VIH y el SIDA en el país, establecer criterios para diagnóstico, tratamiento y prevención y coordinar la adopción y evaluación de normas, lineamientos y actividades de control apropiadas para lograr estos objetivos, el CONASIDA estableció cinco Subcomités:

- Vigilancia epidemiológica
- Promoción de la Salud
- Aspectos clínicos
- Control de la Sangre
- Asesoría legal

Una de las primeras acciones del CONASIDA fue incluir la detección obligatoria de todas las Unidades de sangre, de esta acción fue la detección de niveles sorprendentes de seroprevalencia de VIH en donadores de sangre pagados. La evidencia de las altas tasas de seroprevalencia en este grupo (72%) en comparación con los donadores voluntarios (0.02 % permitió otras modificaciones un año más tarde).

En mayo de 1987, se reformó el código sanitario y se estipuló como ilícito, el comercio de sangre, con un período de gracia de 6 meses antes que surtiera efecto esta iniciativa. Este período permitió al sector salud tomar las medidas necesarias para evitar la carencia de sangre.

Debido a la magnitud y complejidad del problema, el Comité evolucionó hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, creado por decreto presidencial el 24 de agosto de 1988, conservando las siglas de CONASIDA (Sepúlveda, 1989).

1.3 MECANISMOS O FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

Debido a que el VIH se aloja en sangre, semen y secreciones vaginales, los mecanismos de transmisión los constituyen aquellas situaciones que propician que estos líquidos se pongan en contacto.

Hasta el momento se reconocen 3 mecanismos de infección para el Virus de Inmunodeficiencia Humana:

- 1) Transmisión sexual
- 2) Transmisión parenteral o sanguínea
- 3) Transmisión materno fetal o perinatal

Transmisión sexual

Este tipo de transmisión ocurre mediante las relaciones sexuales sin protección de hombre a hombre, de mujer a hombre o de hombre a mujer, cuando hay intercambio de semen, líquido pre-eyaculatorio, fluidos o secreciones vaginales y uno de los participantes se encuentra infectado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

El virus puede ser transmitido directamente a través de:

- a) coito vaginal
- b) coito anal
- c) vía oral u ora-genital

La práctica anal es la de mayor riesgo seguido por coito vaginal y finalmente queda el sexo oral. El sexo oral en sí es muy común. Esta forma de transmisión ocurre cuando un hombre o una mujer chupa o lame los genitales o el ano de su pareja. El riesgo de contagio puede ser mayor si la boca, las encías o la garganta se encuentran irritadas, inflamadas y/o presentan llagas abiertas, lesiones o sangramientos en presencia de una enfermedad del sistema reproductivo.

Las prácticas sexuales que pueden hacer sangrar durante, el coito representan un riesgo muy alto. La inserción de los dedos o un puño en la vagina o recto pueden ocasionar lesiones causadas por ejemplo por las uñas o por una penetración brusca. Las lesiones del tejido rectal se pueden dar con facilidad ya que el revestimiento de esta zona es muy fino y seco, lo que puede ocasionar que el recto se vuelve muy vulnerable a la infección (CONASIDA, 1989).

Transmisión Parenteral o Sanguínea

La transmisión del VIH a través de la sangre es la fuente de infección cuya prevención depende más de los servicios de la red del sector pública y es en la actualidad menos frecuente porque antes de transfundir cualquier producto sanguíneo se somete a exámenes a los donadores.

En la actualidad está bien establecido que la sangre infectada se introduzca directamente en el torrente sanguíneo del receptor. Este tipo de transmisión puede ocurrir por:

- a) recepción de sangre o cualquier hemoderivado (glóbulos rojos, plaquetas, plasma y el concentrado del factor de coagulación).
- b) Reutilización de agujas y jeringas inadecuadamente esterilizadas
- c) Hemofílicos
- d) Uso de instrumental médico contaminado
- e) Infección accidental en personal médico y paramédico
- f) Trasplante de tejidos y órganos (Velásquez, 1993).

Transmisión materno-fetal o perinatal

La transmisión perinatal del VIH puede ocurrir cuando una mujer está intentando concebir un hijo, durante el embarazo y al amamantar una madre a su bebé. La incidencia de este tipo de transmisión está relacionada directamente con el número de mujeres con VIH/SIDA. Mientras siga aumentando la cifra y la proporción de mujeres portadoras del VIH irá también aumentando el número de niños afectados (Berer, 1993).

Se estima que una mujer seropositiva puede infectar a uno de tres hijos con el virus, quien a su vez puede desarrollar la enfermedad en los primeros años de su vida.

Transmisión intrauterina. Es la causa más importante de infección en los niños, se da a través de la placenta durante el embarazo. Aun se desconoce el período exacto en que el virus infecta al feto, el VIH se ha detectado en tejidos fetales a las 15 y 20 semanas de gestación (CONASIDA, 1989).

Transmisión durante el parto. El contagio puede ocurrir durante el parto posiblemente cuando la sangre materna e infantil se mezclan a través del cordón umbilical, o debido a la ingestión de mucosidad vaginal y/o sangre por parte del bebé (Berer, 1993).

Transmisión durante la lactancia. El calostro y la leche materna contienen concentraciones elevadas del VIH (Vizconde, 1997).

1.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las personas infectadas con VIH pueden mostrar un amplio espectro de enfermedades clínicas que van desde una infección aguda a un estado asintomático y a una inmunodeficiencia grave con infecciones crónicas y consunción. Se ha utilizado el término SIDA para describir las manifestaciones más graves, especialmente las infecciones oportunistas y los raros tumores asociados a la inmunodeficiencia. Sin embargo el estudio de las formas menos avanzadas de la infección por el VIH se ha visto en cierto modo dificultado por la falta de definiciones uniformes.

Las manifestaciones que desarrollará un determinado paciente infectado dependen de múltiples factores tanto del huésped como del propio VIH, y por el momento son impredecibles.

En la etapa de silencio el individuo se encuentra clínicamente sano, algunos pueden presentar infección primaria la cual puede cursar por fiebre, dolor de garganta, mialgias, diarrea, vómitos y síntomas neurológicos.

Una vez transcurrida la etapa del silencio, el individuo desarrolla niveles detectables de anticuerpos específicos contra el virus, es decir se convierte en seropositivo.

Desde que el individuo es seropositivo hasta que desarrolla la enfermedad puede pasar 5 o más años, esta etapa se conoce como infección asintomática, aunque en alguna etapa anterior, pudo presentar algún cuadro de infección primaria.

La mayoría de los enfermos desarrollan como primera manifestación de la enfermedad linfadenopatía generalizada persistente (LGP) o complejo relacionado al SIDA (CRS). El SIDA propiamente, ha sido dividido según el tipo de alteraciones que se presenten en cuatro grandes grupos de padecimientos: En este sistema, cada paciente se encuadra en un grupo y se considera a los grupos como consecutivos en el tiempo (Boletín CONASIDA Agosto, 2002).

Grupo I. Infección Aguda

Grupo II. Infección Asintomática

Grupo III. Adenopatías generalizadas persistentes (GPL)

Grupo IV. Otras enfermedades

Grupo I. Infección Aguda

La infección aguda corresponde a un conjunto de manifestaciones clínicas y biológicas específicas del VIH, transitorias y de gravedad variable. Se ha diagnosticado como una especie de enfermedad parecida a la mononucleosis. Este complejo se presenta generalmente a través de signos y síntomas que incluyen: fiebre, erupciones cutáneas, mialgias, artralgias, mal estado general, diaforesis, cefaleas, adenopatías, malestar de garganta, síntomas gastrointestinales y fotofobia. Además de pérdida de peso y presencia de síntomas neurológicos asociados a la seroconversión como encefalopatía aguda reversible y meningitis aséptica.

Las erupciones cutáneas consisten en erupciones de tipo rubéola, que aparecen sobre el tronco y extremidades, aunque puede afectar cara, manos y pies y que cede por lo general en las 2 semanas siguientes a la aparición.

Grupo II. Infección Asintomática

Incluye personas que no presentan signos ni síntomas de infección por VIH, pasan por una etapa en la cual no tienen ninguna manifestación clínica y en ellos es detectable únicamente mediante pruebas serológicas, lo que si pueden presentar son una amplia variedad de alteraciones inmunológicas, que oscilan entre anomalías mínimas del sistema inmune a graves inmunodeficiencias celulares (Boletín CONASIDA Agosto, 2002).

Grupo III. Linfadenopatías generalizadas persistentes o LGP.

Incluye pacientes con linfadenopatía palpable persistente con aumento de tamaño de los ganglios linfáticos de 1 cm o mayor, en 2 ó más órganos extrainguales, que persiste más de 3 meses en ausencia de una enfermedad concomitante, además de VIH que explique estos hallazgos.

En algunos casos, el primero que aprecia las adenopatías es el propio enfermo, mientras que en otros se descubre en una exploración y la incidencia de este estado clínico depende del cuidado con que se pregunte y explore al paciente

Grupo IV. Otras enfermedades

Incluye pacientes con datos clínicos de infección VIH, además de linfadenopatía (SIDA Hoy, 1997).

1.5 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Estas pruebas tienen una función diagnóstica en cuadros clínicos definidos. Es vital reconocer que son pruebas esencialmente inespecíficas y que, incluso, cuando se consideran como grupo no pueden utilizarse para establecer un diagnóstico de SIDA sin pruebas clínicas de infecciones o tumores oportunistas.

El diagnóstico de SIDA se apoya en la identificación de un patrón que incluye características clínicas y de laboratorio apropiadas. En consecuencia el SIDA no puede diagnosticarse, y no debe hacerse, en el laboratorio.

En la actualidad hay 3 métodos para descubrir una infección VIH y son los siguientes:

- a) Detección de anticuerpos VIH específicos producidos por el sistema inmunológico de las personas infectadas: ELISA, aglutinación, inmunofluorescencia, Western Blot.
- b) Detección del virus completo o sus proteínas: cultivo y detección de AG.P24
- c) Detección de antígenos virales en sangre: hibridación y sondas genéticas

Después de la infección con VIH, suelen aparecer anticuerpos a este virus en unas ocho semanas. Este proceso llamado seroconversión puede originar una enfermedad de tipo glandular inespecífica pasajera pero por lo general no hay síntomas. La fase aguda de la infección durante la cual se desarrollan anticuerpos, va seguida de una crónica que también puede ser asintomática o acompañarse de infección (La Jornada, Abril 2003).

Prueba de Elisa

Esta prueba reacciona a la presencia de anticuerpos en la sangre del donador, mostrando un color más intenso cuanto mayor sean las cantidades de anticuerpos en el suero. Si es positivo suelen practicarse 2 pruebas de ELISA más.

En México el estudio es el de ELISA en el que se emplea un antígeno obtenido por tecnología de ADN recombinante esta prueba consiste en incubar el suero "problema" con antígenos del virus de la inmunodeficiencia humana adheridas a una "fase sólida".

Si existen en el suero anticuerpos específicos, estos se unirán a las proteínas virales primera incubación previo lavado, se agrega al sistema anticuerpos "anti-humanos" conjugados con una enzima. Así los controles positivos y las muestras que contengan anticuerpos específicos mostrarán coloración. Por lectura en un espectrofotómetro se determina el resultado positivo o negativo de las muestras comparándolas con controles adecuados.

Pruebas de Confirmación

Todas las pruebas repetidamente positivas por ELISA serán sujetas a confirmación. No debe considerarse positiva una muestra en base exclusivamente a los resultados de ELISA, por lo tanto no se debe notificar al interesado hasta obtener la confirmación mediante inmunoelectrotransferencia (Western Blot) o inmunofluorescencia.

Inmunoelectrotransferencia

Es una prueba más específica que la detección y requiere experiencia para su interpretación. Se basa en la combinación de dos métodos:

Primero se separan "bandas" de proteínas virales por electroforesis en gel de poliacrilamida, según su peso molecular. Las proteínas virales separadas por electroforesis, se transfieren a una hoja de nitrocelulosa mediante electrotransferencia. La hoja de nitrocelulosa se corta en tiras delgadas (una para cada prueba) y se les somete a un procedimiento semejante al descrito para el examen ELISA, utilizando como antígeno las "bandas" de proteínas virales separadas a nitrocelulosa.

Inmunofluorescencia

Es una prueba de ejecución relativamente sencilla y económica pero requiere de personal altamente calificado para su correcta interpretación. Detecta la presencia de anticuerpos anti-VIH utilizando células H 9 infectadas por el virus y que por lo tanto expresan en su membrana citoplasmática y antígenos virales. Los sueros de individuos que contengan anticuerpos "anti-humanos" conjugados con isotiocianato de fluoresceína, darán un patrón de coloración característico.

Es importante considerar que los individuos con pruebas de detección repetidamente positivas y que sean también positivos en pruebas confirmatorias, deben considerarse como infectados por el VIH e infectantes. Estos individuos no necesariamente tienen SIDA, pueden corresponder a cualquiera de los estadios de la infección de acuerdo a la clasificación hecha por CONSIDA (Boletín SIDA, 1997).

1.6 PREVENCIÓN

La mejor forma de combatir una enfermedad es previniéndola. La vacunación es la forma más simple, segura y efectiva de prevención. Las vacunas tienen el antecedente de haber tenido éxito en las campañas contra varias enfermedades virales como la viruela y la poliomielitis entre otras.

La prevención es actualmente la única vía para frenar la propagación de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Las actividades preventivas representan acciones en 3 sentidos:

- 1) La educación
- 2) La información
- 3) El control sanitario
- 4) La vinculación de esos aspectos

La educación pretende la modificación de conductas que conlleven riesgo de adquirir la infección por VIH. La educación es muy compleja ya que se trata de cambiar prácticas que son habituales en los individuos y que se interrelacionan con múltiples aspectos de la personalidad. La prevención incluye a la sociedad en conjunto.

Las actividades educativas se dirigen en primer lugar, a aquellas personas con prácticas o conductas que las ponen en riesgo de adquirir la infección como trabajadoras (es) del sexo, usuarios de la prostitución, adolescentes, jóvenes y reclusos.

La educación no sólo se refiere al hecho de informar sino, también inducir cambios cuando existen prácticas que entrañan riesgo de contraer la infección, las campañas educativas

deben elaborarse en forma cuidadosa, respetando los diferentes patrones culturales de los grupos a que van dirigidos y el contenido de los mensajes educativos tendría, que adecuarse, a cada uno de estos grupos.

La prevención se facilita en la medida que el sujeto está en posibilidad de seleccionar sus prácticas sexuales. La educación sobre la transmisión sexual busca informar al individuo sobre el riesgo que existe en las diferentes prácticas sexuales, y cuáles son las diferentes opciones preventivas. Las tres medidas recomendadas son las siguientes:

- a) Abstinencia sexual
- b) Relación mutua monógama con una pareja sana
- c) Utilización de preservativo o condón

Cuando no se lleven a cabo estas medidas deberán realizarse aquellas prácticas que se conocen como sexo seguro. El término se refiere a prácticas sexuales que disminuyen la posibilidad de intercambio de secreciones (sangre, semen y fluidos vaginales) entre la pareja.

En otras vías de transmisión como la sanguínea, los programas de selección de donadores sanguíneos, prohibición del comercio con la sangre y tamizaje de productos sanguíneos con disminución de los productos infectados han resultado exitosas para controlar esta transmisión, hasta el punto en que los casos se han reducido significativamente.

Una de las áreas más promisorias es en la transmisión perinatal. Actualmente el estándar de atención para mujeres embarazadas que cursan con infección por VIH incluye la administración de zidovudina a la madre ya que es capaz de reducir la transmisión en 2/3 de los casos en lo que respecta al control sanitario se refiere a garantizar la seguridad de los productos sanguíneos que se utilizan con fines terapéuticos, a fin de que se suministre este, libre de infección (Bertz, 1999).

1.7 TRATAMIENTO

Actualmente no existe todavía una terapéutica que destruya al VIH aunque si la forma de restablecer la deficiencia inmunológica subyacente o inducida por el virus y los esfuerzos de las investigaciones se dirigen hacia el tratamiento del defecto inmunológico y desarrollo de agentes efectivos contra el virus.

El SIDA no tiene curación, pero la infección y los cánceres relacionados con él, pueden tratarse con grados variables de éxito, así mismo representan en el presente uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial.

En Conferencia Magistral ofrecida en el Centro Médico Nacional siglo XXI del IMSS, Luc Montagnier habló sobre los avances recientes en la era de la patogénesis del SIDA, los nuevos avances terapéuticos así como las opciones de vacunación. Todavía siguen existiendo limitaciones en el conocimiento de la patogénesis del SIDA y su tratamiento.

Actualmente no existe una terapéutica efectiva que destruya el VIH pero si se ha avanzado en la forma de reestablecer la deficiencia inmunológica subyacente o inducida por el virus y

los esfuerzos de las investigaciones se dirigen hacia el tratamiento del defecto inmunológico y desarrollo de agentes efectivos contra el virus (Bertz, 1996).

La terapéutica en el SIDA teóricamente se puede dirigir a las siguientes opciones:

- a) Detección y tratamientos rápidos de infecciones y neoplasias
- b) Una reconstitución y mejora del sistema inmunológico defectuoso
- c) Tratamientos antirretrovirales directos de rescate
- d) Una combinación de los anteriores

Los tratamientos antirretrovirales consisten en atacar una enzima específica clave de la maduración y reproducción del VIH, con lo que el enfermo, si bien, no se cura definitivamente, tendrá una mejor calidad de vida. Los nuevos abordajes terapéuticos tratan de disminuir la carga viral a través de inhibidores más potentes como son los de proteasa. Siendo este la base para eliminar o retrasar la presencia de mutantes de VIH resistentes, sin suprimirla totalmente, y es también la justificación para la utilización de terapias combinadas, ya que los mutantes resistentes a un fármaco, no son los mismos para otro. Entonces los inhibidores de proteasa impiden nuevos ciclos de infección a otras células, pero no actúan sobre la replicación viral en células ya infectadas, como si lo hacen los inhibidores de la transcriptasa reversa (Erickson, Guinik y Marcowitz, 1999).

Por último es importante destacar que hasta el presente los especialistas en VIH consideran que combinando los tratamientos, es decir, administrando 2 ó más medicamentos alternadamente o al mismo tiempo se obtienen mejores resultados para las personas infectadas con el VIH. La terapia combinada reduce la posibilidad de que el virus desarrolle resistencia a cualquiera de los medicamentos y permite utilizar dosis más bajas de cada uno de ellos. Esto también puede reducir los efectos secundarios sin sacrificar la efectividad y es recomendable en pacientes que ya no responden al tratamiento.

Además del tratamiento no debemos olvidar la prevención, la educación, la información y la vinculación de estos aspectos. Así como tratar de modificar las condiciones socioculturales que son la base de la gran transmisión heterosexual (La Jornada, Febrero, 2002).

