



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“LA RELACION ENTRE EL AUTOCONCEPTO Y LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN HSH CON DIFERENTES SEROESTATUS”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTAN:

LILIANA CAMACHO ARIAS
ARGELIA JUAREZ RIVAS

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. GABINA VILLAGRAN VAZQUEZ

ASESORA:

LIC. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

SINODALES:

LIC. DAVID RAUNEL REYES DOMINGUEZ
LIC. LIDIA AURORA FERREIRA NUÑO
LIC. GABRIELA ROMERO GARCIA

MEXICO, D. F., 2004



EXAMENES PROFESIONALES
EAD P. 1. 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a la *Universidad Nacional Autónoma de México*, por la oportunidad de pertenecer a ella y prepararme profesionalmente.

A *Liliana*, mi gran amiga, que al compartir una misma ilusión, esfuerzo y persistencia nos llevo a culminar esta meta en nuestro camino profesional, sin tu energía y constancia no hubiese sido posible, te deseo toda la suerte del mundo.

Agradezco especialmente a la *Dra. Gabina Villagran* por su dirección, experiencia y exhortación para poder finalizar este trabajo, mil gracias.

Asimismo agradezco profundamente a la *Lic. Karina Torres* por su valiosa asesoría, observaciones y sugerencias a lo largo de este proyecto.

Agradezco las oportunas y excelentes observaciones que, durante el desarrollo del presente trabajo tuvieron a realizar los miembros del comité de revisión y aprobación de tesis: *Lic. Gabriela Romero*, *Lic. David R. Reyes* y *Lic. Lidia A. Ferreira*, gracias por el tiempo que invirtieron en la revisión, así como de sus pertinentes correcciones.

A la *Lic. Guadalupe Bazaldúa* y *Lic. Joaquín Ordaz* por su interés constante y motivación.

A todas las personas que hicieron posible este trabajo.

Argelia

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**, por la formación académica y el orgullo que me causa egresar a este recinto. De igual manera, agradezco profundamente a todos los profesores que dejaron huella en mi, porque de cada uno aprendí cosas muy valiosas.

Mi más profundo agradeciendo a **GABINA VILLAGRAN**, por brindarme la oportunidad de ser parte de este proyecto; por los comentarios y la comprensión. Doctora, tus conocimientos y observaciones oportunas fueron de suma importancia en este camino.

¡¡Muchas Gracias!!

Sin duda alguna a **KARITA TORRES**, por los comentarios y la ayuda invaluable, pero sobre todo, por la paciencia y la espera para que este trabajo tuvieran un fin. No tengo palabras para agradecer toda su ayuda, escucha y contención.

¡¡ Mil gracias !!

A **DAVID REYES** mi más profundo agradecimiento y respeto por las observaciones y sobre todo por la ayuda tan importante en la recta final.

Liliana

DEDICATORIAS

A mi *madre*, por su cariño y apoyo que han sido mi fuerza para lograr mis metas, por demostrarme constantemente interés y entusiasmo en mi desarrollo personal y profesional, mil gracias.

A mi *padre* por su soporte e interés para que finalizará mis estudios.

A mi abuela por todo el afecto, cuidado y ayuda que me dio desde pequeña, hasta esta fecha.

A mis hijos, *Roberto y Miguel Ángel*, que son mi satisfacción y motivación constante.

A mi esposo, por su respaldo y comprensión en el transcurso de esta investigación.

A mis *hermanos*, por su afecto y amistad de siempre.

Al Sr. *Raymundo* y la Sra. *Teresa* gracias por su hospitalidad y buena voluntad que pude sentir siempre.

A toda mi *familia*, quienes de una u otra forma siempre han tenido palabras de aliento hacia mí.

Argelia

A los cinco pilares de mi vida, quienes me dieron forma y me vieron crecer:

Tere y Rey: Primeramente dedico este esfuerzo por el regalo más preciado y valorado: la vida. Ustedes son en gran parte, responsables de quien soy hoy en día.

Mishi: gracias por los cuidados, atención, apoyo y cariño recibido de tu parte en todo momento, mil gracias por el tiempo dedicado al cuidado de tus hijos, eso es invaluable, de verdad. ¡Eres una gran mujer!

Toti: Por tu ejemplo de responsabilidad, por creer en mi y esperar pacientemente este momento, no se como agradecer el que siempre crees en mí y que me lo demuestras. Esto va con todo mi amor.

Lupita: Porque eres una persona súper importante y querida en mi vida. Gracias por estar allí cuando te necesito, por la escucha, por la palabra y el silencio oportuno. Nunca dejes que tus sueños sean sólo eso, conviértelos en realidad y llega hasta el mismísimo lugar al que hoy día logré llegar, sé que lo puedes hacer.

Mundo: Por todo el cariño y respeto que te mereces, por el tiempo compartido, porque aunque parecía que estábamos solos no era así, pues siempre estuvimos cerca. Ojalá este esfuerzo te invite a seguirme el paso, nunca es tarde recuérdalo. Gracias por todo tu apoyo.

Roly: (Brother) ¡Por fin llegue! ¡Por fin te alcance! Me llena de orgullo poder alcanzado la meta, seguir el camino que habías dejado por delante para mi. Este esfuerzo en mucho te lo debo a ti, porque me enseñaste que con esfuerzo los objetivos se cumplen. Gracias por el ejemplo.

A los cinco, gracias por ser parte fundamental en mi vida. LOS AMO.

Rosy: Tu eres parte muy importante de este esfuerzo, eres responsable por haber abierto el camino por el que había que andar. Gracias por todas las vivencias gratificantes, por estar siempre presentes y por toda la ayuda. TE QUIERO MUCHO.

Javier: Al amor de mi vida, por ser parte de mi presente. T. A. M.

Ximena: Porque significas lo más grande en mi vida, porque eres lo que me impulsa a salir cada día adelante y porque desde que llegaste a mi vida, le diste un nuevo sentido y color a mi existencia. Este esfuerzo es para ti pequeña. TE AMO TODA LA VIDA.

Argelia: A la compañera en la universidad, pero la amiga en la vida. Gracias por la espera, a final de cuantas lo conseguimos. . . estamos aquí, al final de este camino.

Y a ti, que tienes en tus manos este trabajo, con el mejor deseo de que te sea útil en tu consulta.

Liliana

ÍNDICE

Resumen.	1
Introducción.	2
I. MARCO TEÓRICO.	4
VIH / SIDA.	5
Autoconcepto.	34
Sintomatología depresiva.	47
II. METODOLOGÍA.	69
Pregunta de investigación.	70
Objetivos.	70
Hipótesis.	70
Definición conceptual y operacional de variables.	71
Método.	73
Tipo de estudio.	73
Tipo de diseño.	73
Sujetos.	73
Escenario.	73
Instrumentos.	74
Análisis de Datos.	75
III. Resultados.	76
IV. Discusión y Conclusiones.	96
VI. Bibliografía.	104
ANEXO.	110

RESUMEN

A lo largo del desarrollo histórico del hombre, éste ha tenido que enfrentar un sin número de enfermedades con relativo éxito; sin embargo, en la actualidad uno de los mayores problemas de salud al que se sigue enfrentando es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cual ha causado un impacto social por ser una enfermedad incurable y crónica; el virus que la ocasiona produce un grave deterioro progresivo en el sistema de defensas naturales del individuo, dejándole vulnerable ante cualquier infección oportunista.

El individuo seropositivo se enfrenta a un entorno social estigmatizante, dado el vínculo que se estableció, entre SIDA y homosexualidad al inicio de la pandemia, por ello, el SIDA tiene múltiples implicaciones tanto en quien la padece como en su entorno, generando una gran variedad de problemas emocionales estrechamente relacionados con el proceso evolutivo de la enfermedad, como cambios en el autoconcepto, identidad, valores, alejamiento de la familia, depresión, miedo, etc.

El presente trabajo tuvo como objetivo general conocer la relación entre el Autoconcepto y la Sintomatología Depresiva en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH) con diferente seroestatus al VIH/SIDA.

Para este estudio se utilizó una muestra de 100 HSH, divididos en 4 grupos de acuerdo a su seroestatus: seronegativos, seropositivos asintomáticos, CRS y SIDA.

Se utilizó la escala de Autoconcepto de La Rosa y para medir la Sintomatología Depresiva se empleó la escala de depresión CES-D; en ambas escalas se obtuvo consistencia interna (alfa de Cronbach) de .68 y .70 respectivamente.

De acuerdo al análisis de resultados, se encontró que conforme avanza la enfermedad el individuo tiende a obtener bajas puntuaciones en la escala de Autoconcepto, a la vez que van incrementando sus puntajes en Sintomatología depresiva. Por lo anterior se concluye que al ser el Autoconcepto un factor fundamental de la personalidad, éste determina la manera en que una persona reacciona ante las adversidades que se le presentan, como el vivir con VIH/SIDA, es por ello que al ver amenazada su vida por la enfermedad, además de estar inmerso en un ambiente social que le estigmatiza, puede dañar su Autoconcepto haciéndole más susceptible de presentar Síntomas Depresivos, lo cual podría traer como consecuencia que la enfermedad evolucione con mayor rapidez a SIDA.

INTRODUCCIÓN

La pandemia del SIDA representa un grave problema de salud que tiene amplias repercusiones a nivel biológico, médico, psicológico, social, económico, laboral e ideológico-político.

El SIDA representa un problema sin precedentes en la historia moderna, ya que ha cobrado numerosas vidas. Esta enfermedad ha dejado al descubierto la vulnerabilidad humana porque evoca temores y profundas inhibiciones en el ser humano, además de reacciones mezquinas e irracionales.

Cuando una persona recibe el diagnóstico de VIH positivo se enfrenta a un impacto emocional al identificar que esta en peligro su integridad, tomando en cuenta que la infección / enfermedad es incurable; de tal forma que el VIH/SIDA representa un golpe a la estabilidad de cualquier ser humano.

En las investigaciones sobre depresión se han identificado algunos factores que a los individuos les permiten disminuir el dolor psicológico ante situaciones estresantes o penosas. Uno de estos factores es el autoconcepto, pues se ha encontrado que quienes cuentan con un buen autoconcepto, manejan de mejor manera la situación a la que se enfrentan y existe un menor nivel de depresión.

Es importante considerar la influencia que ejerce el autoconcepto y la sintomatología depresiva en los individuos, ya que éste último es uno de los desórdenes emocionales más prevalentes en la sociedad moderna.

Por lo anterior surge la inquietud de conocer ¿cuál es la relación entre el autoconcepto y la sintomatología depresiva en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), con diferentes seroestatus al VIH/SIDA?

A continuación se describe de manera general el contenido de cada uno de los capítulos que integran el presente estudio.

En el Capítulo I se presenta el marco teórico, haciendo referencia a los antecedentes, etiología, epidemiología, mecanismos de transmisión y tratamientos del VIH/SIDA; se aborda el tema del autoconcepto, haciendo referencia a las diferentes corrientes que lo abordan, como se desarrolla, su evolución y definición; finalmente se aborda el tema de la depresión desde su perspectiva histórica, las teorías psicológicas que lo abordan, clasificación, causas y características clínicas.

El Capítulo II plantea el problema, los objetivos y las definiciones de las variables.

En el Capítulo III se describe el tipo de estudio, diseño, descripción de los sujetos, escenario e instrumentos empleados en el estudio.

El Capítulo IV presenta el análisis de los resultados obtenidos, en donde se pudo observar que independientemente del seroestatus, la correlación entre Autoconcepto y Sintomatología Depresiva siempre fue negativa. De este modo, se encontró que en los grupos de HSH seronegativos y seropositivos asintomáticos se obtuvieron puntajes más altos en autoconcepto con baja presencia de Sintomatología Depresiva; mientras que los grupos de HSH con CRS y SIDA los puntajes obtenidos fueron a la inversa, es decir, un Autoconcepto bajo y mayor presencia de Sintomatología Depresiva.

El Capítulo V expone la discusión y conclusiones del estudio que hacen referencia a que, al ser el autoconcepto un factor fundamental de la personalidad, éste determina la manera en que un individuo reacciona ante las adversidades que se le presentan, como el estar infectado o enfermo por VIH/SIDA. Es por ello que al ver amenazada su vida y estar inmerso en un entorno social que le estigmatiza, puede afectar su Autoconcepto dejándolo susceptible a presentar síntomas depresivos, creando un terreno fértil en donde es más probable que la enfermedad evolucione.

I. MARCO TEÓRICO

V I H / S I D A

ANTECEDENTES

Las enfermedades siempre han jugado un papel importante en el desarrollo histórico de las sociedades puesto que la manera en que los individuos entienden y afrontan el riesgo de enfermarse es un asunto social que ha caracterizado las distintas épocas de los grupos humanos. A finales del siglo pasado, donde parecía que se habían enfrentado con éxito algunas epidemias conocidas, apareció el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), el cual ha causado un impacto social, ya que es una enfermedad incurable y crónica, producida por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), el cual es capaz, como lo establece Sepúlveda (1989), de instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse; razón por la cual el individuo infectado está posibilitado para transmitir la infección sin darse cuenta.

La historia del SIDA se inicia a partir de la investigación de dos hechos aparentemente sin relación, en Estados Unidos en 1981 (Cotte, 1987, Durham, 1990): el primer acontecimiento notificado fue un brote de cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en varones jóvenes en la ciudad de Los Ángeles, enfermedad que hasta el momento sólo se había presentado en ancianos débiles, en pacientes con trasplantes de órganos y en personas con graves deficiencias inmunológicas; el segundo hecho fue un informe de ocho casos de pacientes que se presentaban muy delgados, débiles en extremo, con ardores en boca y faringe, respiración dificultosa, tos, fiebre, diarrea, con una adenopatía generalizada además de sarcoma de Kaposi. Los estudios bacteriológicos de estos pacientes revelaron múltiples bacterias y hongos que comúnmente se presentan como poco patógenos infectando pulmones, intestinos y cubriendo la piel; además con los tratamientos aplicados no surgieron mejorías y en algunos casos los pacientes murieron sin haber establecido diagnóstico, estos casos se presentaron en varones jóvenes en la ciudad de Nueva York.

En julio de 1981 el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC, Center for Disease Control) de Atlanta recopiló los casos de neumonía por *Pneumocystis carinii*, los casos de sarcoma de Kaposi y otros fallecidos por graves efectos inmunológicos, interrelacionándolos a través de dos situaciones que aparecían constantes en ellos:

- 1.- la práctica homosexual, y
- 2.- la existencia de grandes defectos inmunológicos.

Por lo que en primera instancia se determinó que se trataba de una enfermedad desconocida exclusiva de los homosexuales, llamándola cáncer gay, peste o cáncer rosa, mientras que clínicamente se sugirió llamarla GRID, por sus siglas en inglés Gay Related Immunodeficiency (Inmunodeficiencia Relacionada con Homosexuales).

Posteriormente, algunas investigaciones demostraron que la nueva enfermedad no solamente afectaba a hombres homosexuales en Los Ángeles, San Francisco y Nueva York, sino también a hemofílicos y usuarios de drogas intravenosas, mientras que por otro lado se encontraron casos de hombres y mujeres heterosexuales afectados por este mal en Haití y África Central (Cotte, 1987). A partir de estos hallazgos, el CDC de Atlanta determina abandonar la denominación GRID y dieron a la enfermedad el nombre de AIDS por sus siglas en inglés (Acquired Immunodeficiency Syndrome), SIDA en español (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) (Gómez y Velásquez, 1992).

En 1983 ocurrieron hechos muy importantes en relación a esta nueva enfermedad; en primer lugar los científicos del Instituto Pasteur, quienes se encontraban al mando de Luc Montagnier, encontraron al pequeño responsable, después de minuciosos trabajos sobre material obtenido de ganglios linfáticos de un paciente afectado de esta extraña enfermedad en 1983, catalogándolo como de alta peligrosidad, reconocido como miembro de la familia de los retrovirus. Al mismo tiempo, investigadores estadounidenses dirigidos por Robert Gallo también logran aislar el virus llamándolo HTLV-III (Virus Linfotrópico - T Humano tipo III) (Miller, 1989, Cotte, 1987).

No es sino hasta 1986 que se propone unificar la denominación del virus, conocido como LAV y HTLV - III, por una denominación internacional unificada: HIV, Human Immunodeficiency Virus (VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana), (Gómez y Velásquez, 1992).

Como consecuencia de las múltiples investigaciones que se han realizado a raíz del descubrimiento del SIDA, se han conocido dos tipos de virus que se han identificado como los agentes etiológicos del SIDA y que se han denominado, como ya se mencionó, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); estos dos tipos de virus son genéticamente diferentes y se han llamado VIH-1 y VIH-2. Mientras que el primero se considera que es el responsable de la pandemia (epidemia a nivel mundial), el segundo es endémico del África Oriental y es sumamente raro fuera de esta región.

El VIH-2 se diferencia del VIH-1 en que la enfermedad que produce es menos agresiva, parece evolucionar más lentamente hacia la destrucción del sistema inmunitario, su transmisión vertical (madre-hijo) parece ser más difícil y existe variación en la

regulación del virus a nivel genético; los genomas del VIH-1 y VIH-2 tienen una similitud de sólo el 40-50% y el VIH-2 presenta una homología del 75% con el virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIV). Sin embargo, ambos ocasionan una enfermedad clínicamente indistinguible.

ETIOLOGÍA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986, propuso lo que hasta hoy en día se considera la definición más aceptada de SIDA, la cual nos dice que *"es una enfermedad grave, mortal, caracterizada por una inmunodeficiencia adquirida producida por un retrovirus (género lentivirus) que ataca al sistema inmunológico, específicamente a los leucocitos T4 (leucocitos auxiliares) y macrófagos, dejando a la persona expuesta a una serie de cuadros clínicos de tipo infecciosos y tumoral, localizados y/o diseminados, que caracterizan a este síndrome"* (Sandner, 1990).

El significado de las siglas SIDA es:

SÍNDROME. Enfermedad o condición caracterizada por un grupo de signos y síntomas que se presentan simultáneamente. El SIDA se manifiesta a través de una serie de enfermedades y síntomas diversos que suelen ser fatales.

INMUNO. Se refiere al sistema inmunitario, es decir, a la capacidad de defensa que tiene o desarrolla nuestro cuerpo contra los agentes infecciosos para combatir a las enfermedades.

DEFICIENCIA. Indica falta o carencia de algo que necesitamos; en este caso se refiere a la debilidad del sistema inmunitario.

La inmunodeficiencia indica que el virus del SIDA hace que el cuerpo sea incapaz de combatir ciertas infecciones y enfermedades.

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

El SIDA es una enfermedad infecciosa, relativamente nueva, contagiosa y que se puede prevenir; además es universal, afecta a personas de todas las clases sociales y ocupacionales, por lo que no distingue sexo, estado civil, edad, religión y nacionalidad. Daña las defensas del organismo, favoreciendo con ello la aparición de infecciones graves tales como cánceres raros y una serie de síntomas comunes y hasta la actualidad es incurable en todos los casos conocidos.

El agente etiológico del SIDA se ha denominado VIH; estas siglas significan: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Este virus ataca al sistema inmunológico humano y lo va destruyendo en forma gradual y progresiva, lo que ocasiona que disminuya la inmunidad celular y con ello, que la persona afectada sea cada vez más vulnerable ante cualquier tipo de infección causado por cualquier otro virus, bacteria, parásito u hongo, que en condiciones normales no lograría hacer daño al hombre.

DESARROLLO DE LA INFECCIÓN POR VIH

En el caso de la infección por el VIH, el Centro para el Control de las Enfermedades propuso en 1987 un esquema de historia natural de la enfermedad en cuatro fases o etapas del proceso de infección, que es el más ampliamente empleado y que correlaciona daño viral y estado físico de la persona seropositiva (CDC, 1987).

ETAPA I

Una vez que el VIH ha entrado en el organismo se está en la primera etapa del proceso de infección, también conocida como **Infección Aguda o Primoinfección**. Algunas personas se sienten mal al momento en que se seroconvierten, pero con mayor frecuencia no hay síntomas del todo en ese momento. Si ocurre alguna enfermedad, es muy probable que pueda confundirse con un cuadro gripal, donde hay una serie de manifestaciones caracterizadas por: dolor de cabeza, dolores articulares y/o musculares, fiebre, ojos irritados, ardor en garganta, sensación de malestar generalizado acompañado de crecimientos ganglionares en cuello, axilas e ingles; pueden también presentarse erupciones cutáneas del tipo de la rubéola. Cualquier enfermedad que ocurre al momento de adquirir VIH es de fácil y rápida curación; la persona se sentirá mejor en algunas semanas y no será necesario el uso de un tratamiento aparte de medidas sencillas (analgésicos o reposo). No siempre que un individuo se infecta se presenta este cuadro, las razones para que lo haga son básicamente dos:

- a) La cantidad de virus que penetra por primera vez. Así, cuando ésta es elevada (en el caso de una transfusión sanguínea, por ejemplo), las manifestaciones orgánicas son más evidentes que cuando la cantidad es mínima.
- b) El estado de salud general del individuo en el momento de la infección; si éste es bueno, probablemente la reacción será menos evidente.

Dentro de esta etapa se encuentra el **período de ventana**, lo cual quiere decir que el virus está alojado en el organismo, pero aún no es posible detectar su presencia, debido a que no se ha generado el número suficiente de anticuerpos para que una prueba pueda indicar la presencia del agente causante del SIDA en el organismo, ya que los anticuerpos no aparecen de inmediato una vez que la infección se ha dado, sino que debe transcurrir un lapso variable de tiempo para la aparición de éstos.

En este momento el sistema inmunológico se encuentra en óptimas condiciones; sin embargo, es muy importante resaltar que a partir de este momento la persona que ha sido infectada por el VIH ya puede contagiar a otras personas.

ETAPA II

Independientemente de que se presenten o no las manifestaciones de la infección aguda, el individuo pasa a esta etapa, a la cual se le denomina **asintomática**. Aquí, lo característico es, como su nombre lo indica, la seropositividad sin síntomas; es decir, si el individuo por alguna razón se realiza la prueba, ésta resultará positiva. Es entonces cuando se dice que una persona es portadora del VIH, seropositivo, portador asintomático o simplemente que está infectado.

En este momento, no existe ninguna manifestación clínica, la mayoría de las personas seropositivas se sienten aptas y en buenas condiciones casi todo el tiempo o la mayor parte del mismo, pero son capaces de contagiar a más personas (siempre y cuando haya intercambio de fluidos corporales). Es más probable que cualquier síntoma que experimenten se deba a trastornos no relacionados con el VIH.

Cuando las personas se encuentran en esta etapa, pueden seguir dos caminos: permanecer infectados, o progresar en el proceso de la infección hasta llegar a la enfermedad. Se considera que del total de infectados, el 5% progresa a las siguientes etapas cada año (Castro y cols., 1992), esto depende también de ciertos cofactores, los cuales se explicaran más adelante.

En este período se sabe que el virus se está replicando y que existe un aumento lento y progresivo en el número de la carga viral, así como de los anticuerpos que genera el sistema inmunológico.

ETAPA III

Cuando una persona ha estado infectada por VIH meses o años, puede desarrollar una tumefacción generalizada de los ganglios linfáticos, en especial de la nuca o las

axilas. A esta etapa se le conoce como **Complejo Relacionado al SIDA (C.R.S.)** o **Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP)**.

La afección tiene una definición muy precisa ya que los ganglios deben ser mayores a 1 cm de diámetro en dos diferentes áreas del cuerpo, cuando menos durante tres meses, y no se consideran los ganglios tumefactos en las ingles.

Ni la tumefacción glandular ni las molestias deben preocupar, ya que representan la forma en que las personas afectadas luchan contra el virus; sin embargo, el aumento de las tumefacciones, así como de las molestias pueden ser indicadores para tomar las cosas con cautela.

Algunos síntomas que pueden ocurrir en personas seropositivas y que indican que hay cierto deterioro del sistema inmunológico, aunque no justifica el término de SIDA, incluyen fiebre o diarrea que persiste más de un mes sin otra causa aparte de la infección por VIH, así como pérdida de más del 10% del peso corporal y sudoraciones nocturnas.

Los pacientes con estos síntomas no están bien por su infección por VIH y son más propensos a evolucionar a SIDA que otros que son positivos al VIH y están bien.

Un síntoma que experimentan los pacientes en esta fase son períodos de fatiga (síndrome de desgaste), que pueden ser muy intensos y aparecen sin advertencia alguna. Es posible que estos episodios duren días o semanas y su gravedad puede ser muy variable.

ETAPA IV

Representa la etapa final del proceso de infección y es la que se conoce propiamente con el nombre de **SIDA**. En esta etapa, el daño causado al sistema inmunológico por el VIH es de tal importancia que la capacidad de repuesta del sistema inmune se ve tan disminuida como para dar lugar a las infecciones oportunistas características de ésta etapa.

Miller (1989) establece que el SIDA afecta a una pequeña cantidad de las personas infectadas por el VIH, al comentar que varios estudios demuestran que el 10% de los pacientes evolucionarán a SIDA en el transcurso de 10 años de vigilancia.

Sin embargo, es preciso no olvidar que el período de incubación del virus es mayor de 5 años, de tal manera que es muy probable que la proporción de personas que progresan hasta la última fase de la infección por VIH (es decir, SIDA) sea mayor en períodos de vigilancia más prolongados, de tal manera que parecería poco probable especificar la proporción de personas infectadas que desarrollarán SIDA finalmente.

Las personas con SIDA pueden sufrir infecciones y/o tumores oportunistas que ponen en peligro la vida.

El término "oportunistas" implica que un microorganismo casual es completamente inocuo excepto para quienes tienen alteraciones inmunológicas. Las infecciones oportunistas que ponen en peligro la vida de un paciente que ha llegado a la fase de SIDA se dividen en tres principales categorías: a) las que afectan los pulmones, b) las que incluyen el intestino y c) las que afectan el sistema nervioso.

a) Casi la mitad de las personas con SIDA tiene una infección respiratoria como primer signo de SIDA, siendo el causante de la neumonía con mayor frecuencia el *Pneumocystis carinii*, un microorganismo que se encuentra en los pulmones de muchas personas y es inocuo a menos que padezcan inmunosupresión.

La neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC) se presenta con tos seca, falta de respiración y fiebre. Los síntomas tienden a empeorar de manera gradual durante varias semanas. El diagnóstico suele sugerirlo una radiografía muy diferente a otras neumonías. La gran mayoría de los pacientes de SIDA que sufren esta forma de neumonía se recuperan cuando se tratan en un hospital, pero tiene peligro de recaer, por lo que es necesario que tomen dosis pequeñas de determinados medicamentos para evitar recaídas.

b) Las infecciones oportunistas que atacan el intestino pueden presentarse en diversas formas. Primero, la candidiasis (*Candida albicans*), comúnmente llamado "algodoncillo", esta puede afectar la garganta, originando molestias al deglutir.

Por otra parte, diversas infecciones pueden causar diarrea y la más común es la originada por un microorganismo llamado *Cryptosporidium*; sin embargo, sucede que con frecuencia, cuando los pacientes de SIDA sufren diarrea no es posible encontrar algún microorganismo oportunista y en estos casos la clave del tratamiento son los antidiarreicos sencillos.

