

FACULTAD DE PSICOLOGIA

64
2ej

Posibles efectos del autoconcepto en
relación con el desarrollo del SIDA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lic. PSICOLOGIA

DAN KELERSTEIN CHAPPER

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

El presente trabajo intenta establecer la importancia que la investigación psicossocial puede tener para un mayor entendimiento del fenómeno del SIDA.

Haciendo especial énfasis en el autoconcepto, se pretende delinear un método de investigación que posibilite el determinar la influencia de esta área psicológica sobre el desarrollo fisiopatológico de los sujetos infectados con el virus de inmunodeficiencia humana.

El trabajo incluye una revisión de las más importantes contribuciones sobre el tema del autoconcepto.

Se revisarán también el desarrollo y características de la epidemia del SIDA, incluyendo vías de contagio grupos de riesgo y etapas de la enfermedad.

En un tercer capítulo, se revisará la literatura más reciente sobre la enfermedad psicossomática y sobre la influencia de la psique en los procesos vitales.

Posteriormente se hará una descripción de la prueba Tennessee para medir autoconcepto, analizando sus méritos y desventajas.

Una vez estudiados el autoconcepto, el SIDA, y la posible vinculación entre ambos, se procede a describir la forma en que se intenta establecer si existe una relación o no, entre estos fenómenos. Se incluye el diseño de investigación a utilizar y la forma en que serían empleados los diferentes instrumentos, se señalan las hipótesis que surgen del presente problema así como la forma en que deberán analizarse los datos obtenidos.

Obua era el nombre del joven nacido en la tribu de los Amatis, antiguos habitantes de una región central de África. Los Amatis guiaban sus relaciones sociales de acuerdo a las reglas impuestas por siglos de tradiciones, creencias y coincidencias.

Obua, a sus 18 años, ya había logrado adquirir una posición confortable dentro de la jerarquía tribal. Gozaba de los beneficios que su rol primogénito le confería siendo respetado por todos y querido por sus familiares y amigos. Todo esto cambió después de aquel día.

Obua regresaba tras una no muy productiva jornada de caza, cuando encontró a Init frente a su choza. Init era cuñada de Obua hasta esos momentos se le consideraba una muchacha trabajadora y tranquila.

Tras unos minutos de conversación, Init comenzó a sentirse extraña. Nunca se había sentido así. En el momento en que pensaba esto, Init cayó al suelo y comenzó a convulsionar.

Ni Obua, ni las otras personas que observaban a unos metros, habían presenciado jamás lo que ahora se conoce como un episodio epiléptico, Obua, quedó paralizado ante lo que veían sus ojos.

Uno que presenciaba la escena fue corriendo a traer al chaman de la tribu. Cuando el médico brujo llegó junto a Obua, Init continuaba convulsionando. El chaman miró profundamente a Obua y comenzó a gritar unas palabras que Obua nunca había escuchado. Mientras retrocedía, observó cómo algunos ancianos de la tribu repetían absortos las palabras del chaman, en tanto un par de mujeres salían corriendo del lugar.

Entonces el chaman se acercó a Init, agitó una pluma extraña sobre su cabeza y entonó un canto en el lenguaje de los dioses que solo él conocía.

Diez segundos después, las convulsiones de Init cesaron. Para entonces, gran parte de la tribu presenciaba la escena. La mayoría se preguntaba qué le había sucedido a Init, y esperaban intrigadas a que el gran chaman explicara lo ocurrido. El médico brujo se puso de pie, señaló con un brazo a Obua y dijo una palabra. Todos voltearon a ver a Obua.

Cuando los Amatis se enfrentan a un acontecimiento desconocido, recurren como lo hacen todas las culturas, a la magia. Para ellos la magia constituye una parte fundamental de su pensamiento y de su interpretación del mundo. La palabra "demonio" expresada por su venerado chaman, atemorizó a todos. Comprendían que Obua estaba poseído por un demonio, quién a su vez había intentado embrujar a Init.

La mayoría conocía lo que se debía hacer en casos de posesiones, los que no, se enteraron cuando el chaman anunció: "Obua ha muerto"

Desde ese momento, nadie volvió a hablarle a Obua. Las leyes lo decían claramente: "Los demonios no pueden hacer daño en tanto se les ignore por completo. Al hacerlo así, el demonio, abandona el cuerpo poseído y lo deja morir en paz".

De ese modo, Obua fue aislado por completo de su comunidad. Perdió todo el respeto dentro de la jerarquía. Ni siquiera su familia y amigos hablaban ya con él. Para ellos, era un muerto embrujado, no era realmente Obua.

Después de unos meses Obua se encontraba al borde de la muerte. En realidad él no tenía razones para dudar de que en efecto, estaba poseído y que moriría

pronto. Se sentía culpable por haberle permitido al demonio entrar en su cuerpo. Se reprochaba aquellas cosas que hizo y por las cuales fue poseído.

Sin el marco social en el que vivía, sin poder comunicarse con nadie, siendo tratado como si no existiera y sin poder acceder a esas cosas que lo ataban a la vida, Obua se deterioró cada vez más; hasta que murió.

CAPITULO I

EL AUTOCONCEPTO

El Autoconcepto o concepto de sí mismo ha sido estudiado por diversos autores pertenecientes a escuelas filosóficas diferentes. Ello ocasiona, que los puntos de vista, así como la terminología que se utiliza para definir el fenómeno, varíe en función de los distintos enfoques teóricos adoptados por cada autor. La propia definición del concepto de sí mismo es concebida de diferente modo según el autor.

Como afirma L'Ecuyer: "El sí mismo fenomenal y el concepto de sí mismo de Rogers (1951) no abarcan las mismas realidades concretas que el sí mismo fenomenal y el concepto de sí mismo de Combs y Snygg (1959); igual sucede comparando el sí mismo social de Mead (1934) con el de Sullivan (1953), o con el Sarbin (1952); y así sucesivamente con referencia a términos más específicos: imagen corporal, estima de sí mismo..." Además señala que existen "...numerosas y sutiles distinciones y también subdistinciones utilizadas para diferenciar el concepto de sí mismo (self del ego, el "yo" el "mi"), el sí mismo en tanto percepción o en tanto que proceso... concepto de sí mismo simple o multidimensional" (L'Ecuyer, 1985)

Así, nos encontramos con que una definición general de autoconcepto dejaría fuera ciertas cualidades o significados en los que cada autor hubiera preferido poner mayor énfasis.

Aunque existen desacuerdos en cuanto al valor del autoconcepto, es innegable que la sensación de poseer un self, un sí mismo, resulta un fenómeno que amerita ser estudiado a fondo. A continuación se revisarán las principales vertientes y nociones del concepto de sí mismo. Para ello seguiremos a L'E-

cuyer (1985) ya que realiza una muy esclarecedora visión de la relación entre las dimensiones que abarcan los diversos autores al estudiar el concepto de sí mismo.

TEORIAS DEL CONCEPTO DE SI MISMO

El estudio del concepto de sí mismo tiene como precursores principales a Allport, Baldwin, Cooley, James, Symonds y Wallon. Es a partir de las ideas de estos investigadores que otros autores como Erickson, Sullivan, Rogers, Horrocks, L'Ecuyer, Jacobson, Freud, Epstein, Kohut o Horney abordan el estudio del concepto de sí mismo. (Valero, 1990)

Dentro del enfoque fenomenal del concepto de sí mismo encontramos dos grandes corrientes. El enfoque social y el enfoque individualista. Revisemos los postulados y precursores de estas vertientes:

ENFOQUE SOCIAL:

El enfoque social hace especial énfasis en la influencia del medio en la formación del autoconcepto. Los más directos precursores de este enfoque son James Mead y Wallon, quienes mostraron la importancia de la relación con el otro y del aprendizaje de roles y la comunicación interpersonal en la construcción del autoconcepto.

La importancia de William James en el estudio del concepto de sí mismo reside en la aportación de un punto de vista dinámico y en el carácter multidimensional del concepto de sí mismo.