1.8 SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO DENTRO DEL MARCO INTERNACIONAL

Actualmente hay un total de 3,086 mujeres que viven con SIDA en todo el país. En estas cifras no se considera a las mujeres que viven con el VIH sin saberlo, una cantidad que podría estimarse superior a los 21 mil casos. Cuatro millones habrán muerto de SIDA. La cantidad total de personas infectadas por el VIH será entre 30 y 40 millones.

ONUSIDA reporta que nuestro país ocupa de acuerdo a la prevalencia del VIH en población adulta, el lugar 77 a nivel mundial y el lugar 23 considerando sólo al Continente Americano y el Caribe. Así mismo este organismo ha propuesto una tipología para caracterizar la epidemia del SIDA: incipiente, concentrada y generalizada. México se clasifica como un país, que tiene una epidemia concentrada, la cual significa que aunque la infección por VIH se ha difundido rápidamente en algunos subgrupos de la población, aún no se generaliza en la población en general. Es decir, México tiene una prevalencia elevada

en hombres (15%) y usuarios de drogas inyectables (6%), pero mantiene una prevalencia baja en población adulta de 15 a 49 años (0.3%) y mujeres embarazadas (0.09%) (Boletín de Prensa Letra S CONASIDA, 2002).

Estas cifras llevaron al Programa Conjunto de Naciones Unidas contra el VIH/SIDA (ONUSIDA) a centrar su campaña anual mundial contra el SIDA para 2003 en desarrollar programas e iniciativas en los diferentes países en donde el gran reto de la campaña es evitar que la epidemia abarque no sólo a la población general sino también a la mujer, ya que la tendencia internacional muestra abiertamente que esta epidemia afecta cada vez más fuertemente a la población femenina en particular a la más pobre y carente de poder. Como resultado del inicial perfil masculino de SIDA, el impacto de la epidemia en la mujer ha sido subestimado y pasado por alto. Para entender la magnitud de la epidemia, hay la necesidad de construir un perfil femenino para ello. El objetivo final es crear un propio perfil para describir el impacto sociológico de la epidemia en la mujer, incluyendo a las mujeres quienes son cuidadoras.

El riesgo de infección en la mujer de VIH/SIDA no puede ser entendido sin examinar los roles y la estratificación de género, la relación entre pobreza e infección VIH/SIDA. Sin embargo el control y la represión de la epidemia de SIDA entre heterosexuales depende de la conducta masculina, unos cuantos estudios han documentado que el rol del hombre juega un papel crucial en la elevación del riesgo por su pareja sexual (Campbell, 1999).

En América Latina existen indicios de un aumento de la propagación entre los sectores más pobres de la población, así como en mujeres de acuerdo al comunicado de prensa de ONUSIDA Julio, 2002.

CAPÍTULO II

2.1 DEFINICIÓN DE AUTOCONCEPTO, AUTOIMAGEN Y AUTOESTIMA

Los estudios realizados sobre el "yo" han dado lugar a un marcado desarrollo en la psicología y se ha identificado al constructo hipotético de Autoconcepto como sinónimo de conciencia de sí mismo, del self o de la introspección. Dicho constructo incluye a su vez conceptos tales como la Autoimagen y la Autoestima. Sin embargo como menciona Magaña (1996), la distinción entre la descripción de sí mismo y la evaluación del sí mismo no es clara, pues ambas se influyen mutuamente.

La Psicología ha utilizado el Autoconcepto con dos significados distintos: como objeto y como proceso (Magaña, 1996). El primero hace referencia a las actitudes, sentimientos, percepciones y evoluciones de la persona con respecto a sí mismos. El Autoconcepto es por lo tanto considerado como objeto de estudio. Es decir, lo que piensa de sí misma una persona es lo que hay que considerar para su estudio. El segundo hace referencia a los elementos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación del sujeto tales como pensar, recordar o percibir. Así el Autoconcepto es ejecutor de los procesos cognoscitivos del individuo y, en consecuencia, estos son el objeto de estudio. Es importante, entonces, considerar las diversas concepciones de algunos autores:

De acuerdo con Ramírez (1998), la noción de Autoconcepto es un fenómeno difícil de aprender. Por una parte la explicación sobre su origen, desarrollo y evaluación enfrenta a la diversidad de enfoques que han predominado en Psicología. Por otra, es común que se le diferencie, sustituya, incluya o se le sobreponga a otras categorías, incluso no hay acuerdo en el origen del término, por ejemplo, Galindo (1993, cit. en Ramírez, 1998), considera que el término Autoconcepto empezó a perfilarse a partir de la escuela psicoanalítica de Hartman y Erikson. Posteriormente se solidifica con las aportaciones de William James, Gordon Allport y Carl Rogers quienes dirigen la noción de sí mismo a la noción actual de Autoconcepto.

Al respecto Bonilla, Hernández, Andrade y Córdoba (1996), mencionan que a pesar de la importancia del Autoconcepto aún no existe una uniformidad para designarlo, sin embargo la mayoría de los autores coinciden en señalar que es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de sí mismo, producto de sus interacciones con las demás personas.

Una derivación que ha tenido el desarrollo teórico del estudio del Autoconcepto es la proliferación de enfoques unilaterales que explican el origen y el desarrollo del conocimiento de sí mismo desde posturas específicamente individualistas hasta enfoques particularmente sociales (Ramírez, 1998).

Satir (1995), afirma que durante la primera infancia el concepto de sí mismo se conforma casi exclusivamente dentro del núcleo familiar, posteriormente al comenzar la escuela las influencias se amplían, los amigos y maestros son de gran importancia pero la familia siempre ocupa el papel preponderante en este proceso.

Mead en 1934 (Mead, 1990), establece que el sí mismo es un proceso que utilizó símbolos. Que se va desarrollando con el paso del tiempo mediante el contacto con los demás (interacción y los roles que juega) y con una continua comunicación social (uso del lenguaje entre unos y otros). La cual tiene como primer efecto el hecho de que las personas aprendan a verse como objetos de conocimiento, lo que posteriormente les permitirá pensar acerca de sí mismos como objeto, tomar actitudes y experimentar sentimientos respecto de sí mismos. Para Mead el sí mismo, es en sí, un objeto de conocimientos que no es unitario puesto que este puede desarrollarse de múltiples formas creándose muchos sí mismos, que tienen como base los diferentes grupos sociales. Así puede haber un sí mismo familiar, uno escolar, otro del trabajo y muchos más.

Valdéz (1994), plantea que aunque muchos autores han escrito aceptando que el término de Autoconcepto tiene sus bases en 1890 en un escrito de William James no es sino hasta las décadas de 1940-1970 cuando dicho término hace gala de presencia en los escritos de los psicólogos y es trabajado en forma más profunda.

Valdéz (1994), define el Autoconcepto como "una estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de aspectos conductuales afectivos y físicos reales e ideales acerca del propio individuo, que funcionan como un código subjetivo de acción, hacia el medio ambiente interno y externo que rodea al sujeto".

Para James (citado por Magaña, 1996), el Autoconcepto es la suma total de lo que el ser humano puede llamar suyo; su cuerpo, sus rasgos, sus actitudes, sus posesiones materiales, su familia, sus amigos, su vocación, sus ocupaciones etc, lo considera compuesto de tres aspectos:

- 1) Un "yo mismo material" que comprende las pertenencias y los objetos que se identifican como parte y propiedad de alguien.
- 2) Un "yo mismo social" integrado por los grupos y personas que conforman el entorno social como la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, etcétera.
- 3) Un "yo mismo espiritual" que contempla los valores éticos, morales y religiosos que rigen el actuar humano y son capaces de evocar sentimientos tanto de autoestima y bienestar como de baja autoestima o desagrado.

De acuerdo a Oñate (1989), el Autoconcepto surge de la pregunta filosófica ¿quién soy yo? Este autor se remonta a la cultura griega para explicar el concepto y menciona que con Platón se inicia el estudio del yo entendido como el alma. Aristóteles por su parte, es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del yo. Es San Agustín el que describe el primer atisbo de introspección de un yo personal.

Skinner (1986), desde su perspectiva del análisis de la conducta considera que la persona o el yo es un organismo de la especie humana, que ha adquirido un repertorio de comportamientos, que son producto de la historia de la cual uno es libre y que, de hecho determina lo que la persona (yo) hará posteriormente, sin embargo, la persona (yo) no es un agente generador es un locus, un punto en el cual confluyen muchas condiciones genéticas y ambientales en un efecto común (Skinner, 1986).

Cooley (1950), señala que el concepto de sí mismo se refiere al yo reflejo, esto es, el concepto que una persona puede tener de su propio yo depende de las relaciones y opiniones que los demás tengan de ella.

Para Sullivan (1955), el Autoconcepto o self sería el resultado de la organización de ciertas experiencias para evitar o controlar estados de ansiedad. Para él, el sí mismo emerge de la interacción social. Sin embargo la parte medular radica en la interacción del niño con personas o eventos que para él van a ser significativos. Como puede ser la madre o lo que derive de esa relación.

Rogers (1977), concibe el Autoconcepto como imagen fenoménica de uno mismo, dotado de una capacidad para reorganizarse y compuesto de dos aspectos fundamentales:

1. El organismo, que se refiere al centro de cualquier experiencia e incluye todo lo que ocurre internamente y es experimentado conscientemente en un momento determinado. Esta totalidad experiencial constituye el campo fenoménico.
2. El sí mismo, que es una parte de ese campo fenoménico que se va diferenciando poco a poco y se convierte en sí mismo o Autoconcepto, constituye una Gestalt organizada y coherente.

Rogers (1977), define el Autoconcepto como la organización de percepciones conscientes con respecto a sí mismo. Esto está integrado por percepciones de las características y capacidades de sí mismo en relación con los demás y con el medio ambiente.

Así mismo, Rogers (1977), distingue tres características de las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo:

1. Cognoscitiva, se refiere al contenido específico de la actitud.
2. Evaluativa, son los juicios que se hacen respecto al contenido de una actitud.
3. Afectiva, se trata de sentimientos relacionados con el juicio evaluativo, es decir, la aceptación o rechazo de uno mismo, y esto está íntimamente relacionado con la autoestima.

El Autoconcepto se refiere a cómo se percibe la persona a sí misma, y como cree que la perciben los demás. Esta percepción puede ocurrir tanto consciente como inconscientemente y en algunas ocasiones se notarán contradicciones entre ambas percepciones (Rivera, Esquivel y Lucio, 1987).

Shavelson, Hubner y Stanton (1976), afirman que la distinción entre Autodescripción (Autoconcepto) y Autoevaluación (autoestima), no es clara conceptualmente y no ha sido demostrada empíricamente.

Hemacheli (1981), define al yo "como aquella parte de la individualidad de la que se tiene conciencia". El concepto de sí mismo lo define como el conjunto de ideas y actitudes que son conscientes en un momento determinado, es una estructura cognoscitiva organizada que deriva de las experiencias del "yo" y a la autoestima lo define como "una dimensión afectiva, indicando el grado de valor que se concede al yo".

Coopersmith (1967), menciona que la imagen del niño se forma de sí mismo, para el Autoconcepto o Autoimagen, es la imagen que carga como guía para sus acciones y así espera ser tratado. Esta autoimagen es el contenido de sus percepciones y opiniones, su autoestima representa las actitudes, valores y la evaluación que él hace de su autoimagen. El ejemplo que para Coopersmith para mostrar las diferencias entre la autoimagen y la autoestima es que un niño puede verse como maloso activo y medianamente hábil (su autoimagen) y concluir que también es popular, un individuo capaz y por lo tanto hace una aprobación positiva de sí mismo (autoestima).

Coopersmith (1967), postula sus ideas acerca de la autoestima como un concepto muy complejo que incluye evaluación de sí mismo, reacciones defensivas y otros correlatos. Para él, la autoestima es un juicio personal sobre la dignidad de una expresada en las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo", así como "la extensión en que la persona cree ser capaz, significante, exitosa y digna. El define cuatro grupos de variables como importantes en las determinaciones de la autoestima, valores, éxitos, aspiraciones y defensas. Igualmente afirma que son necesarias algunas condiciones para lograr un alto nivel de autoestima desde la niñez:

- 1) Que los padres acepten a sus hijos.
- 2) Que los padres pongan límites a sus hijos de manera claramente definida.
- 3) Que los padres respeten las iniciativas particulares de sus hijos dentro de los límites ya establecidos por los padres.

Para Wells y Marwell (1976), la autoestima está íntimamente relacionada con el aspecto afectivo de las actitudes, es decir, con la evaluación que realizamos respecto al contenido de dichas actitudes.

Para Jacobson (1964), la autoestima es la cacterización libidinal del sí mismo, es la expresión emocional de la autoevaluación.

Epstein (1973) y Kohut (1971), mencionan que, se ha encontrado evidencia de la existencia de una alta correlación entre el grado de autoestima y desajustes emocionales como la depresión, igualmente, se ha demostrado que existe correlación entre la subescala de neuroticismo del inventario de personalidad de Eysenck y el componente de infelicidad y pobre autoestimación del inventario de Autoestima de Coopersmith. Como hemos podido notar, es difícil establecer un criterio único sobre las diferencias conceptuales, por lo tanto, entenderemos al Autoconcepto y a la Autoimagen como sinónimos y a la Autoestima como el componente evaluativo y/o afectivo del Autoconcepto.

2.2 DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO

Si se toma en cuenta que la personalidad se ve moldeada por una interacción constante entre el temperamento y el medio ambiente, existiendo tres factores responsables en su desarrollo, la dotación hereditaria, la experiencia temprana con la familia y los eventos de la vida posterior, encontramos que el desarrollo del Autoconcepto precede del contacto que el niño tiene con las personas, el medio como éstos lo tratan, lo que le comunican, lo que dicen sobre él y la posición que tiene con el grupo con el cual se identifica.

En un principio, la influencia predominante en el desarrollo del autoconcepto, radica en los miembros de la familia, debido a que se constituyen como las personas más importantes en la vida del niño.

Spitz (1966), describió ampliamente el proceso de formación del sí mismo postulando que su establecimiento final se lleva a cabo alrededor de los 15 meses de vida: "Los pasos que llevan al surgimiento del self consisten en sucesivas fases de creciente diferenciación en la psique y de la creciente concientización del sujeto en la psique - separación del ambiente que lo rodea"

Spitz (op.cit) describe las fases por las que debe pasar un niño para la conformación final del sí mismo de la siguiente manera: "En una primera fase, el sistema del yo nace como "yo" corporal a los 3 meses de vida. En este período el sujeto tiene conciencia de percepciones fuera de él, pero no que el yo es consciente del sujeto como entidad que siente. A los 3 meses, la conciencia del no-yo es el indicador de que el niño se ha convertido en una entidad psicológica separada".

Sigue puntualizando Spitz (op. cit.) El yo y el no-yo son conceptos no analíticos. Estos términos denotan la incipiente conciencia del sujeto de que hay "algo separado de él mismo". "En este estado, algo separado en su ambiente". Esta conciencia surge a través de la progresiva restricción del narcisismo primario del recién nacido, por el comienzo de las funciones rudimentarias del yo, entre las que se destaca la percepción.

En los tres meses siguientes, el bebé elabora una conciencia del "yo", en virtud de acciones realizadas en sus relaciones con el no-yo. El "yo", por lo tanto, debe ser concebido como el precipitado cognoscitivo de la experiencia. En contraste, el "yo" como sistema es una construcción de la teoría psicoanalítica.

Con respecto a la segunda fase, señala: "La distinción entre el ambiente vivo que lo rodea y el inanimado comienza en la segunda mitad del primer año de vida, alrededor de los 8 meses, cuando el niño es capaz de distinguir el objeto libidinal de los extraños. La ansiedad de los 8 meses marca el comienzo de las relaciones objetales propiamente dichas y prepara el escenario para la incipiente conciencia del sí mismo. En el estadio precursor de las relaciones de objeto, el objeto era una parte constituyente del no-yo. De la cual es segregada paso a paso, comenzando como objeto parcial. Logra la dignidad del objeto amado como resultado de intercambios emocionales que progresivamente se transforman en verdaderas relaciones de objeto.

Por otra parte la creciente autonomía del niño y su deseo de independencia lo hacen cada vez más consciente de la separación en los próximos seis meses. Esto culmina con la adopción del mecanismo logrado por identificación con el agresor contra el objeto libidinal, alrededor de los 15 meses. El indicador de este acontecimiento es el uso del "no" (gesto y palabra).

Para, Spitz (op. cit), la aparición del "no" marca el inicio de la última fase de la formación del sí mismo. La aparición del no es el instrumento mediante el cual no sólo sigue elaborando aún más su separación del adulto, sino también objetivando su sí mismo siendo también muy importante el papel que juega la frustración. La adquisición del "no" es la indicación de un nuevo nivel de autonomía, de la conciencia del "otro" y de "sí mismo", es el comienzo de la reestructuración de la acción mental en un nivel de

complejidad mayor, inicia un extenso desarrollo del yo en cuyo marco la preponderancia del principio de realidad sobre el principio del placer se establece crecientemente.

En esos seis meses (de los 9 a los 15) los contactos corporales y epidérmicos son reemplazados por lazos emotivos. Sigue Spitz: "El desarrollo progresivo de estos lazos emotivos en los seis meses siguientes, su proceso dinámico y la ayuda de la identificación con el agresor. Llevan al establecimiento del sí mismo. El infante se ha convertido de entidad física esperada en una entidad psicológica separada y por último, en una unidad social separada, mediante la confrontación de sí mismo, es decir, los otros. El origen del sí mismo está conectado por una parte al cuerpo y sus funciones y por otra, como ya se dijo, a los intercambios que ocurren en las relaciones objetales. Por lo tanto tiene un doble origen, narcisístico y social, según Spitz, puede tracearse en todas nuestras referencias al sí mismo: autoconsideración, autosuficiencia, autoimportancia, etc.

Toda conciencia de sí mismo combina la conciencia del "yo" de uno mismo como madre y bebe, teñido con la conciencia de la reacción de "otros" hacia ella. Spitz finaliza la explicación de su postura sobre el sí mismo hablando del papel de la frustración y de la etapa anal: La conciencia de "sí mismo" en el segundo año de vida, es el indicador de que el niño ha comenzado a funcionar como una entidad social separada.

Cada uno de estos pasos es reforzado mediante la frustración. Las frustraciones físicas lo fuerzan a ser una entidad física separada, también lo transforman en una entidad social mediante frustraciones psicológicas. Estas frustraciones refuerzan la percepción de sí mismo con una entidad volitiva separada mediante la restricción progresiva del panorama de las acciones del niño.