Otra manifestación intestinal común en SIDA es una ulceración grave de la región anal por herpes genital; por fortuna con frecuencia son muy eficaces los medicamentos con que se puede tratar esta enfermedad.

c) El sistema nervioso también puede afectarse en diversas formas. Algunos de los trastornos neurológicos en pacientes con SIDA no son infecciones o tumores oportunistas sino, por el contrario, se deben a los efectos neurológicos primarios del VIH. El más común es la encefalitis subaguda que causa una pérdida gradual de las funciones intelectuales que pueden progresar hasta la demencia grave. En ocasiones,

el VIH afecta la médula espinal o nervios periféricos, causando debilidad de las piernas y anomalías sensoriales. Un hongo llamado *Cryptococcus*, puede producir meningitis, lo cual origina cefalea, fiebre persistente y fotofobia (intolerancia anormal a la luz). Otros pacientes pueden sufrir toxoplasmosis cerebral, que causa ataques, cefalea, somnolencia y debilidad de uno o varios miembros.

Por otro lado, el tumor que más comúnmente afecta a los pacientes con SIDA es una forma de cáncer cutáneo llamado sarcoma de Kaposi (SK), el cual era una rara enfermedad, pues solo se presentaba en hombres de edad avanzada de ascendencia mediterránea, así como en algunas personas que reciben inmunosupresores; sin embargo, en el caso de los pacientes que padecen SIDA, el sarcoma de Kaposi se presenta muy agresivo en comparación a los casos antes mencionados, iniciando con pequeñas manchas rosas o violetas en cualquier parte de la piel, pero con el tiempo las lesiones aumentan de tamaño y aparecen en cualquier parte de la piel extendiéndose a otros órganos internos tales como el aparato digestivo o ganglios linfáticos, de igual manera cabe la posibilidad de que invada el cerebro o los pulmones (donde resulta ser muy grave).

Casi todas las infecciones comunes que sufren las personas con SIDA se originan por reacción de un microorganismo que aloja el cuerpo mucho tiempo y no por microorganismos adquiridos en fecha reciente.

Para 1993, el Centro de Control de Enfermedades (CDC, cit. en CONASIDA, 1997), hace una ampliación de la clasificación antes mencionada, la cual incluye la correlación de la cuenta de linfocitos CD4 con las manifestaciones clínicas.

Esta nueva clasificación se basa en 3 rangos de cuentas de CD4 y 3 categorías clínicas, dando una matriz de 9 categorías exclusivas. Los criterios para la infección por VIH, en personas mayores de 15 años, con dos o más pruebas positivas de ELISA e identificación de cuerpos específicos para una prueba definitiva (Western Blot).

Para la vigilancia epidemiológica en México, no se considera para la definición de SIDA la cuenta de linfocitos T CD4, debido a que tiene un alto costo y no está disponible en todo el país. La definición se aplica a adolescentes y adultos infectados con el VIH, los cuales deben presentar algunas de las manifestaciones clínicas debidas a una inmunosupresión severa, enlistadas en el Cuadro 1.

CUADRO 1

CATEGORÍAS CLÍNICAS PARA LA CLASIFICACIÓN DE AVANCES DE LA INFECCIÓN POR VIH

A	B	C	
<ul style="list-style-type: none"> • Infección por VIH asintomática. • Linfadenopatía generalizada persistente (nódulos en dos o más lugares extrainginales, por lo menos de 1 cm. de diámetro por 3 meses o más). • Enfermedad aguda (primaria) por VIH. 	<p>Condiciones sintomáticas, no enlistadas, ni en A ni en C y que:</p> <p>a) Son atribuibles a las infecciones por VIH o a un defecto en la inmunidad celular, o</p> <p>b) Tiene una evolución clínica y un manejo específico por estar complicados por el VIH. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiomatosis bacilar. • Candidiasis vulvovaginal persistente (> 1 mes) mala respuesta al tratamiento. • Candidiasis orofaríngea. • Displasia cervical grave o carcinoma <i>in situ</i>. • Síndrome constitucional, ejemplo, fiebre (38.5°) ó diarrea > 1 mes. • Leucoplaquia pilosa oral. • Herpes Zoster (dos episodios distintos en más de una dermatoma). • Púrpura trombocitopénica idiopática. • Listeriosis. • Neuropatía periférica. • Enfermedad pélvica inflamatoria (específicamente si está complicada por abscesos tubo-ováricos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis: esófago, traqueal, bronquial. • Coccidiomicosis extrapulmonar. • Carcinoma cervical invasor. • Criptosporidiasis intestinal crónica (> 1 mes). • Retinitis por citomegalovirus (CMV) o cualquier otra infección por CMV que no sea hígado, bazo ni ganglios linfáticos. • Encefalopatía por VIH. • Herpes simple con úlceras mucocutáneas > 1 mes, bronquitis o neumonía. • Histoplasmosis diseminada, extrapulmonar. • Isosporidiasis crónica > 1 mes. • Sarcoma de Kaposi. • Linfoma Burkitt, linfoma inmunoblástico, linfoma primario del cerebro. • <i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i> extrapulmonar. • <i>M. tuberculosis</i> pulmonar o extrapulmonar. • Micobacterias, otras especies, diseminadas o extrapulmonares, • Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>. • Neumonía recurrente (2 o más episodios en 1 año). • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Bacteremia por salmonela recurrente. • Toxoplasmosis cerebral. • Síndrome de desgaste debido al VIH. 	
Grupos de Células CD4	Categorías Clínicas		
> = 500 / mm ³	A	B	C
200 - 499 / mm ³	A1	B1	C1
< 200 / mm ³	A2	B2	C2
	A3	B3	C3
Los casos clasificados como A3, B3, C1, C2 y C3 se consideran casos de SIDA.			
CDC, cit. en CONASIDA, 1997			

COFACTORES QUE FAVORECEN O DETIENEN EL DESARROLLO DE LA INFECCIÓN POR VIH.

Persiste la creencia, aún hoy en día, que las personas infectados por el VIH tienen un promedio de vida de un par de años y que morirán de SIDA. Esta aseveración es errónea, ya que el tiempo de vida dependerá de los cuidados que la persona enferma procure para tener una vida saludable. Es decir, tendrá que cambiar hacia un estilo de vida más saludable.

Existen ciertos cuidados que una persona seropositiva debe tener para evitar enfermarse, a dichas situaciones Castro y cols. (1992) las llaman cofactores:

Alimentación balanceada, limpia y con las proporciones y frecuencia adecuada (tres veces al día).

La **Actividad Física** no debe ser diferente a la habitual una vez que un individuo se entera de que su estado serológico es positivo, debe quedarle claro que esto no disminuye sus capacidades en ninguna manera, por lo que debe seguir con su rutina diaria, lo que además le hará sentirse útil, evitando caer en la depresión. El continuar con su actividad física permite mantener la capacidad de defensas del organismo en buen estado.

El **Descanso** es un cofactor que permite recuperar la energía perdida, por lo tanto debe equilibrarse con la actividad física.

El consumo de sustancias tóxicas tales como **tabaco, alcohol y drogas** introduce sustancias dañinas para el organismo, lo que desafía la capacidad de defensa del sistema inmune. Además, es importante mencionar que bajo el efecto de cualquier tipo de droga, un individuo está más susceptible de tener prácticas de riesgo al no encontrarse en un estado de conciencia total.

Las **Reinfecciones** hacen referencia a que se permite el ingreso de más virus al organismo, y mientras mayor sea la carga viral en el cuerpo, más rápidamente se puede ir avanzando en el desarrollo de la infección hasta llegar a SIDA. Esta situación se da, casi siempre, por contacto sexual.

Estrés, quizá el más importante de todos, pues es bien sabido que altos niveles de estrés se correlacionan con una baja capacidad de defensa del sistema inmunológico. Este cofactor afecta directamente a los cofactores antes mencionados.

HISTORIA NATURAL DEL VIH

Uno de los más grandes misterios acerca de esta pandemia es saber de dónde y cómo se originó el virus. No hay respuesta para esta interrogante; sin embargo, la respuesta a esta pregunta es que en realidad no se sabe cual fue su origen, se han planteado dos hipótesis acerca del origen del VIH, las cuales se describen a continuación:

El origen del mono. Aquella que determina que el SIDA y su virus tienen su origen en África Central, donde el VIH tiene una alta prevalencia, otros retrovirus tienen también una amplia diseminación. El Virus de la Inmunodeficiencia Simiana (SIV) infecta en algunas regiones hasta el 70% de los monos verdes africanos, sin que éstos animales manifiesten signos de enfermedad, pero si pueden infectar a otra especie de monos y producir enfermedades, como en los monos Rhesus, esto se observó en algunos experimentos en donde se encontró que éstos monos morían por una enfermedad parecida al SIDA.

Se sugiere que a partir del contacto existente entre el hombre y el mono, al compartir un ambiente que es común, son frecuentes las mordeduras y rasguños por parte de los simios a los nativos, cuando estos últimos tratan de expulsarlos de sus sembradíos y casas. Algunos científicos opinan que esta fue la vía que el virus encontró para pasar del mono al ser humano. El virus del mono verde sólo debió requerir de un cambio (mutación) para infiltrarse en las células humanas; una vez adaptado se pudo ir multiplicando y seguir mutando en el hombre.

Es importante señalar que el VIH-2 aislado por Clavel y colaboradores (1985), a partir de enfermos de SIDA de Guinea Bassau y Cabo Verde (África Occidental) es genéticamente muy similar al SIV y parece haber evolucionado muy próximamente a él; su estructura molecular lo emparenta también muy estrechamente con el VIH, con el cual difiere en un 50% de la secuencia genética (Gómez y Velásquez, 1992).

La epidemia pudo expandirse de África Central a los países de Europa, Haití y Estados Unidos gracias al empuje de fuerzas migratorias y a la velocidad de los medios modernos de transporte, las rutas turísticas y comerciales, así como el estilo de vida de los países industrializados, impuso a la epidemia una mayor velocidad de expansión y le definió nuevas rutas de transmisión.

La guerra bacteriológica. En el periódico UnomasUno (Ríos, 1991), se reprodujo una entrevista hecha al Doctor Jacob Segal. En ella, el científico afirma poseer pruebas que demuestran que el virus del SIDA fue creado de manera artificial en un laboratorio de

pruebas biológicas. El laboratorio catalogado como tipo P4 (es decir, de máxima seguridad) ubicado en Fort Detrick, en el estado de Maryland, Estados Unidos.

En este tipo de laboratorios, a decir del Doctor Segal, se realizan manipulaciones genéticas en agentes patógenos, con la finalidad de contar con un arma biológica ante la que el ser humano no presenta resistencia.

El supuesto que subyace es muy simple: el organismo humano a lo largo de su historia va desarrollando defensas naturales contra diversos agentes patógenos que se encuentran en el ambiente, pero ante agentes nuevos se encuentra desprotegido.

Sin embargo, con los datos que se disponen en la actualidad, no es posible sostener de manera contundente, algunos de los supuestos casos mencionados. Esto significa que se sigue desconociendo el verdadero origen del SIDA.

El SIDA tiene muchos misterios no solamente en cuanto a su origen y a sus diversos aspectos médicos; sino también por las implicaciones presentes y futuras que tiene sobre la humanidad; su letalidad y el hecho de que es una enfermedad que se transmite por vía sexual, ha propiciado que se creen mitos sobre su propagación, buscando culpables y estigmatizando poblaciones; estas reacciones se han visto a lo largo de la historia en otras epidemias como la peste, la sífilis, etc., en las cuales se culpa a los "desviados" de la diseminación del mal; por lo mismo el origen del Virus de la Inmunodeficiencia Humana se presta a este fenómeno, por ejemplo los países occidentales han culpado al África de ser la cuna y el foco de diseminación del SIDA; sin embargo, actualmente se sabe que la enfermedad es tan nueva en África como en algún otro lugar del mundo (Sepúlveda, 1989).

No se conoce por qué los casos de SIDA aparecieron en gran medida entre la población de Hombres que tiene Sexo con otros Hombres (HSH); sin embargo ello ha creado una gran variedad de reacciones en la población en general desde falta de interés hasta acusaciones, condenas y sentimientos de que era lo merecido.

Entre los HSH, la enfermedad ha tenido un impacto considerable. Para 1984, los varones que nunca habían estado casados, la frecuencia de SIDA fue de 329 por 100,000, en San Francisco y en Manhattan 258 por 100,000 (Jaffe, Ardí, Morgan y Darrow, 1985, cit. en Durham y Coehn, 1990).

Para 1984, en la ciudad de Nueva York el SIDA era la causa principal de muerte en varones de 30 a 39 años (Kaplan, 1986, cit. en Durham y Coehn, op. cit.).

Según Durham y Coehn (op.cit.), para principios de la década de los 90's en San Francisco se consideraba al SIDA el principal problema de salud en HSH; además, menciona que las concentraciones mas altas de casos en este grupo están en las ciudades que también tienen el mayor número de Hombres que tiene Sexo con otros Hombres.

Jaffe y cols., (1983; cit. en Durham y Coehn, op. cit.) hacen referencia a uno de los primeros estudios de SIDA en la población de HSH, el cual fue el de testigos de aspectos epidemiológicos y de laboratorio que se efectuó en Nueva York, San Francisco, Los Ángeles y Atlanta, bajo los auspicios de la CDC, con la participación de 50 pacientes con SIDA y 120 homosexuales masculinos sin SIDA, como testigos. Los resultados indicaron que la variable más relacionada con el SIDA fue el mayor número de compañeros sexuales masculinos en un año, siendo más probable que los enfermos con SIDA encontraran sus compañeros en baños públicos para HSH. Otras variables significativas para los pacientes con SIDA fueron las siguientes: existía mayor probabilidad de que éstos últimos se hubieran expuesto a heces durante el coito, tratados de parasitosis entéricas y tuvieran una historia de sífilis o hepatitis diferente a la hepatitis B. Los enfermos y los testigos habían usado inhalantes de nitrito de amilio y butilio y varias drogas ilícitas, pero el tiempo de uso fue mayor en los primeros

Los informes de laboratorio concomitantes mostraron títulos más altos de anticuerpos al virus Epstein-Barr y a citomegalovirus; una prevalencia mayor de anticuerpos de la hepatitis A y *Treponema pallidum*, y una prevalencia más baja de anticuerpos al virus varicela zoster (Rogers y cols, 1983, cit. en Durham, op. cit.). Algunas de las variables identificadas por estos estudios se relacionan entre sí y con contactos homosexuales con múltiples compañeros anónimos y con secreciones rectales.

Aún antes de que se conociera el VIH, Rogers y cols. (1983, cit. en Durham y Coehn op. cit.) sugirieron que quizá habría un agente infeccioso en sangre, secreciones rectales, semen y otras secreciones en varones homosexuales, y que la sangre de las lesiones de la mucosa rectal podría ser la fuente de este agente.

Informes de contactos sociales estrechos entre los enfermos con SIDA llevaron a una investigación de los primeros 19 pacientes homosexuales en el sur de California. Se obtuvieron los nombres de los compañeros sexuales; de 13 pacientes, 9 de ellos tuvieron contacto sexual con una o más personas con SIDA. Finalmente, 40 pacientes en 10 ciudades podrían relacionarse por contacto sexual por lo menos con otro enfermo con

SIDA. La observación de un grupo formado por exposición sexual, reforzó la hipótesis sobre el agente infeccioso y también la noción de que los compañeros sexuales de pacientes con SIDA y aquellos con múltiples parejas sexuales tenían un riesgo mayor que otros homosexuales (Auerbach, Darrow, Jaffe y Curran, 1984; cit. en Dirham y Coehn, op. cit).

En 1982, el Centro para el Control de las Enfermedades notificó la presencia inexplicable de linfadenopatía generalizada persistente en homosexuales varones, se recomendó un seguimiento periódico, mientras que otros médicos observaron la presencia del síndrome en algunas regiones (Abrams, Lewis, Backstead, Casavant y Drew, 1984; Miller y cols., 1984; cit. en Durham y Coehn, op. cit.).

Estudios posteriores para identificar los factores de riesgo de infección por VIH también identificaron el gran número de diferentes compañeros sexuales masculinos como el factor de riesgo más importante. Respecto a las prácticas sexuales estudiadas, las más relacionadas con un aumento en el riesgo de infección fueron el coito anal receptivo y frecuente, así como el puñeteo (práctica consistente en la penetración de la mano o el puño en el recto) (Jaffe y cols., 1983; cit. en Durham y Coehn, op. cit.).

Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), a finales de 1997 había 30.6 millones de personas viviendo con el VIH en todo el mundo; 11.7 millones ya fallecieron de SIDA y se calcula que existen 8.2 millones de huérfanos por esta enfermedad. Asimismo, se estima que en promedio 16 000 personas por día se infectan con el virus, de los cuales el 10% corresponde a menores de 15 años y el 42% a mujeres (Magis y cols., 1998).

Magis y cols. (1998) refieren que la tendencia de la propagación del VIH en América Latina es prácticamente la misma que en los países industrializados, en donde se observa que el número de infecciones se está reduciendo o incluso se ha estabilizado, aunque se trata de un panorama que no es uniforme en toda la región. La mayor parte de los países tienen una epidemia catalogada como concentrada, debido a que en la población general se encuentra una prevalencia menor al 1%, lo cual significa que de cada 100 habitantes ni siquiera uno de ellos se encuentra infectado. En algunas poblaciones esta prevalencia resulta mayor aunque varía dependiendo del grupo entre el 1% y el 25%. Algunos países han presentado en los últimos años una prevalencia de VIH que aumenta rápidamente como en Nicaragua, Venezuela o Perú.

México ocupa el 13° lugar en cuanto al número total de casos notificados mundialmente y el 3er. lugar en el continente americano; sin embargo, tiene la posición 69 respecto a la tasa de incidencia acumulada a nivel mundial, el 29° lugar en Latinoamérica y el Caribe, y el 11° lugar para toda América, por lo cual esta considerado entre los países con tasa de incidencia muy baja.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA EN MÉXICO

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983; sin embargo, mediante las técnicas de interrogatorio y análisis retrospectivo, se ha documentado que el inicio del padecimiento fue en realidad en el año de 1981. A partir de este momento, se inicio el registro sistemático de los casos de SIDA, pero en forma manual, y a partir de 1997 como base de datos computarizada. Es importante señalar que desde 1987 hasta 1995, la información estadística fue publicada mensualmente en el Boletín Mensual de SIDA, y posteriormente en forma trimestral, dentro de la revista SIDA ETS (a partir de 1995). De manera paralela y aprovechando las nuevas tecnologías de la información, las cifras estadísticas también han sido difundidas a través de Internet desde 1994.

El desarrollo de la epidemia del SIDA en México ha transitado por diversas etapas desde sus orígenes: la primera abarca desde los primeros casos registrados en 1983 hasta finales de 1987 en donde se tuvo un incremento lento en el número de casos. La segunda, de 1988 a 1995, se caracteriza como crecimiento exponencial amortiguado en donde se presentan incrementos importantes, pero los periodos de duplicación son más prolongados; y finalmente, se puede considerar que a partir de 1996 se ha observado una aparente estabilización de la epidemia, observándose en promedio 4 000 nuevos casos de SIDA anualmente (Magis y cols., op. cit.) como se muestra en la Tabla 1.

TABLA 1

CASOS DE SIDA REGISTRADOS POR AÑO DE NOTIFICACIÓN Y POR AÑO DE DIAGNÓSTICO (4º TRIMESTRE DEL 2002)		
AÑO	NOTIFICADOS EN EL AÑO ¹	DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO
1983	6	62
1984	6	200
1985	29	367
1986	246	720
1987	518	1594
1988	905	2224
1989	1605	2875
1990	2587	3719
1991	3155	3904
1992	3210	4318
1993	5058	4306
1994	4111	4577
1995	4310	4934
1996	4216	5311
1997	3670	5827
1998	4758	5965
1999	4372	6998
2000	4855	5652
2001	4297	3015
2002	16231	1574

Fuente: DGE. Dirección General de Epidemiología. Registro Nacional de casos de SIDA (cit. CONASIDA: Epidemiología y estadísticas, 2004).

Las características del panorama epidemiológico del SIDA en México también pueden ser analizadas de acuerdo con la edad y sexo de los pacientes. Para Magis y cols., a finales de 1998 en México se habían registrado 32 139 casos en hombres y 5 242 en mujeres, lo cual refiere que existía un caso femenino por cada seis casos masculinos.

¹Estos casos fueron publicados en su mayoría en los boletines de CONASIDA en los años respectivos. Esta información esta actualizada al 5 de marzo del 2004.

En donde el grupo de edad más afectado era de los 25 a lo 45 años de edad, concentrándose el 78% de los casos en varones y el 73% en las mujeres.

Los casos de SIDA según edad y sexo para el segundo trimestre del 2002 se muestran en la Tabla 2.

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES DE LOS CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD (4° TRIMESTRE DEL 2002)						
Grupo De edad	En el trimestre			En el año		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Menores de 15 años	1.6	1.4	1.9	0.9	2.3	1.1
De 15 a 44 años	80.8	83.8	81.4	80.6	80.2	80.6
De 45 y más años	17.6	14.8	17.1	18.5	17.6	18.3
Edad ignorada	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA (cit. CONASIDA: Epidemiología y estadísticas, 2004).

En lo que respecta a las vías de transmisión prevalentes en México, se observa que en los hombres, la principal vía es la sexual (homosexual y heterosexual), y en mucho menor medida, transmisión sanguínea; en las mujeres, en un inicio la transmisión fue sanguínea y ahora es heterosexual; en los menores de 15 años, donde inicialmente la transmisión también fue sanguínea, ahora es perinatal y en mucho menor medida la sexual. De manera global, incluyendo a ambos sexos, para 1998 el 87% de los casos de SIDA en adultos adquirieron la enfermedad por contagio sexual, mientras que el 13% restante lo hicieron por vía sanguínea. El número absoluto de casos ha descendido sensiblemente en los últimos casos, sobre todo a partir de 1992 para la transmisión sanguínea, como efecto de las medidas legales que prohibieron el comercio de la sangre humana en 1987. Por último, la vía perinatal es el principal modo de contagio para los menores de 15 años con el 50% de los casos, y resulta muy importante no por su

magnitud, sino en la posibilidad de reducirla a corto plazo con la aplicación de terapias apropiadas para las mujeres embarazadas que están infectadas por el VIH.

En la Tabla 3 se muestran la información obtenida hasta el segundo trimestre del 2002 en relación a las vías de transmisión,

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO SEGÚN EL FACTOR DE RIESGO (4º TRIMESTRE DEL 2002).		
Categoría	En el trimestre en el año	Acumulados
Sexual	82.3	88.8
Homo y bisexual	32.7	36.3
Heterosexual	49.6	52.5
Sanguínea	0.0	0.0
Transfusión sanguínea	0.0	0.0
Hemofílico	0.4	0.2
Donador	0.0	0.0
Drogas intravenosas	0.1	0.1
Exposición ocupacional	0.0	0.0
Perinatal	0.8	0.6
Otras (homo/DIV)	0.0	0.0
Desconocido	16.4	10.3
Total	100.0	100.0

Fuente: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA (cit. CONASIDA: Epidemiología y estadísticas, 2004).

MECANISMOS DE TRASMISIÓN

El VIH se ha identificado en casi todos los líquidos orgánicos de los individuos seropositivos; sin embargo, su concentración varía en cada tejido, en cada individuo infectado y en diferentes momentos de la infección; no se ha establecido su existencia en especies animales, aire, agua, suelo o alimentos.

Los tejidos infectados que presentan una mayor concentración del virus son, en el siguiente orden: la sangre, semen, secreciones vaginales y la leche materna.

El VIH también ha podido identificarse en bajas concentraciones en saliva, sudor, lágrimas, orina y heces fecales, por lo cual estas fuentes son poco eficientes para transmitir el virus.

Se considera que las enfermedades de transmisión sexual de carácter inflamatorio o ulcerativo (como el herpes genital, el chancro blando y la sífilis) facilitan la transmisión del VIH haciendo más infectante y susceptible a quien las padece, pues las lesiones abiertas facilitan la entrada y salida del virus (Cahn, Chan y Casiro, 1992).

Al igual que todos los virus, el VIH carece de medios propios de locomoción. Para que haya transmisión es indispensable que el virus sea viable, procedente de un individuo infectado, atraviese las barreras naturales de una persona sana y penetre en sus tejidos. El mecanismo de transmisión debe ser lo suficientemente efectivo, esto es, que existan secreciones contaminadas con suficiente cantidad de formas virales infectantes, las cuales entran en contacto con tejidos subdérmicos a través de soluciones de continuidad de las barreras naturales.

La importancia de los diferentes mecanismos de transmisión y de los factores que influyen sobre la diseminación, varía en cada región, dependiendo del estilo de vida de su población.

Transmisión sexual del VIH. La infección a través del contacto sexual continúa siendo el principal mecanismo de diseminación de la enfermedad en todo el mundo. Sin embargo, es importante aclarar que no todo contacto sexual es igualmente efectivo para transmitir el VIH, pues se han documentado casos de parejas de seropositivos que no han adquirido el virus (Gómez y Velásquez, 1992) aún después de varios años del último contacto de alto riesgo.

La eficiencia del contacto sexual como medio de transmisión, se puede relacionar con el tipo de contacto, la frecuencia y el nivel de virus del infectado en el momento del contacto.

El *coito anal*, en especial para quien actúa como receptor, se considera la conducta de mayor riesgo para adquirir el VIH, esto se ha explicado por la producción de microlesiones de la mucosa rectal, la susceptibilidad de las células del recto para dejarse infectar y su exposición directa a altas concentraciones del virus, presentes en el semen.

La *penetración vaginal* ha demostrado ser efectiva para transmitir el VIH de hombre a mujer y en menor grado de mujer a hombre. Sin embargo, la mucosa de la vagina y la piel del glande son más resistentes que la mucosa rectal a las microlesiones ocasionadas por la penetración, por lo que el riesgo relativo de infección a través del coito vaginal es menor que el del coito anal, lo que puede explicar la mayor rapidez de expansión de la epidemia entre Hombres que tienen Sexo con otros Hombres.

Se han descrito algunos casos aislados de infecciones que pudieran corresponder a la exposición oral a semen o secreciones genitales de personas infectadas; esto hace pensar que el *sexo orogenital* podría constituir un mecanismo de transmisión del VIH, aunque de menor eficiencia y riesgo que el contacto sexual.

Aún no se ha documentado algún caso de contagio a través del beso y la saliva. Los abrazos, masajes, caricias o manipulación de los genitales realizados sobre piel sana, tampoco se han documentado como causa de infección y es muy poco probable que la transmitan.

A través de los contactos descritos, la infección puede transmitirse de hombre a hombre, de hombre a mujer y de mujer a hombre. El riesgo de adquirir el virus crece notablemente a medida que incrementa el número de contactos de riesgo con parejas sexuales diferentes.

En la diseminación de la epidemia el elemento más importante es el infectado asintomático pues su estado y aspecto saludable le permiten mantener actividad sexual aparentemente sin riesgo (Gómez y Velásquez, op. cit).

Transmisión sanguínea.- La transfusión de sangre o derivados sanguíneos provenientes de un infectado constituye para el receptor un medio supremamente eficiente de contagio. Una sola transfusión contaminada puede ser suficiente para infectar al receptor, aumentado el riesgo con el número de transfusiones requeridas.

La necesidad de transfusión incrementa el riesgo de infección a los hemofílicos, los politraumatizados, las víctimas de la violencia y a los candidatos a cirugías (Gómez y Velásquez, op. cit.).

Otro tipo de transmisión de VIH es el que se da mediante la inseminación artificial, hemodiálisis, trasplantes, inyecciones intramusculares e intravenosas, acupuntura, tatuajes e instrumentación con equipos contaminados con sangre.