Este autor propone cuatro componentes del concepto de sí mismo: "sí mismo material" referido al cuerpo y posesiones. "Sí mismo social" que proviene de la relación con el entorno en especial con personas significativas. "Sí mis-

mo espiritual" que comprende facultades, disposiciones intereses etc. que una persona reconoce como propias y "Puro ego" referente al sentido de identidad y de continuidad. (L'Ecuyer, 1985)

René L'Ecuyer afirma que el concepto de sí mismo consiste en una organización compleja que reúne algunos elementos fundamentales o características globales en torno a los cuales se agrupa un determinado grupo de aspectos más específicos. El concepto de sí mismo se articula en tres niveles sucesivos: Estructuras, subestructuras y categorías.

Las estructuras se dividen en:

"sí mismo material" (el cual comprende al cuerpo y sus posiciones) "sí mismo personal" (referente a características como la imagen de sí mismo e identidad de sí mismo), "sí mismo adaptativo (la relación entre el individuo y sus percepciones de sí mismo) determinando el "valor de sí mismo".

James identificó dos diferentes aproximaciones en relación al sí mismo. En una se consideraba al self como un "conocedor" y en otra como "objeto del conocimiento". (Epstein, 1973).

Cooley, Mead, Wallon y Baldwin han profundizado en la idea de James. Cooley introdujo el concepto de self espejo, que es la forma en que el individuo se percibe en relación como los otros lo perciben.

George Mead expandió la teoría del espejo de Cooley. Estima que el self es esencialmente una internalización de los aspectos de un proceso social o interpersonal. Existe en la imaginación y simbolización, siendo organizado por cada individuo según su percepción de cómo los otros lo perciben. (Feinhold, 1988)

De acuerdo con Mead, existen tantos "sí mismos" como roles sociales existan. (Epstein, 1973)

Wallon propone una secuencia en el proceso de diferenciación yo no yo, hasta llegar a un reconocimiento del sí mismo. Desde su perspectiva, es sólo con "el otro" que se hace posible un concepto de sí mismo (L'Ecuyer, 1985)

Otro autor relevante es T.R. Sarbin. Con su "teoría del papel" pone de manifiesto la forma en que el concepto de sí mismo es moldeado constantemente dependiendo del rol que se esté desempeñando en un marco dado. (L'Ecuyer, 1985)

Para Sullivan, al igual que para Cooley y Mead, el sí mismo surge de la interacción social. Sin embargo, Sullivan hace énfasis en la relación temprana con la figura materna, más que con la sociedad en general. Identifica al sistema de sí mismo como una organización cuyo fin es minimizar los eventos que producen ansiedad. Así el sistema del sí mismo tiene como función principal el aliviar un afecto displacentero en el individuo. (Epstein, 1973)

Otros autores que se revisaran más adelante como Rogers, Horney, Spitz, Jacobson y Kohut, centran también la relación con la madre como un determinante importante en la formación de sí mismo.

L'Ecuyer resume la dirección que sigue este enfoque social del siguiente modo: "A los procesos teóricamente más internos de diferenciación sí mismo-prójimo, viene a añadirse la importancia de la naturaleza de los papeles impuestos por una sociedad en la organización jerárquica global cada vez más compleja de los diversos elementos del concepto de sí mismo del individuo durante su evolución".

La pregunta que según el enfoque social debe ser analizada en el estudio del autoconcepto es: ¿Quién soy yo en relación con el prójimo?

ENFOQUE INDIVIDUALISTA

En este enfoque la importancia del "otro" es más limitada. Se considera entonces que son principalmente los mecanismos internos a través de los cuales se desarrollará el concepto de sí mismo.

Aun cuando este enfoque no niega la influencia del ambiente tiende más a rescatar la capacidad del individuo de seleccionar las percepciones externas e internas para lograr una concepción de sí mismo individualizada. El enfoque individualista se apoya en el postulado del predominio de la percepción del individuo como realidad básica (L'Ecuyer, 1985).

Entre los autores más destacados dentro del enfoque individualista encontramos a E.T. Bugental, L'Ecuyer y Super.

Bugental es uno de los autores que más ha contribuido al análisis de la experiencia personal del individuo. Para él, el sí mismo es un "sistema perceptual aprendido que funciona como un objeto dentro del campo perceptual.

Algunos de los principales méritos de Bugental y sus colaboradores son, haber desarrollado un modelo que incluye un instrumento de análisis del proceso de diferenciación sí-mismo-no sí-mismo, así como poner en evidencia la necesidad de analizar el concepto de sí mismo mediante el contenido de la experiencia personal del propio sí-mismo.

Por su parte Donald Super subrayó la importancia de identificar las dimensiones internas del concepto de sí mismo. De este modo ha logrado un análisis cualitativo importante. (L'Ecuyer, 1985).

EL CONCEPTO DE SI MISMO EN LA TEORIA PSICOANALITICA.

En los comienzos del psicoanálisis, la estructura denominada "yo" por Freud se restringía a una instancia psíquica centrada en la acción del mediar y regular entre el "ello" (Depositorio de la energía libidinal) que busca la satisfacción de ciertas necesidades y el "Superyo" (representante del mundo exterior) en donde se encuentran internalizadas las normas o las demandas con las que la sociedad refrena las solicitudes del ello. (L'Ecuyer, 1985).

No es sino hasta 1914 que Freud en su "Introducción al narcisismo" comienza a esbozar una ampliación del concepto "yo" para incluir una dimensión perceptual, incluida la percepción de sí mismo. (Feinhold, 1988)

Hartman es el principal precursor de la separación conceptual del yo como sistema psíquico y el self como concepto referido a uno mismo. El concepto del self incluiría así el Ello, Yo y Superyo, junto con la representación del self frente a sí mismo.

Otros autores han considerado igualmente al self como la personalidad integrada como un todo. Heinz Kohut mantiene que el self es un contenido del aparato psíquico, pero no es ninguna de sus instancias sino el núcleo de la personalidad formado a través de las representaciones simbolizadas, coherentes o contradictorias, de una porción grande del material perteniente al Ello, al yo y al Superyo. (L'Ecuyer, 1985)

Kohut explica la necesidad de formular una psicología del self al tratar a pacientes que presentaban una vulnerabilidad específica de su autoestima; "El análisis de los conflictos psíquicos no resultó suficiente para la disminución de la problemática en estos pacientes. Se descubrió que estos reactivaban ciertas necesidades narcisistas por deficiencias en su self". (Kohut, 1978)

Este tipo de padecimiento recibió el nombre de "trastorno narcisista de la personalidad". Kohut habla de dos tipos de modalidades de transferencia (sensaciones relacionadas con figuras significativas de la infancia que se reviven durante el tratamiento psicoanalítico y son dirigidas al terapeuta): Transferencia espejeada e idealizadora. En la primera, una deficiencia para responder a necesidades de aceptación y confirmación (espejo) en el niño por parte de las personas significativas generan esta transferencia. En la transferencia idealizadora, emerge la necesidad de fusionarse con una figura idealizada de fortaleza y tranquilidad. (Kohut, 1978)

Al estudiar estos fenómenos, Kohut concluye que el trastorno se centra más en un self defectuoso que en conflictos libidinales o agresivos proponiendo el término de "self object" para designar a un objeto vivido como parte del propio self del cual el infante requiere recibir ya sea vigor y grandiosidad o bien calma y seguridad. (Kohut, 1978)

Edith Jacobson retoma la diferenciación hecha por Hartman y define al yo como un "sistema mental estructural" convirtiendo al yo en una estructura más englobante más que un simple agente mediador entre el Ello y el Superyo. Para ella, el concepto de sí mismo se relaciona con la persona entera, incluyendo su cuerpo así como su organización psíquica, y constituye un término descriptivo auxiliar referido a la persona en tanto que ente distinto a los del mundo circundante (L'Ecuyer, 1985).