Mahler (1972), también postula la gran importancia de la calidad de la relación entre madre y bebe, lo cual facilita el proceso de diferenciación del sí mismo del objeto mediante el proceso separación-individuación. A este proceso, Mahler lo denomina "organizaciones simbióticas del nacimiento psicológico, estableciendo que durante la fase simbiótica, el self y el objeto están aún indiferenciados y hasta que se logra por completo el proceso de separación-individuación", el niño logra asumir sus propias características individuales. En sus propias palabras: el proceso de separación-individuación implica dos tipos definidos de desarrollo aunque interdependientes: una línea es la individuación rápidamente progresiva del niño de dos a tres años, que es llevado a cabo por la evaluación y expansión de las funciones autónomas del yo que se centran alrededor del desarrollo del concepto de sí mismo en el niño.

La línea paralela de desarrollo es la conciencia creciente del niño de su funcionamiento independientemente y separadamente de, la hasta ahora parte externa fundida simbióticamente de su "yo": la madre. Quizá esta línea se centra más alrededor de las representaciones de objeto en desarrollo del niño

Signe puntualizando Mahler (op. cit.) "Son el amor de la madre por el niño y la aceptación de su ambivalencia lo que permite al niño de dos a tres años catectizar su autorepresentación con energía neutralizada. Donde hay una falta real muy grande o fantaseada de aceptación por la madre, hay un déficit en la autoestima y una consecuente vulnerabilidad narcisista, que también depende de otros factores tales como

la distribución impulsiva, la estabilidad relativa de las representaciones del ser y del objeto y el curso del desarrollo subsecuente. De acuerdo con Spitz, Mahler afirma que "la fase negativista normal del niño es la reacción de conducta que acompaña a este proceso de individuación o desenganchamiento de la simbiosis madre-hijo".

Allport (1976), considera que el sí mismo se forma mediante un largo proceso que se inicia desde el nacimiento. Postula que los ocho factores que integran el sí mismo, se van integrando paulatinamente de acuerdo a la edad y circunstancias, esperándose que al llegar a la adolescencia, el Autoconcepto se encuentra consolidado.

González Núñez, Romero, y de Tavira, (1986), retoman las fases de adolescencia tardía (19 a 21 años) y la post-adolescencia (21 a 24 años). Estos autores retoman que, en la adolescencia tardía "el individuo gana en capacidad propositiva, integración social, predecibilidad, constancia emocional y estabilidad en su autoestima. Hay una mayor unificación entre los procesos afectivos y los volitivos. Consideran que una característica del desarrollo en esta etapa es "la integración de un yo que combina los retardos parciales con expresiones de estabilidad como el trabajo, el amor y la afirmación de una ideología. El individuo toma conciencia de sí mismo como un ser social. Se trata de un momento de cambio decisivo y, en consecuencia, de una etapa de crisis que con frecuencia, somete a esfuerzos determinantes la capacidad integrativa del Individuo y provoca inadaptación, deformaciones yóicas, maniobras defensivas y una psicopatología severa".

Con respecto a la post-adolescencia (21 a 24 años), González Núñez y colaboradores (op. cit) mencionan que en esta etapa "se ejerce la moralidad con un énfasis en la dignidad personal o autoestima más que en la independencia superyóica y en la gratificación instintiva". El Yo ideal ha tomado posesión de la función reguladora del Superyo de diversas maneras y se ha convertido en heredero de los padres idealizados de la infancia. La confianza antes depositada en el padre ahora se centra en el self. Se realiza todo tipo de sacrificios con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima. Cuando no se logra organizar un self estable o cuando este no convierte cualquier conflicto en Yo sintónico, se detiene seriamente el desarrollo del individuo y la evolución post-adolescente sufrirá desviaciones. Más adelante, mencionan que "esta fase que cierra la adolescencia se caracteriza por una actividad del Yo integrativa y adaptativa más bien que defensiva". Se acentúa el proceso total de consolidación y la formación definitiva del self como la alteración característica más importante del yo en la adolescencia tardía y la "post-adolescencia. Esto, de acuerdo a los autores "permite al individuo la persecución independiente de los intereses yóicos y la seguridad de una descarga tensional dirigida hacia los objetos, igualmente para el individuo frente a sus limitaciones reales y frente a la realización en él de la condición humana".

Desde el punto de vista de las influencias sociales, algunos autores sostienen que la formación del sí mismo y su concepto está directamente vinculado con los valores que se adquieren en su ambiente cercano. Para Epstein (1973), una vez que las introyecciones se han organizado surge el Autoconcepto. Este pasa a ser una teoría respecto del "sí mismo que el sujeto ha construido inadvertidamente" a través de su experiencia y función en el medio. Esta teoría contiene una serie de postulados acerca de la naturaleza del mundo, del sí mismo y de su interacción.

Mead (1934,1968) comenta: "la emergencia del sí mismo depende de que el individuo logre objetivarse a sí mismo, proceso que requiere la introspección de las actitudes de

otros hombres en respuesta a la propia actuación." Afirma que los valores y actuar los roles que los adultos adoptan, van conformando paulatinamente, su Autoconcepto. Mead también observa que el maestro se convierte en una persona tan importante para el niño, que éste comienza a adoptar papeles que el maestro juega en clase, por lo que las conductas de los maestros y la forma en que se interrelacionan con sus alumnos, influyen importantemente en la formación del concepto del sí mismo. Lo mismo apunta con respecto a personas que comienzan a ser significativas para el niño fuera de su ámbito más cercano con los amigos.

Esta adopción de roles y modelos conductuales, que inicialmente son ajenos al niño, le lleva a crear valores que conducen al concepto del yo o se integran a él. Como afirma Cooley (1968), el Autoconcepto se desarrolla en base a la percepción que se tiene de la actitud que personas significativas tienen de uno mismo.

Aisenson (1982), también afirma: "como ser dotado de conciencia, como sí mismo, se surge únicamente dentro de un medio social".

Cooper, Holman y Braithwhite (1983), afirman que el nivel de autoestima de los hijos está en función del apoyo y la cohesión familiar. Si la familia se encuentra fragmentada o con algún nivel de conflicto, el niño percibirá menor apoyo de ello y su Autoconcepto disminuirá, sintiéndose sólo y aislado aún dentro de su núcleo familiar. Por lo tanto, Cooper enfatiza que es necesario un buen ajuste y cohesión dentro de la familia para optimizar el desarrollo emocional de sus integrantes.

De igual manera, Ginnot (1986), afirma que los patrones de comunicación en la familia son un factor muy importante para la determinación del Autoconcepto. Si el padre es rechazante, autoritario y juicioso, el Autoconcepto del niño será más bajo, si el padre es más positivo y empático, el Autoconcepto será más alto.

2.3 TEORÍAS DEL AUTOCONCEPTO.

El término de Autoconcepto empieza a perfilarse a partir de la escuela psicoanalítica, cuando Hartman y Erickson dan una visión de lo que significa el "yo" dentro de la personalidad, solidificándose este posteriormente con aportaciones hechas por William James, Allport y más recientemente por los de Carl Rogers quién dirigió la atención del sí mismo hacia la noción actual de Autoconcepto. Sin embargo, una gran mayoría de teóricos considera que la noción de Autoconcepto se deriva directamente de la llamada psicología del "yo", particularmente de la teoría del sí mismo (Katchadourian, 1983).

William James (1968), es considerado por diversos autores como el primer psicólogo en estudiar el sí mismo. Este autor, establece que el sí mismo es la suma total de cuanto un hombre puede llamar "suyo", su cuerpo, sus rasgos, aptitudes, posesiones, familia, vocación, ocupaciones, estados de conciencia y reconocimiento social. Así mismo, considera al sí mismo como un fenómeno consciente.

Según James, el análisis del sí mismo contiene básicamente tres aspectos. Los elementos que lo constituyen, los sentimientos y las acciones orientadas hacia su búsqueda y preservación. Identifica dos diferentes aproximaciones fundamentales, una

en la que el sí mismo es reconocido como un conocedor o con una función ejecutiva y la otra en lo que es reconocido como un objeto que es conocido.

Es así como, William Fitts (1965), inicia uno de los programas más completos de investigación sobre el Autoconcepto, aporta una escala que mide varios aspectos del sí mismo. Menciona que el concepto de sí mismo de los individuos ha demostrado ser de gran influencia en muchas de sus conductas, así como estar directamente relacionado con su personalidad general y salud mental.

Por lo tanto, para Fitts, el conocimiento de la forma en cómo se percibe el sujeto a sí mismo es de gran importancia en la práctica clínica y la investigación dado que provee un marco de referencia a partir del cual es posible elaborar hipótesis respecto de la conducta que exhibirá en un momento dado.

El sí mismo y el yo de Symonds

Symonds (en May y Lindsey, 1970), define al yo como un "grupo de procesos (percibir, pensar, recordar responsables del desarrollo y la ejecución de un plan de acción destinado al logro de satisfacción a modo de respuestas a impulsos internos" y al sí mismo "como las formas de reacción del individuo ante sí". Menciona que el sí mismo tiene 4 características:

- a) Cómo se percibe a sí mismo la persona.
- b) Lo que piensa de sí misma.
- c) Cómo se evalúa.
- d) La manera en que, mediante diversas acciones, busque engrandecerse o defenderse.

Señala, además, que dichos aspectos pueden ser o no conscientes. Así, la percepción consciente de sí mismo puede ser opuesta a la inconsciente.

El sí mismo fenoménico de Snygg y Combs (1949).

Estos autores se catalogan como fenomenólogos y juzgan que toda conducta está íntegramente determinada por el campo fenoménico del organismo actuante y pertinente a él. Para ellos el sí mismo fenoménico incluye todas aquellas partes del campo fenoménico que el individuo ha diferenciado, de manera definitiva, características estables de sí mismo. Así, ellos ven el Autoconcepto como el núcleo de una amplia organización que contiene características de personalidades imprevistas, estables y modificables.

El sí mismo de Sarbin

Sarbin (1952), hace notar que la conducta se organiza alrededor de estructuras cognitivas. Una estructura muy importante es la del sí mismo. Como otras estructuras, el sí mismo está organizado jerárquicamente y es sujeto de cambio, usualmente desde los constructos de bajo orden a los de alto orden. Entre las subestructuras del sí mismo hay sí mismos empíricos, como un sí mismo somático y un sí mismo social.

El sí mismo inferido de Hilgard

Hilgard (1949), identificó tres tipos de evidencias que proveen soporte al concepto de un inferencial del sí mismo. Estos son: la continuidad de patrones motivacionales, patrones genotípicos de motivos y la naturaleza interpersonal de importantes motivos humanos. La continuidad de patrones motivacionales se refieren a que las personas se consideran esencialmente las mismas que fueron hace algunos años, a pesar de que hayan habido cambios superficiales. Los patrones genotípicos de motivos se refieren a la observación de que diferentes acciones pueden satisfacer el mismo motivo y que dichos motivos pueden ser sustituidos por otros. También enfatizó que la existencia de los mecanismos de defensa proveen fuerte evidencia para un Autoconcepto en la medida que, al existir un mecanismo de defensa, debe haber algún aspecto del sí mismo es la propia imagen o autoimagen.

El sí mismo de Carl Rogers

Carl Rogers (1950), uno de los autores más representativos de la teoría del sí mismo, mantiene a lo largo de sus escritos un enfoque fenomenológico de la personalidad. Esto significa que, para él, la realidad de cada persona dependerá de la forma en cómo percibe un objeto o situación y sus reacciones estarán determinadas por esa percepción, en vez de estar definidas por una realidad objetiva. En consecuencia, para poder comprender la conducta, será necesario recurrir a la estructura interna de referencia, es decir, a la realidad subjetiva del sujeto.

El sí mismo de Kernberg

El sí mismo de Kernberg (1987,1988) la suma total de las autorrepresentaciones procedentes de las diversas etapas de desarrollo, conforme el sí mismo. El sí mismo pasa a ser una organización supra-ordinaria de funciones claves del yo, tales como la prueba de la realidad, la integración y la síntesis. Considera que el sí mismo se encuentra inserto en el yo en forma de subestructura, pero se deriva a partir de la percepción y la memoria, los cuales anteceden a la formación de la estructura tripartita, es decir, una introyección en la cual participan al menos tres elementos:

- a) La imagen o representación mental de un objeto.
- b) La imagen o representación del sí mismo en interacción con el objeto.
- c) El matiz afectivo vinculado a la imagen del sí mismo en interacción con el objeto.

Así, la organización de las auto imágenes que formaban parte de las introyecciones e identificaciones pasan a formar el sí mismo (Kernberg, 1987).

El sí mismo de Byrne

Byrne (1984), incluyendo igualmente elementos cognitivos y evaluativos, afirma: "en términos generales, el Autoconcepto es nuestra percepción de nosotros mismos, en términos específicos, son nuestras actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social".

Whitley (en Epstein 1973) afirma, al igual que James, Shavelson y colaboradores, que el concepto que una persona tiene de sí misma está relacionado tanto teórica como empíricamente con el bienestar psicológico de los individuos. Teóricamente, una alta autoestima, expresada como una autovaloración positiva, ha sido considerada por clínicos e investigadores como una característica deseable y saludable de la personalidad.

El sí mismo de Parish y Parish

Para Parish y Parish (1983), el Autoconcepto es "la percepción de uno mismo que se desarrolla a través de sucesivas comparaciones y contrastes entre el sí mismo, el del padre, y la madre.

El sí mismo de Allport

Allport (1955), prefiere el término "propium" al de sí mismo. Lo define como "todas las regiones de nuestra vida que consideramos como peculiarmente nuestras". Considera que el propium está formado por aquellos aspectos que el individuo considera como de central importancia y que contribuyen a un sentimiento de unidad interna. Así, el propium llama la atención sobre la importancia que los otros dan al medio ambiente sobre el yo. Considera que no se puede identificar el propium hasta que el individuo no haya identificado lo que es esencialmente suyo, lo cual requiere reconocer el sí mismo.

El sí mismo de Gadinni

Gadinni (1977), la organización e integración de la percepción, conjuntamente con la memoria, permiten estructurar una realidad psíquica interna a partir de la incorporación en el sí mismo de las representaciones mentales.

Como menciona Magaña (1996), la distinción entre la descripción del sí mismo y la evaluación del sí mismo no es clara pues ambas se influyen mutuamente. La forma en que una persona se percibe determina la manera de evaluarse y viceversa. Por lo tanto en la presente investigación se asumirá la definición de Autoconcepto expresada por La Rosa (1986), quien concibe al Autoconcepto como "la percepción que uno tiene de sí mismo. Específicamente son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social".

La propuesta integral de la Rosa (1996), sobre el Autoconcepto es consecuente con el punto de vista del presente estudio en el sentido de que el trabajo influye sobre todas las áreas de personalidad de las personas, especialmente cuando se tienen que enfrentar a un evento o acontecimiento potencialmente estresante (Rodríguez, 1995), como lo es un diagnóstico de VIH o el desarrollo de una enfermedad que como el SIDA es un proceso que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y puede conducir incluso a la muerte.

En la mayoría de las sociedades y culturas se otorga a la salud un valor muy alto, por lo tanto la aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, que en mayor o menor medida produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando

una situación de desequilibrio que es, en último extremo el objetivo de dicha investigación.

2.4 ALGUNAS INVESTIGACIONES SOBRE AUTOCONCEPTO

Es importante mencionar que el Autoconcepto como constructo está amparado por investigaciones nacionales como internacionales (Balderas, 2000), entre las investigaciones a nivel internacional se encuentran:

- Locus de control, Autoconcepto académico, atribución de responsabilidad para la ejecución estadística (Anazonwu, 1995).
- Los efectos de Autoconcepto matemático, la percepción de la autoeficacia y atribución al éxito o fracaso en pruebas de ansiedad (Bandalos, 1995).
- Consistencia interna, fiabilidad y constructo con la validación de una escala de Autoconcepto académico (Gribbons , 1995).

En investigaciones nacionales el Autoconcepto ha sido trabajado por Díaz-Guerrero (1982), en su "Yo del mexicano y la pirámide". Y dentro de las investigaciones más importantes de acuerdo a Balderas (2000), con relación al constructo del Autoconcepto del mexicano se encuentran:

- La escala de Autoconcepto para niños realizada por Andrade Palos y Pick de Weiss (1986), que consta de 46 adjetivos bipolares con cinco opciones de respuesta, que evalúan los siguientes aspectos del Autoconcepto: físico, académico, social, emocional, moral y como hijo.
- La escala de Autoconcepto realizada por La Rosa (1986), escala para medir el Autoconcepto en jóvenes universitarios y de preparatoria a través de la técnica de diferencial semántico.
- La escala de Valdéz Medina (1994), realizada sobre el Autoconcepto visto como un significado psicológico que se construyó a través de la técnica de redes semánticas y está organizada en 6 factores agrupados en 37 reactivos, con opción de respuesta tipo likert, los factores son. Social normativo, Social expresivo, Expresivo afectivo, Trabajo intelectual, Rebeldía y Ético moral.
- La realizada por Reyes Lagunes y Díaz Loving (en prensa)

El de Luna y Ontiveros (1992), quienes realizaron un estudio comparativo del Autoconcepto en pacientes VIH-positivos-SIDA y la intervención psicológica: estudio preliminar. Dicho estudio incluyó tanto a sujetos pertenecientes al sexo masculino como al femenino.

A lo largo de este estudio, se observó en forma general que una característica sobresaliente en los pacientes VIH-positivos asintomáticos que los hace acudir a recibir algún tipo de ayuda que pueda prolongar su sobrevida y mejorar la calidad de ésta fue la preocupación por su aspecto físico y salud corporal, por sentirse deteriorados físicamente y por la amenaza a la desfiguración física más que a la muerte. Dicho estudio sólo se dirigió a algunos aspectos del Autoconcepto de los pacientes VIH

positivos asintomáticos sin abarcar en su totalidad las dimensiones a las que se refiere La Rosa y que son: social, emocional, ocupacional, ética e iniciativa, haciendo con esto una intervención parcial, dejando de lado el estilo afiliativo de los pacientes para relacionarse con los demás, su comunicación o expresión en el medio social, los sentimientos intra individuales desde el punto de vista de su sanidad o no, si son o no productores de salud mental y las cuestiones éticas, es decir la congruencia o no con los valores personales.

2.5 CUADRO COMPARATIVO DE SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE IDENTIDAD, AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO O AUTOIMAGEN.

El constructo de Autoconcepto ha sido motivo de estudio de diversas áreas dentro de la psicología (social, clínica, educativa) con inclinaciones teóricas también diferentes (conductistas, humanistas, freudianas) lo cual nos habla de su gran importancia pero también de lo complejo que ha sido su estudio.