A pesar de su sensibilidad al medio ambiente, el VIH puede persistir en agujas, jeringas, material quirúrgico, cuchillas, equipos de laboratorio y superficies que hayan sido contaminadas con líquidos o tejidos orgánicos infectados. El tiempo de supervivencia del virus en este medio depende de múltiples factores como la concentración viral contaminante, el pH, la temperatura, la humedad y la presencia de sustancias que afecten la estructura viral.

Este tipo de transmisión es muy frecuente en la utilización de drogas intravenosas, asociándose con la frecuencia de los pinchazos y el hábito de compartir jeringas y agujas.

Transmisión perinatal.- La transmisión de la madre a su hijo durante la gestación es un mecanismo eficiente de infección; en el intraparto se considera posible, pero ha sido difícil distinguirla de la infección transplacentaria.

El VIH ha sido posible identificarse en las diferentes secreciones de la embarazada seropositiva tales como el líquido amniótico, en tejidos embrionarios y fetales. La probabilidad de infección es mayor cuando la gestante presenta un bajo recuento de linfocitos CD4, cuando es sintomática o cuando ha tenido otro niño infectado. También se han documentado casos de infección a lactantes a través de la leche materna de madres infectadas en el post-parto.

Si bien, se han planteado las vías de transmisión, es necesario hacer mención de las situaciones que no implican riesgo de infección, por lo tanto éstas se presentan a continuación.

Contacto social.- El riesgo de ser infectado por el virus del VIH mediante el contacto social con personas infectadas se considera nulo; algunas situaciones que ejemplifican este tipo de contacto son: el uso común de baños y piscinas, compartir ropa, utensilios de cocina o comedor, saludar de mano, abrazos, besos, compartir el transporte público, etc.

Alimentos.- No existe evidencia que compruebe que el VIH se propague por agua, alimentos o bebidas.

Picaduras de insectos.- No hay evidencia de que el virus se transmita por su picadura, ya que estos insectos se alimentan succionando sangre, sin embargo, cuando vuelven a picar a otra persona no expulsan sangre, sino que de nueva cuenta la succionan.

PREVENCIÓN

Las características del SIDA hacen que las tareas de prevención sean prioritarias o urgentes: es una enfermedad letal, los gastos por tratamiento médico, así como los hospitalarios que genera son altísimos y aún no se ve que en el futuro cercano se vaya a encontrar una cura o una vacuna (Liguori, 1989; cit. en Hernández y Rozenel., 1999).

A nivel macrosocial y de manera más específica, Gorzarelli (1993; cit. en Mejía, 1995) divide la prevención en dos niveles:

a) Prevención Primaria.- debe estar dirigida a anticipar las posibilidades de infección por VIH y, entre otras cosas a determinar conocimientos, actitudes y prácticas de la población con relación al SIDA, dar publicidad a la prevención y percepción de enfermedad, diseñar modelos y ejecutar acciones de comunicación social para grupos específicos y población general, así como formar centros de información y atención telefónica.

b) Prevención Secundaria.- también es muy importante, pues a pesar de que ya se observa la patogenia de la enfermedad, es indispensable para que el seropositivo o enfermo de SIDA viva lo mejor posible.

Gorzarelli (1993; cit. en Mejía, op. cit) propone entre otras cosas, un diagnóstico oportuno, tratamiento médico, asistencia psicológica al paciente y sus familiares y fomentar campañas que desmitifiquen la infección y la enfermedad.

Existen estudios realizados en jóvenes en relación a la prevención de esta infección. En Estados Unidos, Lester (1995; cit. en Hernández y Rozenel, 1999) llevó a cabo un estudio con 531 estudiantes universitarios. Lo interesante de esta investigación fue que se contemplaron varias prácticas preventivas y se encontró que ninguna de ellas era utilizada ni siquiera por la mitad de los estudiantes de la muestra. Esto se puede observar claramente en los siguientes datos: la conducta sexual segura que menos reportaron haber llevado a cabo fue la abstinencia (12.3%); sólo 24.45% de los estudiantes manifestaron que casi siempre utilizaban condones como práctica preventiva, mientras que el 55.5% señaló que raramente o nunca los habían usado.

De estos estudiantes que dijeron considerar una conducta de prevención, tener discusiones acerca de la vida sexual de sus parejas antes de involucrarse en prácticas sexuales, 43.3% plantearon que siempre o frecuentemente mantenían dicha discusión, mientras que el 47.1% opinaron que rara vez o nunca lo habían hecho; 43 % de los

estudiantes dijeron que habían reducido el número de parejas sexuales como una práctica de sexo seguro, mientras que el 13% aseveró que rara vez o nunca lo habían hecho.

En un estudio realizado en México, Mejía (op. cit) encontró que la mayoría de los jóvenes saben que se puede evitar el SIDA dejando de practicar algunas conductas y realizando otras; las conductas más mencionadas a realizar para evitar la infección fue el uso del condón, seguida por la fidelidad. Al cuestionárseles sobre si pensaban cambiar sus conductas, la mayoría respondió que no, dando como razón el hecho de ser fieles y sólo una minoría argumentó esta negativa por el uso del condón. De quienes pensaban cambiar su conducta, la mayor parte dijo que serían monógamos, y sólo una proporción muy pequeña dijo que utilizaría el condón.

Este bajo uso de prácticas preventivas ha sido explicado de diversas maneras:

1) En lo que se refiere al *nivel de información*, se han obtenido diferentes resultados. En algunos estudios se han encontrado que los jóvenes, en particular universitarios, tienen un nivel suficiente de conocimiento acerca del SIDA, para prevenir la infección (al menos la mayoría sabe cuales son las vías de infección del virus), e incluso mayor que el de otros grupos como trabajadores de la salud, pero dicha información no la aplican (Ramírez, 1993).

2) La *baja percepción de riesgo* es otro de los factores que al parecer, aumenta las conductas de riesgo. Lo que se ha encontrado en varias investigaciones, tanto nacionales como internacionales, es que el SIDA se ve como algo lejano y por tanto, perciben en riesgo de infectarse por VIH a otras personas, pero no a sí mismos. En gran medida, esto se debe a que piensan que los "grupos de riesgo" son los únicos que tienen una gran probabilidad de infectarse y las prácticas riesgosas que ellos realizan no cuentan (Ramírez, op. cit., Amuchástegui, 1990).

El hecho de que se le atribuya mayor riesgo a ciertos grupos tiene que ver con factores personales como locus de control, la asertividad, quererse asimismo, tener motivaciones individuales para reducir el riesgo, asumir de manera responsable las consecuencias de las acciones, los valores, la autoaceptación de la sexualidad y el asumirse uno mismo como persona sexualmente activa o potencialmente capaz de serlo (Villagrán y Díaz Loving, 1994; cit. en Hernández y Rozenel, 1999).

Además, se ha visto que la baja percepción de riesgo no se refiere únicamente a uno mismo, de igual forma suele suceder con la pareja y aquellas personas a las que se quiere o resultan agradables, ya que éstas pueden ser percibidas con pocas o nulas posibilidades de haberse infectado o contraer el VIH. Dado que la intimidad

suele ser crucial en una relación, sobre todo de pareja, la percepción de riesgo de que el compañero esté infectado de VIH es silenciada o eliminada a través del uso de distorsiones cognitivas, de manera tal que la continuidad de la relación no se vea amenazada (Hernández y Rozenel, op. cit.).

3) Se ha visto que otro aspecto importante al hablar de prevención del VIH es el que se refiere al *tipo de relación*. En estudios nacionales se ha encontrado que los adultos jóvenes suelen tener una pareja sexual regular (Robles y Moreno, 1998; cit. en Hernández y Rozenel, op. cit). Las personas que no están dentro de una relación estable, perciben los costos-beneficios de tener prácticas de prevención de VIH de manera diferente; para los individuos con relaciones ocasionales, el costo de iniciar conductas preventivas de infección por VIH es mucho menor que aquellas que están involucradas en relaciones duraderas. Por lo tanto la inversión es baja en la relación y reciben pocos beneficios psicológicos de ella, además, el costo de dañarla o perderla por tener conductas de prevención de VIH es relativamente bajo (Offir, 1993; cit. en Hernández y Rozenel, op. cit, 1999).

4) La *confianza* también es parte integral dentro de una relación; se ha visto que mostrar preocupación sobre el VIH podría ser considerado como evidencia de una falta en la aceptación completa de la pareja. De este modo, es probable que el sexo seguro se practique de manera menos frecuente en relaciones estables que en casuales debido, en parte a que en las primeras, ambos miembros están muy preocupados en mostrar confianza, aceptación y no ofender a la pareja, y al mismo tiempo están igualmente al pendiente de que la pareja confíe en ellos (Hammer, Fisher y Fitzgerald, 1996).

La calidad de la comunicación dentro de la pareja es otro aspecto central cuando se trata de adoptar prácticas preventivas del VIH. En general se ha visto que la comunicación sobre el SIDA es principalmente superficial, ambigua e indirecta; por lo tanto, es común que los integrantes de una relación hablen sobre el SIDA, pero no sobre el sexo seguro (Hernández y Rozenel, 1999).

Se ha visto que la probabilidad de que las conductas preventivas se conviertan en patrones habituales de comportamiento sexual es mayor cuando existe un reforzamiento mutuo en la pareja para seguir practicando el sexo seguro, utilizando el condón y en algunos casos realizándose la prueba de detección de anticuerpos al VIH (Strube, 1995).

Prácticas y Estrategias de Prevención

La droga ideal para combatir el VIH todavía no se ha encontrado, pero mientras se pase por los diferentes ensayos, las únicas armas efectivas con que se cuenta en la actualidad para prevenir y combatir la infección por VIH son la educación y la prevención.

La mayor parte de los intentos de realizar aproximaciones que permitan que las personas cambien su conducta se ha focalizado en el uso del condón y la reducción del número de parejas sexuales. Sin embargo, muchas de estas aproximaciones están poco vinculadas con la realidad de las relaciones sexuales de la pareja (Berer, 1993).

- 1) **Abstinencia.**- para que la abstinencia funcione no debe tratarse como una actitud de medio tiempo, tiene que convertirse en una forma de vida. No es lo mismo elegir la abstinencia (como acto mental) y ser abstinento por completo (como comportamiento) (Master, Johnson y Kolondny, 1989). En México la abstinencia como media de protección contra la expansión de la epidemia está fuera de realidad estadística (Pick, 1997).
- 2) **Fidelidad en la pareja.**- esta estrategia es válida siempre y cuando ninguno de los dos miembros de la pareja tenga el VIH, no corra riesgo de contraerlo y no tengan relaciones sexuales con otra pareja. El problema es que nunca se podrá garantizar la fidelidad de la pareja.
- 3) **Reducir el número de parejas sexuales.**- es conveniente reducir el número de parejas sexuales para disminuir el riesgo de infección.
- 4) **Preguntarle al compañero la historia de sus relaciones sexuales.**- la mayoría de las personas se adentra en relaciones de índole sexual sin investigar previamente con profundidad el estilo de vida y los antecedentes de su posible pareja, por lo tanto, esta estrategia no los protege. En la mayoría de los casos, aquellos que piden información a su posible pareja, o simplemente a quienes se les está haciendo preguntas de este tipo, no saben si son portadores del VIH o no (Berer, 1993). Una de las preguntas importantes en este sentido, respecto a esta práctica preventiva, es cómo adquirir certeza sobre si la pareja está diciendo la verdad de su pasado sexual (Master, Johnson y Kolodny, 1989).

Es importante tener en cuenta que a pesar de que fuera posible averiguar los verdaderos antecedentes sexuales de una persona, no se puede averiguar los de sus parejas previas y los de las parejas de esas parejas. Esto hace que tales indagaciones no tengan valor real. Por lo que esta estrategia de prevención es en sí misma es arriesgada.

- 5) **Sexo seguro (otras alternativas al coito).**- aún cuando el riesgo no se elimine por completo, una reducción del mismo constituye en sí un avance. El problema de estas prácticas es que el coito continúa siendo legitimado, implícitamente, como la definición de la relación sexual. Algunas alternativas como las caricias, la masturbación mutua, el masaje, besarse, rozarse, abrazarse y bailar, entre otras, no son consideradas como una relación sexual de verdad. Mucha gente las considera prácticas inmaduras, o son devaluadas al ser consideradas como preámbulo amoroso o un sustituto de las relaciones sexuales "de verdad" (Berer, 1993).
- 6) **Sexo protegido (uso del condón).**- esta es la única técnica eficaz para efectuar el coito con menor riesgo. Es una de las estrategias recomendada para la prevención del VIH/SIDA por la Organización Mundial de la Salud (1997; cit. en Hernández y Rozenel, 1999), ya que el uso correcto y constante del mismo protege de un 90 a 95% de transmisión de la infección por el VIH, siendo las principales fallas derivadas del uso incorrecto o inconstante por parte del usuario.

El uso del condón en nuestro país es muy bajo. De acuerdo a los datos de la secretaría de Salud (1997; cit. en Hernández y Rozenel, op. cit.).

Se ha encontrado que el uso del condón en una relación estable es menos frecuente, mientras que es considerado más adecuado usarlo en las relaciones casuales o con las parejas ocasionales.

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

El SIDA ha abierto retos para quienes están interesados en el control de la infección por el VIH y ha generado múltiples investigaciones en todos los países desarrollados afectados por la epidemia, buscando permanentemente productos farmacéuticos para combatir el virus y enfrentar esta enfermedad.

El desarrollo de nuevos y más potentes fármacos, así como de las numerosas combinaciones de los mismos, ha avanzado con tal rapidez que el padecimiento se ha vuelto uno de los más complejos y difíciles de tratar.

Las terapias médicas se pueden dividir (hasta el momento) en cuatro grandes etapas:

1. La primera se caracteriza, a partir de 1986, por el uso de un solo fármaco (monoterapia): Zidovudina (AZT).

- II. Con el desarrollo de otros medicamentos se demuestra desde 1994 que una terapia doble es mejor que la monoterapia y se modifica, así el tratamiento con una nueva combinación: Zidovudina + didanosina (ddl), o Zidovudina + zalcitabina (ddC).
- III. En 1996 se da a conocer la dinámica viral y se inicia la época de los inhibidores de proteasa y del famoso "coctel" antiviral (o triterapia).
- IV. Dos años después, en 1998, se inicia una cuarta etapa que incluye los medicamentos llamados no análogos y las combinaciones de más de tres fármacos.

Aunque no es posible afirmar con toda certeza, hay un consenso en considerar que la mejoría en la evolución de la enfermedad se debe a la utilización de las nuevas terapias antirretrovirales.

De las muchas preguntas que se habían generado hasta hace poco tiempo en relación al tratamiento de esta infección, hoy día es posible responder a varias de ellas, por ejemplo, si deberían o no tratar con medicamentos y a partir de cuando, quedando ya demostrado, aunque resulte hoy una obviedad, que es mejor tratar que no hacer nada.

El mejor factor predictor de evolución, en un período de observación de unos diez años es, en la actualidad, la carga viral² y la falta de acceso a la misma, limita seriamente la efectividad del manejo clínico de los pacientes VIH positivos.

Existen algunas diferencias en relación a cuando comenzar con los tratamientos farmacológicos, aunque la mayoría de los médicos considera que el tratamiento debe comenzarse lo más pronto posible antes que se produzca un deterioro irreversible del sistema inmune. En Julio de 1997 los expertos en la materia coincidieron en que los indicadores para iniciar el tratamiento son:

- Cuando aparecen los primeros síntomas

² La prueba de carga viral (carga VIH) es una poderosa tecnología que determina la cantidad del VIH dentro del plasma sanguíneo de las personas VIH positivas. Los resultados de las pruebas de la carga viral del VIH son expresadas comúnmente como el número de copias del RNA del VIH por ml. La carga viral es un índice pronóstico mejor para la progresión de la enfermedad VIH que el número CD4, así como para evaluar la eficacia de los fármacos anti-VIH. Armados con información correcta sobre la cantidad del VIH en su plasma, las personas VIH positivas pueden hacer decisiones más informadas sobre el tiempo apropiado de iniciar un tratamiento, el tiempo de dejar de tomar un fármaco y el tiempo de añadir o cambiar a un nuevo tratamiento. De este modo, podría resultar benéfico iniciar el tratamiento anti-VIH si una persona tiene un número CD4 mayor de 500 linfocitos por mm³ y una carga viral mayor de 10 000 copias por ml. El número de CD4 es un índice importante de riesgo y desarrollo potencial de ciertas enfermedades oportunistas. Un resultado de 10 000 a 50 000 copias por ml o más sugiere la replicación viral significativa; la recomendación es de considerar el empleo de un tratamiento a pesar del número CD4. Cuanto más elevaba es la carga viral, mayor es el riesgo de experimentar el deterioro clínico y más urgente la necesidad de emplear o cambiar el tratamiento, de tal manera que el tiempo de progresión es menor, así como el tiempo de sobrevivencia. Un resultado mayor

- Cuando el recuento de linfocitos CD4 es menor de 500 mm³
- Cuando la carga viral es mayor de 5 000 a 10 000 copias por ml

Sin embargo, si se considera que el tratamiento debe aplicarse lo más pronto posible, estos indicadores resultan tardíos.

Resulta poco acertado realizar cualquier tratamiento que produzca supresión parcial de la población viral; aunque tenga buenos resultados a corto plazo ya que obliga a idear tratamientos "secuenciales" que son caros y de dudosa efectividad.

Por lo antes mencionado, el objetivo debe ser el tratamiento original, más potente, más corto, menos tóxico y más barato.

Si bien es cierto que los diferentes esquemas de tratamiento son eficaces para evitar la replicación del VIH, es necesario conocer los efectos secundarios³, ya que los fármacos ejercen un impacto sobre el cumplimiento del paciente con los complejos regímenes del tratamiento anti-VIH.

La frecuencia y severidad de los efectos secundarios varían sustancialmente de persona a persona. En algunos casos, los efectos secundarios son peores al iniciar el fármaco y disminuyen con el tiempo. Los efectos secundarios frecuentemente resultan más severos y dominantes en personas con enfermedad VIH avanzada, ya que su sistema inmunológico está más comprometido. Las reacciones adversas pueden ser más complejas y graves cuando se emplean los fármacos en combinación, debido a interacciones y efectos adicionales. Algunas personas experimentan pocos o ningún efecto secundario con los medicamentos anti-VIH; en muchos casos las personas que sí experimentan estos efectos pueden aprender a controlarlos y así beneficiarse de un tratamiento anti-VIH potente sin sacrificar su calidad de vida (Highleyman, 1998).

Psicoterapia

Esta arma terapéutica cada vez logra despertar más interés, en particular desde que se ha observado que es más fácil obtener un equilibrio orgánico, después que se ha obtenido un equilibrio emocional. Se ha demostrado que la mente mantiene estrecho contacto con el sistema inmune, de manera que estando bien el primero, el segundo también lo está. Resulta paradójico que siendo una herramienta importante, no se haya utilizado ampliamente. (Castro y cols., 1992).

de 100 000 copias por ml pronostica un riesgo elevado de sufrir deterioro rápido en el estado clínico (BETA: Boletín de tratamientos experimentales contra el SIDA, 1996).

El estigma ligado al SIDA, afecta a todos los pacientes; sean heterosexuales, homosexuales, mujeres o niños. El rechazo social se siente profundamente, pueden ocurrir cambios en el autoconcepto, identidad, valores, alejamiento de la comunidad y de su familia.

Cuando una persona se da cuenta de que su conducta no es aceptada por su grupo social se ve a sí mismo como un ser inadaptado, lo que repercute en su estado de ánimo, esto es muy común en los individuos que viven con VIH/SIDA.

La investigación teóricamente, refiere que existen condiciones óptimas para el desarrollo de una enfermedad, si existe una alta predisposición, es decir, si la personalidad del individuo o el estado psicofisiológico es tal que algún cambio en el ambiente psicosocial es percibido como nocivo o amenazante y el individuo ya no es capaz de manejar con éxito estas circunstancias alteradas (Ader, 1980, cit. en Kelerstein, 1991). A esto se enfrentan muy frecuentemente los pacientes infectados por el virus del VIH, dado que el virus afecta directamente a su sistema inmunológico; a veces su capacidad se ve entredicha para poder manejar todos los cambios tanto corporales como de su medio social para poder enfrentar de una mejor manera su nueva condición.

Robert Ader (cit. en Kelerstein, op. cit.) destaca la influencia del desarrollo en la susceptibilidad a la enfermedad. Señala que los estímulos potencialmente patogénicos no actúan en el vacío, sino que están superimpuestos sobre un estado psicofisiológico que es determinado por la historia del individuo.

³ Un efecto secundario se define como la consecuencia indeseable del empleo de un medicamento. Los efectos secundarios también son conocidos como reacciones adversas o toxicidad farmacéutica (Highleyman, 1998).

AUTOCONCEPTO

Gran número de psicólogos asignan al autoconcepto una función importante en la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental.

Este no es un constructo reciente, en la filosofía ha sido tratado desde diferentes perspectivas. La elaboración, por la psicología, del constructo de "autoconcepto" surge del análisis operacional de la antigua cuestión filosófica de: "¿quién soy yo?".

Podría decirse que con Platón se inicia el estudio del *self* entendido como alma. Aristóteles por su parte, en el siglo III A. C., es el primero en hacer una descripción sistemática de la naturaleza del yo. La tendencia hacia el conocimiento de sí mismo, ha persistido desde la época de los griegos hasta la actualidad. Sócrates decía que, para alcanzar una vida nueva es necesario cumplir con la regla "conócete a ti mismo" lo que significa enfrentarse con honradez y franqueza al conocimiento propio y aceptar con sus consecuencias una verdad psicológica: considerar al yo como algo que el mismo individuo crea (Hamacheck, 1981).

Más tarde, con el renacer cultural de Europa del siglo XVII, el concepto del *self* se refleja en el pensamiento de Descartes en 1637, el cual, con su frase "pienso luego existo" coloca su "sí mismo" como base para poder hablar de sí mismo (Musitu y Román, 1982).

En el siglo XIX, W. James (1890 cit. en Oñate, 1989) pone las semillas que brotaron en el estudio posterior del *self*, debido a que lo identifica como el agente de la conciencia, así como también una importante parte del contenido de la conciencia.

Para James, el *self* del hombre es la suma total de todo aquello que pueda llamar suyo. Considera también que el *self* empírico o "MI" está formado por tres constituyentes:

- el *self* social o las opiniones que los demás tienen de él;
- el *self* material o cuerpo;
- el *self* espiritual, con habilidades y rasgos dirigidos por el propio *ego*, el YO.

James (op. cit.) había observado que el hombre tiene tantos *selfs* sociales cuantos son los individuos que lo reconocen y generan en su mente una imagen de él. Éste menciona que las imágenes que otros tienen se reflejan en uno y esas imágenes son incorporadas formando el autoconcepto (Wolman, 1978).

Cooley y Mead (1934; cit. en La Rosa, 1986) definen el *self* como el sistema de ideas de la vida comunicativa que la mente aprecia como suyo, por lo que el autoconcepto

se desarrollaría a partir de las reacciones de los demás respecto al individuo. Por lo tanto, el *self* queda conformado por las interacciones subjetivas de las respuestas recibidas de las otras personas.

Dentro de la escuela de la Psicología conductista, el *self* ha de tratarse en términos de "cómo se mide". El autoconcepto se define como los tipos de apreciaciones verbales que hace una persona respecto a sí misma. El concepto conductista no niega que los procesos internos existan, pero considera que solo se deben usar para explicar conductas cuando pueden ser observados y medidos científicamente.

Dentro de la posición psicoanalista, Freud (1917) más que hablar de un sí mismo habla de un yo, que es una de las tres estructuras básicas que componen la personalidad de todo individuo (yo, ello y superyo). En general, el yo controla todo el aparato sensorial de la percepción, domina el aparato motor y está encargado de soportar las presiones procedentes del exterior y del interior a las que se enfrentan las personas (Valdez, 1994).

Musitu y Román (1982) menciona que los neofreudianos: Sullivan, Horney y Adler, teorizaron sobre el origen del autoconcepto. Este grupo de teóricos consideran que el conocimiento de otras personas está presente de manera muy importante, en la evolución del individuo; destacando un componente educativo.

Sullivan (1938, 1945, op. cit.)- considera el *self* como la organización de las experiencias educativas creadas por necesidad de evitar o minimizar estados de ansiedad. Para él el sí mismo es el comportamiento en sí, es algo observable y posible de medir, mediante el cual, las personas gastan su energía, producto de sus experiencias adquiridas a través de las relaciones interpersonales.

K. Horney (cit. en Valdez, op. cit.)- habla de dos tipos de yo, uno real y otro ideal. El yo real son todos aquellos deseos, metas, imágenes y percepciones que el individuo tiene de sí y para sí mismo. En cambio el yo ideal es aquel que le sirve de modelo y que está muy cercano a la perfección. Lo importante de concebir un yo ideal es que éste motiva la conducta de los individuos, mediante la dinámica real-ideal.

Adler (1935, 1937, op. cit.)- da gran importancia a las debilidades y enfermedades a la hora de producirse la baja autoestima. Para él, los sentimientos de inferioridad pueden desarrollarse en torno a ciertos órganos o pautas de conducta en los que el sujeto es realmente inferior.

Erikson (1970) señala que el Yo es el instrumento mediante el cual una persona organiza la información exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planeamiento. El

autoconcepto forma parte de ese yo y está estrechamente vinculado con el Ego; el autoconcepto es lo que yo se de mi propio Yo.

La función individual del autoconcepto es la de darle una dirección estable a la acción, proporcionando criterio selectivo, a las consecuencias sociales y a las reflexiones del ego (Erikson, 1970).

Dentro de la teoría del aprendizaje social, Bandura (1969) introduce dos variables en el estudio del *self*: auto-recompensa y auto-castigo (lo que se podría llamar auto-refuerzo). El autoconcepto dependen de la frecuencia de auto-refuerzo, de modo que el desarrollo del *self* se puede considerar como un caso específico de los procesos de cambio de actitud. Estos procesos serían: el condicionamiento clásico y el operante. El aprendizaje social añade al modelo de condicionamiento un elemento que se enfoca hacia el auto-refuerzo y aprendizaje vicario. Así mismo incorpora una serie de procesos internos del individuo, aunque da más importancia a la conducta observable, por lo que los procesos mentales se asumen implícitamente (Miranda, 1999).

La teoría de la Psicología Cognitiva asume que para comprender o predecir la conducta de alguien, se debe comprender primero cómo este individuo representa o estructura cognitivamente el mundo, es decir, comprender su marco de referencia. Algunos teóricos de esta corriente han considerado al *self* como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan o modifican e integran funciones de la persona (Oñate, 1989).

Importante en los análisis cognitivos de autoconcepto es la idea de que la gente es diferente porque su estructura cognitiva o sistemas de esquemas son diferentes. Así, en términos de autoconcepto, la psicología cognitiva menciona que tenemos esquemas sólo de aquellos aspectos de nuestra conducta que son importantes para nosotros o distintos en algún modo. Neisser (1976; cit. en Oñate, op. cit.) llama esquemas a estas estructuras y define al autoconcepto como una estructura interna al preceptor, modificable por la experiencia.

El gestaltista K. Koffka (1942; May y Lindzey, 1970, cit. en Villagrán, 2000) dice que el yo es una parte segregada respecto del campo total, inserta en el ambiente de la conducta; esta segregación resulta en que el individuo se perciba a sí mismo como algo que ocupa el espacio existente entre lo que hay delante, atrás, encima y debajo de ella; las experiencias conscientes son las que configuran o forman el yo fenoménico (este término se refiere al sí mismo como objeto). El yo y el sí mismo son objetos del

conocimiento, pero como procesadores de información son una y la misma; sin embargo el sí mismo es el ejecutor de conductas y es el núcleo del yo.