Jacobson define al self como aquello que se experimenta como la propia realidad subjetiva interna y que se puede delimitar objetivamente de la realidad externa. Las primeras imágenes del sí mismo emergen de la percepción gradual de una distinción entre sí mismo y objeto, reforzada por las sensaciones placenteras o desagradables en función del objeto gratificador. (Valero, 1990)

Vemos como para la teoría psicoanalítica el sí mismo representa el conjunto de las percepciones que el individuo posee de sí mismo, y ejerce su influencia en el comportamiento en la medida en que se mantenga la armonía entre las diversas representaciones del individuo. Los mecanismos de defensa pueden entrar en acción y deformar la realidad para salvaguardar las percepciones del sí mismo.

CAPITULO II

EL SIDA

A. REVISION HISTORICA DEL DESARROLLO DEL SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) aparece por primera vez en 1979, pero fue hasta 1981 que el padecimiento llamó la atención de la comunidad médica. El porqué apareció en ese preciso momento es una cuestión por completo desconocida. (Daniels, 1988)

Los primeros casos informados se refieren a cinco homosexuales jóvenes que se habían tratado en hospitales de Los Angeles de una infección pulmonar rara conocida como *Pneumocystis carinii* (NPC), la cual es una infección que solo ocurría en individuos cuyo sistema inmunológico estaba seriamente dañado. Esta ocurrencia de NPC en individuos sin un historial clínico de padecimiento del sistema inmunológico hizo sospechar a la comunidad médica que se encontraban ante un padecimiento hasta entonces desconocido. (Miller, 1989)

Simultáneamente llegaron informes de 26 homosexuales entre 20 y 40 años que habían desarrollado una forma grave de cáncer llamado Sarcoma de Kaposi, cuya aparición se restringía (en Europa y América) a varones de edad avanzada. (Miller, 1989)

La aparición de estos dos trastornos, sugirió la existencia de una nueva entidad patológica. Ambos casos presentaban como característica común, un deterioro de la capacidad inmunológica. Tras haber establecido el carácter adquirido más que heredado del padecimiento se le designó como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

A medida que continuaron las investigaciones se identificó la naturaleza epidémica del brote con casos en homosexuales, adictos a drogas por vía intravenosa, hemofílicos y haitianos.

En adelante se observó un crecimiento exponencial de la epidemia abarcando cada vez más a sectores de la población hasta entonces no incluidos dentro de los denominados grupos de riesgo.

Así, encontramos que el grado de incidencia en hombres y en mujeres que en 1980 guardaba una relación de 122 a 1, es en 1991 de 9 a 1 en E.U. y de casi 1 a 1 en Haití. (Time International, 1991).

Desde el principio se pensó que el agente causal del SIDA era un virus, ya que se había demostrado que los virus podían causar inmunodeficiencia y la transformación maligna de células normales.

Mas adelante, se determinó que el padecimiento era producido por un retrovirus nuevo, similar a los virus de leucemia de células humanas.

Cuando al fin fue aislado el virus causante del SIDA se encontró que se trataba de un retrovirus que atacaba a las células humanas, por lo que recibió el nombre de HIV (Human Immunodeficiency Virus) o Virus de Inmudeficiencia humana (VIH).

Los retrovirus son virus RNA capaces de formar DNA e introducirlo en el DNA de la célula del huésped utilizando la maquinaria de reapiación de estas para reproducirse o transformar las células del huésped en malignas. (Daniels, 1988)

B. ORIGENES DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Los orígenes del SIDA son desconocidos. Existen quienes consideran que el virus VIH surgió primero en África Central. Esta teoría se basa en el gran parecido encontrado entre el virus tipo III Linfotrópico de células T de simios africanos y el VIH. Además se encontraron anticuerpos al VIH en muestras de sangre de la década de los 70 perteneciente a humanos africanos, junto a una alta incidencia del Sarcoma de Kaposi en África Central. (Miller, 1989)

Otros han sugerido que el VIH es un producto elaborado en laboratorios de Estados Unidos o la URSS dedicados a la guerra bacteriológica. La teoría del Origen Africano de la enfermedad parece reunir un número mayor de pruebas a su favor, que la referente a los laboratorios de guerra bacteriológica.

Con todo, el origen del Virus de inmunodeficiencia Humana permanece como misterio requiriéndose una intensa investigación en el área para esclarecer la cuestión.

C. El VIH

El principal efecto del VIH es el ataque y depresión selectivos de células inmunológicas específicas, en especial, un subgrupo de linfocitos conocidos como linfocitos T colaboradores que producen sustancias químicas denominadas linfocinas, que ayudan a las células B a reconocer cuerpos extraños y producir anticuerpos. (Miller, 1989)

Una vez dentro de la célula, el VIH produce una sustancia llamada transcriptasa inversa, con la cual se elabora D.N.A. a partir de R.N.A. El D.N.A. del virus se inserta entonces en el D.N.A. de la célula huésped haciendo imposible diferenciar entre el virus y su huésped. Este D.N.A. reestructurado elabora copias del VIH. (Miller, 1989)

Algunas de estas copias brotan de la célula e infectan otros linfocitos T colaboradores, contribuyendo a la destrucción del sistema inmunológico.

D. TRANSMISION DEL SIDA

Existen pruebas firmes de que el virus del SIDA se transmite a través de los siguientes cuatro mecanimos:

- 1) Por contacto sexual.
- 2) Por transferencia de productos hematológicos.
- 3) Uso compartido de agujas y jeringas en adictos a drogas intravenosas.
- 4) Por transferencia transplacentaria y perinatal. (Daniels, 1988).

1) Contacto sexual.

El grupo de riesgo en donde predomina la transmisión del virus del SIDA por contacto sexual son los varones homosexuales, bisexuales, contactos heterosexuales de bisexuales masculinos y las prostitutas. La actividad que implica el riesgo más alto de infección es la penetración anal. Esto al parecer se debe a que la pared del recto es relativamente delgada y la piel del pene frágil, dando lugar a que se de intercambio de sangre a través de lesiones leves. Además, se ha encontrado que el semen puede contener la presencia del virus.

Aun cuando se piensa que es más difícil que penetren microorganismos a través de la pared vaginal, cada vez es más frecuente la infección heterosexual.

El riesgo de contagio se eleva considerablemente cuando la actividad sexual es promiscua, por lo cual las prostitutas pasan a formar parte de los denominados grupos de riesgo.

2) Por transferencia de productos hematológicos.

Los hemofílicos son el grupo más afectado por este mecanismo. Estos sufren un trastorno genético por el cual carecen del suministro de ciertos factores necesarios para la coagulación de la sangre. Para poder llevar una vida razonablemente normal, estas personas deben recibir transfusiones sanguíneas frecuentemente. Hasta hace poco, la transmisión de VIH por transfusión sanguínea constituía un mecanismo que por cual se infectaba un número muy grande de pacientes homofílicos. Afortunadamente, hoy en día se realizan controles rigurosos en todo el mundo para asegurar la pureza de los contenidos hematológicos.

3) Uso compartido de agujas y jeringas en adictos a drogas intravenosas.

Es práctica común entre adictos a drogas que se suministran por vía intravenosa el compartir las jeringas y agujas utilizadas. Los restos de sangre infectada tanto en la aguja como en la misma jeringa, pueden penetrar de este modo en el organismo de estas personas.

4) Por transferencia transplacentaria y perinatal.