De acuerdo con Ramírez (1998), la noción de Autoconcepto es un fenómeno difícil de aprender. Por una parte la explicación sobre su origen, desarrollo y evaluación enfrenta la diversidad de enfoques que han predominado en Psicología. Por otra, es común que se le diferencie, sustituya, o incluya o se le sobreponga a otras categorías. Incluso no hay acuerdo en el origen del término.

Con base en esto pretendo a continuación mostrar un cuadro comparativo de términos como Identidad, Autoestima y Autoconcepto o Autoimagen. Dicho cuadro se organizó en primer lugar mencionando a los 3 conceptos según diversos autores, año, definición del término y finalmente se realizan semejanzas y diferencias.

A partir de este cuadro se pretende un acercamiento a la uniformidad de estos diversos términos ya que es muy difícil establecer un criterio único sobre semejanzas y diferencias entre dichos términos (Ver Tabla 1a, b, c).

TABLA 1a

IDENTIDAD	SEMEJANZAS	DIFERENCIAS
<p>Autor Año</p> <p>Abramsen 1960</p> <p>"Es el sentimiento que se extiende desde el mero sentirse uno mismo como persona diferenciada hasta experimentar-se como fuente de los propios actos"</p> <p>Erikson 1948</p> <p>"es el nombre de la persona y su situación en un ambiente dado"</p> <p>Turner 1968</p> <p>"es el resultado de los roles sociales internalizados"</p> <p>Koppert 1972</p> <p>"es un rasgo central del sí mismo"</p>	<p>Estos autores plantean una relación entre identidad y personalidad en donde la identidad parecería ser una faceta o parte de la personalidad</p> <p>Aluden a un constructo psicológico</p> <p>La idea central que subyace a estos términos se encuentra en innumerables referencias bajo diferentes conceptos</p> <p>Hablan de la persistencia de una individualidad y a la inmutabilidad de una persona o cosa a través del tiempo y en diferentes circunstancias</p> <p>Hablan de sentimientos "de sentirse uno mismo como persona diferenciada hasta experimentarse como fuente de los propios actos"</p> <p>Concluyen que realmente los factores psicológicos, culturales y sociales atienden la formación de la identidad y el desarrollo de las fuerzas del ego desde la infancia</p>	<p>Estos autores hablan más de similitudes que de diferencias. Quizá estas últimas en situaciones más de tipo calificativo.</p>

TABLA 1b

AUTOESTIMA	SEMEJANZAS	DIFERENCIAS
<p>ROGERS 1950 "es la aceptación de sí mismo"</p>	<p>Para estos autores el término "autoestima" es un término complejo que incluye un aspecto evaluativo y otro de tipo afectivo</p>	<p>Estos autores se ocupan de utilizar categorías de clasificación como autoestima</p>
<p>FITTS 1965 "evaluación que la persona tiene de sí mismo"</p>	<p>Utilizan los conceptos autodescripción (autoconcepto) y autoevaluación (autoestima) indistintamente</p>	<p>alta o baja o positiva o negativa</p>
<p>JAMES 1968 "Es igual a éxito dividido por pretensiones"</p>	<p>Encuentran evidencias de una alta correlación entre el grado de estima y desajustes emocionales</p>	
<p>COOPERSMITH 1967 "Es un juicio personal sobre la dignidad de uno expresado en las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo"</p>	<p>Distinguen básicamente dos aspectos a) una expresión subjetiva y b) una expresión comportamental</p>	
<p>JACOBSON 1964 "es la expresión emocional de la auto-evaluación"</p>		
<p>OCHOA 1987 "es la expresión emocional de la auto-evaluación"</p>		

TABLA 1c

AUTOCONCEPTO O AUTOIMAGEN		SEMEJANZAS	DIFERENCIAS
Autor	Año		
Rosenberg	1960	<p>Estos autores concluyen que "la imagen de uno mismo", esta intimamente relacionada a atributos personales y varios roles que se juegan o cumplen individualmente.</p> <p>Comparten también que el ser humano, es una unidad histórico-bio-psico-social y cultural, en la cual las ganancias en una área repercuten en las demás, por lo que, consideram que no esta constituida por comportamientos separados</p> <p><i>constituida</i></p>	<p>Estos autores también utilizan básicamente categorías de calificación pero esencialmente hablan de conceptos o constructos de corte mental o psicologico</p>
Hilgard	1949		
Hemachell	1981		
"Conjunto de ideas y actitudes que son concientes en un momento determinado"			
Allport	1961		
"Es la imagen de la personalidad total que incluye al Yo corporal y el sentido de identidad"			
Puliczer	1985		
"Es el conjunto de creencias que el individuo tiene de si mismo"			
La Rosa	1986		
"Es la percepción que uno tiene de si mismo, específicamente son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social"			

Para los fines de esta investigación se entenderá al Autoconcepto o Autoimagen como sinónimos y a la Autoestima como el componente afectivo y/o evaluativo del Autoconcepto.

El Autoconcepto debe ser entendido como un proceso psicológico cuyos contenidos son determinados socialmente. Es un fenómeno fundamentalmente social y el grado de estabilidad del Autoconcepto juega un papel importante en el grado de organización de la personalidad.

La posición holística con la teoría histórico-bio-psico-social y cultural del comportamiento humano es lo que me ha llevado a considerar el Autoconcepto como la medida ideal para estudiar los factores de personalidad relacionados con la notificación de un diagnóstico VIH/SIDA en mujeres mexicanas para valorar si el apoyo psicológico influye para mejorar un Autoconcepto por dicho diagnóstico y lograr un mejor afrontamiento y mejor calidad de vida.

CAPÍTULO III

SIDA Y MUJER

La especificidad del VIH/SIDA en las mujeres está lejos de ser un problema unánimemente reconocido, y más aún de ser considerado una prioridad dentro de las políticas de salud dirigidas a la atención y prevención de la epidemia. Muchos son los programas que tanto los gobiernos como las instituciones y las organizaciones han desarrollado, no han sido orientados específicamente a las mujeres. El haber impulsado el concepto de grupos de riesgo ha traído como consecuencia que a la mujer como tal no se le considere como un sector de la población en riesgo.

El tema es sumamente polémico, lo cierto es que más allá de dicha polémica no puede negarse que aún cuando el VIH/SIDA sigue prevaleciendo a nivel global en población masculina, urbana y con prácticas homosexuales o bisexuales, la tendencia internacional muestra abiertamente que esta epidemia afecta cada vez más fuertemente a la población femenina en particular a la más pobre y carente de poder (Conasida, 2002).

De allí la importancia de realizar esta investigación buscando generar conciencia de la magnitud del problema del VIH/SIDA en las mujeres y a partir de ello hacer énfasis en que las intervenciones deben ser dirigidas por estrategias más abarcadoras cuya "población blanco", serían las y los adolescentes, las amas de casa, y la población rural. Dichas estrategias plantean abiertamente mayores desafíos de acuerdo a las necesidades propias de la población femenina.

Actualmente más mujeres están siendo infectadas con el VIH. Desde el inicio de la epidemia, a principios de la década de los ochenta, hasta fines del año 2004, alrededor del mundo habrá 15 millones de mujeres infectadas por el VIH. Cada día se infectarán 3000 mujeres. Cuatro millones habrán muerto de SIDA. La cantidad total de personas infectadas por el VIH será entre 30 y 40 millones.

El tema mujer y SIDA empezó a generar una mayor preocupación entre los investigadores, médicos, autoridades de salud a principios de los noventa, debido a la propagación acelerada de la epidemia en este grupo. En países de África como Ruanda, Uganda, Zambia y Malawi, se ha encontrado que del 20% al 30% de las mujeres embarazadas son portadoras del VIH y en el África Subsahariana, es decir 7,517 lo que da una proporción de una mujer con SIDA por cada seis varones (Conasida, 2002).

En este universo, donde únicamente están consideradas las mujeres cuyos expedientes han sido reportados a las autoridades sanitarias, han fallecido 4,011 y se desconoce la situación de otras 420. Actualmente hay un total de 3,086 mujeres que viven con SIDA en todo el país. En estas cifras no se considera a las mujeres que viven con el VIH sin saberlo, una cantidad que podría estimarse superior a los 21 mil casos (Conasida, 2002).

En México existen una serie de circunstancias y estructuras jurídico-culturales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad para que las mujeres adquieran el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se ha señalado que esta vulnerabilidad tiene múltiples caras: biológica, social, epidemiológica y cultural.

En el ámbito biológico, la Organización Mundial de la Salud estima que las mujeres están expuestas al VIH de 3 a 6 veces más que el varón en una relación vagina-pene sin protección y, hasta diez veces más tratándose de otras infecciones de transmisión sexual. Una de las razones de esta mayor vulnerabilidad es la magnitud del inóculo. El semen de un varón infectado contiene una cantidad de células infectadas por el VIH muy superior a la presente en los fluidos vaginales de una mujer infectada. Por otro lado, el epitelio vaginal y rectal es mucho más vulnerable a infecciones que el que cubre el pene, y el virus puede mantenerse vivo por más tiempo en esos tractos, con una superficie de contacto mucho mayor. Y si a esto, sumamos la constante cultural de que el varón escoge a una mujer joven como su pareja o esposa, el riesgo crece (Conasida, 2002).

Respecto al ámbito social, las mujeres son susceptibles a adquirir el VIH debido a los patrones culturales, estereotipos de conductas y dominación masculina en las relaciones sexuales, lo cual les dificulta ejercer el control de su salud sexual y reproductiva. Si a ello se agrega el hecho de que los varones son alentados a tener muchas compañeras sexuales, la mujer aumenta su grado de vulnerabilidad. Son estos factores los que más ponen en riesgo a las mujeres. Las normas sociales y las representaciones culturales establecen patrones de conducta diferentes para cada uno de los géneros, que se traducen en desventajas para las mujeres con respecto a los hombres en distintas esferas de la vida social.

Socialmente las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al ingreso, lo que las vuelve más dependientes de los varones y con escasas posibilidades de acceder a información y servicios adecuados de salud.

Existen, además, algunos factores epidemiológicos que exponen a las mujeres a un mayor riesgo de infección debido a que sus compañeros sexuales son de mayor edad y experiencia sexual, además de que con frecuencia se ignoran conductas de riesgo en el compañero (bisexualidad, consumo de drogas inyectables, relaciones sexuales con varias personas), por las cuales podría haber exposición al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Otro factor epidemiológico se refiere al hecho de que las mujeres suelen necesitar transfusiones sanguíneas más frecuentemente que los hombres sobre todo en función de complicaciones durante el embarazo y/o parto.

Culturalmente la ideología tradicional en cuanto a la desigualdad en poder económico, social, físico y de las relaciones de género entre hombres y mujeres contribuye a la falta de seguridad en las relaciones sexuales y dificulta una mejor posición de las mujeres para negociar prácticas de sexo más seguro con sus parejas. Esto sucede por ignorancia o

aceptación de las múltiples parejas de sus compañeros -con frecuencia de ambos sexos- y porque la moral de género no permite a la mujer hablar abiertamente de sexo. El hacerlo puede tener serias repercusiones que van desde la estigmatización hasta el temor a la violencia o al abandono.

La ideología de género está presente incluso en los enfoques de prevención y atención mejor intencionados, al considerar a la mujer como agente transmisor del virus -y pocas veces como víctima ella misma-, en sus dos acepciones más clásicas: como "madre", transmitiendo el virus a su bebé -cuyos derechos tienden a prevalecer por sobre los de su madre-, o como "prostituta", contagiando a otros hombres que eventualmente contagiarán a sus parejas. Existe poca conciencia sobre la vulnerabilidad y derecho a la salud de las mujeres para el sector salud y, desafortunadamente, con frecuencia también en las propias mujeres.

Dentro de esta situación, sin embargo, pueden identificarse grupos más vulnerables que otros: en primer lugar las mujeres de los sectores sociales desfavorecidos y dentro de ellos, el grupo de las niñas y adolescentes, -tanto por la inmadurez de su aparato reproductor como por deficiencias en la educación sexual- el de las mujeres cuya pareja está particularmente expuesta a incurrir en prácticas de riesgo -por ejemplo las mujeres de emigrantes temporarios- y finalmente el de las mujeres que intercambian sexo por dinero o drogas, que si bien ya ha sido objeto de muchas intervenciones, sigue constituyendo un grupo vulnerable cada vez más numeroso.

Las mujeres son vulnerables al sexo forzado incluyendo la violación y otros abusos sexuales, dentro y fuera de la familia y al trabajo sexual forzado. Todo sexo penetrativo sin consentimiento o por la fuerza puede llevar un mayor riesgo de transmisión del VIH, especialmente debido a que los hombres por lo general no utilizan condones en estos casos (Boletín Conasida, 2002).

La subordinación en la educación, el empleo, el estatus social y legal, hace a las mujeres más vulnerables al VIH. Las mujeres que tienen acceso limitado a recursos financieros tienen mayor probabilidad de volverse económicamente dependientes de los hombres, de ser relegadas al sector de subsistencia o forzadas al trabajo sexual comercial.

Hoy en día más mujeres están infectándose a través del sexo heterosexual. Muchas mujeres piensan que el SIDA es una enfermedad de hombres homosexuales. Pero las mujeres contraen el SIDA por compartir las agujas infectadas y por el sexo heterosexual con hombres infectados. El sexo heterosexual es una fuente creciente de infección por el VIH en mujeres (Conasida, 2002).

Todos y cada uno de estos factores nos acercan más a la situación que vive la mujer ante el VIH/SIDA y es de radical importancia que las mujeres tengan acceso a la información y asesoría que les advierta de los riesgos de esta epidemia, recibiendo información sobre el VIH/SIDA y como se propaga.

Revertir la vulnerabilidad de la mujer es un reto de largo alcance. No es fácil cambiar relaciones de poder arraigadas desde tiempos inmemoriales, ni acabar con desigualdades sociales que tienden a agudizarse, en particular en nuestra región. Reconocemos que la epidemia del VIH/SIDA requiere de intervenciones efectivas y urgentes y creo que la tarea no debe aplazarse, no sólo por parte de las autoridades que tienen en sus manos la toma de decisiones alrededor de esta problemática sino por parte de las personas que están más cerca de las personas afectadas y de los sectores más vulnerables. Dicha tarea implica de dotar de poder a las propias mujeres. Afortunadamente cada vez son más quienes han tomado conciencia y dado pasos en esta dirección.

Las organizaciones de mujeres que creativamente están diseñando acciones y estudios dirigidos al tema específico de la mujer y el VIH/SIDA aumentan año con año en toda la región, incluso en México. Esto se ha podido constatar a través de la experiencia del Grupo Latinoamericano de trabajo de Mujer y SIDA: GLAMS, orientado a incentivar la investigación y la acción en torno a la mujer y el VIH/SIDA, con una perspectiva de género.

El grupo surgió a partir de una reunión entre académicos y activistas que trabajaban en el tema de Mujer y SIDA en diferentes países de América Latina, con el fin de perfilar las prioridades regionales de investigación y acción sobre el tema. En esta reunión se presentaron trabajos sobre la epidemia del SIDA, y en particular la situación de las mujeres. GLAMS tiene una perspectiva de género para entender el problema del VIH/SIDA en las mujeres, y entiende que el control de la epidemia sólo puede darse si se concibe a éste como un continuo que abarca desde la prevención hasta la atención a las mujeres que viven con VIH/SIDA. Actualmente el grupo tiene el objetivo general de promover la investigación, acción y difusión de la problemática del SIDA en la mujer latinoamericana, con el doble propósito de:

- a) Dar a conocer la situación de la población femenina más vulnerable a la epidemia, para evaluar y proponer estrategias más eficientes de intervención para la prevención.
- b) Promover la visualización de esta población y de esta problemática, a fin de que el tema del SIDA en la mujer forme parte de las agendas políticas de los países de la región de manera más afectiva.

Me parece importante señalar que la mayoría de las propuestas de investigación pretende ofrecer un panorama de las necesidades y respuestas que se están comenzando a formular entre las organizaciones civiles sensibilizadas al problema de la mujer y el VIH/SIDA. Considero que el fenómeno de la organización de las propias mujeres alrededor del problema es relativamente incipiente e insuficiente si se le compara con la magnitud de la amenaza que constituye el VIH/SIDA en poblaciones de por sí vulnerables desde todo punto de vista. Queda mucho por hacer, investigar y decidir, pero los esfuerzos que hemos podido conocer y/o apoyar nos alientan a continuar por este camino. Prueba de ello es que de este incipiente trabajo realizado hasta este momento se ha podido evidenciar que el trabajo de apoyo psicológico ha empezado a surtir efectos. En los diferentes sectores de trabajo se han empezado a observar los resultados de este proyecto y que a continuación mencionaré.

3.1 Algunos proyectos de Investigación sobre la importancia del apoyo psicológico en mujeres VIH/SIDA

Como ya se ha venido mencionando el trabajo realizado por los gobiernos y la sociedad civil con mujeres seropositivas ha sido muy poco. La falta de espacios para brindar asesoría, información y educación específica para mujeres, hace que el impacto de la infección en ellas sea devastador.

Esta es la realidad que ha inspirado la creación de un proyecto "Reducción del impacto psicosocial del VIH/SIDA en mujeres seropositivas", que es auspiciado por la Fundación McArthur desde el año 1998. Con apoyo de instituciones gubernamentales y de ONG's de los Estados de Chiapas y Tabasco, en un inicio se estableció contacto con 18 mujeres seropositivas, formándose con ellas talleres y grupos de autogestión educativa para la reducción del impacto psicosocial del VIH/SIDA en las mujeres afectadas. Las metodologías seleccionadas para llevar a cabo estas tareas han sido esencialmente en su inicio participativas y de discusión entre las participantes. El objetivo principal era el fortalecimiento de las mujeres con VIH/SIDA y los resultados han sido muy positivos.

De manera general se pueden agrupar las principales actividades que estas organizaciones desarrollan de la siguiente manera:

- Impartición de talleres, seminarios y conferencias; éstos generalmente tienen como finalidad proporcionar información y/o promover la prevención. Entre los temas más comunes que se trabajan están: sexualidad, ITS/VIH/SIDA, uso y/o negociación del condón, violencia, derechos reproductivos y/o humanos, autoestima y empoderamiento de las mujeres. Principalmente están dirigidos a trabajadoras del sexo, maestras de educación, psicólogas, médicos, enfermeras, jóvenes universitarias, adolescentes y amas de casa.
- Elaboración de material didáctico informativo/preventivo a través de: boletines, cómics, radionovelas, cápsulas informativas por radio, entre otros medios.
- Información para realizar el VIH.
- Distribución de condones.
- Consejería a mujeres con VIH/SIDA o a mujeres con pareja VIH positivo
- Trabajo de prevención con mujeres alcohólicas.
- Grupos de autoayuda a mujeres portadoras de VIH: dotación de despensa, desayunos, medicamentos, acceso a terapia emocional y a servicios de salud, asesoría legal y albergues
- Organización comunitaria.
- Educación ciudadana.