Kurt Lewin (1940; cit. en Valdez, 1994.) menciona que el *sí mismo* o yo de una persona es una región de la personalidad, compuesta de percepciones y experiencias referidas al yo; además la persona es un todo unificado que vive dentro de un espacio vital, que este espacio es igual a la interrelación de la personalidad con el ambiente, que a su vez son motores de toda conducta. Siendo el *sí mismo* una parte clave dentro de la totalidad que juega un papel trascendental en la personalidad y en las conductas que presentan las personas, en su interrelación dentro del espacio vital.

Las diferentes teorías del yo, el *sí mismo* y el autoconcepto, son tomadas por los integracionistas, quienes intentan explicar el fenómeno considerando al mismo tiempo el aspecto biológico, psicológico y social-cultural. Uno de los más importantes representantes es Gordon Allport (1955), él menciona que el Yo funciona como organizador, conocedor, buscador de ser socializado e implicado en toda conducta; el yo afecta la confianza, el juicio, la memoria, la aptitud el aprendizaje y todos los aspectos motivacionales. El Yo para Allport es la fuerza unificadora de todos los hábitos, rasgos, actitudes sentimientos y tendencias del ser humano. Su mayor contribución al estudio del autoconcepto es que sienta las bases para el desarrollo de instrumentos, pues considera que los rasgos del yo pueden ser generales o comunes en base a los aspectos sociales y culturales.

Carl Rogers (cit. en Papalia, 1992) además de integracionista es también considerado dentro de la corriente humanista, la cual es más parecida al psicoanálisis que al conductismo, ya que da más importancia a los motivadores internos de la conducta, aunque difiere del psicoanálisis en su confianza optimista en la naturaleza positiva del hombre. Rogers desarrolla una teoría de la personalidad centrada en el concepto del *sí mismo*, como núcleo de la personalidad. Utiliza el concepto de *sí mismo* distinguiendo tres aspectos en las actitudes hacia uno mismo:

- percepción del individuo hacia sus habilidades, sentimientos, acciones y relaciones en su medio social,
- un juicio respecto al contenido de la actitud de acuerdo a algunos patrones (aspecto evaluativo),
- sentimiento relacionado al juicio evaluativo que constituye la dimensión afectiva (Valdez, 1994).

Desarrollo y evolución del autoconcepto

Para estudiar la evolución del autoconcepto es necesario estudiar la formación progresiva de la capacidad de introspección junto con la capacidad percibida objetivamente, teniendo presente las similitudes y las diferencias propias en relación con los otros.

En una primera aproximación, el origen del autoconcepto iniciará con lo que Bee y Mitchell (1987) llaman el *ser existencial*, en la que el niño iniciará entendiendo que él es una entidad separada y distinta de los demás individuos y cosas. En forma más explícita, estas autoras afirman que este es el primer paso primitivo en el desarrollo del concepto de uno mismo y parece tener lugar durante los primeros seis meses de vida, casi al mismo tiempo en que el niño desarrolla el concepto de la permanencia de los objetos.

En discordancia con lo anterior Newman y Newman (1979; cit. en Palacios, 1985) plantean que es sólo hasta la segunda etapa (de los 18 meses hasta los 4 años) del proceso evolutivo del autoconcepto, en donde el niño ya interactúa con el medio ambiente social, lo cual creen empieza a favorecer el autoconcepto.

El siguiente paso está marcado por la ubicación que hace el niño de su ser en diversas categorías, lo cual implica que él se compare con las demás personas con alguno de los atributos que posee. Al parecer uno de los primeros atributos que son susceptibles de comparación es la edad y el tamaño. Bee y Mitchell (op. cit.) refieren que se ha encontrado que los niños de 2 a 5 años de edad ya se categorizan a sí mismos y a otros sujetos como viejos o jóvenes, grandes o pequeños.

Otras de las dimensiones en las que se manifiesta el desarrollo del autoconcepto se da cuando el niño o la niña sabe a qué género pertenecen; esto también explica que él o ella distinguen las funciones o roles que con base en su género deben desarrollar.

Según el planteamiento de las autoras mencionadas, el asumir los roles que corresponden al género conlleva a la adopción de una serie de conductas estereotipadas que el niño o la niña manifestarán o tendrán presentes como modelo de comportamiento.

Adicionalmente estos autores consideran que hay una estrecha correspondencia entre el desarrollo cognoscitivo y la evolución del autoconcepto, por eso afirman que el concepto de sí mismo sigue experimentando los mismo tipos de cambios cognoscitivos de otros conceptos.

Un elemento decisivo en el establecimiento del sí mismo se refiere al lenguaje, ya que desde que éste empieza a ser dominado por el niño es capaz de interiorizar y exteriorizar toda una gama de significados, ideas, imágenes, deseos y características

tanto de su yo como del ambiente que le rodea, perspectiva que coinciden con la de Newman y Newman (1979; cit. en Palacios, 1985), ya que indican que cuando el niño adquiere el lenguaje se ve posibilitado para comunicar las nociones de su yo, lo cual contribuye a la extensión de sus límites de posesión dando pie a la inclusión de los objetos materiales y miembros de su familia.

A pesar de que las ideas anteriores aportan elementos explicativos interesantes también presentan una visión que no le da un papel explícitamente relevante a la función que ejercen los demás entes sociales en la conformación del sí mismo. Por eso es necesario complementar la visión del autoconcepto con otras consideraciones.

Coopersmith (1981) plantea que los niños no nacen siendo buenos o malos, hábiles o retardados, amables o no amables; ellos desarrollan estas ideas, forman la autoimagen o sea, los rasgos de sí mismo con base en la forma en que son tratados por la gente significativa de su vida como son los padres, hermanos, maestros y compañeros. Por lo tanto, la fuente de origen del autoconcepto es la interacción ambiente-sujeto. Se sabe que las experiencias tempranas juegan un papel importante en la forma en que los niños se relacionan con los demás y que el primer contacto que tiene el individuo es con la familia y las evaluaciones que hagan de él afectarán su autoconcepto; pero también la sociedad en que se desarrolla el individuo cambia ante las manifestaciones del concepto que ha desarrollado el individuo.

Hoffman (1994; cit. en Ramírez, 1998) refiere que poco después de que los niños se reconocen como identidades de características distinguibles pueden verse como entidades que pueden ser evaluadas. Los niños pueden describirse en términos de sus características físicas y usar términos evaluativos. Estos aspectos del sí mismo están asociados con una capacidad incrementada para la representación simbólica y el desarrollo del lenguaje. La etapa de autodescripción se da alrededor de los 24 meses de edad. Las respuestas emocionales a sus propias conductas son consideradas como la fase final de la formación del autoconcepto. Estas respuestas emergen cuando los niños empiezan a esconder su vergüenza por haber hecho travesuras o cuando están desorientados por la desaprobación del adulto, cuando se inhibe la conducta desobediente o al ser vigilados o cuando desean llamar la atención hacia su mala conducta.

Para Erikson (op. cit.) la personalidad se desarrolla de acuerdo con pasos predeterminados en la disposición del organismo humano. Los pasos que Erikson y

Allport (1955) señalan en la progresiva formación del sí mismo personal, del autoconcepto o de la propia identidad son:

A. *El desarrollo del sentido de sí mismo*.- que implica darse cuenta de sí mismo gradualmente durante la infancia y que dentro de este proceso se distinguen dos momentos:

- De los 0 a los 3 años de vida se va formando el sí mismo inicial y abarca tres aspectos del darse cuenta de sí mismo:
 - 1) Sentido de sí mismo corporal
 - 2) Sentido de una continua identidad del sí mismo
 - 3) Estimación del sí mismo
- De los 4 a los 6 años: en donde se profundiza en las conquistas logradas y aparecen dos nuevos aspectos del sí mismo que se añaden a los anteriores:
 - 4) Extensión del sí mismo
 - 5) Imagen del sí mismo

Resulta importante subrayar que la mayoría de los aspectos que integran el sí mismo total, afloran en los primeros 6 años de vida y en todos ellos subyace la progresiva formación de un esquema corporal diferenciado, la formación de un autoconcepto concreto, adecuado o no, integrado e integrador de los diferentes aspectos y realidades infantiles y, sobre todo, teñido positiva o negativamente según las vivencias experimentadas.

B. *Formación del sentimiento de identidad*.- Erikson (op. cit.) resume en ocho, las grandes edades de la vida⁴. Según el autor las características de cada gran edad de la vida, están ya en el sujeto antes de que su periodo decisivo y crítico llegue. Hasta el sexto año de vida se considera un periodo de anticipación de roles, por lo que es importante facilitar la experimentación de roles, no la fijación al rol. Se da en el niño un proceso de identificación con los padres, especialmente con el padre del mismo sexo, y con ello deja en el sujeto la convicción implícita de que puede imaginar lo que será en un futuro.

Para Mead (1934), el niño pasa por dos estadios en el desarrollo del *self*.

⁴ Al analizar las ocho etapas de la vida expuestas por Erikson, se debe tener en cuenta que cada etapa, si es encontrada y vivida exitosamente, agrega algo al Ego (Yo). Erikson se refiere a esos logros del Ego como fuerzas del Ego. Las ocho etapas de vida propuestas por este autor se mencionan a continuación: Primera etapa: Confianza vs. Desconfianza, Segunda etapa: Autonomía vs. Vergüenza y duda, Tercera etapa: Iniciativa vs. Culpa, Cuarta etapa: Laboriosidad vs. Inferioridad, Quinta etapa: Identidad vs. Confusión de

- a. El juego simbólico, en el que asume diferentes roles (papá, mamá, trabajador, etc.) en la interacción con sus compañeros, teniendo la oportunidad de observar las conductas ajenas desde esos papeles y pasando de uno a otro con facilidad.
- b. El juego socializado, que implica papeles relevantes que son conformados de una conducta determinada.

Es importante señalar que el adulto adquiere la noción de identidad a partir de sus creencias, de la solidez de sus ideas, del conocimiento que tenga, de sus deseos y ambiciones, de sus posibilidades, de su biografía, etc. El niño establece su identidad a partir de la confianza y solidez de sus objetos externos (fundamentalmente los padres), así como de los internos, es decir, de las representaciones mentales conscientes e inconscientes que hagan referencia a sí mismo. Las actitudes de los adultos con respecto a él, son de gran importancia (Martínez, 1980).

Por otro lado, L'Ecuyer, en 1981 (cit. en Oñate, 1989) describió la evolución del Yo en seis fases sucesivas:

- a. De los 0 a los 2 años, surge el Yo, comprendiendo una iniciación de la imagen corporal proveniente de la percepción del propio cuerpo.
- b. 2 – 5 años. La evolución del autoconcepto deja verse a través del desarrollo del lenguaje (uso del Yo y del Mi) y sus efectos de la interacción social.
- c. 5 – 12 años. Etapa en que el Yo se expande, es decir, nacen nuevos intereses producto generalmente del contacto con los compañeros.
- d. 12 – 18 años. Etapa correspondiente a la adolescencia, durante la cual la imagen corporal toma especial importancia. Otros aspectos de relevancia son las nuevas ideologías y la relativa autonomía personal, las cuales producen nuevas percepciones del sí mismo y por lo tanto modificaciones en el autoconcepto.
- e. 20 – 60 años. Su punto esencial es la madurez del Yo, considerada como una evolución de la persona en la que se producen bastos cambios.
- f. 60 – en adelante. Fase en la que se pudiera observar un decline general que repercute en el autoconcepto negativo debido a los cambios drásticos que van de una jovialidad a la disminución de capacidades físicas. Existe pérdida de identidad, baja autoestima y menos interacción social.

Papeles, Sexta etapa: Intimidad vs. Aislamiento, Séptima etapa: Generalidad vs. Estancamiento, y Octava etapa: Integridad del Ego vs. Desesperación (Cueli, 1997).

Valdez (op. cit.) resalta un punto importante en el desarrollo del autoconcepto y formación del mismo, es el que la mayoría de los autores plantean que éste se va construyendo a partir de la experiencia adquirida día tras día, lo que lleva a pensar que se va modificando, adaptándose a las nuevas experiencias tanto externas como internas que tenga el individuo, ya que nadie está exento del contacto con los otros, como con el medio ambiente que le rodea, ni del manejo interno de la información proveniente de estos contactos continuos que se llaman experiencias.

Para Papalia (1992) el autoconcepto, o bien el sentido de sí mismo, crece en forma lenta. Comienza en la infancia con la *autoconciencia*⁵; un niño se da cuenta gradualmente de que es un ser diferente de otras personas y cosas; alrededor de los 18 meses existe el primer momento de *autorreconocimiento*⁶ cuando se reconoce a sí mismo frente al espejo.

El siguiente paso es la *autodefinición*⁷, esto sucede cuando identifica las características que considera importantes para describirse a sí mismo. A los 3 años de edad, se juzga principalmente en términos de su cabello, su casa, sus actividades en la escuela. Sólo a los 6 o 7 años de edad aproximadamente, el niño empieza a definirse en términos psicológicos. Es entonces cuando desarrolla el concepto de quién es (el *yo real* o *yo verdadero*⁸) y también de quién le gustaría ser (el *yo ideal*⁹). A la vez que el niño ha logrado este crecimiento en la comprensión de sí mismo, ha hecho progresos significativos en una área relacionada: su conducta es regulada menos por sus padres y más por él mismo. El yo ideal incorpora muchos de los "debería" y "debo" que el pequeño ha aprendido y le ayuda a controlar sus impulsos para efectos de ser considerado un "buen" niño (Maccoby, 1980; cit. en Papalia, op. cit.).

Según Papalia (op. cit.), el sentimiento del sí mismo podría parecer como la cosa más peculiar del mundo. Pero la mayoría de los teóricos e investigadores ven el autoconcepto como un fenómeno social, como un punto de encuentro del individuo y de la sociedad. La autora menciona que en la segunda infancia, un niño mira en torno suyo, ve lo que la sociedad espera, entremezcla sus expectativas con la imagen que ya tiene de sí mismo y esto permite evolucionar a su autoconcepto.

⁵ **Autoconciencia**.- comprensión que se inicia en la infancia, acerca de nuestra independencia de otras personas, lo que nos permite reflexionar sobre nuestras propias actitudes en relación con los estándares sociales (Papalia, 1992).

⁶ **Autorreconocimiento**.- habilidad para reconocer nuestra propia imagen (Papalia, 1992).

⁷ **Autodefinición**.- características físicas y psicológicas que uno considera importantes para definirse a sí mismo (Papalia, 1992).

⁸ **Yo real**.- concepto de la persona sobre cómo es. Compárese con el Yo ideal (Papalia, 1992).

⁹ **Yo ideal**.- concepto de la persona sobre lo que desea ser. Compárese con el yo real o verdadero (Papalia, 1992).

En este momento, el infante puede hacer más cosas de las que podía como preescolar y, en efecto, las hace, además de que se relaciona con más gente. También se le han dado más responsabilidades: hace su tarea, ayuda en algunas actividades del hogar, obedece reglas en casa y la escuela, y puede ayudar en el cuidado de hermanos menores (en el caso de haberlos). El niño comienza a regular su conducta no sólo para regular lo que necesita y desea (como lo hacía antes) sino, también, para satisfacer las necesidades y deseos de otras personas.

Johnson (1972; cit. en Oñate, 1989) encontró que los hijos de padres con profesiones en las que ejercen el autoritarismo y violencia tienen autoconceptos más bajos. Si los padres manifiestan amor y aprecio al hijo, éste se percibirá como alguien que posee buenas cualidades, de modo que puede llegar a tener un autoconcepto alto. Por lo tanto, el que el hijo sea reconocido en lo que es y en lo que intenta llegar a ser, es importante para que crezca su sentimiento de valía; por lo que se hace difícil conservar un alto nivel de autoestima cuando un individuo se ve rechazado por los otros significativos.

Es por ello que Johnson (op. cit.) opina que aquellas personas que son especialmente significativas para el individuo influyen en gran medida sobre su autoconcepto, mientras que las respuestas de otros, relativamente insignificantes para el individuo, surtirán poco efecto.

DEFINICIÓN DE AUTOCONCEPTO

La noción de autoconcepto es un fenómeno difícil de aprehender. Cualquier definición de autoconcepto tiene problemas porque tal noción es utilizada en muchos sentidos por autores de las más diversas teorías y a veces en el contexto de una misma teoría. Por otra parte, es común que se le diferencie, sustituya, incluya o se le sobrepongan a otras categorías como son: sí mismo, yo, autoestima, etc. (Ramírez, 1998).

Como puede observarse, el tema del autoconcepto ha sido discutido ampliamente por una gran diversidad de autores, desde las más variadas perspectivas y enfoques, por lo que ha durado varias décadas el intento de ponerse de acuerdo acerca de cómo debe ser definido, para poder ser investigado y explicado, de tal forma que sea comprendido por los especialistas del área. Lamentablemente el autoconcepto adolece de una definición clara global y específica al igual que muchos otros conceptos dentro de la ciencia psicológica (Valdez, 1994).

Papalia (op. cit.) define el autoconcepto como el sentido de sí mismo. Menciona que la base del autoconcepto es nuestro conocimiento de lo que hemos sido y hecho; su función es guiarnos a decir lo que seremos y haremos en el futuro. El autoconcepto entonces nos ayuda a entendernos a nosotros mismos y también a controlar o regular nuestra conducta.

Rosemberg (1973), define el autoconcepto como la "totalidad de pensamientos y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo como objeto".

Un aspecto que se debe tomar en cuenta, según propone Valdez (1994), para establecer una definición sobre el autoconcepto tiene que ver con la capacidad de adaptación que presenta esta estructura mental ante el medio ambiente interno y externo que rodea al individuo en el momento de interactuar o comportarse ante cualquier situación. Para aclarar mejor este aspecto, Valdez (op. cit.) retoma a Rogers para indicar que hay un sí mismo real y un sí mismo ideal, entre los cuales hay un cierto grado de correspondencia, indicando que si la distancia entre ellos es grande, el individuo estará insatisfecho y mal ajustado.

En el caso de esta propuesta se habla de la presencia de un autoconcepto real y uno ideal en los que se da un intercambio de información en el momento de encontrarse en una situación cualquiera. Gracias a esta movilidad de la información, el individuo puede adaptar su autoconcepto y adaptarse a las circunstancias en las que se ve involucrado en ese preciso momento.

A partir de esta perspectiva, Valdez (op. cit.) establece como definición de autoconcepto: "una estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de aspectos conductuales, afectivos y físicos reales e ideales acerca del propio individuo que funciona como código subjetivo de acción, hacia el medio ambiente interno y externo que rodea al sujeto".

Para La Rosa (1986) el autoconcepto es concebido como una estructura mental totalmente versátil y adaptativa que guía al sujeto en su comportamiento dependiendo del ambiente interno y externo que lo rodea en ese momento. El yo o sí mismo es una misma identidad de la estructura cognoscitiva que tiene un origen psicosocial intrínseco que se debe a la interacción con el medio ambiente, gracias a lo cual codifica y estructura toda la información que adquiere sobre sí mismo, ya sea social (lo que otros piensan, dicen, se imaginan o perciben de mí); individual (lo que pienso, digo o percibo de mí), o psicosocial que implica un manejo interno de la información social e individual. Esta estructura mental llamada autoconcepto contienen la información en tres áreas: observable (físicos,

conductuales, afectivos o la combinación de ellos); reales (conocimientos reales sobre sí mismo), e ideales (el yo ideal) que tienen los sujetos y los referentes internos (estados de ánimo) y externos, las circunstancias que rodean a los sujetos.

En lo que respecta a la medición del autoconcepto, en México se cuenta con una escala de autoconcepto desarrollada por La Rosa (op. cit.). Su estudio tuvo como objetivo construir y validar escalas multidimensionales para medir locus de control y autoconcepto en la cultura mexicana. Un aspecto importante es que su investigación fue desarrollada en y para la cultura mexicana. Respecto al autoconcepto, La Rosa menciona que lo que uno piensa de sí mismo, como se describe y como se evalúa, será posiblemente un buen predictor de su salud mental, integración social, integridad ética y éxito ocupacional. En lo que respecta al autoconcepto utilizó el formato de diferencial semántico, identificando cuatro dimensiones básicas:

- 1) Dimensión social que se refiere al comportamiento del individuo en interacción con sus semejantes. Abarca tanto las relaciones con familiares y amigos, así como la manera en que la persona lleva a cabo las interacciones con jefes y subalternos.
- 2) Dimensión emocional. Abarca los sentimientos y emociones considerados desde un punto de vista intraindividual, interindividual y de su sanidad.
- 3) Dimensión ocupacional se refiere al funcionamiento y habilidades del individuo en su trabajo, ocupación o profesión.
- 4) Dimensión ética que hace referencia al aspecto de congruencia o no con los valores culturales más amplios o de grupos culturales.

Otra escala multidimensional es la construida por William Fitts, aunque su preocupación se sitúa en el área clínica y asesoramiento psicológico, lo que lo induce a establecer la relación entre autoconcepto y rehabilitación. Esta escala ampliamente utilizada es "The Tennessee Self Concept Scale" (Fitts, 1965 cit. en La Rosa, op. cit.), ésta constituida por 90 reactivos, balanceados positiva y negativamente, las respuestas varían de completamente verdadero a completamente falso, en un intervalo de 5 puntos. Los reactivos son clasificados en cinco categorías: 1) identidad (quién/ cómo soy), 2) autosatisfacción (como yo me acepto a mí mismo) y 3) comportamiento (como yo actúo). Son agregados 10 reactivos de la escala de mentira del MMPI .

Estudios sobre el autoconcepto

Treadgold (1999) menciona que existe una serie de estudios que comprueban la influencia que ejerce el autoconcepto en la salud.

Por ejemplo en uno de sus estudios el autor midió cuatro variables: a) autoconcepto; b) tensión percibida; c) depresión y d) nivel de compromiso en su profesión o actividad laboral. Los datos arrojaron los siguientes datos: un alto nivel de compromiso en la profesión puede reducir la experiencia de tensión y depresión; a sí mismo los datos revelan que existe una correlación positiva entre autoconcepto y nivel de compromiso en la profesión, mientras que las variables depresión y tensión percibida se correlacionan positivamente. Por lo tanto, Traedgold (op. cit.) concluye que cuando una persona se encuentra comprometida con su actividad laboral, el nivel de depresión y la tensión percibida por un individuo es baja, en tanto que tiende a obtener altos puntajes en relación al concepto que tiene de sí mismo que aquellas personas que no muestran interés y compromiso en su actividad laboral.

Anderson, Golden y Deanna (1996) encontraron que, en adolescentes homosexuales de ambos sexos, el hecho de dar a conocer su orientación sexual generalmente les provoca conflictos intensos con su entorno social, efectos perjudiciales en la vida familiar, en la relación con sus compañeros y en el desarrollo de relaciones de intimidad con otros. Anderson agrega que el autoconcepto de estos adolescentes homosexuales se ve muy dañado cuando las políticas escolares trivializan los sentimientos homoeróticos de los adolescentes o ven la conducta homosexual como una fase del desarrollo normal que pronto pasará.

Booth, Koester y Pinto (1995) investigaron si existían diferencias de género en conductas de riesgo sexual, mantenimiento económico y autoconcepto en sujetos farmacodependientes entre 18 y 63 años. Los resultados mostraron que las mujeres se enfrentaban a un mayor riesgo de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana por tener mayores conductas sexuales de riesgo, tenían menores oportunidades de trabajo legítimo, un autoconcepto significativamente más bajo, mayor depresión y más ansiedad. Los autores concluyeron que el género, formas de subsistencia económica y autoconcepto están fuertemente relacionados.

DEPRESIÓN

Hablar de depresión es hablar de una de las enfermedades más padecidas en la historia de la humanidad. En cualesquiera que sean sus acepciones, los estados depresivos profundos impresionan por sus efectos. No se puede dejar de advertir la cercanía entre la depresión y la muerte, ya sea porque la primera conduzca de hecho a la segunda, a través del acto suicida; o bien, porque la depresión es experimentada como una suerte de muerte en vida.

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por alteraciones del humor o por un estado emocional prolongado. Dentro de estos trastornos, el problema más común es la depresión, estado en el que el individuo se siente abrumado por la tristeza, pierde interés en las actividades y muestra otros síntomas como un sentido exagerado de culpa o de minusvalía. Es incapaz de experimentar el placer de las actividades que antes disfrutaba. Se siente cansado y apático, a veces hasta el extremo de no lograr tomar las decisiones ordinarias más sencillas. Siente haber fracasado de manera rotunda en la vida y tiende a culparse por sus problemas. Los que sufren una depresión severa tienen insomnio o sueño excesivo y pierden el interés por la comida y el sexo. A veces les cuesta pensar o concentrarse, al grado de que les resulta difícil leer el periódico. En los casos graves, los asaltan ideas suicidas y pueden tratar de quitarse la vida.

Clínicamente el enfermo deprimido se caracteriza por falta de deseo vital, por un intenso dolor de vivir, por un retiro de su interés del mundo externo, por una incapacidad para el goce y el amor, por una autoestima sumamente empobrecida, por una imagen de sí mismo castigada y reprochable.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los griegos de la antigüedad.- En el siglo IV A. C. Hipócrates afirmaba que los problemas (que hoy llamamos psiquiátricos) estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y que la melancolía era producida por la bilis negra que es precisamente de estas palabras en griego que se deriva la palabra melancolía: Malas = Negro y Chile = Bilis. Para Hipócrates la melancolía se conceptualizaba por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia (Calderón, 1987).

Los romanos.- Tanto Asclepiades como Celso introdujeron el concepto de psicoterapia en Roma. En el siglo I A. C. Asclepiades recomendó los estímulos

intelectuales, la música agradable y la formación de buenas relaciones emocionales como medios para aliviar las depresiones. Celso subrayó la importancia de la relación médico-paciente, además de las actividades recreativas. Sorano recomendó el teatro a sus enfermos como medio terapéutico; se sugería a los sujetos deprimidos participar en comedias mientras que a los maníacos se les incitaba a actuar en tragedias (Axelrod, 1990).

La edad media.- Se caracteriza por la prevalencia del pensamiento mágico y la tendencia a la interpretación demonológica de la enfermedad mental. Durante esta etapa la melancolía se conceptualiza como "Acedia". Durante el periodo inicial de la acedia es tipificada como un estado del alma cuyo padecimiento se restringía a los religiosos que vivían en aislamiento y soledad de sus respectivas celdas. En un principio Santo Tomas de Aquino sostenía que la acedia era producida por demonios e influencias astrales, después la concibió como un desorden de la vida emocional y a partir de él la acedia se psicologiza y se medicaliza.

Durante la etapa tardía de la edad media ya no es considerada como un fenómeno que incluía a todos los clérigos sino también a los laicos, de esta manera la acedia desaparece del catálogo de los pecados y se aleja del concepto de tristeza (Polaino-Lorente, 1985). Ya para los siglos XV y XVI el término melancolía sustituye al de acedia.

Periodo Barroco.- Robert Burton aún suscribiendo la teoría humoral, mantenía que la etiología de la melancolía era multifactorial, reconocía la existencia de un continuo entre factores psicológicos y no psicológicos, destacando la herencia, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales. También hizo referencia a la alternancia de accesos hipertímicos y melancólicos (Jackson, 1989).

La Ilustración.- Pinel en su tratado médico-filosófico sobre la alienación mental, afirma que la melancolía consiste en un juicio falso que el enfermo se forma acerca del estado de su cuerpo que él cree en peligro por causas mínimas, temiendo que sus intereses le salgan mal. De ésta forma, para Pinel la idea exclusiva y el juicio falso no son síntomas secundarios, sino la esencia misma de la enfermedad, lo que justifica la aplicación del ámbito de la melancolía para incluir síndromes delirantes sin alteración timopática evidente (Jackson, op. cit).