Se sabe que el virus del SIDA puede pasar de la madre al bebé en gestación por vía transplacentaria o a través de la leche materna. Inclusive se habla de que en las secreciones cervicales y vaginales de mujeres infectadas es posible encontrar al virus VIH, pudiendo ser transmitido al infante durante el nacimiento. (Stein, 1987)

E. GRUPOS DE RIESGO.

Como se observó en el apartado anterior, los principales grupos de la población con mayor riesgo de ser infectados por el virus son:

1. Homosexuales-bisexuales y sus parejas heterosexuales.

2. Drogadictos por vía intravenosa.
3. Hemofílicos o receptores de transfusiones.
4. Niños nacidos de madres infectadas.
5. Contactos heterosexuales (Stein,1987)

F. EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.

Las personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana pueden progresar en un tiempo variable a través de los siguientes trastornos:

1. Seropositividad asintomática.
2. Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)
3. Complejo relacionado con SIDA (CRS)
4. SIDA plenamente manifiesto

Seguendo a Daniels (1988) estas etapas reúnen las siguientes características:

1. Seropositividad Asintomática.

Los pacientes infectados con el virus del SIDA pueden mantenerse asintomáticos por un largo periodo de tiempo. Incluso no todos los individuos seropositivos desarrollarán la enfermedad.

2. Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)

La LGP se refiere al crecimiento generalizado y persistente de ganglios linfáticos. Este síndrome es un precursor o una forma frustrada de SIDA. Los ganglios aumentan de tamaño, endurecen y no suelen ser dolorosos. En la linfadenopatía generalizada se afectan principalmente los ganglios cervicales, axilares e inguinales.

Es importante aclarar, que muchos individuos no progresaran de la LPG al SIDA. Los factores que se requieren para tomar a la LPG como prodromo del SIDA son:

- Sudoraciones nocturnas
- Disminución de leucocitos.
- Fiebre, pérdida de peso, fatiga.
- Disminución del tamaño de los ganglios linfáticos con la presencia de síntomas.
- Herpes y candidiasis bucal.

3. Complejo relacionado con el SIDA (CRS)

El CRS puede definirse como una infección por VIH sin tumor o infecciones oportunistas. El diagnóstico de CRS es menos benigno que el de LPG.

Los principales síntomas del CRS son:

- Malestar y letargo intensos.
- Pérdida de peso mayor al 10%
- Diarrea por más de un mes.
- Fiebres o sudoraciones inexplicables.

Estos síntomas suelen ser acompañados por los siguientes signos clínicos:

- Candidiasis bucal.
- Leucoplaquia bucal.
- LPG
- Bazo crecido.
- Eccema seborreico y foliculitis.

Anormalidades de laboratorio

- Disminución de células T colaboradoras
- Anemia, leucopenia, trombocitopenia o linfopenia
- Aumento de Globulina serica
- Disminución de la respuesta blastogenica de linfocitos a mitogeno.
- Anergia cutánea.
- Aumento de complejos inmunológicos circundantes.

Para diagnosticar a un paciente de CRS, este debe tener al menos un síntoma, un signo, y una anomalía de laboratorio, además de no presentar tumores o infecciones oportunistas.

4. SIDA

El SIDA propiamente dicho, se define una enfermedad que presenta una deficiencia inmunológica con presencia de infecciones oportunistas graves a nivel pulmonar, gastrointestinal y del sistema nervioso, así como casos de un cáncer raro llamado Sarcoma de Kaposi.

Este criterio debe incluir la no presencia de una causa subyacente de deficiencia inmunológica que explique el deterioro del sistema.

Los siguientes trastornos ocurren con frecuencia en pacientes con SIDA.

1. Neoplasias malignas
2. Trastornos autoinmunes
3. Condiloma acuminado (verrugas genitales)

Algunos de los síntomas y signos que sugieren el desarrollo del SIDA son:

Linfadenopatía generalizada persistente.

Fatiga intensa persistente por varias semanas.

Pérdida considerable de peso.

Fiebre y/o sudoraciones nocturnas persistentes.

Sarcoma de Kaposi o *Pneumocystis carinii*.

Herpes y otras afecciones cutáneas.

Candidiasis bucal y esofágica.

Diarrea profusa y crónica.

Letargo y depresión.

Encefalitis y demencia así como falta de concentración, deterioro del habla y de la visión.

CAPITULO III

LAS ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS

Recordemos a nuestro conocido Obua.

Tras ser ignorado por la sociedad Obua murió. Es posible que su situación haya coincidido con una enfermedad orgánica que de cualquier forma le hubiera conducido a la muerte. No obstante, existen numerosos casos similares al de Obua descritos por diversos investigadores dedicados al estudio de sociedades que se han mantenido al margen de las influencias de la civilización en donde quedan de manifiesto el deterioro o la muerte de personas expulsadas de su comunidad. Sin el marco social, sin la aceptación virtual de la existencia del individuo, tanto por parte de los demás como por sí mismo, se da una aceptación tanto psíquica como somática al designio de muerte. "¿Cómo confirmar que existo si nadie cree que existo?"

Una vez revisadas ciertas nociones sobre el autoconcepto, no resulta difícil el discernir la importancia del otro en el buen funcionamiento del autoconcepto.

A continuación se presentará una síntesis de algunos estudios abocados a la relación entre diversos estados afectivos y vinculación con el desarrollo de enfermedades somáticas.

1.- LA ENFERMEDAD PSICOSOMATICA Y LA PERSONALIDAD

A través de la historia en las diversas escuelas de pensamiento ha prevalecido la noción de una separación entre mente y cuerpo. Sin embargo, la medicina psicosomática ha puesto de manifiesto que la división mente cuerpo es una dicotomía falsa.

La función mental humana, consciente e inconsciente, esta íntegramente conectada con la función del cerebro en el cuerpo, y la integridad del cerebro y cuerpo esta intrincadamente relacionada a la función mental. Hay evidencias proveniente de los campos de la genética: Mendelwicz J. Fleiss J.L., Fieve RR., Rosenthal D., la neurofisiología: Flor-Henry la fisiología: Holzman, Proctor, Levy Metzger, y la epidemiología: Torrery, Peterson MR al igual que las teorías multifactoriales y de estres que apuntan a la influencia mutua entre psique y soma. (Schoemberg 1978).

Gregorio Valner (1964) en su artículo "El yo y la enfermedad psicósomática" señala la relación entre la mente y el cuerpo. Cita a Shilder quien afirma: "Una imagen que cada uno tiene sobre sí mismo indica que aun cuando viene a través de los sentidos, no es solo una percepción. A esto se le llama imagen corporal, y no es sino el resultado de una relación objetal del yo con el cuerpo".

Valner concluye que: "Cualquiera que sea el origen de la enfermedad yóica, esta puede alterar el funcionamiento del yo corporal y utilizando mecanismos proyectivos, situar el peligro en un órgano, aparato o sistema que ha sido previamente traumático o bien proyectarse a órganos o sistemas con un simbolismo especial para el paciente".

Z.J. Lipowsky (1973) en un interesante artículo sobre las actuales tendencias de la teoría e investigación en la medicina psicósomática, pone de manifiesto la importancia del cambio social y la capacidad del individuo para manejar dichos cambios en relación al funcionamiento somático.

Lipowsky cita a Cassel, quien estudia también la influencia del ámbito social: "Una densidad creciente de la población aumenta la importancia del entorno social como una fuente de estímulos que evoca respuestas fisiológicas que

influyen sobre la susceptibilidad general a la enfermedad. Parecen ser importantes la calidad de las interacciones sociales y la posición dentro del grupo".

Otros ejemplos representativos de estudios sobre el cambio social y la salud son proporcionadas por el trabajo de Hinkle, Holmes, Rahe y por el trabajo de Engel, Schmale y sus colaboradores sobre el complejo "Rendirse-rendido" (Giving up given up) como un escenario común para el inicio de cualquier enfermedad. (Thurlow, 1967)

El complejo "rendirse-rendido" descrito por estos autores se refiere a una experiencia subjetiva percibida por el individuo como:

1. Un sentimiento desagradable descrito en términos como "es demasiado" "no vale la pena"-"me rindo", y puede ser atribuido a fracasos e insuficiencias del self y del ambiente.
2. Una percepción del self como menos competente o en control, menos capaz de funcionar en la forma acostumbrada.
3. Un sentimiento de ruptura o rechazo en las relaciones interpersonales.
4. Percepción de que las expectativas pasadas del self o del ambiente ya no son válidas.
5. Un sentimiento de pérdida de continuidad entre pasado y futuro, donde el futuro parece negro y sin recompensas.