Dentro de estas convivencias hubo espacios diversos para realizar ejercicios de relajación, reflexión individual y colectiva, ofrecimiento de información veraz, aclaración de dudas e intercambio de experiencias, preocupaciones y temores, en un ambiente donde se buscó poder recibir y ofrecer solidaridad entre las mujeres. Las expectativas que las mujeres manifestaron al principio, fueron esencialmente las de poder conseguir medicamentos, obtener información útil, superarse, liberarse de los sentimientos de culpa. Mejorar la

relación familiar y de pareja, defender los derechos humanos de las mujeres, viajar, ayudar a otras mujeres, elevar la autoestima y ser líderes. Sus principales incertidumbres se relacionaban con los requisitos necesarios y las maneras de participar en el proyecto y con las mejores formas de abordar el diagnóstico. Los principales temores que expresaron fueron a enfermar y morir, a que los medicamentos causen reacciones adversas y a no lograr lo que se busca.

Se ha podido observar que las mujeres demandan la inclusión de dinámicas y juegos dirigidos a buscar el acercamiento, la creación y fortalecimiento de lazos de amistad y la integración de las participantes. Uno de los principales temas abordados fue el de la maternidad en el contexto del VIH/SIDA. Se habló del deseo de ser madre y de lo desastroso que les resulta a muchas mujeres el saberse embarazadas y con el VIH. Se comentó la triste experiencia de haber perdido un bebé sin conocerlo, pero también la de estar embarazada bajo tratamiento con AZT y la satisfacción con el resultado obtenido. Se explicaron las opciones de decisión individual que tiene una mujer seropositiva, para tener un bebé de manera responsable.

Por otro lado, se compartieron los temores, dudas, culpas y acusaciones familiares, así como las reacciones en su trabajo y por parte de colegas. Se habló de sus compañeros bisexuales y hubo quién comentó incluso, experiencias positivas que el VIH/SIDA le había traído, ya sea porque le había permitido unirse más a su familia o bien superarse como persona a partir del diagnóstico. Se señaló la importancia del autoapoyo entre mujeres seropositivas. Una dinámica muy poderosa que se llevó a cabo en las primeras sesiones y que actualmente exigen sea permanente es un taller "Construcción de historias de Vida", que son representadas gráficamente y posteriormente compartidas en el grupo. En estas historias, las mujeres narran aspectos importantes de sus vidas: su infancia, su primer amor, su novio, su esposo, sus relaciones sexuales, su trabajo, la migración, la desilusión de un diagnóstico, el estar solas, los estigmas sociales, la enfermedad y sus estancias en el hospital, el abandono, los hijos que las motivan a seguir adelante y el temor a dejarlos solos, el espaciamiento y la diversión, los amigos y familiares. En esta dinámica se busca identificar aquello que es valioso para cada una, pero sobre todo, poder ver el pasado para continuar la vida como cada una lo decida. Se intenta que puedan liberarse de la culpa, del odio y de todo aquello que les ha hecho daño, para poder iniciar una vida mejor.

Las mujeres se mostraron animadas y participativas, observándose un cambio positivo en su estado de ánimo. Incluso se notó una mayor atención y cuidado en su arreglo personal. Se insistió en la importancia de un trabajo en equipo y en la necesidad de organizar diferentes actividades con el objetivo de conseguir recursos. Se concluyó que era necesario establecer alianzas para luchar contra la poca comprensión, el desprecio, la soledad y el rechazo de familiares.

Identificar el gozo y el placer fue otro de los temas que se abordó en el taller. La mayoría incluyó en su lista de placeres a la unión familiar, la pareja y los hijos, pero también se habló de la comida y el cocinar, de la lectura, el arreglo personal, el ejercicio, el sexo, etc. Las lágrimas reflejaron también sus más profundos anhelos, sus ganas de vivir, el significado de los proyectos de vida, el contacto con la realidad y con el mundo.

Finalmente la evaluación de estas diversas actividades por parte de las participantes fue muy positiva. Las participantes mencionaron como logros el hecho de no autodefinirse como "enfermas" sino como portadoras del VIH, el adquirir conocimientos necesarios para ellas, el establecer nuevas amistades, una oportunidad, para algunas única, de compartir su situación y su vida, elevar su autoestima, fortalecer un sentimiento de solidaridad, de fortaleza y de esperanza. Así podemos resumir estas actividades de enorme riqueza y compañerismo.

El Proyecto contempla continuar con tres talleres: el primero, de actualización en VIH/SIDA y empoderamiento, el segundo sobre sexualidad y un tercero, de Psicoterapia Gestalt.

Debido a la vulnerabilidad femenina, El Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006 establece la importancia de alentar estrategias específicas, haciendo énfasis en las mujeres jóvenes. Una acción estratégica concreta indica la importancia de "incorporar el enfoque de género e información sobre los factores psicológicos, socioeconómicos y legales que aumentan la vulnerabilidad (Conasida, 2002).

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 Definición del problema

¿Existe diferencia en el Autoconcepto entre mujeres con VIH/SIDA que recibieron apoyo psicológico y mujeres que no recibieron apoyo psicológico?

4.2 HIPÓTESIS

4.2.1 Hipótesis de Trabajo

Las mujeres con VIH/SIDA que recibieron apoyo psicológico obtendrán mayores puntuaciones en el Cuestionario de Autoconcepto que las que no lo han recibido.

4.2.2 Hipótesis Nula

No existen diferencias significativas en el autoconcepto entre mujeres con VIH/SIDA que recibieron apoyo psicológico y mujeres que no recibieron apoyo psicológico

4.2.3 Hipótesis Alterna

Si existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto entre mujeres con VIH/SIDA que recibieron apoyo psicológico y mujeres que no recibieron apoyo psicológico.

4.3 VARIABLES

Variable Dependiente

Autoconcepto

Variable de Clasificación

Mujeres que recibieron apoyo psicológico
Mujeres que no recibieron apoyo psicológico

4.3.1 Definición conceptual de la Variable Autoconcepto

"Es la percepción que uno tiene de sí mismo. Específicamente son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social" (La Rosa, 1986).

4.3.2 Definición Operacional de las Variables Autoconcepto

Estará definida por las respuestas obtenidas en el Cuestionario de Autoconcepto de La Rosa, que mide 5 dimensiones del Autoconcepto: social, emocional, ética, ocupacional e iniciativa.

Mujeres que recibieron apoyo psicológico

Apoyo psicológico que recibieron las mujeres en la institución respectiva ya sea de autoapoyo, de relajación, breve o del tipo que sea.

Mujeres que no recibieron apoyo psicológico

Mujeres que no recibieron apoyo de ningún tipo

4.4 SUJETOS

Los sujetos para este estudio fueron 100 mujeres. Todas ellas con diagnóstico de VIH o SIDA que asistían a clínicas, hospitales y organismos no gubernamentales. El rango de edad fue de 20 a 50 años, y que vivieran en el Distrito Federal, quienes fueron clasificadas en dos grupos: 1) Si recibían apoyo psicológico y 2) No recibían apoyo psicológico.

4.5 MUESTREO

El muestreo fue no probabilístico intencional por cuota debido a que participaron 100 mujeres con VIH o SIDA entre 20 y 50 años de edad con residencia en México D.F. por lo que no todas tuvieron la probabilidad de ser elegidas.

4.6 TIPO DE ESTUDIO

El diseño de investigación utilizado fue de campo. Este estudio se realizó con objeto de conocer las diferencias entre el autoconcepto y los 2 grupos: el de mujeres con VIH/SIDA que recibieron apoyo psicológico y el de mujeres que no recibieron apoyo psicológico, llevando a cabo el estudio en el escenario natural.

4.7 TIPO DE DISEÑO

Se utilizaron 2 muestras independientes para poder conocer las diferencias entre el autoconcepto y los 2 grupos: el de mujeres con VIH/SIDA que recibieron apoyo psicológico y el de mujeres que no recibieron apoyo psicológico.

4.8 INSTRUMENTO

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación fueron los siguientes:

- 1) Cuestionario de Datos Socio-demográficos dividido en 2 partes:
 - a) Datos personales: edad, estado civil, escolaridad, etc.,
 - b) Indicadores para determinar el tipo de apoyo psicológico que se recibió
- 2) Cuestionario de Autoconcepto de La Rosa (1986), realizado por Jorge La Rosa en 1986 para una población mexicana. Dicho instrumento es de autorreporte y está integrado por una serie de 72 pares de adjetivos, un extremo positivo y el otro negativo, (por ejemplo extrovertido-introvertido que representan un continuo de 5 dimensiones: social, emocional, ética, ocupacional e iniciativa)

La dimensión social se refiere al comportamiento del individuo en la interacción con sus semejantes y goza de una gran universalidad porque abarca tanto la relación con sus familiares y amigos con la manera en que la persona realiza interacciones con sus jefes o subalternos, conocidos o no. La social 1 podría ser llamada "sociabilidad afiliativa" porque especifica en el polo positivo el estilo afiliativo de relacionarse con los demás. La subdimensión social 2 podría ser denominada "sociabilidad expresiva" que se refiere a la comunicación o expresión del individuo con el medio social. La social 3 define en el aspecto positivo, la persona accesible a la cual se aproximan los demás con confianza porque podrán contar con su comprensión. La Rosa (1986) decidió llamarla "de accesibilidad".

La dimensión emocional abarca los sentimientos y emociones de uno, considerados de un punto de vista intraindividual, Interindividual y del punto de vista de sanidad o no. La subdimensión emocional 1 caracteriza la vida emocional intra, o sea, los estados de ánimo experimentados en la subjetividad. La emocional 2 considera los sentimientos interindividuales, es decir, el "otro" es el objeto de los sentimientos personales. Y lo emocional 3 enfoca los aspectos intraindividual e Interindividual desde el punto de vista de su sanidad o no, si son o no "estados de ánimo" o "emociones interindividuales". La emocional 2 fue llamada "sentimientos interindividuales" y finalmente la emocional 3 se le nombró "salud emocional".

La dimensión ocupacional se refiere al funcionamiento y habilidades del individuo en su trabajo, ocupación o profesión y se extiende tanto a la situación del estudiante como del trabajador, funcionario o profesionista, etc.

La dimensión ética concierne al aspecto de congruencia o no de los valores personales y que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares en una cultura dada, conforme a la definición ya propuesta anteriormente.

La dimensión de iniciativa verifica la iniciativa del individuo en situaciones sociales (sumiso-dominante, pasivo-activo, lento-rápido, etc.) y por eso se asemeja y corresponde, en parte a subescalas que miden liderazgo. Desde otro punto de vista la iniciativa puede referirse, también a una característica de personalidad que se aplica al estilo cómo el individuo desempeña sus actividades u ocupación.

En este instrumento se pide a los sujetos que, en una escala de 7 puntos marquen con una x, el cómo se evalúan a sí mismos entre esos dos extremos, pudiendo dar sólo una respuesta para cada par de adjetivos. Para la calificación de este instrumento se asigna un número entre el 1 y el 7 a las respuestas de los sujetos. Tanto los ítems de las diferentes escalas, como la dirección (positiva o negativa) de las díadas de adjetivos se presentan en el cuestionario en un orden aleatorio.

La escala de autoconcepto en su forma definitiva es el resultado de 5 estudios piloto y una aplicación final, involucrando un total de 2,656 sujetos de ambos sexos. La estructura factorial de la escala encontró apoyo en dos investigaciones: la del estudio piloto 6, (599 sujetos) y la aplicación final del instrumento (1083 individuos).

Los factores fueron básicamente los mismos: social, emocional, ocupacional, ético y un nuevo factor encontrado en el estudio final: iniciativa.

Los 9 primeros factores explican 48.9 % de la varianza total de la prueba, lo que indica un porcentaje bastante satisfactorio. Se hace notar que la prueba está midiendo un constructo global dado que en el factor 1 de la matriz de los factores principales cargaron prácticamente todos los reactivos y la confiabilidad (Alpha de Cronbach) de la escala total fue de 0.94. Se obtiene así un puntaje para el individuo en cada una de las dimensiones y también un puntaje global en el autoconcepto.

4.9 PROCEDIMIENTO

Se realizaron 100 aplicaciones en mujeres de entre 20 y 50 años del Cuestionario de Autoconcepto de La Rosa y el Cuestionario de datos socio-demográficos, se entregaron a cada sujeto seleccionado en clínicas, hospitales, y en organismos no gubernamentales, en forma separada para que fueran contestados individualmente con una explicación impresa en las instrucciones. Se explicó previamente que la finalidad de la investigación era incrementar el conocimiento acerca de la psicología de las mexicanas y se agradeció su colaboración.

4.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis estadísticos utilizados en la presente investigación fueron:

- 1) Los Estadísticos Descriptivos (media, mediana, modo y desviación estándar) para saber de acuerdo a la curva teórica de normalidad, la manera como se distribuyen los datos.
- 2) Prueba t, para comparar los puntajes obtenidos en diferentes grupos y observar si existen diferencias entre los mismos, así como dentro de los grupos de forma más sensible que permita encontrar las mínimas diferencias existentes.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 INTRODUCCIÓN

A continuación se presentan los resultados de la distribución de variables de la aplicación del Cuestionario de Autoconcepto de La Rosa, como primer momento se describirá la muestra. Es importante mencionar en primera instancia que 100 sujetos contestaron el Cuestionario dividido en dos grupos: 50 mujeres que recibieron apoyo psicológico y 50 mujeres que no lo recibieron, los resultados se reflejan en la distribución de frecuencias.

5.2 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

En la Tabla 1 el rango de edad para las mujeres que recibieron apoyo psicológico fue de 21 a 47 años y las que no de 18 a 46 años. Donde las primeras presentan una media de 31.3 años, con una desviación de 6.55 y el segundo, una media de 31.2 y una desviación de 7.68 (Ver Tabla 1).

Tabla 1 Distribución de frecuencias por Edad

Edad	Apoyo Psicológico	
	Si	No
18-27 años	17	18
28-37 años	23	19
38-47 años	9	17
Media/desviación estándar	$\bar{X} = 31.3$ $S = 6.56$	$\bar{X} = 31.20$ $S = 7.68$
Modo	Mo: 29.00	Mo: 27.00

En la Tabla 2, el rango de estado civil abarca desde soltera, casada, divorciada, viuda, unión libre y separada, en donde la mayoría fue de 26 casadas para el grupo de mujeres que reciben apoyo psicológico y para el grupo de mujeres que no recibieron apoyo la mayoría fueron solteras con una frecuencia de 25 (Ver Tabla 2).

Tabla 2 Distribución de Frecuencias por Estado Civil

Estado Civil	Apoyo Psicológico	
	Sí	No
Soltera	7	25
Casada	26	14
Divorciada	3	5
Viuda	3	2
Unión Libre	1	1
Separada	10	4

En la Tabla 3 respecto a la escolaridad que abarca desde primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura, el rango más alto fue de 21 para la categoría de licenciatura en el grupo de mujeres que recibió apoyo y para el grupo de mujeres que no recibió apoyo el mayor rango fue de secundaria y preparatoria (ver Tabla 3).

Tabla 3 Distribución de Frecuencias por Escolaridad.

Escolaridad	Apoyo Psicológico	
	Sí	No
Primaria	1	7
Secundaria	10	15
Preparatoria	16	14
Licenciatura	21	15

En la Tabla 4 con respecto a la variable Información que se tiene sobre el VIH/SIDA, que abarca desde poca, ninguna y alguna, el rango más alto fue de 30 y 28 respectivamente en ambos grupos (Ver Tabla 4).

Tabla 4 Distribución de Frecuencias por Información sobre SIDA

InfoSIDA	Apoyo Psicológico	
	Sí	No
Poca	10	13
Ninguna	5	10
Alguna	30	28

Con respecto a la variable **Seropositividad** que significa si tiene el VIH en el suero de su sangre, se encontró para el grupo que recibió apoyo psicológico 48 mujeres y para el grupo que no recibió apoyo fue de 51 mujeres (Ver Tabla 5).

Tabla 5 Distribución de Frecuencias por Seropositividad

Seropositividad	Apoyo Psicológico	
	Sí	No
Sí	48	51
No	1	0

En la Tabla 6 con respecto a la variable **SIDA** que significa si la mujer es solamente seropositiva o ha desarrollado el síndrome, se reporta que 30 mujeres fueron seropositivas y 20 habían desarrollado SIDA para el grupo que si recibió apoyo psicológico y para el que no recibió apoyo fueron 20 seropositivas y 30 desarrollaron SIDA.

Tabla 6 Distribución de Frecuencias por SIDA

SIDA	Apoyo Psicológico	
	Sí	No
Sí	30 (Sero)	20 (Sero)
No	20 (SIDA)	30 (SIDA)

En la tabla 7 con respecto a la variable **Recibe Apoyo Psicológico** y tipo de este se reporta que 50 mujeres si recibieron apoyo y 50 mujeres no lo recibieron, observándose que la mayoría de las mujeres viven con un familiar y que reciben por tanto apoyo de tipo familiar (Ver tabla 7).

Tabla 7 Distribución de Frecuencias para la variable Reciben apoyo Psicológico

Tipo de apoyo psicológico	Apoyo psicológico	
	Sí	No
Individual	17	
Grupal	3	
Familiar	24	
Otro		

En la tabla 8 con respecto a la variable **Lugar en donde se recibe el apoyo psicológico** que abarca domicilio, clínica, hospital y otro para el grupo que si recibió el apoyo se observó que la mayoría de estas mujeres la recibieron en clínicas y en otros, ésta última referente a organismos no gubernamentales (Ver Tabla 8).

Tabla 8 Distribución de Frecuencias para Lugar en donde reciben el apoyo

Lugar del apoyo psicológico	Apoyo psicológico	
	Si	
Domicilio	1	
Clínica	15	
Hospital	5	
Otro	28	

En la Tabla 9 con respecto a la variable **Con quién vive** se pudo observar que la mayoría de las mujeres viven con la familia siendo solteras con madre y padre y casadas con pareja e hijos (Ver Tabla 9).

Tabla 9 Distribución de Frecuencias para la variable Con Quien Vive

Con quien vive	Apoyo Psicológico	
	Si	No
Familia nuclear (Padres y hermanos)	13	18
Pareja	2	1
Hijos	8	8
Sola	7	9
Familia secundaria (Pareja e hijos)	15	12
Amiga	1	3
Padres e hijos	3	0

Con respecto a la variable Año en que fueron diagnosticadas ya sea el VIH/SIDA o ambos padecimientos podemos observar que tanto del grupo que recibió apoyo psicológico como el que no lo recibió, las fechas fueron entre 1988 y 2002 y en el año 1999 se diagnosticaron 17 mujeres para la muestra que si recibió apoyo psicológico y 13 para la muestra que no lo recibió (Ver Tablas 10).