En el siglo XVII. Esquirol propone el término "lipemanía" en lugar del de melancolía, ya que éste último abraza un dominio heterogéneo con inclusión de la mayor parte de la psicosis delirante, y por otra parte, evoca una patología humoral inconstante. Las aficciones humorales constituirían las causas más frecuentes de la lipemanía. Esquirol es

el primero (en 1819) en dar carta a la ciudadanía al descenso del humor con pérdida del gusto por vivir como fenómeno patológico en si mismo; antes de él, la tristeza no acompañaba manifestaciones delirantes patentes, podía aparecer como excesiva o inexplicable, pero no salía del campo de la Psicología banal. En Francia, Jean Pierre Farlet presenta en 1854 una comunicación a la academia de Medicina de París sobre la "Folie Circulaire" a los pocos días de que su compatriota Ballarger ofreciera su trabajo sobre la "Folie a double forme". La forma circular se diferencia de la melancolía ordinaria por la secuencia regular de estados maniacos, melancólicos e intervalos lúcidos de variada duración, Farlet destacó el curso intermitente de la afección, el comienzo frecuentemente brusco y el carácter reversible de la mayoría de los episodios (Jackson, op. cit.).

Posteriormente en 1896, Kraepelin sigue las observaciones clínicas de los psiquiatras franceses, enunciando el concepto de la locura maniaco-depresiva como entidad nosológica independiente. Este autor incluyó en un concepto único la totalidad de la psicosis que hasta entonces se habían denominado periódicas y circulares: la manía simple, gran parte de los casos diagnosticados de melancolía y un pequeño número de síndromes demenciales. Todos estos cuadros son para Kraepelin, manifestaciones de la misma psicosis, basándose en el carácter hereditario, sintomatología afectiva, sucesión alternativa o periódica de fases maniacas o melancólicas y pronóstico uniforme. Fue precisamente el pronóstico la principal característica nosológica de la psicosis según los postulados de Kraepelin (Jackson, op. cit.).

En tanto que en 1929 Gillespie estudió un grupo de sujetos depresivos y puso tres grados de depresión: Reactiva, Autónoma e Involutiva. El principal factor para diferenciarlas consiste en la reactividad: los pacientes reactivos ofrecían respuestas emocionales a los cambios del ambiente, mientras que los autónomos mostraban una carencia total de capacidad de reacción (Jackson, op. cit.)

En el México prehispánico la depresión fue considerada como un problema médico de acuerdo con la descripción que en 1522 hizo un médico indígena a Martín de la Cruz. En uno de los escritos recomienda como tratamiento un cocimiento de hierbas y un jugo obtenido de flores de buen olor; atendiendo las siguientes indicaciones: andar en un lugar sombreado, abstenerse del trato carnal, beber muy moderadamente el pulque (como bebida médica), dedicarse a cosas alegres como el campo, la música, tocar instrumentos, etc. (Calderón, 1987).

En los últimos años, la importancia concedida a la depresión se ha destacado, pues además de ser el problema más frecuente en el campo de la salud mental, es un padecimiento que acarrea muchos trastornos al ser humano, dado que la depresión es el estado emocional que con más frecuencia se presenta.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN

Son muchas las teorías psicológicas que proponen explicaciones sobre las causas de la depresión patológica. Algunas afirman que la depresión es un trastorno afectivo, otras sostienen que la depresión es un trastorno cognoscitivo, es decir, en el proceso mental, la medicina también plantea su punto de vista desde un enfoque bioquímico. A continuación se plantean algunas teorías que tratan de dar respuesta al origen de la depresión.

Teorías psicológicas afectivas

Abraham

En 1911, Abraham (cit. en Mendels, 1972) llevó a cabo el primer intento sistemático de explorar la enfermedad maniaco-depresiva según la teoría psicoanalítica, comparando la depresión con la pesadumbre o el duelo normal. Afirmaba que la diferencia crucial entre pesadumbre y depresión estriba en que la persona que lleva duelo está conscientemente preocupada por la pérdida de alguien, mientras que un paciente depresivo se halla dominado por sus sentimientos de pérdida, culpa o baja autoestima. En el paciente depresivo, los sentimientos inconscientes de hostilidad hacia la persona perdida (real o simbólica) se dirigen contra sí mismo, a medida que lo son las debilidades que él ha atribuido (por lo general de forma inconsciente) a la persona perdida. Abraham opinaba que el depresivo percibe una pérdida como rechazo de sí mismo por la manera en que la confunde inconscientemente con experiencias previas y sensibilizadoras.

Sigmund Freud

En su escrito *Duelo y Melancolía* (1917), Freud establece la diferencia esencial entre pesadumbre y depresión que consiste en que en la última hay una acentuada pérdida de autoestima; en el duelo la pérdida es consciente, mientras en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente, en la pesadumbre, el mundo se torna pobre y vacío; en la melancolía se vacía y se torna pobre el yo mismo.

Freud señalaba que en el curso normal del duelo, la persona a quien éste concierne separa las emociones previamente asociadas con la persona perdida y llega a identificarse él mismo con estos sentimientos. Sus sentimientos ambivalentes previos de odio hacia el objeto perdido, sentimientos no expresados y quizá no reconocidos, se canalizan dirigiéndose al propio sujeto. Este hecho se caracteriza por:

1. Irritación dirigida hacia el objeto perdido, procedente de sentimientos de resentimiento y abandono.
2. Sentimientos de culpa respecto del objeto perdido, emanantes de los pecados de omisión, reales o imaginarios, de la persona afectada por el duelo.
3. Un sentimiento de sufrimiento y pérdida, centrado en la persona misma.

Freud afirmaba que para resolver estos sentimientos era necesario el "trabajo" de la pesadumbre o del duelo, el cual implica el recuerdo consciente y la expresión de objetos de memoria y fantasía. Cada vez que esto ocurre, se van perdiendo los vínculos que ataban a la persona afectada por el duelo con la persona perdida.

Es evidente que la pérdida de un objeto amado, que Freud considera esencial en el desarrollo de la depresión, no implica necesariamente la muerte real de una persona. Freud afirmaba que la ausencia de amor y de apoyo por parte de una figura significativa (por lo general uno de los padres) durante un estadio crucial del desarrollo predispone a un individuo a la depresión en épocas posteriores de la vida. Según él, es esta pérdida, posteriormente recapitulada en forma simbólica, lo que origina la depresión. Ésta, por consiguiente, puede considerarse como un fallo del proceso normal de duelo.

Para Freud, un paciente depresivo había padecido también una pérdida, aunque ésta pudiera ser simbólica y no reconocida como tal. Consideraba el autorreproche y la pérdida de estimación propia que se desarrollan en la depresión como dirigidas hacia la persona introyectada y perdida. Esto es, cuando un paciente depresivo insiste en su mala conducta, en sus deficiencias e insuficiencias, está de hecho expresando sus sentimientos inconscientes respecto a la persona perdida. En lugar de identificarse simplemente con la persona perdida, el paciente asume los atributos que percibía de esta persona. Como resultado, exagera sus propios pecados e insuficiencias, aún cuando no tengan relación alguna con la realidad de su vida. Estas representan sus ideas y sentimientos no manifestados sobre el objeto. (Mendels, op. cit.).

Benedek

Therese Benedek (1956; cit. en Mendels, op. cit.) insistió en la importancia de *la constelación depresiva*, expresión usada para describir un estado psicológico que proviene de las dificultades de las primeras relaciones entre madre e hijo. Un niño satisfecho por su experiencia oral y el contentamiento que le proporciona el alimento, introyectará una idea de *la madre buena que alimenta* y la iguala al *buen yo satisfecho*. En teoría, se crearía así un ciclo en el que madre e hijo ganarían un aumento de confianza y gratificación mutua.

No obstante, cuando un niño no se siente gratificado se torna agresivo en sumo grado. Al comer introyecta este impulso agresivo y de esta suerte, en vez de la ecuación "la madre buena que alimenta es el yo bueno satisfecho", desarrolla entonces un estado de "madre mala igual a yo malo". Benedek afirma que esto es precisamente la base de la depresión que se presenta ulteriormente, cuando tensiones adecuadas causan una regresión a esta fase oral.

Teorías Psicológicas Cognoscitivas

El trastorno del pensamiento que manifiestan los pacientes depresivos es una consecuencia de una alteración básica del estado de ánimo. Sin embargo, Beck (1967) ha sugerido que existe una alteración previa en el pensar que causa precisamente el desarrollo de la alteración del estado de ánimo. Las respuestas afectivas se determinan por la forma en que un individuo estructura sus experiencias. De esta suerte, si la conceptualización de un individuo posee un contenido desagradable, dicho individuo experimentará una respuesta afectiva desagradable que corresponde a aquella. Según Beck, cada persona tiene un esquema —una norma o un marco del pensar— con el que enfoca y experimenta la vida. La naturaleza y las características específicas de este esquema determinan las respuestas propias del individuo. Por ejemplo, para Beck, las personas que desarrollan una depresión tienen esquemas relacionados con la depreciación de sí mismo; aquellos que despliegan estados de ansiedad parten de esquemas en los que entra como componente la anticipación del daño personal, etc.

Entre las formas de pensar que Beck considera características de los pacientes depresivos pueden enumerarse las siguientes: la subestimación del sí mismo, las ideas de pérdida, la autocrítica y la autoinculpación, las ideas exageradas del deber ser y responsabilidad, los frecuentes autopreceptos y mandatos, los deseos de huida y suicidio. Subyacente a todas ellas, se encuentra una distorsión de la realidad y un prejuicio

sistemático de los pacientes contra sí mismos. Los procesos del pensamiento que Beck (1967, cit. en Morris, 2001) consideró importantes en el desarrollo de este estado cognoscitivo son:

- *Deducción arbitraria*, que es una tendencia a sacar conclusiones (por lo común de carácter denigratorio de la persona misma) de una situación que de por sí es neutral o impersonal.
- *Abstracción parcial*, esto es, un concentrarse sobre un aspecto de la situación tomado fuera de su contexto y llevado hasta la exageración.
- *Generalización excesiva*. Implica una conclusión de carácter general fundada en una experiencia o accidente concreto, con frecuencia de escasa importancia.
- *Magnificación y minimización* que deben considerarse como evoluciones distorsionadas o exageradas de una situación o de una experiencia. En este caso, una persona exagera sus dificultades y limitaciones, y minimiza sus logros y su capacidad.

Sin embargo, para que sea válida la hipótesis expuesta por Beck (1967; cit. en Morris, 2001) sobre la primacía del pensar desordenado, es necesario demostrar que los procesos del pensamiento en los pacientes depresivos son en efecto diversos de los propios de sujetos normales o de otros grupos de pacientes mentales. Será también preciso demostrar que la alteración cognoscitiva es antecedente y no consecuente en el desarrollo de una alteración afectiva (Mendels, 1972).

Teoría Fisiológica

A continuación se presentan algunas de las principales teorías fisiológicas que han tratado de ofrecer un panorama más completo de los diferentes enfoques de la depresión.

Las *teorías bioquímicas* favorecen el enfoque de la depresión como una emoción fundamental en la cual los factores psicológicos y fisiológicos están correlacionados. La concepción bioquímica contemporánea de la depresión derivó de observaciones clínicas causales que más tarde fueron corroboradas por investigaciones realizadas en animales. A comienzos de la década de 1950, se notó que algunos pacientes hipertensos tratados con reserpina sufrían episodios depresivos. Se demostró que la reserpina disminuye la norepinefrina (NE) y la serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT) del cerebro. Al mismo tiempo, en el curso de otro estudio se observó que ciertos pacientes tuberculosos tratados con isoniazida experimentaron inesperadas mejoras en su estado de ánimo. Se demostró

que la isoniazida impide la destrucción de NE y 5-HT inhibiendo el efecto de la monoaminooxidasa (MAO), enzima que metaboliza dichas aminas. (Arieti, 1993).

Con posterioridad Hertting (1973; cit. en Arieti, op. cit.) demostró que los efectos favorables de los antidepresivos tricíclicos, como por ejemplo la imipramina, derivan de un bloqueo de la recaptación de NE en las terminaciones nerviosas. A la inversa, se considero que el litio, droga que sirve para disminuir los estados maniacos, estimula la recaptación de NE en las vesículas sinápticas.

Sobre la base de las mencionadas observaciones clínicas, se determinó que estos dos compuestos, la NE y la 5HT, están específicamente vinculados con la depresión. Se cree que estas aminas son neurotransmisoras, es decir, que conducen la excitación de una neurona a otra. Se ha sugerido que el exceso de una o ambas aminas lleva a los estados maniacos, y su disminución, provoca la depresión.

Otra prueba que apoya la hipótesis de la disminución de la serotonina fue el hallazgo de concentraciones por debajo de lo normal de ácido 5-HIA, un derivado de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo de pacientes depresivos y en el tejido cerebral de individuos que cometieron suicidio (Bunney, 1972; cit. en Arieti, op. cit.).

La otra hipótesis bioquímica se relaciona con la concentración de la catecolamina NE y de su precursora, la dopamina (DA), en el cerebro. La teoría postula que la disminución de NE produce depresión; la normalización de los niveles de NE en el cerebro (lograda mediante antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la MAO) alivia la depresión, y el exceso de NE causa estados maniacos. Las diferentes revisiones de los trabajos experimentales (Akiskal y McKinney, 1975; Baldessarini, 1975; Goodwin y Bunney, 1973; cit. en Arieti, op. cit.) concuerdan que las aminas antes mencionadas, intervienen de algún modo en los desordenes afectivos, pero el conocimiento de los fenómenos bioquímicos del cerebro es todavía insuficiente para extraer conclusiones definitivas.

Aunque el más importante y fructífero de los enfoques biológicos de la depresión está centrado en las aminas, se han investigado además otros sistemas biológicos. Por largo tiempo se tuvo la impresión de que los cambios endócrinos estaban asociados con los desórdenes afectivos, puesto que ciertas endocrinopatologías suelen acompañarse de depresión o excitación.

El otro sistema endócrino vinculado con la depresión es el eje hipófiso-tiroideo. Prange y cols. (1969; cit. en Arieti, op.cit.) observaron que la 1-triiodotironina estimula el efecto de la imipramina en las mujeres depresivas. Prange utilizó sustancias ligadas con

la glándula tiroides, él se inclina por la denominada "hipótesis permisiva" de las aminas, que postula una deficiencia inicial de serotonina, en virtud de la cual el individuo está predispuesto a la depresión cuando los niveles de NE están bajos, y a la manía cuando los niveles están elevados. En consecuencia, el sistema endocrino no parece ser una área de investigación promisorio para los desórdenes afectivos.

DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

"Depresión", es una palabra ampliamente utilizada en nuestro lenguaje bajo diferentes significados. De acuerdo a la corriente teórica que la explique, la depresión tiene diversos conceptos.

Para la *psicobiología*, la depresión es la manifestación del comportamiento a partir de un sistema nervioso central genéticamente vulnerable con relación a la modificación de neurotransmisores (carencia de aminas biogénicas).

Para la escuela *conductista* es una serie de respuestas de comportamiento mal adaptado desencadenadas por un estímulo adverso, o bien, por un reforzamiento positivo insuficiente.

Para los *sociólogos*, es el resultado de una estructura que impide al individuo desempeñar determinados roles (Axelrod, 1987, 1990).

En el campo de la psiquiatría, Hill (cit. en Nagore, 2000) menciona que la depresión se caracteriza por una vulnerabilidad excesiva ante circunstancias adversas y la visualiza como un tono afectivo de tristeza que va desde un abatimiento ligero hasta una desesperación en grado extremo. La persona deprimida se desprecia a sí misma, experimenta una sensación de falta de ánimo, es desconfiada, se siente melancólica.

Desde una perspectiva *psicodinámica*, Kolb (cit. en Nagore, op. cit.) supone que la depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales; tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad dirigida a personas que son el objeto de una devoción forzada o hacia personas de quien depende la propia seguridad. Los impulsos hostiles que se dirigen contra otra persona llegan a volcarse contra el propio yo del individuo.

En el marco de la teoría *psicoanalítica*, se considera a la depresión como la hostilidad internalizada ante la pérdida de un objeto amado ambivalentemente, o bien, una reacción a la separación de un objeto significativo de dependencia (Axelrod, op. cit.).

En el modelo *psicosocial* se enfatiza la relación de los sucesos vitales con la depresión. Giner, Guerreiro y Chaparro (1988; cit. en Nagore, op. cit.) plantean que un

único suceso vital o, por el contrario una constelación psicosocial bien articulada pudiera no sólo motivar, predisponer o desencadenar un estado depresivo, sino intervenir modulando su tipología clínica. Desde esta perspectiva, la depresión no sería una enfermedad, sino una reacción normal, del individuo a aquellos acontecimientos vitales que le causan un dolor insoportable.

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Entre los diferentes intentos de clasificar la depresión se han hecho varios, algunos de ellos serán mencionados a continuación:

Langue (1926; cit. en Ayuso, 1981) fue el primer autor que emprendió la labor de clasificar y elaborar la obra de Kraepelin. Para él las diferencias entre los polos endógeno y exógeno se establecían a lo largo de tres referencias: reactividad, sintomatología e historia familiar

Depresión reactiva. Mendels (1972) menciona que la depresión reactiva es un término ampliamente usado para describir un estado depresivo que surge en asociación con experiencias de estrés en individuos predispuestos. El factor de dicha predisposición previa puede ser de naturaleza constitucional o psicodinámica.

Gutheil (1959; cit. en Mendels, op. cit.) define la depresión reactiva como un sentido agudo de desaliento y tristeza de intensidad y duración variables. Como el mismo nombre indica, no se trata de una enfermedad sino de una reacción, de una respuesta a situaciones de fracaso y decepción. Es una respuesta subjetiva en grado sumo; lo que deprime a uno, puede no afectar para nada a otros.

El problema de la depresión reactiva es que se relaciona de forma estrecha con el dolor, el duelo y la tristeza de la vida cotidiana. Estas experiencias son casi universales, y es la reacción del organismo ante un suceso que al individuo le resulte traumático. La persona es consciente del factor que la origina, por ejemplo, se considera normal si una persona se deprime por la muerte de un familiar, o bien, otra que se deprima ante el diagnóstico positivo de VIH. La depresión reactiva esta asociada a la dificultad de conciliar el sueño, pérdida de autoestima, ausencia de ilusiones y pérdida de peso.

Depresión endógena. El término endógeno, sugiere que la depresión proviene de cambios internos tal vez de origen metabólico, o de otros tipos de cambios fisiológicos en el paciente (para el concepto psicoanalítico lo interno constituiría la historia del paciente), en oposición a la depresión reactiva que es el resultado de una estructura psíquica del

paciente, y un evento frustrante. Se considera incluida por la constitución genotípica hereditaria y por los cambios estacionales, posiblemente puesta en marcha por algunos acontecimientos desencadenantes concretos, pero que una vez iniciado el cuadro depresivo se independiza de las circunstancias o acontecimientos desencadenantes (Miranda, 1999).

Se ha visto que esta clasificación aún cuando todavía prevalece, no es del todo útil, pues frecuentemente se ha dicho que el término "endógeno", es una forma infortunada de nombrar una enfermedad cuya etiología no se ha demostrado.

Buzzard (1930; cit. en Axelrod, 1990) utilizó los términos de depresión-neurótica y depresión-psicótica.

Depresión Psicótica. El término depresión psicótica no implica en este caso la presencia de una psicosis definida como defecto en la organización de funciones mentales, es decir, alteración en la percepción de la realidad, pero si un deterioro grave en el funcionamiento afectivo del individuo. Los individuos con serio deterioro funcional durante la enfermedad depresiva, pueden ser incluidos en esta categoría. Sin embargo, gran número de clínicos incluyen dentro de este padecimiento a los enfermos que presentan mala percepción de la realidad, es decir, ideación psicótica, incluyendo aquellos otros padecimientos, como la esquizofrenia, que tengan síntomas depresivos.

Depresión neurótica. El sujeto no pierde contacto con la realidad, pero en este tipo de depresión se manifiesta una actitud de concentración en uno mismo en tanto se pierde interés en las situaciones externas. La persona tiende a la pasividad y al abandono porque percibe la futilidad de sus esfuerzos y su incapacidad para encontrar satisfacciones. A veces el factor desencadenante puede ser una pérdida real o fantaseada (p.e., en el caso de las personas portadoras de VIH, en donde existe una pérdida real de la salud). Puede a veces estar acompañada de trastornos psicósomáticos.

Depresión involutiva. Kraepelin (1826; cit. en Ayuso, 1981) delimitó este tipo de depresión en la quinta edición de su tratado, considerándola como una entidad completamente diferente de la locura maniaco-depresiva. Se caracteriza por una depresión muy intensa, que se presenta después de los 40 años. También se conoce con el nombre de depresión del climaterio, se considera un proceso fisiológico "normal". Sin embargo, el proceso endócrino no es el único factor que lo provoca, generalmente, se encuentra asociada a ideas de inutilidad. El individuo no se resigna a una vida menos activa (no es raro encontrar este tipo de depresión en personas jubiladas). Además, en algunos casos, existe una gran decepción de no haber llegado a "la meta de los sueños".

Estos estados depresivos son respuesta a ciertas situaciones, o para rehuir a las responsabilidades dentro de su grupo familiar o social. La depresión involutiva puede llegar a parecerse a la depresión neurótica, solo que en diferentes etapas de la vida (Mendels, op. cit.)

Perris y Angst (1966; cit. en Ayuso, op. cit.) muestran los datos genéticos y evolutivos que justifican la separación entre las depresiones bipolares y unipolares. La clasificación para el trastorno del estado de ánimo (A.P.A., 1999), en específico trastornos depresivos son:

Depresión bipolar. Bipolar I y II, Ciclotímico, y depresión no específica. Este diagnóstico implica que existe en el paciente deprimido una historia de alteraciones en el afecto con periodos maníacos, hipomaniacos o mixtos.

Depresión unipolar. Se da en los pacientes que no tienen historia de alteración en el afecto, tales como: maniaco, mixto o hipomanía.

Los signos y síntomas de la manía incluyen: irritabilidad, incremento de la actividad física o psíquica, habla apresurada, sensaciones de grandiosidad, sueño escaso, en ocasiones delirio y pobreza de juicio.

Los estudios realizados demuestran que hay más pacientes con historia de depresión en los bipolares que en los unipolares.

Basados en la etiología. Su origen es externo, una fuente tóxica como fármacos, alcohol o infecciones víricas que producen la depresión. Entre los síntomas se observan alucinaciones, torpeza, letargia, cambios de humor. El sujeto puede estar adormilado, o padecer insomnio, con poco apetito y apatía ante la sexualidad (op. cit.).

Depresiones ocultas. Un gran número de pacientes, cuyo problema fundamental es la depresión, se quejan de síntomas que conducen al diagnóstico de una enfermedad física. Este problema de la depresión oculta (sustituto depresivo, depresión disfrazada, depresión equivocada y depresión latente son términos usados a veces) resulta particularmente común en pacientes cuya edad transcurre entre los diez y los veintitantos años o bien en enfermos de edad avanzada. La mayoría de los clínicos conocen pacientes crónicos que se han sometido repetidas veces a exámenes con motivo de quejas persistentes acerca de problemas tales como cefalea, dolor abdominal, o síntomas de perturbaciones gastrointestinales, dolores en la parte inferior de la espalda, cansancio crónico, etc. Repetidos y dudosos estudios de dichos pacientes no revelan base física alguna para estos síntomas. Diversos estudios han demostrado actualmente que, al menos para algunos de estos pacientes, el problema fundamental es la depresión

(Mendels, op. cit.). Aunque hay que subrayar que no todos los pacientes con achaques físicos no atribuibles aparentemente a causas orgánicas deben catalogarse de inmediato como depresivos. El número de depresiones ocultas es difícil de determinar. Es posible que muchas personas que presentan males somáticos de poca importancia sean de hecho depresivos leves.

La **Organización Mundial de la salud** publicó la sexta edición del ICD-6 (International Classification of Disease), la cual incluyó por primera vez una sección para desordenes mentales; pero fue hasta 1952 que el comité de nomenclatura y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría publicó una variante del ICD-6, que fue la primera edición del Manual de Diagnóstico y Estadística: Desórdenes Mentales DSM-I (A. P. A., 1952).

Para el desarrollo del DSM-IV (A. P. A., op. cit.) se consideraron las múltiples investigaciones sobre los diagnósticos que fueron generados en las investigaciones anteriores.

La depresión se clasifica como trastorno del estado de ánimo sólo cuando es severa, prolongada y cuando excede la reacción ordinaria ante un acontecimiento estresante (APA, 1994; cit. en Morris, 2001).

El DSM – IV distingue dos tipos de depresión:

A) El trastorno depresivo mayor.- es un episodio de intensa tristeza que puede durar varios meses, está asociado a una mortalidad alta, los que presentan este trastorno tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal. El trastorno depresivo mayor puede empezar en cualquier edad, pero la edad promedio es a los 35 años.

B) La distimia.- es una tristeza menos intensa (y síntomas conexos), pero persiste con poco alivio durante dos años o más. La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día. La distimia puede presentarse en una edad temprana antes de los 21 años (estos sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores), o bien tener un inicio tardío a los 21 años o con posterioridad. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima, escasa habilidad social y son pesimistas. En los adultos, las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar este trastorno.

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

En conformidad con el modelo biopsicosocial, la mayoría de los psicólogos piensan que los trastornos del estado de ánimo, a los que corresponde la depresión, provienen de una combinación de factores de riesgo (Katz y McGuffin, 1993; cit. en Morris, op. cit.).

Factores biológicos.- los factores biológicos contribuyen mucho a la depresión; la evidencia más sólida a favor de los factores genéticos de riesgo la aportan los estudios realizados con gemelos. En ciertas investigaciones se ha ligado a determinado desequilibrio químico del cerebro (como menciona la teoría fisiológica) en especial a altas y bajas concentraciones de algunos neurotransmisores. Sin embargo, no se dispone de evidencia sólida que relacione los niveles altos o bajos de neurotransmisores con un mayor riesgo genético. De hecho, los acontecimientos estresores podrían producir los desequilibrios químicos del cerebro asociados con la depresión. La biología afecta a la experiencia psicológica, pero ésta modifica a su vez al funcionamiento biológico.

Factores psicológicos.- se considera que varios factores psicológicos favorecen la depresión severa, pero en años recientes la investigación se ha centrado en la contribución de las distorsiones cognoscitivas. De acuerdo con Aarón Beck (1967, cit. en Morris, op. cit.) en la niñez y en la adolescencia algunos pasan por terribles experiencias como la pérdida de uno de sus padres, graves problemas para obtener la aprobación de ellos, de la sociedad, o críticas humillantes. Una respuesta a tales experiencias consiste en adquirir un autoconcepto negativo, un sentido de incompetencia o minusvalía que tiene poco que ver con la realidad, pero que se mantiene por una interpretación distorsionada e ilógica de los hechos. Cuando se presenta una nueva situación que se parece a aquella en que se aprendió el autoconcepto, se activa el mismo sentido de incompetencia, de minusvalía y sobreviene la depresión.