Schmale indica que la reacción "me rindo" puede ser de dos tipos: Helplessness y Hopelessness, y sugiere que los estados psíquicos de Helplessness y Hopelessness pueden estar relacionados con una vulnerabilidad biológica aumentada. Sugiere también una alta incidencia de reacciones tipo depresión o pérdida de objetivo relacionadas con el aumento de la vulnerabilidad biológica (Thurlow, 1967)

A continuación aparecen algunos experimentos sobre la influencia de diversos rasgos de personalidad en la disposición a enfermedades.

En un estudio que relacionó diversos aspectos de la personalidad con la incidencia de enfermedad respiratoria entre 24 empleados de oficina durante un periodo de seis meses, Hinkle LE. Jr, reportó que “aquellas que encajan más cómodamente en los nichos dados, quienes por sus antecedentes, temperamento y personalidad parecen ser más apropiadas a la situación en que se encuentran, parecen tener un mejor estado de salud. (Thurlow, 1967)

Estudios clínicos y experimentales han identificado algunos de los factores de riesgo más importantes que influyen en el mantenimiento, ruptura y/o restauración de la homeostasis. Además de la presencia de estímulos potencialmente patógenos (bacterias, virus, etc.), éstos incluyen una predisposición o vulnerabilidad, determinada genéticamente o de alguna otra forma, a un proceso patológico específico, la existencia de circunstancias ambientales aflictivas, la (determinada experiencialmente) percepción del grado al cual las condiciones psicosociales prevalcientes amenazan o realmente fracturan la integridad psicológica o fisiológica del individuo y, finalmente, la capacidad del individuo o los recursos externos que tiene disponibles para manejar o para adaptarse a las exigencias y eventos que le impone el ambiente. Dada la presencia de estimulación potencialmente patogénica, teóricamente, al menos, existirían condiciones óptimas para el desarrollo de una enfermedad si existe una alta predisposición, 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)

Parece existir una relación entre la pérdida de objeto y la enfermedad. Parens H. MacConville B.J. y Taplan S.M. intentaron predecir la frecuencia de enfer-

medad en respuesta a la pérdida de objeto en un estudio con estudiantes residentes del primer año de enfermería. Se observó la tendencia a asociar calificaciones altas en pérdida de objeto con frecuencia alta de enfermedad. (Wylie, 1974)

Robert Ader (1979) por su parte, destaca la influencia de factores 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 organismo.

Varios estudios han examinado los efectos de la estimulación temprana sobre la susceptibilidad a una variedad de procesos patológicos, incluyendo lesiones gástricas, enfermedad neoplásica y enfermedad infecciosa. (Ader, 1979)

Ader establece que los eventos ocurridos durante el curso del desarrollo pueden influenciar la susceptibilidad a la enfermedad, pero que, un evento dado no influirá del mismo modo sobre todos los individuos. Al ser expuestas a los mismos patogénicos, algunos individuos manifestarán enfermedad, mientras que otros no.

Un factor particularmente importante en la vulnerabilidad a ciertas enfermedades lo constituye el estrés. A continuación se revisarán algunas aportaciones sobre la influencia del estrés en el desarrollo de las enfermedades.

Investigaciones clínicas y experimentales han identificado al estrés como uno de los principales factores que contribuyen a la susceptibilidad a la enfermedad.

Según Rober Ader, los eventos ocurridos durante el curso del desarrollo pueden determinar los tipos de eventos subsecuentes que serán percibidos como "estresantes" y la capacidad del individuo para manejar las demandas a nivel ambiental biológico o psicosocial. (Ader, 1979)

Joseph R Calabrese (1987) afirma que existe clara evidencia de que el estrés y la depresión, pueden comprometer los componentes del aparato inmunológico.

Selye cree que el estrés juega un papel importante en el desarrollo de las enfermedades y que esos efectos pueden ser curativos o dañinos, dependiendo de si las reacciones bioquímicas características del estrés combaten o acentúan el problema (Cooper, 1984)

Solomon ha proseguido una prometedora investigación sobre la influencia del estrés psicológico en las reacciones inmunes. (Lipowsky, 1973)

Para Solomon, la enfermedad puede ser inducida por el estrés y el fracaso de las defensas psicológicas, y que la descompesación emocional de individuos predisuestos resulta en enfermedad manifiesta (Amakraut, 1975).

Siguiendo a Amakraut "Los cambios inducidos por estrés en los sistemas inmunes son generalmente pequeños y determinan el curso de la enfermedad básicamente al desplazar el equilibrio entre factores tóxicos y mecanismos de defensa en el proceso de la enfermedad."

A través de la breve revisión de algunos de los autores que tratan el problema del estrés en el desarrollo de la enfermedad llama la atención el grado de certidumbre con que postulan la influencia de estrés psicológico en la enfermedad somática. Más adelante se revisará con más profundidad los efectos

del estrés en el sistema inmunológico, aspecto que resulta de suma importancia para esta investigación.

2 LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA Y EL SISTEMA INMUNOLÓGICO.

Existen hoy en día evidencias procedentes de diversas fuentes sobre el deterioro de la actividad inmunológica en función de ciertas cualidades psicológicas del individuo.

La última década ha producido una serie de estudios que indican que el estrés psicológico y la enfermedad psiquiátrica pueden comprometer la función inmunológica. Estos estudios sugieren que el estado psicológico puede influenciar la susceptibilidad a la enfermedad y/o su curso o pronóstico (Calabrese, 1987)

Alfred Amkraut y George F. Solomon (1975) indican que: "Evidencia indirecta proveniente de estudios clínicos de factores emocionales y de estrés al inicio y en el curso de enfermedades asociadas con la disfunción o hipofunción del sistema inmune, apoyan la idea de que los factores experienciales pueden influir sobre las funciones del sistema inmunológico.

Según estos autores, la estructura de la personalidad, el estilo de manejar los eventos de la vida, la integridad de las defensas psicológicas y la presencia de depresión, son factores que requieren una evaluación periódica con el fin de lograr una identificación de individuos predispuestos con la consecuente posibilidad de una intervención preventiva, ya sea a nivel psicológico o inmunológico.

"Para conducir a una enfermedad manifiesta, puede ser necesaria la combinación de un factor inmune, que en sí mismo puede tener correlaciones de

personalidad y el fracaso de las defensas psicológicas y la aflicción emocional" (Amkraut, 1975)

Por otra parte, Robert Ader (1980) asegura que: "Los datos experimentales actualmente disponibles sugieren que los factores biológicos, psicológicos y sociales también contribuyen a la susceptibilidad y respuestas a enfermedades que se creía involucraban a uno o más de los mecanismos de adaptación del cuerpo, el sistema inmune".

Según este autor, parecería que todos los procesos patológicos están sujetos a la influencia de intervenciones sociales de un tipo u otro. "Si puede demostrarse que una interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales puede influenciar la susceptibilidad a la enfermedad debe considerarse la posibilidad de que un análisis biopsicosocial es pertinente en la susceptibilidad a todos los procesos patológicos".

Algunas investigaciones que contribuyen a establecer la existencia de una influencia de factores psicosociales en el sistema inmunológico aparecen a continuación.