Tabla 10 Distribución de frecuencias con respecto al Año de solicitud de apoyo psicológico

Año de Diagnóstico	Apoyo psicológico	
	Sí	No
1988	1	0
1989	0	1
1990	3	3
1991	4	2
1992	4	3
1993	4	6
1994	9	8
1995	6	2
1996	8	4
1997	8	4
1998	9	6
1999	17	13
2000	1	6
2001	4	1
2002	2	4

Con respecto a la variable Año en que empezaron a recibir apoyo psicológico después del diagnóstico de VIH/SIDA, el rango para solicitarlo varió desde inmediatamente hasta 8 años después, encontrándose que la mayoría fue inmediatamente o un año después (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de frecuencias por Año de solicitud de apoyo psicológico

Año de solicitud de apoyo psicológico	Sí
Inmediatamente	12
1 año después	11
2 años después	8
3 años después	6
4 años después	2
5 años después	2
8 años después	1

5.3 Prueba t de Student, para comparar los puntajes obtenidos en diferentes grupos y observar si existen diferencias entre los mismos, así como dentro de los grupos de forma más sensible que permita encontrar las mínimas diferencias existentes.

Para esta prueba primero se organizaron los nueve factores que incluye el Cuestionario de Autoconcepto de La Rosa. Posteriormente se realizó la prueba t de Student para muestras independientes para los grupos que reciben y no apoyo psicológico. La tabla I nos muestra que de todos los factores evaluados sólo la dimensión ocupacional resultó estadísticamente significativa con una media de 4.02 y una desviación de 0.74 para el grupo que recibe apoyo psicológico y para el que no, la media fue de 3.66 con una desviación de 0.77

Tabla I Prueba t de Student

Apoyo Psicológico				
Factores de Autoconcepto		Media	t	p
F.I: Social 1	Si	3.61	-0.76	0.44
	No	3.68		
F.II: Emocional 1	Si	3.81	1.33	0.18
	No	3.67		
F. III: Social 2	Si	3.77	-0.29	0.77
	No	3.81		
F. IV: Emocional 2	Si	3.85	-0.36	0.69
	No	3.93		
F. V: Ocupacional	Si	4.02	2.37	0.02*
	No	3.66		
F. VI: Emocional 3	Si	3.70	0.76	0.44
	No	3.62		
F.VII: Ética	Si	3.75	0.21	0.83
	No	3.72		
F.VIII: Iniciativa	Si	3.24	-1.63	0.10
	No	3.55		
F. IX: Social 3	Si	3.86	-0.37	0.70
	No	3.92		

*p \leq 0.05

Sociabilidad afiliativa (Factor I: Social 1)

Dentro del área social para la primera dimensión correspondiente a la **sociabilidad afiliativa** se observa que no hay diferencia significativa entre las mujeres que reciben apoyo y las que no lo reciben. Si observamos las medias ambos grupos se encuentran por debajo de la media teórica ($\bar{x} = 4$), lo que implica que ambos grupos presentan baja sociabilidad afiliativa. Los adjetivos con mayor peso fueron poco amable y cortés (Ver tabla I).

Estado de Ánimo (Factor II: Emocional 1)

Para el factor II se muestra una tendencia hacia un estado de ánimo pesimista, desanimado y triste. No hay diferencia significativa entre las mujeres que reciben apoyo y las que no lo reciben. Observándose que en ambos grupos se encuentran por debajo de la media teórica, implicando que ambos grupos presentan un estado de ánimo bajo (Ver Tabla I).

Sociabilidad expresiva (Factor III: Social 2)

En el factor III de autoconcepto las puntuaciones de los adjetivos también son bajas con ligera tendencia a favor de una baja sociabilidad expresiva, siendo los adjetivos: insociable, aburrido y tímido los que obtienen mayor peso (Ver Tabla I).

Sentimientos interindividuales (Factor IV: Emocional 2)

El factor IV presenta un porcentaje bajo en el lado positivo de autoconcepto en sentimientos interindividuales, mostrando ser poco amorosas, frías e insensibles tanto en el grupo de mujeres que reciben apoyo psicológico como en el que no lo recibe (Ver Tabla I).

Ocupacional (Factor V)

Los adjetivos del factor V muestran una tendencia favorable a un alto autoconcepto ocupacional siendo los adjetivos con mayor peso: capaces, eficientes, responsables y trabajadoras. En este factor se muestra que hay una diferencia significativa entre las mujeres que reciben el apoyo con respecto a las que no lo reciben (Ver Tabla I).

Salud emocional (Factor VI: Emocional 3)

En el área emocional, correspondiente a la dimensión de salud emocional se observa que no hay diferencia significativa entre las mujeres que reciben apoyo psicológico y entre las que no lo reciben. Por tanto en ambos grupos se encuentran por debajo de la media teórica ($\bar{X} = 4$) lo que implica que ambos grupos presentan baja salud emocional. Esta dimensión se refiere a la forma en que la gente responde a los problemas de estrés de la vida cotidiana, quizá esto explique las implicaciones psico-sociales ante una notificación de una situación o hecho que va a cambiar su estilo de vida radicalmente. Solamente los adjetivos: conflictiva, voluble y agresiva muestran una baja salud emocional (Ver Tabla I).

Ética moral (Factor VII)

El factor VII presenta una tendencia desfavorable en los adjetivos positivos siendo las que reciben mayor peso: desleal, deshonesto y falsa. Esta escala se refiere a la rectitud en actividades educativas, laborales y de impartición y uso de poder, pero también incluye el respeto a nuestras relaciones con la familia, con los amigos y con otros humanos en general. Muchas de estas mujeres tanto de las que reciben apoyo como de las que no lo reciben, están muy enojadas consigo mismas y manejan una gran agresión intrapunitiva (Ver Tabla I).

Iniciativa (Factor VIII)

Para el factor VIII que corresponde a **iniciativa** se observa que no hay diferencia significativa entre las mujeres que reciben apoyo y entre las que no lo reciben. Si observamos las medias, ambos grupos se encuentran por debajo de la media teórica ($\bar{X}=4$). El mayor peso se le dio a adjetivos como: poco dinámicas y pasivas (Ver Tabla I).

De accesibilidad (Factor IX: Social 3)

Dentro del área social para la dimensión correspondiente a **accesibilidad** se observa que no hay una diferencia significativa entre las mujeres que reciben apoyo y las que no lo reciben. Si observamos las medias entre ambos grupos se encuentran por debajo de la media teórica ($\bar{X}=4$), lo que implica que ambos grupos presenten una baja sociabilidad afiliativa. Los adjetivos con mayor peso fueron: poco amables, inaccesibles y poco tratables (Ver Tabla I).

5.4 Análisis de la relación entre dimensiones y subdimensiones del Cuestionario de Autoconcepto y los adjetivos de los reactivos del mismo.

También se realizó un análisis surgido de las verbalizaciones y comentarios realizados mientras la autora interactuó con los grupos de mujeres VIH/SIDA de este proyecto, ellas argumentaron respecto a las dimensiones: social, emocional, ética y de iniciativa.

Con respecto a la dimensión social, ellas mencionaban que un aspecto muy importante en sus vidas eran las relaciones que mantenían con sus familiares, amigos, compañeros y otras personas con quienes interactuaban cotidianamente. Ellas verbalizaron que deseaban que estas relaciones fueran fuentes de alegría y satisfacción y también de tristeza y abatimiento, dependiendo de los contenidos. Relacionando esta dimensión social con la notificación del VIH/SIDA, una gran mayoría afirmaba no sentirse entendidas ni apoyadas por sus familiares, amigos y otros significativos para tener una especie de defensa por el hecho de estar infectadas con el VIH/SIDA una enfermedad sumamente estigmatizada.

En lo referente al área emocional tomando en cuenta -que las emociones son una consecuencia del buen estado físico, de los logros alcanzados, de una relación afectuosa y gratificante de la percepción de que está alcanzando sus objetivos vitales y de una conducta consistente de los valores personales-, una gran mayoría de estas mujeres argumentan sentirse deterioradas en su estado físico, no tener relaciones afectuosas y gratificantes, y que esto no les permita ser congruentes con sus valores personales. Además de sentirse desanimadas y con una gran sensación de frustración personal. El análisis de la subdimensión salud emocional principalmente del polo negativo de algunos reactivos son indicadores muy buenos del deterioro de la salud emocional.

En cuanto al área ético, las mujeres argumentaron no sentirse felices porque no han alcanzado sus ideales, no tienen relaciones armoniosas con familiares, amigos, compañeros y otros, y se sienten poco honradas y un poco falsas. Ellas buscan una congruencia con sus valores personales y que son un reflejo de sus valores culturales.

Finalmente en el área de iniciativa estas mujeres afirman sentirse temerosas, pasivas, apáticas en cuanto a cualidades de liderazgo e independencia que permiten a los sujetos estudiar y realizar su trabajo en forma optimista (Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 1996 p. 314).

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

6.1 Conclusiones Generales

El Autoconcepto es una entidad relativamente estable de la personalidad, por lo que la teoría indica que no se puede esperar que se modifique de manera inmediata ante cualquier evento. El Autoconcepto se conforma en la experiencia externa, particularmente en la interacción social con otros y tratándose de un evento tan vulnerable como la amenaza real de una enfermedad con un diagnóstico con implicaciones de muerte, origina en los sujetos sentimientos de atrapamiento en especial durante los primeros meses (Escobar, 1992). Es ahí donde la ruptura en términos generales propicia la crisis que tiene como blanco el Autoconcepto, reconociendo que la ansiedad, igual que la depresión como respuestas humanas normales en enfermedades que ponen en peligro la vida (Miller, 1986).

A lo largo del proceso que seguí, desde la planeación de la investigación hasta la elaboración de este documento, he mantenido un diálogo permanente con muchas personas que desde perspectivas muy diferentes enriquecieron mi trabajo. Al iniciar este proyecto esperé que los resultados mostrarán diferencias significativas en todas las áreas del Cuestionario de autoconcepto.

Por lo anterior se confirmó, que el concepto que se tiene de sí mismo se alterará de manera significativa ante el diagnóstico del VIH/SIDA por lo que la hipótesis es aceptada parcialmente en el sentido, que el instrumento de medición utilizado contiene dimensiones y subdimensiones y sólo en la dimensión ocupacional se encontraron diferencias significativas.

Se observó que para el grupo de mujeres que recibieron algún tipo de apoyo psicológico, existe una tendencia en la subdimensión emocional 1 que es referida por La Rosa, como la vida emocional intraindividual donde la autopercepción es de vital importancia para reforzar las estructuras del "yo", ya que el "yo" participa en todas las experiencias de vida, tomando en cuenta que el trabajo terapéutico incide precisamente en ese "yo" como fuente más generalizadora de motivación para la conducta social (Cofet, 1964).

Malagon (1992) afirma: los sujetos VIH/SIDA afirman tener más angustia o miedo al dolor, a la desfiguración y a los síntomas neurológicos que a la muerte. Con esto se deduce la importancia de buscar algún recurso que haga disminuir esa angustia o miedo, concediéndole al medicamento ese efecto como se pudo observar en las pacientes que contaron con apoyo psicológico (Miller, 1989).

Ante el hecho de que sólo resultó significativa el área ocupacional se concluye que se va a requerir de investigaciones futuras para procurar entender el porque en unas áreas sí hubo relación y en otras no. El impacto emocional que produce el informe de un diagnóstico de VIH/SIDA en estas mujeres es de gran magnitud, dicho impacto fue una

variable que pudo alterar los resultados. Además de que se pudo apreciar que las mujeres de ambos grupos llegan a buscar apoyo psicológico con un autoconcepto muy bajo y si consideramos la importancia que tiene este en el individuo, pudo ser otro factor que influyó para que no todas las áreas resultaran significativas, por tanto, no se puede alcanzar el máximo nivel de vida sino se crea y fomenta el autoconcepto, en otras palabras, para que una persona pueda sentirse feliz y realizada consigo misma y con la vida que ha llevado necesita como requisito previo, conocerse, aceptarse, amarse a sí misma, sentirse valiosa, capaz y digna ante la vida y las oportunidades que se ofrecen.

La paciente VIH/SIDA se encontró alterada en su Autoconcepto precisamente por enfrentarse al cambio y conflicto en su estilo de vida, alterando su "yo" por el cambio sufrido en su identidad corporal. Y es que ahora ya no será más aquél o aquella, ahora será seropositiva (seropositivos), una enferma de SIDA, la que sufre o la que oculta, o la que busca pero en cada caso, nunca se vuelve a ser la misma.

Por otro lado Lawrence (1976) argumenta que con el crecimiento del individuo se desarrolla una percepción total de su propio cuerpo así como ciertas actitudes hacia su ser físico, muchos consideran que tales actitudes constituyen la estructura fundamental del desarrollo del "yo", se observó que a lo largo de la presente investigación la muestra de pacientes VIH/SIDA mostró una preocupación por su aspecto físico y salud corporal, considerando entonces que el padecimiento de la enfermedad afecta parte fundamental de la estructura del yo, tal como lo señala Allport (1961) que el sentido de sí mismo es tan fundamental que la mayoría de los adultos carece normalmente de conciencia del mismo: solo se torna manifiesto cuando enfermamos o experimentamos dolor, característica sobresaliente en las pacientes que al conocer su diagnóstico positivo adquieren un mayor sentido del sí mismo corporal.

Nichols (1985) menciona que una característica especial en estas pacientes es la amenaza de la desfiguración física, y Norris (1987) encontró que el índice de sexualidad queda relegado básicamente por encontrarse las pacientes deterioradas físicamente.

En una observación personal al iniciar la aplicación se observó que dentro del área física refiriéndose globalmente a la salud corporal y aspecto físico, fue importante para las pacientes que contaron con apoyo psicológico y que al mismo tiempo toman algún medicamento infiriendo que el contar con dicho apoyo y uso de medicamentos las hace sentir con una mejoría en su salud corporal y aspecto físico precisamente.

Con base en lo anterior se encontró que el grupo de pacientes VIH/SIDA que recibieron apoyo psicológico presentan diferencias significativas con respecto a la dimensión ocupacional, nos habla de que se perciben cumplidas, capaces, inteligentes, responsables, eficientes y trabajadoras en cuanto a funcionamiento y habilidades de estudiante, como de trabajador o profesionista.

Con respecto al aspecto terapéutico, fue necesario ajustar el término "APOYO PSICOLOGICO" para englobar las psicoterapias de 3 a 5 meses o un poco más como pueden ser grupos de información, psicoterapia breve intensiva y de urgencia, ejercicios de relajación, reflexión individual y colectiva y muchas mas, pero finalmente el hecho de tener un espacio para hablar de la notificación de VIH/SIDA y su impacto es muy valioso ya que esto les permitirá integrar esta nueva experiencia en su nueva identidad.

Prueba de ello es el grupo iniciado por GLAMS (Grupo Latinoamericano de Trabajo de Mujeres y SIDA), en donde se reporta que estas mujeres se muestran muy participativas en las diferentes actividades y la evaluación fue muy positiva. Dichas participantes mencionaron como logros el hecho de no autodefinirse como enfermas sino como portadoras del VIH el adquirir conocimientos necesarios para ellas, el establecer nuevas amistades, una oportunidad, para algunas única, de compartir su situación y su vida, elevar su autoestima, fortalecer un sentimiento de solidaridad, de fortaleza y de esperanza. Así podemos resumir esas actividades de enorme riqueza y compañerismo. Dicho proyecto contempla continuar con tres talleres: el primero, de actualización en VIH/SIDA y empoderamiento, el segundo sobre sexualidad y un tercero, de Psicoterapia Gestalt.

Los resultados obtenidos se enmarcan con las propuestas de Costa y López (1991), quien señala que el tratamiento terapéutico debe reforzarse con programas educativos a nivel del público en general y de los trabajadores de la salud, dicho tratamiento será de soporte, involucrando el trabajo con la familia, amigos y parejas, y debe dirigirse a mitigar las duras implicaciones psicosociales inherentes a esta enfermedad con el fin de facilitar la readaptación a su nueva situación, prevenir y tratar las alteraciones emocionales, maximizando la calidad de vida del afectado, disminuyendo en lo posible su vulnerabilidad y evitar la difusión de la enfermedad. Discutir sus temores a morir es de primordial importancia, y proponer que se pueda despedir de la vida y conciliar con la muerte.

Estos programas de información deberán abordar que el sujeto VIH/SIDA no sea estigmatizado como infectado. Que la población sea educada no sólo para prevenir sino para compartir con los pacientes portadores del virus o SIDA con necesidades propias así como educar para enfrentar la muerte. Lo anterior se debe a que como lo menciona Pérez (1990) no existe un recurso terapéutico efectivo para tratar a estos pacientes aunque se conozcan sus respuestas, reacciones y preocupaciones, tomándose por lo tanto modelos de intervención psicológica alternos por carecer de un perfil establecido que sea flexible y que a la vez conlleve el inconveniente de la duración. Se han analizado los aspectos del Autoconcepto de pacientes VIH/SIDA con objeto que sea una herramienta objetiva, práctica y formal, por el abordaje individualizado del paciente o por la participación conjunta o apoyo multidisciplinario.

6.2 Limitaciones y Sugerecias

La literatura que habla de Autoconcepto es amplia, es por ello que surge el interés por realizar un estudio centrado en como se encuentra el Autoconcepto específicamente en mujeres ante una enfermedad terminal que supone una confrontación con la muerte, y si éste varía, es decir si es mayor o menor en grupos que reciben apoyo psicológico ante el diagnóstico del VIH o de SIDA y en grupos que no reciben dicho apoyo. Así pues, fue importante llevar a cabo la presente investigación ya que no existen en México modelos de intervención psicológica específicamente para pacientes mujeres y VIH/SIDA.

Al hacer la revisión biblio-hemerográfica para la realización de este proyecto se encontraron artículos publicados sobre métodos orientados a pacientes terminales de cáncer (Ascencio, 2001).

En España, la psicóloga pionera en el estudio de los aspectos psicológicos del SIDA, ha sido, probablemente, Pilar Arranz, quien dirigía el equipo del hospital La Paz de Madrid, además de Calvo, 1992, López Manjón, 1990; Marín, 1992; Planes, 1991; En Estados Unidos es Carole Campbell (1999), quien ha realizado estudios sobre las causas socio-culturales y el impacto en la sociedad americana del SIDA en mujeres, por lo que a partir de esto, se decidió el objetivo de la presente investigación abarcando en su totalidad las dimensiones a las que se refiere el Cuestionario de Autoconcepto de La Rosa, que son: social, emocional, ética , ocupacional. e iniciativa.