Factores sociales.- muchos factores sociales se han ligado a la depresión, en especial con los problemas de las relaciones interpersonales. Según Freud (1917), la depresión se debe a un dolor excesivo e irracional por una pérdida real o simbólica (Morris, op. cit.). Su idea de cómo la "aflicción no resuelta" se transforma en depresión es compleja. Pero no todos los que tienen una relación difícil sufren depresión; al parecer se requiere de una predisposición genética o de una distorsión cognoscitiva para que una relación estrecha tensa u otro importante estresor ocasione depresión. Conviene hacer

una aclaración: los que presentan una tendencia genética o cognoscitiva a la depresión pueden ser más proclives a sufrir hechos estresantes en virtud de su personalidad y su comportamiento (Coiné y Whiffen, 1995; cit. en. Morris, op. cit.).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Síntomas de depresión

El cuadro clínico de la depresión puede presentar distintos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permite un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual éstas se encuentran enmascaradas, predominando los problemas en los sistemas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico como constituyentes de un cuadro depresivo (Axelrod, 1990).

Los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el pesimismo, el descontento de sí mismo, junto con la pérdida de energía, de motivación y de concentración. El grado en que estos síntomas pueden presentarse y las combinaciones de los mismos son variables hasta el infinito.

Calderón (op. cit.) y Mendels (op. cit.) dividen los síntomas en cuatro grupos:

- a) Trastornos afectivos
- b) Trastornos intelectuales
- c) Trastornos conductuales
- d) Trastornos somáticos

TRASTORNOS AFECTIVOS (Estado de ánimo).- La tristeza es la característica capital del estado de ánimo. Los pacientes se quejan de sentirse abatidos, insatisfechos, de no "ser ellos mismos". Los enfermos depresivos son incapaces de reaccionar a las cosas que normalmente dan alegría. "*No existe alegría en mi vida*" es la expresión que podemos hallar en el centro del difuso sentimiento de inutilidad, vaciedad y futilidad de un enfermo depresivo.

Muchos depresivos no son capaces de explicar el hecho de sentirse tristes; otros, en cambio, atribuyen su condición a acontecimientos específicos. Se extiende desde los problemas inmediatos de las diversas situaciones de su vida, hasta completos y desarrollados sistemas de tipo delirante.

El llanto se da con cierta frecuencia entre los depresivos de grado leve y moderado, no sólo como respuesta a experiencias específicas sino también por razones de frustraciones de menor importancia, cuando se irritan o incluso, a veces, sin motivo aparente. Los depresivos en grado agudo son incapaces de llorar.

TRASTORNO INTELECTUAL (Pensamiento).- A medida que la depresión evoluciona, los enfermos se toman gradualmente ineficientes. La pérdida de interés, disminución de energías, incapacidad de llevar a cabo cualquier tarea, dificultad de concentrarse, erosión de la motivación y de la ambición, todo se combina para menoscabar un funcionamiento eficiente. Como muchos depresivos, los primeros signos de enfermedad se dan en el área de su incapacidad creciente para salir adelante en su trabajo y en sus responsabilidades.

El depresivo se enjuicia a sí mismo dentro de una gama de pensamientos que comprende desde la insuficiencia y la ineficacia hasta la extrema culpabilidad. Dando un crédito escaso o nulo a la realidad y ofreciendo una respuesta escasa o nula a la confianza que se le muestra, al argumento o al recurso emocional, niega éxitos y habilidades pasadas. Las ideas de incompetencia pueden limitarse a uno o dos aspectos de la vida o bien pueden generalizarse.

La idea de culpabilidad puede centrarse en hechos reales, que los distorsionan o exageran hasta el punto de que ya no son capaces de distinguir entre la realidad y la fantasía. En muchos casos, pacientes depresivos en grado agudo se lamentan de cosas que nada tienen que ver con ellos. Se juzgan a sí mismos responsables de los problemas de otros.

TRASTORNO CONDUCTUAL

Conducta y aspecto.- Con frecuencia, el aspecto de las personas delata a éstas como depresivas. Su rostro triste, insatisfecho, la actitud decaída y la postura inclinada son claros indicios de este estado. Aunque puede ser que algunos depresivos esconden su desesperación detrás de un rostro afable e incluso sonriente, aunque esta posibilidad no es corriente. A medida que la depresión se hace más profunda, tiene lugar una pérdida progresiva del interés por el aspecto y el cuidado de la persona (aspecto y vestido).

El retardo psicomotor.- Implica una inhibición aparente y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales, así como una disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos. Cuando se mueve una persona depresiva parece lenta y cauta, como si estuviera realizando un tremendo esfuerzo. Se reduce el discurso espontáneo. Apenas si intenta iniciar una conversación o comprometerse en una discusión. Son raras las respuestas a preguntas concretas. En casos muy agudos, el retraso se evidencia de un modo tal que el paciente parece mudo o pasmado.

Como contraste, un paciente puede manifestar un estado de agitación (en vez del estado retardado) y mostrar una inquietud extrema, tanto física como psicológica.

Conducta suicida.- El suicidio se ha convertido en una causa de muerte que ha ido creciendo en importancia en todo el mundo. Entre los 15 y los 44 años llega a ser la cuarta causa de muerte más común. Además se acepta que generalmente las cifras registradas referente a los suicidios o intentos suicidas, como extrañas más de lo que sucede en realidad.

Aunque muchos son los factores que contribuyen al desarrollo de pensamientos o intentos suicidas, es evidente que la depresión desempeña una función central en este problema. Las ideas de culpabilidad y desesperación presentes en el depresivo pueden conducirlo a creer que merece la muerte (autocastigo).

Se ha encontrado que las mujeres son más proclives a los intentos suicidas que los hombres (igualmente la depresión es más común entre las mujeres que en los hombres); no obstante, es mayor el porcentaje de los hombres que morirán a causa de dichos intentos de suicidio, es decir, las amenazas y los intentos de suicidio son más efectivos en los hombres que en las mujeres.

TRASTORNOS SOMÁTICOS.- Se ha comprobado que los síntomas somáticos tienden a agruparse, asociándose varios de ellos en un mismo paciente, entre estos síntomas pueden agruparse los siguientes:

Pérdida del apetito y del peso. Muchos pacientes deprimidos muestran una acentuada pérdida del apetito, sobre todo a medida que la enfermedad progresa. No tienen ganas de comer y cuando lo hacen, la comida les parece insípida. La pérdida del apetito puede ser realmente aguda en algunos depresivos (anorexia). La pérdida de peso es frecuente y en ciertos casos, puede alcanzar los 15 ó 20 kilogramos en un período relativamente corto.

Estreñimiento. Esto suele ocurrir con frecuencia en la depresión. Puede alcanzar grados realmente agudos en los que el paciente no tendrá evacuaciones por espacio de diez días o más.

Perturbaciones del sueño. Son éstas un problema generalizado y pueden ser tan intensas como diferentes. Los pacientes depresivos se quejan de la dificultad para dormirse, frecuente desasosiego, desesperación durante la noche o a horas tempranas de la madrugada, imposibilidad de volver a conciliar el sueño, y/o tener pesadillas. Experimentan con frecuencia falta de descanso al despertar por la mañana; sienten como

si el dormir no les hubiera aprovechado o como si el sueño hubiera sido muy ligero. Otros duermen en demasía cuando se hallan deprimidos. Como acontece con los pacientes deprimidos que comen excesivamente, la tendencia a dormir más, ocurre ordinariamente en los casos de depresión ligera.

Dolores y males. Este tipo de pacientes se quejan de síntomas físicos que afectan a todos los sistemas de su organismo: sequedad de boca, dolores y males, cefaleas, neuralgias, sensación de presión en el pecho, dificultad para engullir. Suele ocurrir que una de estas quejas sean un síntoma dominante.

Cefalea. Es uno de los síntomas que con mayor frecuencia se presenta, ante la influencia de diversos factores psicológicos; existen varios tipos de cefaleas, entre las que destacan la migraña y la tensional. La primera esta ligada a situaciones frustrantes o de estrés, y con frecuencia acompañada de vómito y náuseas. La cefalea tensional es uno de los síntomas somáticos claves de la depresión, se debe a la contracción de los músculos del cuello, su localización preferentemente es la región suboccipital (descrita por el paciente como dolor de cerebro), y en ocasiones "en banda" en torno a la circunferencia craneal, su intensidad es variable y puede durar desde unas horas hasta varios días.

Alteraciones menstruales. Las mujeres depresivas manifiestan con frecuencia cambios en su ciclo menstrual. El problema más frecuente es la prolongación del ciclo usual con un flujo más ligero. En algunos casos, la menstruación puede cesar durante un periodo de varios meses. La dismenorrea se presenta con problemas tales como isquemia del endometrio, vasoconstricción, fragilidad de los tejidos, en tales casos influyen factores psicológicos que abaten el umbral del dolor, haciendo sensibles las constricciones uterinas que no son advertidas por otras mujeres. También suele producirse amenorrea originada por la represión del ciclo ovárico, como respuesta a situaciones tensionantes como el temor al embarazo, pérdida de un objeto amado, miedo; en todos estos casos se presenta en forma concurrente como síntoma depresivo. La tensión premenstrual se caracteriza por síntomas físicos, edema de diferentes tejidos, congestión de las mamas, y síntomas psíquicos que se manifiestan como irritabilidad, impaciencia, ansiedad, fatiga y depresión. En la mujer que presenta un síndrome depresivo de cualquier tipo, estos días suelen ser más molestos.

Menopausia. Este es uno de los factores que con frecuencia ocasiona depresión en la mujer, ya que erróneamente se le ha interpretado como el término de la vida sexual y el principio de la vejez. Haciendo una revisión de los síntomas que tradicionalmente integran

el síndrome menopáusico, se pueden identificar un gran número de los que corresponden al cuadro depresivo.

Pérdida de la libido. Es el síntoma que con mayor frecuencia se presenta en el enfermo deprimido. Abarca desde la disminución del interés espontáneo de la actividad sexual y de la satisfacción obtenida, hasta una marcada obsesión por el sexo.

Rasgos de Ansiedad. Aunque sea la tristeza la perturbación central del estado de ánimo, muchos pacientes depresivos ofrecen también rasgos de ansiedad y otros estados neuróticos. Pueden quejarse de tensión, indecisión, temores vagos e inespecíficos y multitud de preocupaciones. Pueden sufrir el temblor y los accesos de sudoración comúnmente asociados a los estados de ansiedad.

Los síntomas fluctúan considerablemente según el tiempo y las circunstancias. El estado de ánimo y los rasgos asociados se relacionan íntimamente con el ambiente. Gulliespie (cit. en Mendels, op. cit.) llamó a éste fenómeno reactividad o capacidad de reaccionar: el grado de depresión se halla en proporción directa con las frustraciones e indirectamente con las recompensas del ambiente inmediato.

El otro extremo lo constituye la depresión autónoma, en la cual el estado de ánimo es fijo. Donde quiera que se halle, pase lo que pase la depresión del paciente permanece constante.

A veces, los pacientes depresivos fluctúan en forma de variaciones nocturnas, esto es, se sienten peor y sus síntomas son más pronunciados a determinado tiempo del día, por lo general en las primeras horas de la mañana.

En cuanto a la evaluación de la depresión, existe una amplia gama de medidas. Los instrumentos de evaluación surgen del trabajo clínico y se basan sobre criterios muy similares. Shaver y Brenman (1991; cit. en Villagrán, op. cit.) consideran los siguientes inventarios como los más importantes para evaluar la depresión:

El inventario de depresión de Beck (BDI), es la medida de depresión basada en el autoreporte y ha llegado a ser el estándar mediante el cual se evalúa la validez de otras escalas, pues tiene una excelente validez de constructo. El creador de la escala Aaron Beck, ha hecho importantes contribuciones a la teoría de la depresión. Aunque sus ítems fueron diseñados para medir la intensidad de los síntomas depresivos, la escala es usada principalmente como una herramienta de tamizaje, por ejemplo, para determinar la presencia o ausencia de la depresión.

La Escala de Auto-clasificación de la Depresión (SDS) de Zurg (1965) y la escala de Clasificación (CRS) de Carrol, Fringer, Smuse, Rawson y Greden (1981; cit. en Villagrán,

op. cit.) son también ampliamente utilizadas y miden la depresión a través del autoreporte, fácilmente autoadministradas; incluyen ítems para evaluar la severidad de los síntomas de la depresión, en los ámbitos fisiológicos, psicomotores y afectivos. Cabe mencionar que los tres instrumentos: BDI, SDS, y CRS son apropiados para medir tamizaje clínico.

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

Desde que conoce que es portador del VIH hasta cuando recibe el diagnóstico de SIDA, la persona infectada manifiesta una gran variedad de reacciones emocionales (ira, desesperación, angustia, ansiedad, depresión, negación, culpa) las cuales dependen de las condiciones individuales de cada persona, de la etapa de la infección por la que atraviese, de los cuidados médicos y del apoyo psicológico que reciba.

Los rasgos más prominentes que aparecen en el paciente con VIH/SIDA es una fuerte incertidumbre sobre el curso y tratamiento, lo cual lleva a muchos pacientes a sentir enojo y resentimiento; hay también la tendencia a buscar una explicación, los pacientes luchan con temores de incapacidad, pérdida de control, tristeza, depresión, aislamiento social. Aun cuando los enfermos terminales tienen un temor del abandono social, los individuos infectados con el virus del VIH/SIDA confrontan esta realidad de manera más profunda e inmediata.

Joseph R. Calabrese (1987, cit. en Kelerstein, 1991) afirma que existe una clara evidencia de que la depresión, puede comprometer los componentes del aparato inmunológico. Y dado que el SIDA es producido principalmente por una deficiencia del sistema inmunológico, la descompensación emocional del individuo puede resultar en la aparición y la aceleración de los síntomas somáticos que producen una influencia negativa para la salud.

Para el individuo cualquier enfermedad tiene repercusiones físicas y psicológicas, sin embargo para quienes están infectados por el VIH o enfermos de SIDA, estas repercusiones son mayores debido a que el VIH/SIDA es una amenaza física y mental que va más allá de lo individual, pues afecta la salud mental de los que rodean al enfermo: la familia, los amigos o los conocidos, produciendo tanto en el individuo como en

el grupo depresión, angustia, temor; estados que pueden llegar a limitar el desenvolvimiento cotidiano tanto del paciente como de los que lo rodean y afectar su calidad de vida.

Muchos pacientes ven como sus amigos y familiares se alejan de ellos al momento de ser informados de su padecimiento. La relación al principio establecida entre homosexualidad y SIDA, da como resultado que varios pacientes omitan el informar a sus parientes y amigos el diagnóstico, lo que crea más soledad y aislamiento. El estigma ligado al SIDA afecta a todos los pacientes, sean homosexuales, heterosexuales, mujeres o niños (Kelerstein, op. cit.).

Como se puede observar, el paciente infectado por el virus del SIDA se enfrenta a una gran diversidad de circunstancias en las que, su integridad como persona, sus sentimientos, su imagen social y corporal, así como su capacidad para manejar los distintos cambios que su condición le imponen.

En una investigación realizada por Kalichman y cols (1995, cit en Villagrán, op. cit.) encontraron que, dentro de su muestra, las personas con infección por VIH, que obtuvieron puntajes por arriba del punto de corte del inventario de Beck reportaron significativamente más síntomas de VIH que la gente no deprimida. En este estudio se encontró que el 82% de los VIH positivos tuvieron fatiga persistente y el 57% reportaron sudores nocturnos, en comparación con un 47% y un 15% de la gente no deprimida respectivamente, por otro lado se encontró que las perturbaciones del sueño y la pérdida del apetito son los síntomas comunes de la depresión entre la gente con SIDA.

En otro estudio, Seff (1992) examinó la relación existente entre una lesión provocada en el trabajo con el autoconcepto y nivel de depresión. Encontró que el autoconcepto se correlaciona de manera negativa con la depresión, en tanto que la limitación que genera una lesión y el dolor que este puede provocar se relaciona positivamente con la depresión; sin embargo, se encontró que aquellos participantes con los índices más altos en autoconcepto manejaban de mejor manera su situación ante la lesión física causada por un accidente de trabajo; por lo tanto, estos hallazgos apoyaron la expectativa del autor de que a mayor autoconcepto mejor manejo de la situación ante una lesión física y menor nivel de depresión.

Por otra parte, Pomeroy (2000) realizó un estudio con presos de reciente ingreso a un penal. El autor menciona que los tres primeros meses en prisión son el período con mayores índices de depresión y ansiedad, que suelen llevar a los presos a actos suicidas.

La autora encontró que estos niveles de depresión y ansiedad disminuían si los presos participaban en grupo donde recibían educación. En este caso, la autora proporcionó información preventiva sobre VIH/SIDA (intervenciones psicoeducacionales), apoyada por terapia, encontrando que la intervención psicoeducacional tuvo efectos significativos al reducir las emociones negativas en los presos, a su vez que aumentó su conocimiento en relación al VIH/SIDA. Ella menciona que sus resultados son consistentes con otros estudios dirigidos por autores que utilizan intervenciones psicoeducacionales con otras poblaciones infectadas o de alto riesgo para VIH/SIDA.

II. METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre el Autoconcepto y la Sintomatología Depresiva en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) con diferente seroestatus al VIH/SIDA?

OBJETIVO GENERAL

Conocer la relación entre Autoconcepto y Sintomatología Depresiva por seroestatus al VIH/SIDA en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH).

OBJETIVOS

1. Obtener la validez y confiabilidad de la Escala de Autoconcepto para la muestra de HSH con diferentes seroestatus.
2. Obtener la validez y confiabilidad de la Escala de Sintomatología Depresiva para la muestra de HSH con diferentes seroestatus.
3. Describir y comparar (por seroestatus al VIH/SIDA) a la muestra, en cuanto a sus variables sociodemográficas (edad, escolaridad, ocupación).
4. Describir y comparar el Autoconcepto en HSH con diferente seroestatus al VIH/SIDA.
5. Describir y comparar la Sintomatología Depresiva en HSH con diferente seroestatus al VIH/SIDA.
6. Analizar la relación entre Autoconcepto y Sintomatología Depresiva en los diferentes seroestatus en HSH.

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

H₁ Existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes seroestatus de los HSH en relación a las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, ocupación).

H₂ Existen diferencias estadísticamente significativas en relación al Autoconcepto en los diferentes seroestatus de los HSH.

H₃ Existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la Sintomatología Depresiva en los diferentes seroestatus de los HSH.

H₄ Existen diferencias estadísticamente significativas en los HSH con distintos seroestatus al correlacionar Autoconcepto y Sintomatología Depresiva.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

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

Escolaridad. Variable atributiva. Nivel o grado de estudios alcanzados; es una variable que se midió de acuerdo al último grado de estudios que curso cada entrevistado: en dicha variable se establecieron seis niveles: primaria, secundaria, preparatoria, profesional, especialidad, o posgrado.

Ocupación. Variable atributiva. Se refiere al trabajo, oficio o la actividad (remunerada o no) en la que emplean su tiempo; para el análisis de esta variable fue necesario categorizarlas en nueve grupos (mencionadas en la descripción de la muestra).

VARIABLE INDEPENDIENTE

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

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

- a) **Seronegativos al VIH/SIDA.** No portadores del VIH
- b) **Asintomático (As):** con un CD-4 > 500 y con una categoría clínica CDC "A1"
- c) **Complejo Relacionado con el VIH/SIDA (CRS);** con un CD-4 200 – 499 y con una categoría clínica CDC "B2".
- d) **SIDA,** con un CD4 <200 y con una categoría clínica CDC "C3".

VARIABLES DEPENDIENTES

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

El Autoconcepto estuvo definido por las respuestas al cuestionario acerca de la percepción que una persona tiene de sí misma, la medición de este atributo se llevó a cabo mediante la Escala de Autoconcepto de La Rosa (1986) validada y confiabilizada para la población mexicana, es una escala intervalar bipolar, con siete opciones de respuesta.

La escala original contiene 9 dimensiones (sociabilidad afiliativa, estados de ánimo, sociabilidad expresiva, sentimientos interindividuales, ocupacional, salud emocional, ética, iniciativa y accesibilidad).

Sintomatología Depresiva. Estado emocional en el cual se evidencia una baja de energía, a consecuencia de eventos estresantes (Barrientos, 1992).

La Sintomatología Depresiva está definida por las respuestas a la Escala de Depresión CES-D, desarrollada en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos y que ha sido validada y confiabilizada para la población mexicana (Salgado y Maldonado, 1994).

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

MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es descriptivo y correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 1998) debido a que se mide el Autoconcepto y la Sintomatología Depresiva, además de que se explica la relación entre sí para cada seroestatus.

Por el lugar en donde se llevó a cabo la investigación (escenarios naturales), es un estudio de campo (Kerlinger, 1992).

TIPO DE DISEÑO

Se trata de un diseño cuasi experimental, debido que al medir las variables de Autoconcepto y Sintomatología Depresiva en diferentes grupos (en función del seroestatus), se manipuló la variable independiente. Como sucede en los estudios de tipo cuasi experimental, los sujetos que participaron no se asignaron de forma aleatoria, pues ya pertenecían a un seroestatus determinado.

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

SUJETOS

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

ESCENARIO

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

INSTRUMENTOS

Se utilizaron las siguientes escalas de medición:

Cuestionario de datos sociodemográficos y encuesta de selección (Anexo).

Aplicada para obtener información sobre: edad, escolaridad, ocupación y los criterios de inclusión al estudio.

Escala de Autoconcepto (Anexo). Se utilizó la escala de Autoconcepto (La Rosa, 1986), quien llevó a cabo una investigación que tuvo como objetivo construir y validar una escala multidimensional, para medir Autoconcepto. Un aspecto importante de dicho estudio es que sus instrumentos fue desarrollado en y para la cultura mexicana, respetando el énfasis que hace Díaz Guerreño, respecto a la importancia de la cultura en la evaluación de la personalidad.

La escala original contiene 9 dimensiones (sociabilidad afiliativa, estados de ánimo, sociabilidad expresiva, sentimientos interindividuales, ocupacional, salud emocional, ética, iniciativa y accesibilidad). Dicho instrumento se mide en un diferencial semántico, con adjetivos únicos y sus antónimos, los cuales explican el 48.9% de la varianza total y una confiabilidad (alpha de Cronbach) de la escala total de .94.

Escala de Sintomatología Depresiva (Anexo). Se empleo la escala de Radloff (1977) denominada "CES-D" (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos). Se tratan de una encuesta de 20 reactivos que corresponden a 4 dimensiones (afecto negativo, afecto positivo, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización); que refleja la frecuencia de ocurrencia de síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación- La CES-D representa los principales componentes de la sintomatología depresiva, identificados por estudios de análisis factorial y la literatura clínica, entre ellos el afecto deprimido, sentimientos de culpabilidad, desesperanza y desamparo, trastornos del sueño, retardo psicomotor y pérdida del apetito.

La CES-D ha mostrado ser útil y adecuada para medir la sintomatología depresiva en la población mexicana. La consistencia interna ha sido satisfactoria, con coeficientes alpha de Cronbach desde .79 a .90 (González-Forteza, 1992; Mariño, Median-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993; González-Forteza, 1996; cit en Benjet, 1999).

Salgado y Maldonado (1994) también evaluaron la validez del instrumento en la población mexicanas, encontrando correlaciones significativas.

El instrumento emplea la escala de Likert, destacando cuatro opciones de respuesta.

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizaron los siguientes análisis:

Para las variables sociodemográficas se aplicó un análisis de frecuencias y medidas de tendencia central. Además de aplicar un análisis de varianza de una vía (Scheffé) para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes seroestatus con relación a la edad de los participantes.

Para las Escalas Autoconcepto y Sintomatología Depresiva se utilizaron análisis psicométricos:

-frecuencias;

-la prueba pruebas " t" (Student) para la discriminación de los reactivos;

-cálculo de los índices de consistencia interna de las escalas, a través del alpha de Cronbach.

-análisis de varianza de una vía (Oneway) para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas, y posteriormente una prueba Post Hoc (Scheffé) al comparar el Autoconcepto y la Sintomatología Depresiva en los diferentes seroestatus a los que pertenecen los HSH de la muestra.

Al correlacionar Autoconcepto y Sintomatología Depresiva en los distintos seroestatus se empleo la prueba de correlación de Pearson.

III. RESULTADOS

RESULTADOS

RESULTADOS

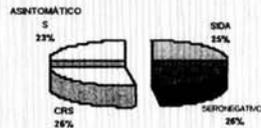
Descripción de la muestra

La muestra estuvo construida por 100 HSH, 59% homosexuales y 41% bisexuales (Gráfica 1), de los cuales 26 son seronegativos, 22 seropositivos asintomáticos, 27 seropositivos con CRS y 25 seropositivos en condiciones de SIDA (Gráfica 2).

GRÁFICA 1
Tipo de Relaciones Sexuales
(Orientación Sexual)



GRÁFICA 2
Estatus de Seropositividad



El promedio de **Edad** de la muestra fue de 32 años, con un rango de edad de 19 a 56 años. Dado que se trató de un muestreo por subgrupos, la Tabla 4 muestra los rangos edad para cada subgrupo, así como las medias correspondientes.

Se realizó un análisis de varianza de una vía (Scheffé) para determinar si existen diferencias entre los grupos por edad, indicando que sí existen diferencias estadísticamente significativas ($F_{2,98}=4.436$ y $p=.006$), entre los grupos de Seronegativos como el grupo más joven y el grupo de Asintomáticos, los de mayor edad.

TABLA 4
PROMEDIO Y RANGO DE EDAD POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

EDAD	SEROESTATUS AL VIH/SIDA			
	SN (n=26)	AS (n=22)	CRS (n=27)	SIDA (n=25)
\bar{X}	=28.65	=35.74	=32.38	=32.88
RANGO	19 - 48	26 - 56	20 - 50	19 - 43

SN= Seronegativo, AS= Seropositivo Asintomático, CRS= Seropositivo con Complejo Relacionado al Sida,
SIDA= Seropositivo con SIDA

En relación a la **Escolaridad**, la mayoría de los casos (83%) tiene una escolaridad entre preparatoria y especialidad. En la Tabla 5 se observa que los grupos con mayor grado de estudios (mayores porcentajes en nivel profesional y especialidad) fueron los grupos de Seronegativos y Asintomáticos, en tanto que los grupos de CRS y SIDA se

concentraron la mayor cantidad de sujetos con baja escolaridad (referida a primaria y secundaria).

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN DE LA ESCOLARIDAD POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

ESCOLARIDAD	SEROESTATUS AL VIH/SIDA							
	SN (n=26)		AS (n=22)		CRS (n=27)		SIDA (n=25)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Primaria					2	7.7	1	4.2
Secundaria					4	15.4	2	8.3
Preparatoria	6	24	4	17.4	8	30.8	10	41.7
Profesional	16	64	7	30.4	10	38.5	6	25
Especialidad	2	8	8	34.8	1	3.8	3	12.5
Posgrado	1	4	3	13	1	3.8	2	8.3
Otros			1	4.3				

SN= Seronegativo, AS= Seropositivo Asintomático, CRS= Seropositivo con Complejo Relacionado al Sida,

SIDA= Seropositivo con SIDA

En cuanto a la **Ocupación**, la Tabla 6 demuestra que más de la mitad de la muestra está conformada por empleados (31%) y profesionistas (25%), dichas categorías se encontró constante en los cuatro Seroestatus; sin embargo, el porcentaje de profesionistas disminuye conforme avanza la enfermedad. En el grupo de Seronegativos se acentúa la presencia de estudiantes, en los asintomáticos predominan los empleados, en tanto que en el de CRS y SIDA se encontraron más casos de pensionados.