Kiecolt-Glaser et al, evaluaron la inmunocompetencia en estudiantes de medicina. Notaron que el estrés producido por los exámenes era capaz de reducir la actividad natural para matar células. En este estudio, los decrementos en la actividad natural para matar células también estaban correlacionados con el grado de soledad. (Citado en Calabrese, 1987)

Para determinar si la soledad y los eventos estresantes de la vida están asociados con alteraciones en inmunocompetencia en pacientes con varios trastornos psiquiátricos, Kiecolt-Glaser et al., evaluaron las respuestas linfocíticas

a PHA y a la actividad del mitógeno carmín incubando los linfocitos de los pacientes con células de tumor radioetiquetadas. Reportaron que un grupo de pacientes con calificaciones altas en la Escala de Soledad de la UCLA mostraban la confluencia de hipercortisolismo, respuestas linfocíticas disminuidas al PHA y a la actividad natural. Esto último sugiere la posibilidad de una sensibilidad comprometida a los antígenos tumorales, virales y alogéneos. (Calabrese, 1987)

Ader R. y Friedman SB. (Ader, 1980) examinaron los efectos de experiencias en la vida temprana sobre la respuesta de un tumor transplantado a la rata. Los resultados de este único estudio indicaron que los diferentes tipos de estimulaciones experimentadas durante la infancia ejercían distintos efectos; que los efectos observados dependían del período de desarrollo en el cual los animales habían sido estimulados, y que el crecimiento del tumor y la mortalidad entre los animales con tumor se veían afectados en forma distinta por el tipo de estimulación y la edad en la cual se impuso. Los autores señalan que los factores experienciales capaces de influir sobre la iniciación de un proceso patológico no son necesariamente los mismos que influyen sobre la respuesta de ese proceso patológico".

Sklar y Anisman han demostrado que la capacidad de manejar las circunstancias ambientales puede influir sobre el crecimiento del tumor y la mortalidad en ratas.

Se han hecho observaciones de alteraciones en la reactividad inmunológica entre sujetos alligidos. Bertrop RW., Lazarius L., Luckhurst E., Kiloh LG., Penny R. y estudios experimentales que sugieren una relación entre los mecanismos de defensas inmunológicas y psicológicos. (citado en Ader, 1980)

Meyer y Haggerty mostraron que el estrés crónico estaba relacionado con un aumento en la infección por estreptococo en 16 familias. En otro estudio, Kasl et al. mostraron que los cadetes militares que experimentaban mayor presión académica estaban más propensos que otros a contraer mononucleosis infecciosa. (Calabrese, 1987)

La depresión constituye un elemento que al parecer puede influir en el funcionamiento del sistema inmunológico. De hecho, las anomalías inmunológicas que se ven en la depresión son muy similares a aquellas que se observan en personas estresadas. Por lo tanto, los individuos deprimidos podrían ser vulnerables a los mismos tipos de enfermedades características de un bajo funcionamiento del sistema inmunológico. (Thurlow, 1967)

3.- LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA Y EL SIDA.

A pesar de que en la actualidad son muy pocas las investigaciones referentes a la posible influencia de factores psicosociales en el desarrollo del SIDA es posible fundamentar esta relación en los hallazgos sobre las alteraciones inmunológicas anteriormente mencionadas.

Dado que el SIDA es producido principalmente por una deficiencia del sistema inmunológico, toda aportación a la comprensión de las influencias que sufre dicho sistema contribuyen a un mayor entendimiento de los procesos psicológicos que intervienen en el desarrollo del SIDA.

Thomas J. Coates (1984) et al. afirma que la investigación psicosocial es esencial para la comprensión y tratamiento del SIDA y del complejo sintomático relacionado al SIDA.

La evidencia de la investigación sobre otras enfermedades infecciosas y crónicas ha demostrado que los factores psicosociales pueden aumentar la sus-

ceptibilidad a la enfermedad influir sobre su curso y contribuir a conductas que promuevan la salud o que la dañen (Coates, 1984).

El por qué algunas personas dentro de los grupos de riesgo contraen la enfermedad mientras que otras no, es una cuestión que impone la necesidad de explorar más a fondo, aquellos elementos psicosociales que pudieran relacionarse con el SIDA. (Coates, 1984).

En el campo de la investigación psicosocial pertinente al SIDA, se requiere de una perspectiva más amplia para mejorar la comprensión de los factores de riesgo, incidencia y avance de la enfermedad. Los tratamientos basados en métodos psicosociales pueden ayudar a contener el curso de la enfermedad y a reducir la incidencia. (Coates, 1984)

A continuación se revisaran algunas aportaciones en relación con el SIDA y su influencia psicológica en tanto enfermedad viral.

En forma similar al SIDA, la Hepatitis B parece ser transmitida a través de un contacto sexual íntimo y no a través de un contacto casual. Sólo el 10% de aquellos infectados con el virus de la Hepatitis B son incapaces de resolver totalmente su enfermedad. (Cohen, 1986)

Kasl, Evans y Niederman (Coates, 1984) encontraron que el riesgo de mononucleosis clínica infecciosa en cadetes de West Point estaba relacionada con la combinación de alta motivación y bajo rendimiento académico.

Las personas infectadas con el virus Epstein Barr (EBV) muestran un amplio rango de respuesta al virus, y esta respuesta está asociada con factores "host" psicosociales. (Dilley, 1985)

En un esfuerzo por incorporar los factores "host" al pensamiento epidemiológico, Levy y Ziegler (1983) propusieron una teoría alterna para explicar por qué solos ciertos individuos en los grupos comúnmente citados desarrollan el SIDA. Propusieron que el SIDA en sí es una infección oportunista que causa enfermedad solo en aquellos que ya están inmunocomprometidos. De igual importancia pueden ser otros factores tales como los hábitos de salud, la nutrición, el apoyo social, y el estrés psicosocial. (citado en Coates, 1984)

Siguiendo a Thomas Coats et al, en el caso del SIDA, deben ser estudiadas las consecuencias inmediatas y a largo plazo del diagnóstico. Las áreas afectadas por este deben incluir el si una persona es capaz de manejar en forma efectiva la enfermedad y las rupturas de vida resultantes: si la persona es capaz de regresar a una vida más o menos normal o su la persona se torna emocional, psicológica o socialmente disfuncional. Los factores emocionales y de personalidad pueden tener una influencia directa sobre el inicio y curso de la enfermedad.

Otros investigadores coinciden con la necesidad de ampliar el estudio de los factores que intervienen en el SIDA. Darrow, Jaffe y Curran, (Cohen, 1986) sugieren que es esencial ampliar los esfuerzos de investigación para incluir una serie completa de factores relacionados al inmunocompromiso, incluyendo los factores ambientales, psicosociales y conductuales.

Resulta importante mencionar aquí, y en relación a los efectos que el diagnóstico puede ejercer sobre el desarrollo del SIDA, algunos hallazgos referentes a las reacciones psicológicas características de los pacientes con SIDA.

Si hemos discutido anteriormente la importancia del estres, la depresión y la capacidad de adaptación ante el cambio social en el desarrollo de enfermeda-

des somáticas, estos factores se vuelven trascendentales en relación al SIDA. Esto se debe a las características particulares que rodean al enfermo de SIDA.

James W Dilley et al. (1985) ha descubierto puntos psicológicos específicos al paciente con SIDA.

Los rasgos más prominentes que parecen ser más específicos al SIDA son: Una fuerte incertidumbre sobre la curso y tratamiento, lo cual lleva a muchos pacientes a sentir enojo y resentimiento. Se presenta un aislamiento social. Aun cuando los temores de abandono social son comunes en todos los pacientes con enfermedades terminales, los pacientes con SIDA o infectados confrontan esta realidad más profunda e inmediatamente.

Hay también la tendencia a buscar implacablemente una explicación. Los pacientes luchan con temores de incapacitación, pérdida de control y muerte. Son comunes la tristeza y la depresión. (Dilley, 1985)

Muchos pacientes ven como sus amigos y familiares se alejan de ellos al momento de ser informados del padecimiento. La relación al principio establecida entre SIDA y homosexualidad, genera el que varios pacientes omitan el informar a sus parientes y amigos acerca del diagnóstico, tendiendo más al aislamiento y a la soledad. Estos pacientes se enfrentan a muchas pérdidas. (Joseph, 1984)

Stuart E. Nichols (1985) en un estudio sobre las reacciones psicosociales de los pacientes con SIDA afirma que una de las más destructivas complicaciones del paciente con SIDA es su impacto sobre las relaciones apoyadoras. El estigma ligado al SIDA, afecta a todos los pacientes, sean estos heterosexuales, mujeres o niños. Los rechazos sociales se sienten profundamente, pue-

den ocurrir cambios en la autoestima identidad y valores, alejamiento de la comunidad y de la familia. En ocasiones, se descubre que la dinámica familiar crea parte de los síntomas antes mencionados, necesitando la familia dichos síntomas para mantener el equilibrio. (Morin, 1984)

Como se puede observar, el paciente infectado por el virus VIH 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, se ven comprometidos de manera mucho más directa que con cualquier otra enfermedad terminal.