Primeramente se contempló realizar este estudio en mujeres con un rango de edad entre 20 y 50 años debido a la posición que ocupan las mujeres en la epidemia del SIDA en un contexto socio-cultural, prueba de ello son las mujeres viviendo con VIH/SIDA y el creciente número de mujeres que cuidan a miembros de la familia infectados por el VIH/SIDA. Ya que como afirma Campbell (1999), las mujeres enfrentan un acceso desigual a la atención y una desigual calidad de la atención. Así mismo demuestra que las instituciones sociales como los de atención a la salud y los medios de comunicación han creado barreras para las mujeres al no tomar en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres en términos de roles sociales, estatus y poder. Es así que la trascendencia de esta enfermedad va más allá de cifras.

El interés primordial de esta investigación se centró en ver cómo las mujeres enfrentan un diagnóstico de VIH/SIDA y si recibir algún tipo de apoyo psicológico mejora su calidad de vida. Para esto se realizó la revisión correspondiente, el abordaje teórico, la medición y el análisis descriptivo de los resultados.

A lo largo de la presente investigación se encontró, que para poder conformar la muestra se recurrió y pidió la autorización a diversas instituciones y organismos gubernamentales y no gubernamentales. En cada institución se realizaba este trámite variando en tiempo e incluso en algunas instituciones se me pidió dar algo a cambio y se sugirió por tanto dar cursos con información sobre VIH/SIDA.

En algunas instituciones no se permitió el acceso directo a la muestra debido a las políticas propias de la institución realizándose a través de una trabajadora social quien les proporcionaba los cuestionarios y se pedía que volviera posteriormente a recogerlos, esto representó otra limitación porque se perdió información que pudiera enriquecer la investigación.

Otro factor limitante fue localizar a los sujetos para ampliar la muestra para lo cual se acudió de manera personal a hospitales y clínicas del Sector Salud, así como organismos no gubernamentales como Ave de México, Amsavih, Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, Amigos contra el SIDA, Conasida, Cappsida y algunas otras, con sujetos VIH/SIDA conocidos quienes facilitaron el contacto con otros sujetos VIH/SIDA entre estos, amigos o conocidos y terapeutas particulares quienes permitieron que sus pacientes accedieran a la investigación, otra limitación por que se aplicaba el Cuestionario de uno en uno representando una inversión de tiempo elevada.

Inicialmente el tamaño de la muestra, parecía una limitación en cuanto a la validez del instrumento y a la generalización de los resultados, al mismo tiempo si se toma en cuenta que todavía el acceso a sujetos portadores del VIH en México es difícil, y por ello el número de sujetos entonces se tornó representativo.

Con respecto al aspecto terapéutico, fue necesario ajustar el término "APOYO PSICOLÓGICO" para englobar las psicoterapias de 3 a 5 meses o un poco más, que son esencialmente Grupos de información que dadas las características del manejo, en sí mismo se convierte en un espacio de contención psicológica, y para quienes lo manejan no quieren arriesgarse a llamarlo psicoterapia.

Por lo que para este estudio el sujeto que contara con alguna terapia y/o grupo de información fue considerado como apoyo psicológico. Se sugiere para futuras investigaciones evaluar el autoconcepto en un período más largo de sesiones de apoyo psicológico.

Para investigaciones futuras sean de VIH/SIDA, autoconcepto o apoyo psicológico, o las tres, se sugiere primeramente ampliar la muestra. Resultaría también oportuno realizar una posible medición del Autoconcepto antes de obtener el resultado de VIH/SIDA y otra posterior. Recurrir a un pretest-tratamiento-post test con la finalidad de obtener mayores puntos de comparación y ampliar el estudio para establecer variables con las características de personalidad del seropositivo /SIDA. Continuar con la realización de más estudios que permitan mayor cruce de variables que amplíen las perspectivas del conocimiento en este campo tan amplio y tan delicado.

Otra sugerencia sería el poder contrastar diferentes tipos de apoyo psicológico con el fin de conocer la eficacia y tiempo de duración de cada enfoque con objeto de contar con una herramienta especialmente dirigida para el apoyo a pacientes VIH/SIDA, ya que hasta este momento el contacto más cercano para entender esta problemática nos la proporcionan estudios realizados en pacientes terminales de cáncer pero no especialmente en pacientes terminales con SIDA que plantea diferentes necesidades.

Sugiero que las instituciones del sector salud faciliten los trámites y nos proporcionen los elementos necesarios para la investigación por parte de investigadores externos a dichas instituciones interesados en esta problemática, por ello representaría una excelente herramienta que podría apoyar ampliamente en el manejo de pacientes VIH/SIDA.

Un logro significativo a mi parecer es que esta investigación representa un estudio pionero en nuestro país con respecto a la población, ya que es hasta principios de los años 80's o 90's que se ha empezado a estudiar a la mujer, aún con dichas limitaciones este estudio representó un esfuerzo por explorar de manera sistemática y confiable, algunos aspectos de la personalidad.

Otro logro importante es poder contar con un instrumento validado especialmente para población mexicana ya que al ser así las observaciones e interpretaciones estarán mayormente organizadas y con menor margen de error.

Resulta útil esclarecer que con esta investigación se pudo comprobar que el trabajo de psicólogos en terapia con pacientes VIH//SIDA aporta un comprobable beneficio pues justo en la escala intraindividual, se reportaron los niveles de ajuste oportunamente con la intervención psicológica, aún cuando no todas las dimensiones resultaron significativas

Es interesante resaltar que el esfuerzo para lograr conformar a los grupos depende en gran medida de prometer el anonimato, respeto y la delicadeza a estas pacientes, ya que un gran porcentaje de la población mexicana reincide en estigmatizar a los pacientes VIH/SIDA. Considero que falta mucho por hacer para tratar a estas pacientes como seres humanos comunes y corrientes quizá con diferentes necesidades pero aún así, necesidades.

Entre otras sugerencias con respecto al apoyo psicológico que considero debe implementarse con estas pacientes es el de elaborar programas de intervención más largos que incluyan:

- Fomentar estrategias de motivación, debido a la serie de cambios y pérdidas importantes.
- Transmitir la oportunidad de centrarse en lo que se puede hacer, utilizando los momentos de crisis para reestructurar e identificar sus prioridades en la vida.
- Proporcionar instrumentos para que puedan entender y manejar las distintas reacciones emocionales que puedan presentarse a lo largo del proceso.
- Ayudar a las pacientes y a sus familiares a mantener una comunicación clara y abierta que les facilite, entender, compartir, escuchar y acompañar.
- Aprender a manejar y minimizar la incertidumbre.
- Incrementar expectativas de eficacia personal, sentimientos de utilidad y sensación de control.
- Fomentar habilidades de cambio de comportamientos de riesgo.
- Afrontar el estrés cuando la ansiedad pierde su función adaptativa.
- Discutir sobre las pérdidas la muerte y el hecho de morir.

Y finalmente quiero comentar que la realización de este proyecto permitió el enriquecimiento de su autora en el aspecto integral, permitió crear consciencia acerca de la magnitud del problema del VIH/SIDA y de la enorme responsabilidad que representa el rol como psicóloga en esta sociedad. A partir de esto surgen inquietudes para la realización de próximos proyectos, entre estos: ampliar más esta investigación recopilando una muestra mayor, por un lado, y por otro una gran motivación por realizar un proyecto sobre el enfrentamiento ante la muerte cuando el individuo se encuentra en un estado terminal. Se sugiere abordar el tema de la muerte como un asunto que a todos nos ocupa en un momento dado, en ocasiones se le teme y conmueve profundamente cuando alguien de cercano fallece. Es parte fundamental de la vida y sería enriquecedor plantear dicho proyecto con objeto de mejorar su calidad de vida, ayudar a que se preparen para la muerte como se hace para la vida, que logren un aprendizaje de esta experiencia trascendente y se reconcilien con la vida.

REFERENCIAS

- Aisenso, K. (1982). *El yo y el sí mismo*. Buenos Aires. Amorrortu (Trabajo original publicado en 1960).
- Allport, G.W. (1976). *Desarrollo y cambio. Consideraciones básicas para una psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Allport, G.W. (1955). *Becoming New Heaven: Yale University Press and Tests*.
- Ankrah, E. M. (1999). *Issues and challenges in female-controlled prevention: An overview*. En: *Cultura, Health & Sexuality*, Vol. 1 # 1.
- Arranz, P. (1990). *Alteraciones neuropsicológicas en pacientes hemofílicos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Tesis de Doctorado no publicada. Madrid: Universidad Complutense
- Arranz, P. y Bayés, R. (1996) *Sida y Prevención: un enfoque multidisciplinario*. JANO: Medicina y Humanidades. 34 (812), 46 a 55
- Ascencio, H. L: (2001). *Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama*. Tesis de Maestría Facultad de Psicología
- Balderas, G.A. (2000). *La Filosofía de vida y la relación del Auto concepto del mexicano*. Tesis de Postgrado. Facultad de Psicología, UNAM. México
- Bandalos, D.L., Yates, K., y Thorndike, Ch. T. (1995). *Effects of math self-concept, perceived self-efficacy, and test anxiety*. *Journal-of-Educational-Psychology*, 87, 611-623
- Barreto, P. (1994). *Cuidados Paliativos al enfermo de Sida en situación terminal: enfoque multidisciplinario*. En curso de habilidades de relación de sanitarios con afectados VIH/SIDA Gerona Fase 47 (2) 201-208
- Bayés, R. (1990). *Psiconeuroinmunología*. Monografía de Psiquiatría, 3(3) 41-46
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica* 2da. Edición Barcelona Martínez Roca
- Bayés, R. (1994). *Sida y Psicología: realidad y Perspectivas* (Revista de Psicología General y Aplicada 47 82) 125-127
- Benditt, J. (1993). *AIDS: The unanswered questions*. *Science*, 260, 1253
- Berer, M. (1993). *La mujer y el VIH-SIDA* Edit. Pandora Press
- Bertz, R. ET. AL. *Multiple dose pharmaco-kinetic of ABT/ 379/ rítonavir in HIV subjects* 39th Interscience Conference on Antimicrobial agents and Chemotherapy, san Francisco, abstract 327-1999
- Boletín CONASIDA 1989
- Boletín CONASIDA Agosto, 2002
- Boletín CONASIDA. Estadísticas en México 2002
- Boletín CONASIDA. Marzo, 1997
- Boletín de Prensa Letra S CONASIDA 2002
- Bonilla, M., Hernández, R., Andrade, P., y Córdoba, M. (1996). *El autoconcepto del mexicano en dos ecosistemas: La Psicología Social en México.*, 6, 71-77

- Byrne, B.M. (1984). The general academic self-concept nomological network: a review of construct validation research. *Research of Educational Research*, 54, 427-456
- Calvo, F. (1992). *Las Tres Epidemias del SIDA en la Provincia de Las Palmas*. Tesis Doctoral no publicada. Madrid: Universidad Complutense
- Campbell, C. (1999). *Women, Families & HIV/AIDS*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 257 pp. NPL cloth
- Campbell, J. (1990). Self Esteem and Clarity of the Self Concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 3 pp. 538-539
- Catalán, J. (1991). HIV-associated dementia: Review of some conceptual and terminological problems. *International Review of Psychiatry*, 3, 321-330
- Catalán, J., Riccio, M., y Thompson, C., (1989). HIV disease and psychiatric practice. *Psychiatric Bulletin*, 13, 316-332
- Cofer, C; Appley M; (1964). *Psicología de la Motivación. Teorías e Investigación*. Edit. Trillas.
- Cohen, F. (1990). "Pacientes con SIDA" México, Manual Moderno
- Cooley, O. C. (1950). *Human nature and the social order*. New York: Charles Sarvners Son
- Cooley, C.H. (1968). The social self: On the meaning of "I". In Gordon, C. And Gergen, K.J. (Eds.). *The self in social interaction*, 1. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Cooper, J, Holman, J. Y Braithwhite, V. (1983). Self-esteem and family cohesion: the childs perspective and adjustment. *Journal of Marriage and the family*, 4, 153, 154
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman Press
- Costa, M. y López E. (1991). *Manual para el educador social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Centro de Publicaciones
- Cruz del Castillo, C. (2002). *Autoconcepto y estilos de poder en la pareja*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México
- De Miguel, J. (1991). El problema social del SIDA en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, pp. 75-105
- Del Río, T. (1994) "Investigación, Mujer y SIDA" New York: International Center for Research on Women
- Díaz, G; (1982). *Psicología del Mexicano*. Edit. Trillas
- Díaz-Guerrero, R. y Díaz-Loving, r. (1996). El poder y el amor en México. *La Psicología Social en México*, 2, 153-166 México: AMEPSO
- Epstein, S. (1973). The Self Concept Revisited. *American Psychologist*, 28 pp. 404, 416
- Ericksen, J. W, Guinik, S.V. Markowitz, M. (1999). Protease inhibitors resistance, cross resistance, fitness and the choice of initial and salvage therapies AIDS 13- suppl A: 5189-5204
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth: and crisis*. New York: W:W: Norton
- Erikson, E., (1969). *Identidad, Juventud y Crisis*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Escobar, J; (1992). *Boletín Recuerda Vol. 1, No. 8 Servicios Médicos Coyoacán*.
- Feldmann, T; (1989). *Psychotherapy with AIDS Patients J. KyMed. Assoc.*

Fitts, W.H. (1965). *Manual for the Tennessee Self-Concept Scale*. Nashville, TN: Counselor Recordings

Flores Valdez, S. y Maldonado Palomar, N. (2002). *Autoconcepto en adolescentes adictos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México

Gadini, R. (1977). *The Pathology of the Self as a Basis of Psychosomatic Disorders Psychotherapy Psychosomatic*, 28 pp. 260-271

Gergen, K.J.(1971). *The concept of self*. New York: Holt Rine Hart and Winstons, Inc.

Ginnot, R.E. (1986). *Structural dimensions in aged self-concept*. *British Journal of Psychology*, 75, 207-212

González Núñez, J.J.; Romero, J, de Tavira, F. (1986). *Teoría y Técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. México: Trillas

González Puente, J. A. (2001). *Evaluación y mejoramiento de la Calidad de Vida de los pacientes seropositivos al VIH/SIDA*. Tesis de Doctorado Universidad Nacional Autónoma de México

González Quevedo, S.R. (2000). *Satisfacción laboral: Autoconcepto y su relación con un proceso de evaluación de su desempeño*. Tesis de Postgrado Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México

González, Q.S. (2000). *Satisfacción Laboral: Autoconcepto y su relación con un proceso de evaluación de su desempeño*. Tesis de Postgrado. Facultad de Psicología, UNAM. México

Hall, C. Y Lindsey, G. (1982). *La Teoría del sí mismo y la personalidad*. México Ed. Plados (Trabajo original publicado en 1970)

Hemachell., R. (1981). *Encuentros con el Yo*. México: Interamericana

Hilgard, E.R. (1949). *Human motives and the concept of the self*. *American Psychologist*, 4, 374-382

Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. New York: International University Press

James, W. (1968). *The self*. En C. Gordon y K. J. Gergen (Eds.) *The self in social interactions classic and contemporary perspectives*. New York: John Wiley and Sons

Joffre, R; (1992). *Boletín Recuerda*, Vol. 1 No. 18, Servicios Médicos Coyoacán, México.

Journal of Consulting and Clinical Psychology (1990). Número monográfico dedicado al SIDA. 58 Febrero

Katchadourian, H.A. (Ed.) (1983). *La sexualidad humana: Un estudio comparativo de la evolución*. México: Fondo de Cultura Económica

Kernberg, O.F. (1988). *La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico* México: Paidós

Kernberg, O.F. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad. Estrategias Psicoterapéuticas* México: El Manual Moderno

Kohut, H. (1990). *La restauración del sí mismo*. México: Paidós

Kohut, H. (1971). *Análisis del self*. Buenos Aires. Amorrortu

La Rosa, J. (1986). *Escalas de locus de control y Autoconcepto*. Tesis que para obtener el título de Doctor en Psicología Social presenta Jorge De La Rosa. Universidad Nacional Autónoma de México

Lawrence, C. (1956). *Psiquiatría Clínica Moderna*. Prensa Médica Mexicana

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (Eds.) (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer

López, Manjón, A. (1991). Teorías Intuitivas Sobre Enfermedad: Categorización, Representación y Razonamiento en Profanos. Tesis Doctoral no publicada. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid

Luna, A; y Ontiveros, E; (1992). Estudio Comparativo del Autoconcepto en Pacientes VIH/Positivos a SIDA y la Intervención Psicológica. Universidad del Valle de México.