TABLA 6
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

OCUPACIÓN	SEROESTATUS AL VIH/SIDA							
	SN (n=26)		AS (n=22)		CRS (n=27)		SIDA (n=25)	
	n	%	n	%	n	n%	n	%
Obrero					2	7.7	1	4.2
Empleado	5	21.7	11	47.8	8	30.8	6	25
Comerciante	3	13	1	4.3	2	7.7	1	4.2
Ventas	1	4.3			1	3.8	4	16.7
Profesionista	7	30.4	7	30.4	6	23.1	4	16.7
Investigador			1	4.3			1	4.2
Pensionado			1	4.3	6	23.1	5	20.8
Estudiante	7	30.4	1	4.3	1	3.8		
No tiene			1	4.3			2	8.3

SN= Seronegativo, AS= Seropositivo Asintomático, CRS= Seropositivo con Complejo Relacionado al Sida,

SIDA= Seropositivo con SIDA

ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LOS INSTRUMENTOS

Escala de AUTOCONCEPTO

Se aplicó una prueba t de Student para grupos independientes, comparando los cuartiles altos con los bajos. Los datos indican diferencias significativas en 20 de los 30, por lo que se eliminaron 10 reactivos de la escala.

Validez de constructo. Las correlaciones entre los reactivos que se obtuvieron fueron bajas, en casi todos los casos por debajo del .5, por lo que posteriormente se aplicó un Análisis Factorial de Componentes Principales, Rotación Varimax, para determinar las dimensiones.

Como resultado del análisis se encontraron 4 factores que explican el 68.23% de la varianza, todos con valores propios >1 ; los reactivos elegidos obtuvieron pesos factoriales mayores a .56.

Los factores encontrados fueron sometidos a un Análisis de Consistencia Interna (Alpha de Cronbach), el cual indicó una confiabilidad de .80 (Tabla 7)

Los 4 factores obtenidos quedaron constituidos de la siguiente manera:

FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional ($alpha = .88$), constituido por 7 reactivos que hacen referencia a los afectos del individuo ante los demás, así como a los factores que definen la personalidad en el ambiente laboral / profesional.

FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva ($alpha = .86$), conformado por 5 reactivos que se refieren a las características que permiten expresar o reservar sentimiento o ideas.

FACTOR 3: Salud Emocional y Ética ($alpha = .81$), conformado por 5 reactivos; se caracteriza por la forma en que los individuos perciben su estado interno ante la solución de problemas del medio ambiente; se representa a través de emociones positivas o negativas para la salud; además de hacer referencia a los valores positivos y negativos que son adquiridos culturalmente, mediante la socialización.

FACTOR 4: Estados de Ánimo ($alpha = .91$), conformado por 3 reactivos; indica los estados emocionales que se presentan dependiendo de la situación que se vive en un momento determinado.

TABLA 7

ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO					
Varianza Explicada Total: 68.23%					
FACTORES					
FACTOR 1:				Peso	
Sentimientos Interindividuales y Ocupacional	$Alpha = .88$	$\bar{X} = 2.01$	$DS = .90$	rango = 1-7	Factorial
Odioso - Amoroso					.89
Frío - Cariñoso					.88
Seco - Afectuoso					.80
Insensible - Sentimental					.78
Indiferente - Romántico					.77
Ineficiente - Eficiente					.58
Irresponsable - Responsable					.57
FACTOR 2:				Peso	
Sociabilidad Expresiva	$Alpha = .86$	$\bar{X} = 3.95$	$DS = 1.4$	rango = 1-7	Factorial
Callado - Comunicativo					.85
Tímido - Desenvuelto					.79
Inhibido - Desinhibido					.75
Reservado - Expresivo					.72
Introverso - Extroverso					.70
FACTOR 3:				Peso	
Salud Emocional y Ética	$Alpha = .81$	$\bar{X} = 4.12$	$DS = 1.3$	rango = 1-7	Factorial
Agresivo - Pacífico					.81
Impulsivo - Reflexivo					.76
Mentiroso - Sincero					.71
Ansioso - Sereno					.70
Temperamental - Calmado					.69
FACTOR 4:				Peso	
Estados de Ánimo	$Alpha = .91$	$\bar{X} = 4.47$	$DS = 1.6$	rango = 1-7	Factorial
Deprimido - Contento					.84
Melancólico - Alegre					.79
Amargado - Jovial					.74

Escala de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

Se aplicó una prueba t de Student para grupos independientes, comparando los cuartiles altos con los bajos. Los datos indican diferencias significativas en 19 de los 20 reactivos, por lo que se eliminó uno de los reactivos del instrumento debido a que su probabilidad fue mayor de .05.

Validez de constructo. Se aplicó un Análisis Factorial de Componentes Principales, Rotación Varimax, para determinar las dimensiones, debido a que las correlaciones entre los reactivos fueron medianas y bajas. Como resultado del análisis se encontraron 3 factores que explican el 63.50% de la varianza total, todos con valores propios $>.47$.

Los factores encontrados fueron sometidos a un Análisis de Consistencia Interna (Alpha de Cronbach), el cual indicó una confiabilidad de .72 (Tabla 8)

Los 3 factores obtenidos quedaron constituidos de la siguiente manera:

FACTOR 1: Actividad retardada y somatización ($alpha = .93$), constituido por 11 reactivos que hacen referencia a la presencia de sintomatología depresiva.

FACTOR 2: Afecto Negativo ($alpha = .87$), conformado por cinco reactivos que refieren estados de ánimo depresivos.

FACTOR 3: Aislamiento ($alpha = .60$), en el cual se incluyen tres reactivos que hacen alusión a las relaciones interpersonales problemáticas.

Los reactivos correspondientes a cada factor se exponen en la tabla 8.

TABLA 8

ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	
Varianza Explicada Total: 63.50%	
FACTORES	
FACTOR 1:	
Actividad retardada y somatización	$\alpha = .93$ $\bar{X} = 1.90$ DS= .76 rango= 1-4 Peso Factorial
Mi sueño era inquieto	.81
Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	.79
Pasé ratos llorando	.75
Me molestan cosas que usualmente no me molestan	.72
No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito	.70
Me sentí triste	.67
Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigo	.65
Me sentía deprimido	.64
Me sentía con miedo	.64
Hablé menos de lo usual	.62
Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo	.56
FACTOR 2:	
Afecto Negativo	$\alpha = .76$ $\bar{X} = 1.89$ DS= .76 rango= 1-4 Peso Factorial
No disfrute de la vida	.80
No estaba contento	.78
No me sentía optimista sobre el futuro	.61
Me sentí solo	.52
Pensé que mi vida no era un fracaso	.48
FACTOR 3:	
Aislamiento	$\alpha = .73$ $\bar{X} = 1.74$ DS= .75 rango= 1-4 Peso Factorial
Sentí que la gente no era amigable	.84
Sentí que no le caía bien a la gente	.55
No tenía ganas de hacer nada	.54

CORRELACIONES

Con la intención de conocer las correlaciones intraescala de las variables: Autoconcepto y Sintomatología Depresiva en los cuatro seroestaus al VIH, se aplicó la prueba de *Pearson*. A continuación se presentan los resultados obtenidos, haciendo referencia a las correlaciones significativas.

Correlación intra-escala de la variable Autoconcepto. Al correlacionar los factores de Autoconcepto en la muestra total se encontró una correlación positiva entre el factor de Estado de Ánimo con Sociabilidad Expresiva ($r=.53$) y con Salud Emocional y Ética ($r=.24$), como lo muestra la Tabla 9.

Esto indica que al sentirse contentos, alegres y joviales, los integrantes de esta muestra también suelen mostrarse comunicativos, expresivos, desenvueltos, desinhibidos y extrovertidos, a su vez que tiende a ser pacíficos, reflexivos, sinceros, calmados y serenos.

Lo cual permite entender que al sentirse deprimidos, melancólicos y amargados, suelen ser callados, inhibidos, tímidos, reservados, introvertidos; así como agresivos, impulsivos, mentirosos, temperamentales y mentirosos.

TABLA 9

MUESTRA TOTAL	FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional	FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	FACTOR 4: Estado de Ánimo
FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional				
FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	-.08 NS			
FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	-.12 NS	.05 NS		
FACTOR 4: Estado de Ánimo	-.12 NS	.53 ***	.24 **	

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

Grupo de HSH Seronegativos.- Se obtuvo una correlación positiva entre la Sociabilidad Expresiva con Salud Emocional y Ética ($r=.40$) esto indica que los HSH de la muestra que no se encuentran infectados son extrovertidos, comunicativos, desenvueltos,

desinhibidos y expresivos tienen una mejor Salud Emocional por lo que, son pasivos, reflexivos, serenos, sinceros y calmados.

Por otro lado se encontró una correlación positiva entre la Sociabilidad Expresiva con Estado de Ánimo (.49), lo que indica que al percibirse expresivos, desinhibidos, desenvueltos, comunicativos y extrovertidos suelen sentirse joviales, contentos y alegres.

Las correlaciones antes mencionadas se muestran en la Tabla 10, que a continuación se presenta:

TABLA 10

HSH SERONEGATIVOS	FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional	FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	FACTOR 4: Estado de Ánimo
FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional				
FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	-.27 NS			
FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	-.17 NS	.40 *		
FACTOR 4: Estado de Ánimo	-.29 NS	.49 *	.38 NS	

* p ≤ .05 ** p ≤ .01 ***p ≤ .001

Grupo de HSH Asintomáticos.- La Tabla 11 muestra que en este grupo se encontró una correlación negativa entre la Sociabilidad Expresiva y Salud Emocional y Ética ($r = -.46$), lo que indica que los HSH seropositivos asintomáticos que se perciben como introvertidos, callados, tímidos, inhibidos y reservados, tienden a ser pasivos, reflexivos, serenos, sinceros y calmados.

En éste grupo de seropositivos, se obtuvo una correlación positiva entre Sociabilidad Expresiva y Estado de Ánimo ($r = .42$), indicando que al mostrarse comunicativos, desenvueltos, extrovertidos, desinhibidos y expresivos también suelen ser alegres, joviales y contentos.

TABLA 11

HSH SEROPOSITIVOS ASINTOMÁTICOS	FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional	FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	FACTOR 4: Estado de Ánimo
FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional				
FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	-.04 NS			
FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	.01 NS	-.46 *		
FACTOR 4: Estado de Ánimo	-.20 NS	.42 *	-.29 NS	

* p ≤ .05 ** p ≤ .01 ***p ≤ .001

Grupo de HSH con CRS.- Se encontró una correlación positiva entre el factor Salud Emocional y Ética con Estado de Ánimo ($r=.62$), indicando que los HSH seropositivos con CRS son pasivos, reflexivos, serenos, sinceros y calmados a la vez que se muestran joviales, contentos y alegres. La Tabla 12 muestra las correlaciones antes mencionadas.

TABLA 12

HSH SEROPOSITIVOS CON CRS	FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional	FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	FACTOR 4: Estado de Ánimo
FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional				
FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	.16 NS			
FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	-.05 NS	.30 NS		
FACTOR 4: Estado de Ánimo	.06 NS	.32 NS	.62 **	

* p ≤ .05 ** p ≤ .01 ***p ≤ .001

Grupo de HSH con SIDA.- La Tabla 13 indica que se obtuvo una correlación positiva entre el Factor Sociabilidad Expresiva y Estado de Ánimo ($r=.65$), lo que permite observar que los HSH seropositivos con SIDA de la presente muestra son expresivos,

desinhibidos, desenvueltos, comunicativos y extrovertidos suelen sentirse joviales, contentos y alegres.

TABLA 13

HSH SEROPOSITIVOS CON SIDA	FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional	FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	FACTOR 4: Estado de Ánimo
FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional				
FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	-.26 NS			
FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	-.34 NS	-.06 NS		
FACTOR 4: Estado de Ánimo	-.20 NS	.65 **	.28 NS	

* p ≤ .05 ** p ≤ .01 ***p ≤ .001

Con la finalidad de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto en los diferentes seroestatus al VIH/SIDA se aplicó un Análisis de Varianza de una Vía (Oneway) y posteriormente una prueba Post Hoc (Scheffé), encontrando que si existen diferencias estadísticamente significativas en el Factor 2 Sociabilidad Expresiva ($F_{3,94}=3.18$ $p=.02$) entre los grupos de seronegativos y seropositivos con SIDA.

Lo anterior indica que los HSH seronegativos ($\bar{X} = 4.45$, $DS = 1.17$) de la muestra tienen un mayor Autoconcepto en relación a los HSH seropositivos con SIDA ($\bar{X} = 3.25$, $DS = 1.74$).

Correlación intra-escala de la variable Sintomatología Depresiva. Al correlacionar los tres factores de la escala de Sintomatología Depresiva, se obtuvieron correlaciones positivas significativas entre todos, las cuales se muestran en la Tabla 14.

De tal manera que el factor de Actividad Retardada y Somatización obtiene un puntaje de $r=.63$ con el factor de Afecto negativo, así como con Aislamiento, con un valor de $r=.67$. De esta manera se observa que los sujetos de la muestra que presentan alteraciones en el sueño y el apetito, que sienten miedo y / o se siente deprimidos y les costaba dificultad para concentrarse suelen sentir poco optimistas ante el futuro, consideran que no disfrutan de la vida y suelen considerar que la gente no es amigable con ellos.

Por otra parte Afecto Negativo correlaciona con Aislamiento ($r=.58$), indicando que a menor disfrute por la vida, sentirse sólo y fracasado, suelen sentir que no tienen entusiasmo por hacer sus actividades, que la gente no les es amigable y por tanto, que no les simpatizan a las personas.

TABLA 14

MUESTRA TOTAL	FACTOR 1: Actividad Retardada y Somatización	FACTOR 2: Afecto Negativo	FACTOR 3: Aislamiento
FACTOR 1			
FACTOR 2	.63 ***		
FACTOR 3	.67 ***	.58 ***	

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

Grupo de HSH Seronegativos. - Al correlacionar el factor de Actividad Retardada con Aislamiento ($r=.64$) y Afecto Negativo ($r=.67$) se encuentra que Los HSH que no están infectados por VIH al sentirse con poco apetito, tener dificultad para concentrarse, sentir que es necesario esforzarse para hacer cualquier tipo de actividad, sentir ganas de llorar constantes, sienten un deseo por estar a solas por considerar que la gente no es amigable con ellos y como consecuencia suelen sentirse tristes, deprimidos y poco optimistas en relación a su futuro.

La tabla 15 muestra las correlaciones obtenidas en éste grupo.

TABLA 15

HSH SERONEGATIVOS	FACTOR 1: Actividad Retardada y Somatización	FACTOR 2: Afecto Negativo	FACTOR 3: Aislamiento
FACTOR 1			
FACTOR 2	.67 **		
FACTOR 3	.64 **	.38 NS	

* p ≤ .05 ** p ≤ .01 ***p ≤ .001

Grupo de HSH Asintomáticos.- El factor de Actividad Retardada y Somatización correlaciona positivamente con el factor de Afecto Negativo ($r=.65$) y con Aislamiento ($r=.85$), lo que quiere decir que en los HSH asintomáticos, a mayor sintomatología depresiva, mayor tristeza, depresión, sentimiento de fracaso y visión poco optimista, así como una mayor tendencia a aislarse del entorno social por percibir que la gente es poco amigable.

Por otra parte, se obtuvo una correlación positiva entre el aspecto de Afecto Negativo y Aislamiento ($r=.45$), de tal manera que los seropositivos asintomáticos de la muestra al sentirse tristes, deprimidos, fracasados y que no disfrutaban de la vida, también se sienten aislados, porque perciben soledad y que la gente no es amigable con ellos.

Las correlaciones mencionadas se muestran en la Tabla 16, que a continuación se presenta:

TABLA 16

HSH SEROPOSITIVOS ASINTOMÁTICOS	FACTOR 1: Actividad Retardada y Somatización	FACTOR 2: Afecto Negativo	FACTOR 3: Aislamiento
FACTOR 1			
FACTOR 2	.65 **		
FACTOR 3	.85 **	.45*	

* p ≤ .05 ** p ≤ .01 ***p ≤ .001

Grupo de HSH con CRS.- La Tabla 17 muestra que se encontró una correlación positiva entre el factor de Actividad Retardada y Somatización con Afecto Negativo ($r=.75$) y Aislamiento ($r=.48$). Esto implica que quienes presentan mayor sintomatología depresiva

(tener sueño inquieto, poco apetito, deseos de llorar o sentirse molesto sin motivos reales) suelen experimentar afectos negativos (como sentirse tristes y deprimidos) lo que los lleva a aislarse.

Por otra parte la correlación entre los factores Afecto Negativo y Aislamiento es positiva ($r=.51$), por lo que de los HSH con CRS que suelen presentar sintomatología depresiva (sentirse fracasados, deprimidos y poco optimistas en el futuro), tienden a aislarse percibiendo que no les son agradables a la gente y por tanto las personas no son amigables con ellos.

TABLA 17

HSB SEROPOSITIVOS CON CRS	FACTOR 1: Actividad Retardada y Somatización	FACTOR 2: Afecto Negativo	FACTOR 3: Aislamiento
FACTOR 1			
FACTOR 2	.75 **		
FACTOR 3	.48 *	.51 **	

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

Grupo de HSH con SIDA.- Se encontró una relación significativa entre el factor Actividad Retardada y Somatización con Afectos Negativos ($r=.80$) y Aislamiento ($r=.70$). Los HSH que padecen SIDA entre mayor sintomatología depresiva, suelen experimentar mayores sentimientos negativos tales como tristeza y depresión, así como mostrarse pesimistas ante su futuro y fracasados, teniendo como consecuencia aislarse de su entorno por sentir que la gente no es amigable con ellos.

Finalmente al correlacionar el factor de Afecto Negativo con Aislamiento se encontró que ésta es positiva ($r=.93$), lo que permite observar que los enfermos de SIDA de la muestra al sentirse fracasados, poco optimistas sobre su vida a futuro, deprimidos y tristes, suelen sentir que la gente no es amigable y por tanto aislarse.

La Tabla 18 muestra las correlaciones descritas.

TABLA 18

HSH SEPOSITIVOS CON SIDA	FACTOR 1: Actividad Retardada y Somatización	FACTOR 2: Afecto Negativo	FACTOR 3: Aislamiento
FACTOR 1			
FACTOR 2	.80 *		
FACTOR 3	.70 *	.93 **	

* p ≤ .05 ** p ≤ .01 *** p ≤ .001

Con la finalidad de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en entre los diferentes seroestatus al VIH/SIDA en relación a la sintomatología Depresiva se aplicó un Análisis de Varianza de una Vía (Oneway) y posteriormente una prueba Post Hoc (Scheffé), encontrando que si existen diferencias estadísticamente significativas en el Factor 1 Actividad Retardada y somatización ($F_{3,89}=4.9$ $p=.003$) entre el grupo de HSH seropositivos con SIDA, en relación a los seronegativos y seropositivos asintomáticos.

Lo anterior indica que los HSH seropositivos con SIDA de la presente muestra ($\bar{X} = 2.35$, $DS= 1.03$) presentan mayor Sintomatología Depresiva en comparación al grupo de HSH seronegativos ($\bar{X} = 1.61$, $DS= .47$), así como con el grupo de HSH asintomáticos ($\bar{X} = 1.69$, $DS=.58$).

Correlación entre escalas de AUTOCONCEPTO y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA en la muestra total. La Tabla 19 permite observar las correlaciones de la muestra total entre la escala de Autoconcepto y Sintomatología Depresiva.

De tal manera que se encontró que Estado de Ánimo correlaciona negativamente con Actividad Retardada y Somatización ($r = -.62$), Afecto negativo ($r = -.52$) y con Aislamiento ($r = -.36$). Esto permite observar que cuando los HSH de la muestra que se sienten deprimidos, melancólicos y amargados, suelen presentar más síntomas depresivos tales como: falta de apetito, trastornos en el sueño, depresión, miedo, además de sentirse frustrados, con poca confianza en la gente y relegados por los demás.

Se obtuvo una correlación negativa entre Sociabilidad Expresiva con Actividad Retardada y Somatización ($r = -.54$) y con Afecto Negativo ($r = -.25$); por lo que los HSH callados, reservados y tímidos, suelen sentir que disfrutan poco de la vida. Que no son optimistas ni alegres, que no pueden concentrarse en sus actividades y que su sueño es inquieto, además de que suelen llorar con frecuencia.

Por otra parte, se encontró que Afecto Negativo correlaciona negativamente con Aislamiento ($r = -.32$), entendiéndose que al ser callados, tímidos e inhibidos, suelen aislarse del resto de las personas al mostrarse desconfiados hacia la gente.

TABLA 19

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA		
		FACTOR 1: Actividad Retardada y Somatización	FACTOR 2: Afecto Negativo	FACTOR 3: Aislamiento
AUTOCONCEPTO	FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional	.10 NS	.32 **	.26 **
	FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	-.54 ***	-.25 **	-.16 NS
	FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	-.12 NS	-.20 *	-.32 **
	FACTOR 4: Estado de Ánimo	-.62 ***	-.52 ***	-.36 ***

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

Correlación entre escalas de AUTOCONCEPTO y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA en los diferentes Seroestatus.

Grupo de HSH Seronegativos.- Las correlaciones significativas entre los factores de las dos variables en el grupo de HSH seronegativos fueron las siguientes: Sociabilidad Expresiva, que correlaciona de forma negativa con Actividad Retardada ($r=-.73$), Afecto Negativo ($r=-.59$) y Aislamiento ($r=-.57$), lo que indica que los HSH que no están infectados y que se perciben extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, desinhibidos y expresivos, suelen sentir menos miedo, molestia, inquietud, tristeza, depresión, así como sentirse menos solos.

El factor de Estado de Ánimo correlaciona negativamente con el de Afecto Negativo ($r=-.72$), lo cual indica que los seronegativos que se sienten felices, joviales, contentos y alegres, tienden a sentirse menos tristes, deprimidos, y optimistas sobre su futuro.

La Tabla 20 muestra las correlaciones obtenidas en el grupo de HSH seronegativos.

TABLA 20

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA		
		FACTOR 1: Actividad Retardada y Somatización	FACTOR 2: Afecto Negativo	FACTOR 3: Aislamiento
AUTOCONCEPTO	FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional	.24 NS	.32 NS	.27 NS
	FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	-.73 **	-.59 **	-.57 **
	FACTOR 3:Salud Emocional y Ética	-.12 NS	-.34 NS	-.32 NS
	FACTOR 4: Estado de Ánimo	-.42 NS	-.72 **	-.13 NS

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

Grupo de HSH Asintomáticos.- En este grupo de la muestra (Tabla 21), el factor de Estado de Ánimo se correlaciona de manera negativa Actividad Retardada ($r=-.46$) y con Afecto Negativo ($r=-.62$), lo que permite observar que los HSH seropositivos asintomáticos que muestran joviales, contentos y alegres, suelen presentar menor sintomatología depresiva y sienten menos miedo, inquietud, mostrándose más optimistas sobre el futuro.

Por otra parte, Salud Emocional y Ética correlacionan de manera negativa con Aislamiento ($r=-.43$), lo que nos indica que al mostrarse serenos, pasivos, reflexivos y calmados se sienten menos solos.

TABLA 21

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA		
		FACTOR 1: Actividad Retardada y Somatización	FACTOR 2: Afecto Negativo	FACTOR 3: Aislamiento
AUTOCONCEPTO	FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional	.18 NS	.34 NS	.31 NS
	FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	.02 NS	-.11 NS	.24 NS
	FACTOR 3:Salud Emocional y Ética	-.23 NS	.14 NS	-.43 *
	FACTOR 4: Estado de Ánimo	-.46 *	-.62 **	-.25 NS

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

Grupo de HSH con CRS.- La Tabla 22 muestra que se obtuvo una correlación negativa entre el factor Estado de Ánimo con Actividad Retardada y Somatización ($r=-.51$) y Aislamiento ($r=-.51$), por lo tanto los HSH con CRS que suelen sentirse amargados, deprimidos y melancólicos, también presentan mayor problemas de apetito, en el sueño y dificultad para concentrarse en sus actividades, además de sentir que la gente no les es amigable y que no tienen ánimos de hacer nada.

De igual manera se encontró una correlación negativa entre Salud Emocional y Ética con Afecto Negativo ($r=-.44$) lo que nos indica que los HSH con CRS que se identifican como ansiosos, agresivos e impulsivos suelen sentirse tristes, fracasados con incertidumbre hacia el futuro y deprimidos.

TABLA 22

HSH SEROPOSITIVOS CON CRS		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA		
		FACTOR 1: Actividad Retardada y Somatización	FACTOR 2: Afecto Negativo	FACTOR 3: Aislamiento
AUTOCONCEPTO	FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional	- .25 NS	.30 NS	.08 NS
	FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	- .31 NS	.05 NS	.07 NS
	FACTOR 3: Salud Emocional y Ética	- .31 NS	-.44 *	- .36 NS
	FACTOR 4: Estado de Ánimo	-.51 *	- .33 NS	-.51 **

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

Grupo de HSH con SIDA.- Se encontró que el Factor de Estado de Ánimo correlaciona negativamente con todos los Factores de Sintomatología Depresiva, con el factor Actividad Retardada y Somatización ($r=-.78$), Afecto Negativo ($r=-.50$) y Aislamiento ($r=-.41$), lo que nos muestra que los HSH con SIDA que se muestran amargados, deprimidos y melancólicos tienden a sentirse pesimistas, que no pueden concentrarse, poco optimistas hacia el futuro, con miedo y solos.

Sociabilidad Expresiva correlaciona negativamente con el factor Actividad Retardada y Somatización ($r=-.69$) y Afecto Negativo ($r=-.46$), esto indica que los HSH que se encuentran en la fase de SIDA que tienden a ser introvertidos, callados, tímidos, inhibidos y reservados además de presentar alteraciones en el apetito, el sueño, problemas para concentrarse, poco optimistas hacia el futuro, deprimidos, tristes, con miedo y solos.

La Tabla 23 muestra las correlaciones antes mencionadas.

TABLA 23

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA		
		FACTOR 1: Actividad Retardada y Somatización	FACTOR 2: Afecto Negativo	FACTOR 3: Aislamiento
AUTOCONCEPTO	FACTOR 1: Sentimientos Interindividuales y Ocupacional	.27 NS	.39 NS	.40 NS
	FACTOR 2: Sociabilidad Expresiva	-.69 **	-.46 *	-.36 NS
	FACTOR 3:Salud Emocional y Ética	-.04 NS	-.21 NS	-.23 NS
	FACTOR 4: Estado de Ánimo	-.78 **	-.50 *	-.41 *

* p ≤ .05 ** p ≤ .01 ***p ≤ .001

Un vez expuestos los resultados obtenidos, se exponen las conclusiones en el siguiente capítulo.

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La epidemia del SIDA ha desafiado a la comunidad en todos los ámbitos, es bien sabido que hasta la fecha no se cuenta con la vacuna o un tratamiento que haga inmune al hombre frente a este virus.

Los cambios de salud, físicos, psicológicos y sociales a los que se tiene que enfrentar un individuo infectado con el virus del VIH/SIDA van modificando su calidad de vida por lo cual resulta importante contar con un ambiente psicosocial fuerte que, ayude al seropositivo como soporte para enfrentar las diferentes situaciones que le conlleva la infección / enfermedad, para sentirse seguro de sí mismo y evitar, en la medida de lo posible, el avance de la enfermedad.

Los resultados del presente estudio cubrieron todos los objetivos planteados además de haber comprobado las hipótesis establecidas.

La muestra con la que se llevó a cabo la investigación es joven, con una edad promedio de 32 años, lo que permite observar que se trata de hombres en etapa de vida productiva; estos datos coinciden con la información epidemiológica publicada por CONASIDA (tercer trimestre del 2002), lo que indica que el contagio por VIH se presenta con mayor frecuencia en gente joven, al tratarse de una etapa netamente reproductiva.