CAPITULO IV

TENNESSEE SELF CONCEPTO SCALE (TSCS).

Los reactivos de los que está constituido el TSCS fueron escogidos de un vago repertorio de tres fuentes no publicadas y de algunas autodescripciones de pacientes y no pacientes. No se han ofrecido definiciones explícitas de constructos que hayan guiado la selección de los reactivos. (Wylie, 1974)

DESCRIPCION GENERAL DEL TSCS:

Uno de los instrumentos más ampliamente usados para medir e investigar el autoconcepto es el TSCS, creado por Fitts, en 1965. Este es un instrumento multidimensional: contiene subescalas que reflejan la relación entre cada uno de los componentes del autoconcepto y el nivel total de autoestima. Al desarrollar el TSCS, Fitts y Hammer afirman que al autoconcepto puede subdividirse en dos distintas áreas que reflejan los marcos de referencia del individuo. Estas dos áreas son la interna y la externa. Un marco de referencia interno indica como un sujeto se describe a sí mismo, mientras que un marco externo de referencia indica como el sujeto utiliza situaciones externas para describirse a él mismo dentro de ellas. El marco de referencia interno ha sido, a su vez, subdividido en tres áreas: 1) identidad (como soy) 2) Satisfacción personal (como me siento) y 3) Comportamiento (que es lo que hago). El marco externo, a su vez, se ha subdividido en 5 áreas: 1) self físico. 2) Self ético-moral. 3) Self personal. 4) Self familiar y 5) self social.

El TSCS es un instrumento objetivo, tipo Likert, en donde el sujeto debe marcar su posición en cada uno de los 100 reactivos de los que consta la prueba.

Las respuestas posibles son:

- 1) Completamente falso
- 2) Generalmente falso

- 3) En parte falso y en parte cierto
- 4) Generalmente cierto
- 5) Completamente cierto

La prueba proporciona resultados de cada una de las 15 subescalas que resultan de la intersección de las subescalas internas y las externas. La puntuación de todas estas categorías dan el total de la autoestima. Cada una de las afirmaciones puede ser evaluada en relación a su posición con respecto al marco de referencia interno (filas), con respecto al marco de referencia externo (columnas) y con respecto al puntaje total. (La descripción general fue tomada de Pound, Hasen y Putnam, 1977).

Cada una de las 90 afirmaciones del TSCS fueron incluidas sólo si siete Psicólogos clínicos lograron un acuerdo perfecto sobre su localización dentro de los marcos internos y externos de referencia (Wylie, p. 231). Los 90 reactivos incluidos fueron divididos en partes iguales en descripciones positivas y negativas. A ellos se les añadieron 10 reactivos de la escala de auto crítica (lie scale) del MMPI.

Los reactivos del TSCS fueron clasificados de acuerdo a un sistema fenomenológico (Pound, Hansen y Putnam, 1977). El sistema fenomenológico hace énfasis en el rol consciente de las afirmaciones del individuo. En este caso diremos que el funcionamiento del individuo, su identidad y su satisfacción dependen de la forma consciente en que autodefine.

Confiabilidad

El manual de Fitts reporta los siguiente coeficientes de confiabilidad obtenidos por tests-retest en un lapso de dos semanas y con una muestra de 60 estudiantes: Puntaje total + 0.92. Filas (marco interno de referencia) = de 0.88 a

0.911. Columnas (marco externo de referencia) = de 0.85 a 0.90. (En Wylie, 1974).

Sin embargo se han hecho muchas otras investigaciones con el TSCS en grupos y distintos como pacientes neuropsiquiátricos, delincuentes y niños y para todos ellos no se poseen índices de confiabilidad que pudieran utilizarse. (Wylie, 1974).

Validez

validez convergente: Se obtuvo una correlación de 0.61 entre el TSCS y el Butler-Haigh Q-sort en un estudio conducido por Lake en 1970. Se obtuvo una correlación de 0.70 entre el TSCS y la escala de ansiedad manifiesta de Taylor. (Fitts, 1965).

En un estudio no publicado por Wayne en 1963 (citado por Fitts, 1965), fue encontrada una correlación de 0.68 con la self Rating Positive Affect de Izard. Vincent, en 1968, usando puntajes de las subescalas de Self satisfaction y Personal satisfaction del TSCS encontró una correlación no significativa con las subescalas self acceptance y self control del GPI. Se obtuvieron correlaciones de 0.61-0.67 con puntajes del Security S-II de Maslow. Se obtuvieron correlaciones de 0.39 y 0.43 con puntajes de Confident Adequacy del 16 Pf. (En Wylie, 1974, 0232.).

Validez discriminante: El puntaje total del TSCS tuvo una débil correlación (-0.21) con la escala F. (Fitts, 1965).

Comentarios generales

El TSCS, en contraste con los primeros instrumentos de medición de auto-concepto, enfatizó la multidimensionalidad del self y fue diseñado específicamente para medir factores a priori. Fitts notó la necesidad de una escala que

fuera multidimensional en su descripción del autoconcepto y desarrolló el TSCS para medirlo.

A pesar de su tremenda popularidad, las revisiones del TSCS difieren dramáticamente. En su extensa revisión del autoconcepto y de los instrumentos que lo miden, Crandall (1973) indicó que el TSCS es el mejor instrumento que existía para tal efecto. Bentler (1972) afirma que las varias áreas de contenido del TSCS están bien concebidas, pero también nota que existe una completa ausencia de información con respecto a la estructura interna de la escala, lo cual es sorprendente para un instrumento multidimensional (citado en *Journal of personality and social psychology*, 1988)

Wylie, (1974) concluye que no se ha ofrecido ninguna justificación a priori en términos de criterios metodológicos aceptables ni a partir de resultados empíricos para el uso de la escala. Al igual que Bentler, Wylie critica la ausencia de evidencia sobre la estructura del TSCS y sobre la validez discriminante de sus varias subescalas.

Históricamente, el TSCS es importante por su popularidad, por su énfasis en las dimensiones múltiples del autoconcepto y por su provocativo diseño teórico. Existen más de 800 referencias al TSCS en la literatura especializada y 1350 referencias están contenidas en la bibliografía del TSCS, cubriendo el período de 1965 a 1980.

En los 60, el TSCS pudo haber representado el mejor de los instrumentos existentes para medir autoconcepto, tal y como lo sugiere Crandall, particularmente por su multidimensionalidad, aun y cuando otras revisiones fueron menos favorables. Su continua popularidad demuestra su valor heurístico. Sin embargo, fuera de su importancia histórica y de su valor heurístico, el TSCS

no es un instrumento fuerte, juzgado por los estándares actuales. El TSCS fue diseñado para ser multidimensional pero aparentemente no fueron usados procedimientos estadísticos multidimensionales para la construcción y selección de los reactivos. (Marsh y Richards, 1988)

MEDICION DEL AUTOCONCEPTO EN PACIENTES INFECTADOS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

1. DEFINICION DE PROBLEMAS.

PROBLEMA 1: Este se refiere a la aplicación de pruebas para medir el autoconcepto antes y después del diagnóstico de seropositividad, con el objeto de establecer cómo influye este en el autoconcepto.

PROBLEMA 2: Se intentará establecer si existe una relación entre el autoconcepto y la velocidad de aparición de los síntomas de SIDA.

2. SUJETOS.

Población:

Para este estudio la población estará constituida por varones entre 18 y 30 años infectados por el virus del SIDA, que acudan a la institución elegida en que se realizará esta investigación.

Muestra.