Magaña, L. (1996). Factores que influyen en el rendimiento académico en un grupo de adolescentes. Tesis de Maestría inédita. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, México

Mahler, M. (1972). Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. México: Joaquín Mortiz (Trabajo publicado en 1968)

Malagón, N; (1992). Programa de Atención a Pacientes Terminales. Documento Interno CONASIDA

Marín, F.D. (1992). Influencia del Diagnóstico SIDA en pacientes de SIDA hospitalizados y no hospitalizados. Tesis doctoral no publicada. Sevilla. Universidad de Sevilla

Marín, J; Tarantola, D.J.M. Y Netter, T.H. (Eds). (1992). AIDS in the World. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Martínez Jerez, A. M. (2000). El Autoconcepto en jóvenes universitarios con diferentes niveles de protección coital. Tesis de Postgrado. Facultad de Psicología UNAM. México

Mead, G.H. (1934). Mind, self and society. Chicago: University of Chicago Press

Mead, G.H. (1968). The self-concept in social interaction. Classic and contemporary perspectives (Vol. 1). New York: John Wiley and Sons

Mendizábal, D. E. (2000). Autoestima y motivación del logro en mujeres con estudio de licenciatura y mujeres con estudios técnicos. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología, UNAM, México

Miller, D; (1989). SIDA y VIH. Edit. El Manual Moderno

Miller, D; Weber, J; Green, J; (1986). Atención de Pacientes de SIDA. Edit. El Manual Moderno

Montagnier, L. (1989). "Sobre virus y hombres". México: Alianza

Morin, S; (1984). The Psychological Impact of AIDS en Bay Men. American Psychologist. 39

Muñiz Campos, A. (1999). El Autoconcepto actual e ideal que debe ser en niños de primaria. Tesis de Postgrado. Facultad de Psicología UNAM. México

Nichols, S; (1985). Psychological Reactions of the Persons with AIDS. Annals of Internal Medicine (103)

Norris, G; (1987). Estigma Self-Estem, and Depression. Psycho-Social Responses to Risk of AIDS. Human Organization Vol.50 No. 1 University of Houston

ONUSIDA Julio, 2002

Orate, M. (1989). El Autoconcepto. Madrid: Narcea

Parish, T. Y Parish, J. (1983). Relationship between evaluation of one's self and one's family by children from intact, reconstitute and single-parent families. The Journal of Genetic Psychology, 143, 293-294

Pérez, J; (1990). Conocimiento y Conducta de Riesgo para la Transmisión del SIDA en Adolescentes de la Cd. de México. Tesis de Grado. Facultad de Psicología

Revista Latinoamericana de Psicología (1992). Número monográfico dedicado al SIDA. 24 (1)

Periódico La Jornada Febrero, 2002

Planes, M. (1991). La magnitud y la demora en las consecuencias como variables críticas en el autocontrol: Aplicación al caso de comportamientos de riesgo al VIH. Tesis Doctoral no publicada. Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona

Ramírez, F. (1998). El Autoconcepto en los problemas de aprendizaje: Elaboración de una escala de evaluación. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología UNAM

Richardson, D. (1990). La mujer y el Sida Edit. Manual Moderno México

Rios, L. M. (1991). Elementos Psicosociales en las Actitudes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Tesis de Maestría en Psicología Social: Universidad Nacional Autónoma de México

Rivera, O. Esquivel, F. Lucio, E. (1987) Integración de Estudios Psicológicos. Edit. Diana

Rodríguez, J. (1995). Psicología Social de la Salud Madrid Edit. Síntesis

Rogers, C. (1977) Counseling. Terapia centrada en el cliente. Buenos Aires. Editorial Paidós

Rogers, C. R. (1950). The Significance of Self Regarding Attitude and Perceptions. Inc. Reymert, M.T. (Ed.) Feeling and Emotion: The Moose Heart Symposium. New York: Mc Graw Hill

Roth, N. , Hogan, K. (1998). Gendered Epidemic. Representations of Women in the age of AIDS. Routledge, New York and London

Sandner, O. (1990) . SIDA: La pandemia del siglo Edit. Monte Ávila Editores Caracas Venezuela

Sarbin, T.R., (1952). A preface to a psychological analysis of the self. Psychological. Review, 59, 11-22

Satir, V. (1995). Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México No. 23-5 pp. 306-403

Separata de la Revista SIDA/ETS 1999 Vol. 1 num.1 Situación epidemiológica del Sida

Sepúlveda, A. J. (1992). AIDS: Prevention through education: A world view. New York: Oxford University

Sepúlveda, A.J. (1989). "SIDA, Ciencia y Sociedad en México: Secretaría de Salud y FCE

Sepúlveda, A.J. (1992). AIDS: prevention trough education: "a world wide" New York: Oxford University

Shavelson, R. Hubner, J. y Stanton, G. (1976). Self-concept validation of construct interpretations. Review of Educational Research, 46, 407-441

SIDA HOY (1997). Revista de Psicología México. Amigos contra el SIDA A.C.

SIDA/ETS, Febrero-Abril 1997. (Revista CONASIDA)

SIDA/ITS, Julio-septiembre 2002 (Revista CONASIDA)

Skinner. B. F. (1986). Sobre el Conductismo. España: Orbis

Skinner, B:F: (1971). Ciencia y Condccta Humana, una psicología científica. España: Fontanella

Snygg, D. Y Combs, A.W. (1949). Individual behavior. New York: Harper and Row

Splitz, R. (1966). No y Si. Sobre la génesis de la comunicación humana. Buenos Aires. Ed. Hormé. (Trabajo Oral Publicado en 1980)

SSA/CONASIDA, Letra S 2003

SSA/CONASIDA, Letra S. 2002

SSA/CONASIDA, SIDA/ETS, 4, (1), 1998

Symonds, P.M. (1951). The ego and the self. Appleton-Century-Crofts, New York

Sullivan, S. (1955). La Teoría Interpersonal de la Psiquiatría. Buenos Aires. Siglo XX

Valdés, M.; J. L. (1986). Una Escala de Autoconcepto para niños. La Psicología Social en México Vol. 2, pp. 517-522 México: AMEPSO

Valdez, M.; J. L. (1994). El Autoconcepto del Mexicano. Estudios de validación: Tesis que para obtener el grado de Doctor en Psicología Social, Universidad Nacional Autónoma de México

Valle Gómez, M.R. (1999). Autoestima, conocimientos sobre el SIDA y patrones de conducta sexual y adictiva en eventos universitarios. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México

Velásquez, G. (1993). "SIDA" Colombia: Corporación de Investigaciones Biológicas

Vizconde, P.L. (1997). "Percepción del riesgo de contraer VIH/SIDA en Mujeres". Tesis de Licenciatura. UNAM, México

Wells, L.E. y Marwell, G. (1976) self-esteem. Its conceptualization and measurement. Beverly Hills: Sage Publications

Whitley (en Epstein, S. (1973). The self concept revisited. American Psychologist, 28, 404-416

Anexos

Anexo A

Cuestionario de Datos Socio-Demográficos

DATOS PERSONALES:

Edad:

Estado civil:

Escolaridad:

Lugar de Residencia.

¿Qué información tiene usted acerca del VIH/SIDA?

a) Poca b) Ninguna c) Alguna d) Mucha

¿Es usted seropositiva? SI () NO ()

¿Cuándo se lo diagnosticaron? (año) _____

¿Tiene usted SIDA? SI () NO ()

¿Cuándo SE lo diagnosticaron? (año) _____

¿Recibe usted algún tipo de apoyo psicológico? SI () NO ()

¿Qué tipo de apoyo recibe usted?

a) Individual b) Grupal c) Familiar d) Otro (especifique)

¿Desde cuándo lo recibe? (fecha) _____

¿En qué lugar recibe usted el apoyo psicológico?

a) Domicilio b) Clínica c) Hospital d) Otro (especifique lugar)

1.- Introverso (a)	-----	Extroverso (a)
2.- Angustiado (a)	-----	Relajado (a)
3.- Amoroso (a)	-----	Odioso (a)
4.- Callado (a)	-----	Comunicativo (a)
5.- Accesible	-----	Inaccesible.
6.- Rencoroso (a)	-----	Noble
7.- Comprensivo(a)	-----	Incomprensivo (a)
8.- Incumplido (a)	-----	Cumplido (a)
9.- Leal	-----	Desleal
10. Desagradable	-----	Agradable
11. Honesto (a)	-----	Deshonesto (a)
12. Afectuoso (a)	-----	Seco (a)
13. Mentiroso (a)	-----	Sincero (a)
14. Tratable	-----	Intratable
15. Frustrado (a)	-----	Realizado (a)
16. Temperamental	-----	Calinado (a)
17. Animado (a)	-----	Desanimado (a)
18. Irrespetuoso(a)	-----	Respetuoso (a)
19. Estudioso (a)	-----	Perezoso (a)
20. Corrupto (a)	-----	Recto (a)
21. Tolerante	-----	Intolerante
22. Agresivo (a)	-----	Pacífico (a)
23. Feliz	-----	Triste
24. Malo (a)	-----	Bondadoso
25. Tranquilo (a)	-----	Nervioso (a) .

51. Reservado(a)	-----	Expresivo (a)
52. Deprimido (a)	-----	Contento (a)
53. Simpático (a)	-----	Antipático (a)
54. Sumiso (a)	-----	Dominante
55. Honrado (a)	-----	Deshonrado (a)
56. Deseable	-----	Indeseable
57. Solitario (a)	-----	Amigüero (a)
58. Trabajador (a)	-----	Flojo (a)
59. Fracasado (a)	-----	Triunfador (a)
60. Miedoso (a)	-----	Audaz
61. Tierno (a)	-----	Rudo (a)
62. Pedante	-----	Sencillo (a)
63. Educado (a)	-----	Malcriado (a)
64. Melancólico (a)	-----	Alegre
65. Cortés	-----	Descortés
66. Romántico (a)	-----	Indiferente
67. Pasivo (a)	-----	Activo (a)
68. Sentimental	-----	Insensible
69. Inflexible	-----	Flexible
70. Atento (a)	-----	Desatento (a)
71. Celoso (a)	-----	Seguro (a)
72. Sociable	-----	Insociable

VERIFIQUE SI CONTESTO EN TODOS LOS RENGLONES.
GRACIAS.

Anexo C

Casos de SIDA Notificados y Diagnosticados por año al 2º trimestre del 2002

Año	Notificados		Diagnosticados	
	En el año	Acumulados	En el año	Acumulados
1981	N/D	N/D	N/D	N/D
1982	N/D	N/D	N/D	N/D
1983	6	6	60	60
1984	6	12	198	258
1985	29	41	349	607
1986	246	287	673	1280
1987	518	805	1.485	2.765
1988	905	1.710	2.069	4.834
1989	1.605	3.315	2.661	7.495
1990	2.587	5.902	3.517	11.012
1991	3.155	9.057	3.625	14.637
1992	3.210	12.267	3.988	18.625
1993	5.058	17.325	3.950	22.575
1994	4.111	21.436	4.129	26.704
1995	4.310	25.746	4.268	30972
1996	4.216	29.962	4.437	35.409
1997	3.670	33.632	4.323	39.732
1998	4.758	38.390	4.304	44.036
1999	4.372	42.762	5.005	49.041
2000	4.855	47.617	3.257	52.298
2001	4.297	51.914	1.786	54.084
2002		51.914	365	54.449
TOTAL	51,914	394,100	54,449	470,873

FUENTE: DGE. Notificación Inmediata de casos de SIDA

Anexo D

Distribución Porcentual de los Casos de SIDA Según Identidad Federativa y Factor de Riesgo

Entidad Federativa	Homosexual		Bisexual		Heterosexual		Transfusión Sanguínea		Hemofílico		Donador		Drogas I.V.		Experiencia Ocupacional	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Aguascalientes	44	28.21	38	24.36	56	35.90	10	6.41	1	0.64	3	1.92	1	0.64	0	0.00
B.C. Norte	260	31.94	178	21.87	197	24.20	70	8.60	2	0.25	4	0.49	45	5.53	1	0.12
B.C. Sur	62	35.43	48	27.43	53	30.29	6	3.43	1	0.57	0	0.00	3	1.71	0	0.00
Campeche	41	28.08	31	21.23	59	40.41	9	6.16	0	0.00	0	0.00	1	0.68	0	0.00
Coahuila	190	35.38	149	27.75	147	27.37	23	4.28	13	2.42	1	0.19	5	0.93	0	0.00
Colima	39	34.82	25	22.32	34	30.36	10	8.93	1	0.89	2	1.79	0	0.00	0	0.00
Chapas	80	20.83	65	16.93	189	49.22	32	8.33	2	0.52	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Chihuahua	105	35.12	79	26.42	72	24.08	26	8.70	0	0.00	3	1.00	7	2.34	0	0.00
D.F.	3,359	46.10	1,541	21.15	1,628	22.34	467	6.41	67	0.92	84	1.15	27	0.37	2	0.03
Durango	58	27.36	59	27.83	74	34.91	11	5.19	2	0.94	0	0.00	5	2.36	0	0.00
Guanajuato	130	28.08	108	23.33	152	32.83	46	9.94	8	1.73	2	0.43	4	0.86	0	0.00
Guerrero	299	29.55	239	23.62	362	35.77	66	6.52	10	0.99	4	0.4	6	0.59	0	0.00
Hidalgo	54	18.62	62	21.38	135	46.55	18	6.21	5	1.72	2	0.69	6	2.07	0	0.00
Jalisco	853	26.29	696	21.45	897	27.64	556	17.13	41	1.26	50	1.54	32	0.99	0	0.00
Edo. México	896	30.33	562	19.03	930	31.48	303	10.26	46	1.56	107	3.62	22	0.74	3	0.10
Michoacán	284	23.36	257	21.13	542	44.57	80	6.58	10	0.82	3	0.25	10	0.82	0	0.00
Morelos	184	22.28	180	21.79	309	37.41	93	11.26	4	0.48	18	2.18	4	0.48	0	0.00
Nayarit	108	23.41	116	25.16	168	36.44	50	10.85	2	0.43	1	0.22	1	0.22	0	0.00
Nuevo León	363	41.87	251	28.95	191	22.03	25	2.88	10	1.15	2	0.23	5	0.58	0	0.00
Oaxaca	148	25.21	157	26.75	226	38.50	37	6.30	2	0.34	1	0.17	2	0.34	1	0.17
Puebla	408	16.61	349	14.20	1,291	52.54	257	10.46	10	0.41	69	2.81	13	0.53	0	0.00
Querétaro	8	13.11	49	19.61	88	34.51	13	5.10	2	0.78	0	0.00	7	2.75	0	0.00
Quintana Roo	45	36.59	36	29.27	27	21.95	8	6.50	0	0.00	0	0.00	2	1.63	0	0.00
S.I.P.	98	29.08	99	29.38	102	30.27	20	5.93	1	0.30	2	0.59	3	0.89	0	0.00
Sinaloa	116	28.86	117	29.10	106	26.37	38	9.45	3	0.75	1	0.25	7	1.74	0	0.00
Sonora	139	30.82	107	23.73	126	27.94	28	6.21	3	0.67	0	0.00	26	5.76	0	0.00
Tabasco	60	27.91	54	25.12	75	34.88	16	7.44	4	1.86	1	0.47	1	0.47	0	0.00
Tamaulipas	153	31.16	124	25.25	173	35.23	20	4.07	3	0.61	3	0.61	5	1.02	0	0.00
Tlaxcala	38	13.19	49	19.61	88	34.51	13	5.10	2	0.78	0	0.00	7	2.75	0	0.00
Veracruz	382	31.23	313	25.59	437	35.73	47	3.84	5	0.41	5	0.41	4	0.33	1	0.08
Yucatán	338	43.39	261	33.50	132	16.94	20	2.57	5	0.64	1	0.13	4	0.51	0	0.00
Zacatecos	39	24.07	27	16.67	67	41.36	18	11.11	0	0.00	1	0.62	4	2.47	0	0.00
Extranjero	59	31.89	42	22.7	58	31.35	11	5.95	0	0.00	1	0.54	6	3.24	0	0.00
Nacional	9,520	32.37	6,461	21.97	9,269	31.52	2,458	8.36	267	0.91	376	1.28	269	0.91	8	0.03

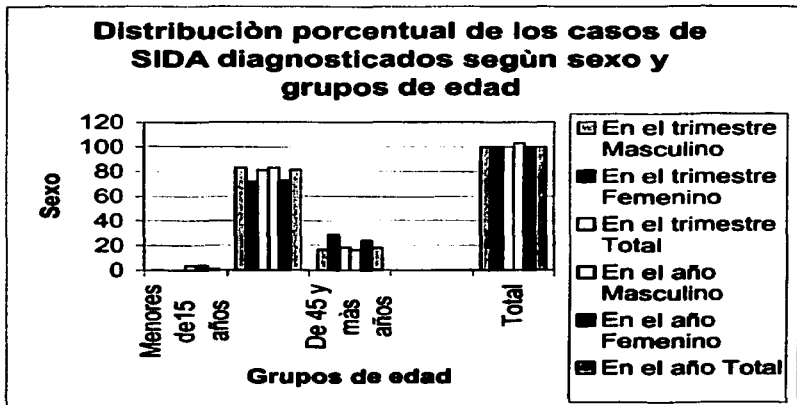
FUENTE: DGE. Casos según entidad federativa y factor de riesgo

FALTA DE ORIGEN
 LEVANTAR CON

Anexo E

Información al 2do. Trimestre del 2002

Grupos de edad	En el trimestre			En el año		Total
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	
Menores de 15 años	0.4	0	0.3	3.5	3.5	0.8
De 15 a 44 años	83.1	71.4	81.2	83.1	72.4	81.4
De 45 y más años	16.5	28.6	18.5	16.6	24.1	17.8
Edad ignorada	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	103.2	100	100



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Anexo F

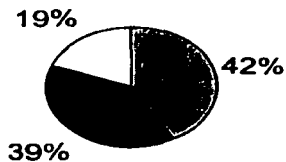
Casos de SIDA diagnosticados en el Año según entidad Información al segundo trimestre de 2002		
Entidad Federativa	En el Trimestre En el año	Acumulados
Aguascalientes	6	6
B.C. Norte	27	27
B.C. Sur	5	5
Campeche	0	0
Coahuila	9	13
Colima	0	0
Chiapas	0	17
Chihuahua	10	0
Distrito Federal	0	6
Durango	6	18
Guanajuato	16	1
Guerrero	1	11
Hidalgo	11	2
Jalisco	1	7
Estado de México	6	19
Michoacán	19	25
Morelos	13	6
Nayarit	6	16
Nuevo León	16	48
Oaxaca	36	41
Puebla	41	15
Querétaro	5	1
Quintana Roo	1	0
San Luis Potosí	0	4
Sinaloa	4	0
Sonora	0	0
Tabasco	10	12
Tamaulipas	1	1
Tlaxcala	9	13
Veracruz	35	42
Yucatán	11	14
Zacatecas	2	2
Total	307	363

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Anexo G

	Hombres	Mujeres	Menores de 15 años
Personas infectadas por VIH en 2002	2,095,000.00	1,935,000.00	970,000.00

Personas infectadas por VIH en 2002



■ Hombres ■ Mujeres □ Menores de 15 años

ESTRUC CON
FALTA DE ORIGEN

Anexo G1

	Hombres	Mujeres	Menores de 15 años
Defunciones por SIDA en 2002	1,364,000.00	1,240,000.00	496,000.00

Defunciones por SIDA en 2002

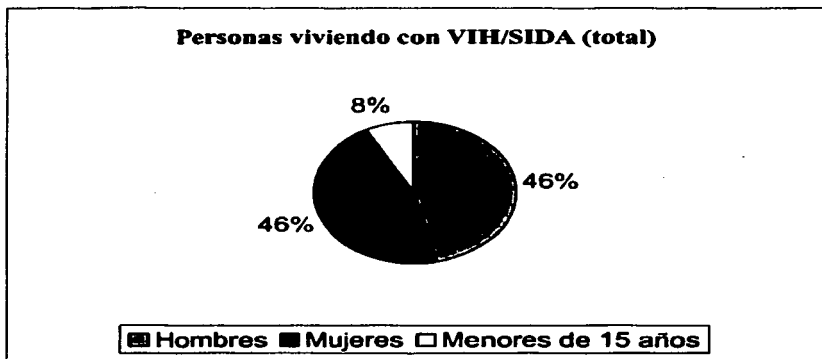


■ Hombres ■ Mujeres □ Menores de 15 años

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

Anexo G2

	Hombres	Mujeres	Menores de 15 años
Personas viviendo con VIH/SIDA (total)	19,488,000.00	19,278,800.00	3,234,000.00



TESIS CON
FACULTAD DE ORIGEN