De acuerdo a los cofactores propuestos por Castro (1992), que favorecen o detienen el desarrollo de la infección por VIH, en los cuales destaca la importancia de continuar con el mismo estilo de vida que llevaban antes de saberse seropositivos, es posible entender que cuando un seropositivo asintomático continúa llevando el mismo ritmo de vida es menos susceptible a desarrollar síntomas, tal como ocurrió con el grupo de HSH asintomáticos de la presente muestra, quienes debido a que su actividad les favorece mantenerse ocupados, sentirse productivos, tener un buen concepto de sí mismos y por ende menos agobiados y/o deprimidos por su estado serológico.

De igual manera, la propuesta de Castro (op. cit.) también permite explicar la contraparte de esta situación, en la que el grupo de HSH con CRS y SIDA, en donde predominan los pensionados, que al no contar con una actividad cotidiana, son presa fácil del abatimiento y la depresión; además al ser el grupo con menor escolaridad, se encuentran más limitados en contar con alternativas que les permitan tener una mejor calidad de vida y ayudarles así, a sobrellevar la infección por VIH que padecen, tal como lo establece Astudillo (2001) que a menor nivel educativo menores posibilidades de

conocer los beneficios de un tratamiento y por tanto no suelen valorar los riesgos que la infección les implica.

El presente trabajo se interesó por encontrar la relación entre el Autoconcepto y la Sintomatología Depresiva en HSH con diferentes seroestados al VIH, así mismo conocer si existen diferencias entre los distintos seroestados de VIH.

De esta forma con base en el análisis de resultados se concluye lo siguiente:

Existe una correlación estadísticamente significativa entre algunas de las escalas de Autoconcepto y Sintomatología Depresiva, dichas correlaciones fueron en su mayoría medianas y altas en los diferentes seroestados.

Se encontró que los HSH seronegativos presentan altos puntajes en Autoconcepto y bajas puntuaciones en la escala de Sintomatología Depresiva, lo que puede deberse según Beck (1967) a que cada persona tiene un esquema –una norma o un marco de pensar- con el que enfoca y experimenta la vida; la naturaleza y las características de este esquema determinan las respuestas propias del individuo, de ahí que, si la conceptualización de un individuo posee un contenido agradable, él experimentará una respuesta afectiva agradable, así pues, al no enfrentarse a la experiencia de vivir con VIH, éstos no se sienten conflictuados, ni ponen en juego la concepción que tienen de sí mismos y como consecuencia, no presenta sintomatología depresiva.

Así Coopersmith (1981) hace referencia a que un factor importante para el Autoconcepto es la interacción ambiente-sujeto, en este caso, al no estar ésta relación comprometida por una infección de VIH, su autoconcepto se encuentra estable, lo que le permite no sentir amenazada su integridad física y emocional, y por tanto su salud.

Conforme a los resultados obtenidos se observa que en el grupo de HSH Asintomáticos tienden a volverse más reservados y callados (en comparación con el grupo de seronegativos); sin embargo, suelen ser más pasivos, reflexivos, serenos, sinceros y calmados sin que esto implique dejar de sentirse alegres y sinceros para expresar sus sentimientos a los demás y esto tiene como consecuencia el no sentirse tristes, ni solos; como se puede observar este grupo obtuvo puntajes bajos en la escala de Sintomatología Depresiva, a pesar de estar infectados con el virus, esto tiene que ver con lo expuesto por Valdez (1994) y La Rosa (1986) en donde hacen evidente que el autoconcepto tiene tal capacidad de adaptación hacia el medio interno y externo que va guiando al sujeto en su comportamiento dependiendo de las experiencias adquiridas; se

puede decir según Neisser (1976) (cit. en Oñate, 1989) que es modificable por la experiencia,

El grupo de CRS y SIDA son los grupos que se muestran más reservados para expresar sus sentimientos e ideas, además destaca que el grupo de HSH con SIDA fueron quienes obtuvieron los puntajes más altos en la escala de Sintomatología Depresiva, y una fuerte correlación negativa con el Autoconcepto, lo que implica que suelen sentirse solos, tristes, deprimidos y desamparados dado el nivel de avance de su enfermedad. A este respecto Calderón (1987) y Mendels (1972) exponen como síntomas centrales de un cuadro clínico de depresión el trastorno conductual (retardo psicomotor, pérdida progresiva del cuidado personal) y trastorno somático (pérdida del apetito, perturbaciones del sueño, dolores y males, etc.). Por éstos resultados es evidente que mientras la infección va progresando el Autoconcepto decrementa y la Sintomatología Depresiva se va haciendo más evidente, lo anterior lo explica Calabrese (1987; Cit. Kelerstein, 1991) quien afirma que existe una clara evidencia de que la depresión, puede comprometer los componentes del aparato inmunológico. Y dado que el SIDA afecta directamente al sistema de defensas, la descompensación emocional del individuo puede resultar en la aparición y la aceleración de los síntomas somáticos que producen una influencia negativa para la salud.

Ahora bien podemos pensar que los HSH con CRS y SIDA al percibir su imagen corporal deteriorada a causa de que su sistema inmune cada día se ve más comprometido, genera una pérdida de la concepción positiva de sí mismo (autoconcepto devaluado) lo que da por resultado sentimientos de tristeza, aislamiento y dolor; esto coincide con Beck (1967), quien dice que las personas que desarrollan depresión tienen esquemas relacionados con la depreciación de sí mismos; Ader (1980, cit. en Kelerstein, 1991) expone que los pacientes infectados por el virus del SIDA ven comprometida muy frecuentemente su capacidad para poder manejar todos los cambios tanto corporales como de su medio social, para poder enfrentar de una mejor manera su nueva condición. Asimismo, el trabajo efectuado por Seff (1992) apoya éstos resultados, él examinó la relación existente entre una lesión física con autoconcepto y depresión, encontrando que las personas con un autoconcepto alto sienten menos dolor y limitación física, generada por la lesión, y a su vez presentan menos depresión.

Si bien, se observa un incremento en la Sintomatología Depresiva conforme avanza la enfermedad; Beck (1967) considera conveniente tomar en cuenta la manera en que un individuo reacciona ante el conocimiento de ser portador del VIH o que está enfermo de

SIDA, ya que esta reacción varía en función de la manera en que ha estructurado sus experiencias, de manera que si la conceptualización que un individuo posee tienen un contenido desagradable, dicho individuo experimentará una respuesta afectiva desagradable. Es importante destacar que la manera en que los HSH de la muestra reaccionan ante el evento de estar infectados por VIH es muy variable. Mendels (1972) comenta que la alteración cognoscitiva es un antecedente y no consecuencia en el desarrollo de la depresión. Además, menciona que el factor de dicha predisposición previa puede ser de naturaleza constitucional o psicodinámica.

La depresión causada por un diagnóstico de infección por VIH o el estar enfermo de SIDA puede ser catalogada como una depresión reactiva, tal como lo refiere Gutheil (1959; cit. en Mendels, 1972), ya que este tipo de depresión está estrechamente ligada al dolor, el duelo y la tristeza que implica enfrentarse en la vida diaria a situaciones reales que causan dolor, tal es el caso de vivir con VIH; es finalmente, la reacción del organismo ante un suceso que al individuo le resulta traumático.

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con los hallazgos de Kalichman y cols. (1995), quienes encontraron que los seropositivos deprimidos, presentan más síntomas de la enfermedad por VIH/SIDA, en comparación de aquellos que no presentan sintomatología depresiva.

Otro estudio en donde se observa la relación entre autoconcepto y depresión es el realizado por Miranda (1999), en donde concluye que el autoconcepto es un factor determinante en la presencia de sintomatología depresiva, esto en estudiantes adolescentes.

Por otra parte se puede apreciar que los rasgos más prominentes que aparecen en el paciente con VIH/SIDA es una fuerte incertidumbre sobre el curso y tratamiento, lo cual lleva a muchos pacientes a sentir enojo y resentimiento; hay también la tendencia a buscar una explicación, los pacientes luchan con temores de incapacidad, pérdida de control, tristeza, depresión y aislamiento social.

Como se puede observar, los pacientes infectados por el virus del SIDA se enfrentan a una gran diversidad de circunstancias en las que, su integridad como persona, sus sentimientos, su imagen social y corporal, su salud mental así como su capacidad para manejar los distintos cambios que su condición les impone (Coiné y Whiffen, 1995 Cit Morris, 2001), se ven comprometidos mucho más directamente que cualquier otra enfermedad terminal.

Por lo cual, saberse portador de VIH o estar progresando a SIDA no es fácil, en donde el tratamiento médico no es suficiente para lograr un bienestar integral (Gorzareli, 1993; cit. Mejía, 1995), cabe destacar que es importante que entre aquí el papel del psicólogo, ampliando su campo de acción e interviniendo en este tipo de problemática a nivel de salud pública, tanto en las estrategias de prevención, consejería, terapias, tratamientos para las personas que viven con VIH/SIDA, de tal manera que éstos puedan obtener una mejor calidad de vida.

Si bien, en el presente estudio no se exploraron las relaciones con las figuras significativas durante la infancia, es importante destacar que la forma en que una persona enfrenta la infección por VIH dependerá de la manera en que ha consolidado su autoconcepto desde la infancia, como lo mencionan Allport (1955) y Erikson (1970) diciendo que la mayoría de los aspectos que integran el sí mismo total, afloran en la primera infancia donde subyace la progresiva formación de un esquema corporal diferenciado, coincidiendo en esta parte con Papalia (1992), Bee y Mitchel (1987), de tal modo que la formación de un autoconcepto concreto, adecuado o no, integrado e integrador de los diferentes aspectos y realidades y, sobre todo, teñido positiva o negativamente dependerán de las vivencias experimentadas; lo cual permite entender las diferentes formas en que cada HSH seropositivo, que participó en el presente estudio, reaccionan y enfrentan un mismo evento: el estar en contacto con el VIH SIDA.

Muchos pacientes ven como sus amigos, familiares o figuras significativas se alejan de ellos al momento de ser informados de su padecimiento. Dada la relación al principio establecida entre homosexualidad y SIDA, trae como consecuencia que varios pacientes omitan el informar a sus parientes y amigos el diagnóstico, lo que crea más soledad y aislamiento.

A este respecto Jackson (1989) menciona que tiene especial importancia la manera en que las figuras significativas reaccionan ante la conducta del individuo, pues de ello dependerá que una persona infectada por VIH logre mantener un autoconcepto alto o bien que se sienta avergonzado o rechazado dañando la imagen que tiene de sí mismo por su condición de ser una persona que vive con una infección y/o enfermedad tan rechazada como lo es el VIH/SIDA. Aquí es donde toma vital importancia las redes de apoyo con las que puedan contar los HSH con VIH/SIDA, Villagrán (2000) hace referencia a la parte del soporte emocional, consejo, guía, actividades permitan tener esparcimiento y/o distracciones, asesoría profesional (entre otros), lo cual fomenta en el individuo sentimientos de bienestar afectivo provocando que el individuo mantenga su identidad

social, se sienta querido, amado, respetado y a su vez pueda proporcionar nuevos contactos sociales (Hoppe, 1995; cit.en Villagrán, 2000).

De aquí que surge la importancia de trabajar a nivel de prevención primaria en cuanto a el tipo y calidad de relación que un seropositivo establece con su círculo social, pues al contar con apoyo por parte de familiares, amigos y/o pareja que le proporcionen el sustento para sentirse seguro, tranquilo, y mantener un buen autoconcepto; evitando así que la enfermedad progrese, procurando que quienes viven con VIH/SIDA tengan una mejor calidad de vida; lo anterior disminuiría la necesidad de intervenir cuando el paciente ya presenta sintomatología depresiva.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las limitaciones a las que la presente investigación se enfrentó fueron estuvieron en función de:

- La dificultad de tener acceso a pacientes con VIH/SIDA, por la estigmatización social con la que cuenta esta enfermedad.
- Dado que el estudio no fue de tipo experimental, debido a que no se seleccionó la muestra de manera probabilística, ésta no fue representativa, lo cual impide que los resultados se puedan generalizar a la población de HSH.

Para trabajos futuros, se sugiere considerar otros aspectos para el análisis tales como:

- Conocer el tiempo que llevan de saberse portadores del VIH y/o padecer SIDA, estableciendo relación con la presencia de Sintomatología Depresiva y Autoconcepto.
- El tipo y tiempo de tratamiento, así como su adherencia a éste, de igual manera, para relacionarlo con las variables de Autoconcepto y]Sintomatología Depresiva en función de seroestatus al VIH/SIDA.
- Si la familia consanguínea, pareja, amigos etc., les proporcionan apoyo y en qué consiste; esto con la finalidad de saber con qué tipo de apoyo / ayuda han contado o cuentan a nivel externo.

Lo anterior para lograr un mejor entendimiento de cómo ha elaborado y/o enfrentado todo este proceso a nivel interno, y a su vez conocer de manera más certera, cómo ha afectado o no este proceso a su Autoconcepto y en la presencia de Sintomatología Depresiva.

Es por ello que resultaría importante realiza un estudios que conjuguen la aplicación de escalas de medición con un historia de caso por individuo para poder entender a profundidad las diferencias que se presentan en cada seroestatus y para cada sujeto.

V. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Allport, G. (1955). La personalidad. Barcelona, España: Editorial Herder.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1999). Tercera. Edición. A.P.A., Washington D.C.
- Amuchástegui, A. (1990). Mitos sobre la sexualidad y el SIDA: elementos para la prevención. UAM Xochimilco. México.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1993). Psicoterapia de la depresión. México: Editorial Paidós.
- Astudillo, (2001). Patrones Sexuales y ocus de Control en HSH con diferente seroestatus al VIH/SIDA. Tesis de Licenciatura. Psicología. UNAM. México.
- Axelrod, R. (1987). La depresión puerperal. Un enfoque psicodinámico. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Axelrod, R. (1990). Una alternativa para la medición de la depresión. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Ayuso, J. (1981). Las Depresiones. España. Editorial. Interamericana.
- Bandura, A. (1969). Modificación de la conducta. México: Trillas.
- Barrientos, (1992) Reseña histórica de la psicología y los estilos de confrontación; contribuciones teóricas y aspectos transculturales. Revista de Psicología Social y personalidad.
- Bee H. y Mitchell, S. (1987). El desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida. México: Harla.
- Beck, A. (1967). Diagnóstico y tratamiento de la depresión. México: Paidos.
- Benjet, J. (1999). La menarca y la depresión, autoestima, e imagen corporal de adolescentes mexicanas. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Berer, M. (1993). La mujer y el VIH/SIDA. Bath Press, Inglaterra.
- BETA. Boletín de tratamientos experimentales contra el SIDA (1996). "La prueba de la carga viral del VIH". Publicado por: San Francisco AIDS foundation.
- Cahn, P., Chan, R. y Casiro, A. (1992). Psida. Un Enfoque Integral. Editorial Paidos, Buenos Aires, Argentina.
- Calderón, N. (1987). Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.
- Castro, P. Escalante, A. y Guerra, A. (1992). Manual de notificación a personas que viven con VIH o SIDA para profesionales de la salud.

Center of Disease Control, (1987). Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States: a review of current knowledge. 36.

CONASIDA: Epidemiología y estadísticas. Estadísticas sobre SIDA en México.
<http://www.salud.gob.mx/conasida/>

CONASIDA (1997). Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. Tercera edición. México.

Coopersmith, S. (1981). Self-Esteem inventories. Inc. Palo alto California: Consulting Psychologist Press.

Cotte, C. (1987). Sida y sexo. Monte Ávila Editores, Venezuela.

Cueli, J. (1997). Teorías de la personalidad. México: Trillas.

Durham J. y Coehn, F.(1990). Pacientes con SIDA. Cuidados de enfermería. Manual Moderno. México.

Erikson, E. (1970). Infancia y sociedad. Buenos Aires, Argentina: Home.

Ey, H. (1978). Tratado de psiquiatría. España: Fondo Editorial Toray-Masson.

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Gómez, A. y Velásquez, G. (1992) Fundamentos de Medicina. Sida, enfoque integral. CIB (Corporación para investigaciones biológicas). Medellín, Colombia.

González, R. (1998). Personalidad y comportamiento sexual ante la transmisión del VIH/SIDA en adolescentes. Tesis de licenciatura. UNAM, Campus Iztacala.

Hamacheck, E. (1981). Encuentros con el Yo. México: Nueva Interamericana.

Hammer, F. (1996). "When two heads aren't better than one: AIDS risk behaviour in collage age couples "Journal of Applied Social Psychology", Vol. 26, No. 5.

Hernández, R. (1998) Metodología de la Investigación. Mac. Graw Hill, México.

Hernández P. y Rozenel, D. (1999). Prevención del VIH en mujeres universitarias desde la perspectiva de género. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Highleyman, V. (1998). SIDAahora. SIDA Pediátrico. "Tratamiento y algo más. Efectos secundarios de los fármacos anti-VIH". Junio/Julio '98.

Jackson, C. (1989). Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. España: Turner.

Kelerstein, C. (1991). Posibles efectos del Autoconcepto en relación con el desarrollo del SIDA. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Kelinger, Ch. (1992). Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología. Editorial Interamericana, México.

La Rosa, J. (1986). Escala de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Magis, C., Bravo, E., Anaya, L. y Uribe, P. (1998). La situación del SIDA en México a finales de 1998. *Enfermedades infecciosas y Microbiológicas*. Nov.-Dic. 1998, Año 18, Vol. 6, p. 236-244. <http://www.ssa.gob.mx/conasida/arts/eim/sida98.htm>

Martínez, B. (1980). *Causas del fracaso escolar y técnicas para afrontarlo*. Madrid: Narcea.

Master, W., Johnson V. y Kolondny R. (1989). *Comportamiento sexual en la era del SIDA*. Diana. México.

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

Mejía, M. (1995). SIDA: Percepción de riesgo de contagio y conductas de alto riesgo en adultos jóvenes. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Mendels, J. (1972). *La depresión*. Barcelona: Herder.

Miller, D. (1989). *Viviendo con SIDA y VIH. Manual Moderno*. México.

Mingrone, H. (1997). *Prensa Médica Argentina*. "Tratamiento de la infección por el virus del VIH: dónde estamos hoy y hacia donde vamos". Vol. 84. pp 632 - 639.

Miranda, R. (1999). Autoconcepto y depresión en estudiantes adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Morris, Ch. (2001). *Psicología*. México: Pearson Educación.

Musitu, G. y Román, J. (1982). Autoconcepto: una introducción a esta variable intermedia. *Universitas Tarraconensis. Revista de Psicología, Pedagogía y filosofía*. Vol. IV, Núm. 1.

Nagore, P. (2000). *Sintomatología depresiva y actitudes de madres de niños con deficiencia mental*. Tesis de maestría. UNAM. México.

Oñate, M. (1989). *El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Madrid: Narcea.

Palacios, J. (1985). *Procesamiento de la información en bebés. Psicología evolutiva*. Madrid, España: Alianza – Psicología.

Papalia, D. (1992). *Psicología del desarrollo "de la infancia a la adolescencia"*. México: McGraw-Hill. 5ª. edición.

Pick, S. (1997). "Los efectos indeseables de una educación autoritarias". *Letra S, La Jornada*. Febrero. México.

Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*. España: Martínez Roca.

Pomeroy, E.; Kiam, R. y Green, D. (2000). Reducing depression, anxiety and trauma of male inmates: An HIV/AIDS psychoeducational group intervention. *Social Works Research*, Sep2000, Vol 24 Issue 3, p156, 12p.

Radloff, M. (1977). The CES-D Scale: A self – report depression scale for research in the general population. *Appl. Psychol. Meas.* 1, 385-401.

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

Ramírez, P. (1993). Percepción de riesgo de contraer el SIDA en estudiantes universitarios. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Ríos, M.. (1991). Elementos psicosociales en las actitudes hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Rosemberg, M. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós.

Salgado, D. y Maldonado, A. (1994). Características psicométricas de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológico (CES-D) en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México*.

Sepúlveda, A. (1989). Sida, Ciencia y Sociedad en México; Fondo de Cultura Económica, México.

Seff, M. (1992). Injury and depression The mediating effects of self-concept. *Sociological Perspectives*, Winter92, Vol. 35 Issue 4, p573 19p, 3 charts, 1 diagram.

Strube, D. (1995). "Concerns about AIDS and relationship satisfaction. Correlation with race gender". *Journal of Adolescent Research*, Vol. 10, No. 2.

Sander, D. (1990). SIDA. La pandemia del siglo. Monte Avila, Venezuela.

Treadgold, R. (1999). Transcendent vocations: Their relationship to stress, depression, and clarity of self-concept. *Journal of Humanistic Psychology*, Winter99, Vol. 39 Issue 1, p81, 25p.

Uribe, A. y Ponce de León, R. (2000). Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA , en consulta externa y hospitales. Conasida, ISSSTE, IMSS, SDN, PEMEX, Secretaría de Marina, DIF, INI y SSA.

Valdez, J. L. (1994). El autoconcepto del mexicano. Estudios de validación. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Villagrán, G. (2000). El individuo y la familia frente al VIH/SIDA. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México.

- Wolman, A. (1978). Teorías y sistemas contemporáneas en Psicología. España: Martínez Roca.
- Zurg, R. (1965). La medición de la Depresión. Norpramin, México.

ANEXO

ENCUESTA DE SELECCIÓN

ENCUESTA DE SELECCIÓN

Me gustaría hacerte algunas preguntas para saber si puedes participar en un estudio que se está llevando a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM. Puede ser que alguien de la clínica ya te haya hecho algunas de las preguntas, pero necesitamos repetir las

ES1. ¿Te has hecho la prueba del VIH/SIDA?

- (1) No
(2) Si ¿Cuántas veces? _____ veces

ES2. ¿Cuáles fueron los resultados?

- (1) VIH positivo
(2) VIH negativo

ES3. ¿Hace cuánto tiempo te detectaron el VIH? _____

ES4. ¿Cuántos años tienes? _____

ES5. ¿Cuál es tu último grado de estudios? _____

ES6. ¿A qué te dedicas? _____

ES7. ¿Vives en el Distrito Federal?

(1) Si (2) No ¿Dónde vives? _____

ES8. ¿Has tenido relaciones sexuales?

- (1) Sólo con mujeres
(2) La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres
(3) Tanto con hombres como con mujeres
(4) La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres
(5) Sólo con hombres

ES9. ¿Cuáles fueron los resultados de tu último perfil inmunológico?

Cuenta de: CD4 _____ de CD8 _____ y carga viral _____ copias

ES10. ¿Cuál es el avance de la enfermedad?

- (1) Asintomático
(2) CRS
(3) SIDA

ES11. ¿Te han dicho que tienes SIDA?

- (1) Si ¿Quién? _____ (2) No R _____

ES12. A continuación se te presenta un listado de enfermedades; a la izquierda marca si las has tenido y a la derecha marca si las tienes actualmente

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

ES13. Código de Estatus de la enfermedad:

- A1 = Asintomático y CD4 > 500
B2 = Ningún síntoma "C", al menos un síntoma "B", y CD4 200-499
C3 = Al menos un síntoma "C" y CD4 < 200

ES14. ¿Cuál es tu estado civil?

- (1) Casado
(2) Divorciado
(3) Separado
(4) Viudo
(5) Unión Libre
(6) Soltero

ES15. ¿Tienes actualmente a alguien a quien consideras que es tu amante o tu pareja?

- (1) Si (2) No

ES16. ¿Estas actualmente viviendo con alguien?

- (1) Si ¿Hace cuánto tiempo? _____ (en meses)
(2) No ¿Con quién estas viviendo? _____

**AUTOCONCEPTO
(INSTRUMENTO)**

Este es un cuestionario creado por la Unidad de Investigaciones Psicosociales de la Facultad de Psicología de la UNAM., a través del cual se pretenden conocer algunos aspectos relacionados con el **Autoconcepto**. Las respuestas son absolutamente confidenciales, por lo que agradecemos tu cooperación en este estudio.

A continuación encontrarás un conjunto de adjetivos que sirven para describirte.

Ejemplo:

	Muy flaco	Bastante flaco	Poco flaco	Ni flaco ni obeso	Poco obeso	Bastante obeso	Muy obeso	Obeso
--	-----------	----------------	------------	-------------------	------------	----------------	-----------	-------

En el ejemplo de arriba se puede verificar como hay siete opciones entre "flaco" y "obeso". El espacio, cuanto más cerca está de un adjetivo, indica un grado mayor en que se posee dicha característica. El espacio central indica que el individuo no es flaco ni obeso. Si te crees muy obeso, pondrás una "X" en el espacio más cercano a la palabra obeso; si te percibes como "bastante flaco" pondrás la "X" en el espacio correspondiente; si no te percibes flaco ni obeso pondrás la "X" en el espacio de en medio. O, si es el caso, en otro espacio. Contesta en los renglones de abajo, como en el ejemplo de arriba, tan rápido como te sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión. Contesta en todos los renglones, dando una ÚNICA respuesta en cada renglón. Acuérdate que en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. Contesta, aquí, como eres y no como te gustaría ser.

YO SOY

AUT1	Decente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Indecente
AUT2	Educado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Malcriado
AUT3	Cortés	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Descortés
AUT4	Atento	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desatento
AUT5	Feliz	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Triste
AUT6	Amargado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Jovial
AUT7	Deprimido	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Contento
AUT8	Melancólico	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Alegre
AUT9	Introvertido	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Extrovertido
AUT10	Callado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Comunicativo
AUT11	Tímido	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desenvuelto
AUT12	Desinhibido	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Inhibido
AUT13	Reservado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Expresivo
AUT14	Amoroso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Odioso
AUT15	Afectuoso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Seco
AUT16	Carifioso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Frío
AUT17	Romántico	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Indiferente
AUT18	Sentimental	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Insensible
AUT19	Capaz	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Incapaz
AUT20	Responsable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Irresponsable
AUT21	Eficiente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Ineficiente
AUT22	Temperamental	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Calmado
AUT23	Agresivo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Pacífico
AUT24	Tranquilo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Nervioso
AUT25	Impulsivo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Reflexivo
AUT26	Ansioso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sereno
AUT27	Leal	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desleal
AUT28	Honesto	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Deshonesto
AUT29	Mentiroso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sincero
AUT30	Verdadero	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Falso

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
(INSTRUMENTO)

Este es un cuestionario que pretende conocer algunos aspectos emocionales. Las respuestas son absolutamente confidenciales y anónimas, por lo que agradecemos tu cooperación en este estudio.

Sección G. CESD

A continuación se te presentan afirmaciones que describen como es que podrías haberte sentido alguna vez. Por favor, dime cuántos días durante la última semana, o sea desde el _____ hasta hoy, lo has sentido:

Respuestas:

- 1) ningún día, menos de un día
- 2) de uno a dos días
- 3) de tres a cuatro días
- 4) de cinco a siete días

	(1)	(2)	(3)	(4)
G1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
G2. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito				
G3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos				
G4. Sentía que era tan bueno como cualquier otra persona				
G5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo				
G6. Me sentía deprimido				
G7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo				
G8. Me sentía optimista sobre el futuro				
G9. Pensé que mi vida era un fracaso				
G10. Me sentí con miedo				
G11. Mi sueño era inquieto				
G12. Estaba contento				
G13. Hablé menos de lo usual				
G14. Me sentí solo				
G15. Sentí que la gente no era amigable				
G16. Disfruté de la vida				
G17. Pasé ratos llorando				
G18. Me sentí triste				
G19. Sentí que no le caía bien a la gente				
G20. No tenía ganas de hacer nada				