La muestra se obtendrá de forma aleatoria simple. Es decir, del total de sujetos asintomáticos que obtengan un resultado positivo en las pruebas de detección del virus VIH, se seleccionaran al azar 100 sujetos que se incluirán en el presente estudio.

3. VARIABLES.

Dado que en el presente estudio se enfocan dos problemas independientes, a saber, la influencia del diagnóstico en el autoconcepto, y por otra parte, la relación entre el autoconcepto y la velocidad de aparición de los síntomas del SIDA, cada problema cuenta con variables particulares.

Para el PROBLEMA "1", (influencia del diagnóstico) las variables son:

VARIABLE INDEPENDIENTE: La variable independiente la constituye el diagnóstico positivo que recibe el sujeto.

VARIABLE DEPENDIENTE: Está constituida por las posibles modificaciones del autoconcepto medido antes y después del diagnóstico.

Para el PROBLEMA "2" tenemos las siguientes variables:

VARIABLE DEPENDIENTE: Esta la constituye la calificación sobre autoconcepto obtenida de los instrumentos a utilizar.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Se refiere a la velocidad de aparición de los síntomas que constituyen el SIDA, obtenidos a través de exámenes físicos a los sujetos.

Las variables extrañas serán controladas por el método de aleatorización, en tanto los sujetos sean seleccionados al azar.

4. TIPO DE ESTUDIO

En la presente investigación se utilizará un tipo de estudio exploratorio longitudinal. A través de este se pretende confirmar o rechazar las hipótesis establecidas.

5. TIPO DE DISEÑO

Para el PRIMER PROBLEMA se utilizará un diseño antes-después.

En el SEGUNDO PROBLEMA se utilizará un diseño de una sola muestra, con objeto de realizar generalizaciones a cerca de la población bajo estudio.

6. HIPOTESIS

Problema "1":

Hipótesis: Existirán diferencias en los valores de autoconcepto obtenidos antes y después del diagnóstico.

Hipótesis nula: No existe una relación entre el diagnóstico de seropositividad y el autoconcepto.

Problema "2":

Hipótesis: Existe una relación directa entre al menos una área del autoconcepto y la velocidad de aparición de los síntomas del SIDA.

Hipótesis nula: No existe una relación entre los valores presentados en las diversas áreas del autoconcepto y la velocidad de aparición de los síntomas del SIDA.

7. INSTRUMENTOS:

Para esta investigación se utilizarán los siguientes instrumentos:

- a) **Tennessee Self Concept Scale**, para evaluar autoconcepto.
- b) **Escala para autoevaluar el autoconcepto con el formato de diferencial semántico.**

El test de diferencial semántico del autoconcepto fue creado por Jorge La Rosa y Rolando Díaz Loving con objeto de construir y validar escalas para la evaluación del autoconcepto con el formato de diferencial semántico.

El cuestionario consta de 63 pares de adjetivos agrupados en cuatro dimensiones básicas del autoconcepto: ocupacional, ética, social y emocional.

Para la elaboración de este instrumento se aplicaron pruebas "T" student para

verificar la discriminación de los reactivos calculándose también el índice de consistencia interna medida a través del ALFA DE CRONBACH, obteniéndose una consistencia interna del autoconcepto global de 0.94. (La Rosa, 1988)

c) Exámenes físicos periódicos para evaluar la aparición de los síntomas.

A través de estos exámenes aplicados cada tres meses se pretende encontrar el momento en que aparecen los síntomas relacionados con el SIDA propiamente dicho. Para los fines de esta investigación, la aparición de Sarcoma Dckaposi o Pneucocystis Carini acompañados de trastornos autoinmunes graves serán los síntomas que indicarán el momento de aparición de la enfermedad.

8. PROCEDIMIENTO

Del total de sujetos seropositivos que en un periodo determinado soliciten a la institución elegida la prueba para la detección de infección por el virus del SIDA, se obtendrá una muestra al azar de entre quienes resulten positivos.

Se aplicaran los instrumentos en dos tiempos. En un primer momento, ambos instrumentos se aplicarán a los sujetos que, tras haberse sometido a la prueba de detección del virus VIH, son identificados como seropositivos pero que aun no han sido informados de su diagnóstico. Simultáneamente se les realizará un examen físico para comprobar su estado de salud. En una segunda etapa, se realizará un retest de ambos instrumentos dos semanas después de haber recibido el sujeto la información sobre su diagnóstico.

Esta evaluación en dos etapas responde a tres criterios:

- 1- Evaluar la confiabilidad de los instrumentos.
- 2- Estimar como influye el diagnóstico en el autoconcepto y determinar un

nivel de autoconcepto previo al diagnóstico que proporcionará un perfil del potencial de cada individuo en cuanto al desarrollo de su autoconcepto.

- 3- Verificar si existen cambios en el autoconcepto con el paso del tiempo para controlar su influencia como variable extraña.

En el caso del TSCS se evaluarán tanto los factores externos como internos en cada área, así como el total de autoestima.

En el test de autoconcepto por diferencial semántico se medirán los valores de las cuatro áreas incluyendo los factores que las constituyen.

El total de la muestra se conformará sólo después de reunir las partes de la muestra a través del tiempo hasta llegar a cien sujetos.

Una vez que el 80% de la muestra (en vista de que no todos los sujetos desarrollan la enfermedad) haya manifestado síntomas de SIDA, se procederá a realizar el análisis de datos.

9. ANALISIS DE DATOS

PROBLEMA "1"

Se realizará un análisis descriptivo en donde la información será codificada en un diagrama de dispersión. Se utilizará la prueba "T" para muestras apareadas con objeto de establecer la relación o no del diagnóstico con el autoconcepto medido a través de los instrumentos.

PROBLEMA "2"

La información obtenida de las escalas de autoconcepto se organizará primero en tablas de codificación.

Con los resultados individuales obtenidos se elaborará un perfil de la muestra para cada una de las áreas del autoconcepto utilizando una escala ordinal.

Los datos serán tabulados en un diagrama de dispersión para cada una de las áreas. Estos diagramas se puntuarán de la siguiente forma:

Eje de las ordenadas—Distribución de valores obtenidos en el área.

Eje de las abscisas—Distribución de la velocidad en que aparecen los síntomas.

Después de haber elaborado un diagrama de dispersión para cada área relacionando la aparición de síntomas con los valores del autoconcepto, se procederá a realizar la prueba de correlación producto-momento de Pearson.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ader R. (1979). The Role of Developmental Factors in Susceptibility to Disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, Vol. 5, No. 4.

Ader, R. (1980). Psychosomatic and Psychoimmunologic Research. *Psychosomatic Medicine* Vol. 42, No. 3.

Ankraut A. (1975). From Symbolic Stimulus to the Pathophysiologic Responses Immune Mechanosmn. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, Vol. 5, No. 4,1.

Calabrese J.R., Kling, M.A., Gold, P.W. (1987). Alterations in Immunicompetence During Stress, Bereavement and Depression. Focus on Neuroendocrine Regulation. *The American Journal of Psychiatry*. 144:9.

Coates T.J., Temosho K.L., Mancel J. (1984). Psychosocial Research is Essential to Understanding and Treating AIDS. *American Psychologist*. Vol. 19 No. 11.

Cohen M., Weisman H.W. (1986). A Biopsychosocial Approach to AIDS. *Psychosomatics*, Vol. 27, No. 4.

Cooper C.L. (1984). The Social Psychological Precursors to Cancer. *Psychosocial Stress and Cancer*. John Wiley & Sons Ltd.

- Nurnberg G.H. et al (1984). Psychopathology Complicating AIDS. Am. J. Psychiatry 141:1.
- Pound R.E., Hansen J.C., Putman B.A. (1977). An Empirical Analysis of the Tennessee Self Concept Scale. Educational and Psychological Measurement. 1977. 37.
- Schoenberg M. et al (1978)/ The Mind-Body Dichotomy Reified. An Illustrative Case. Am. J. Psychiatry 135:10.
- Serrill, M.S., Warning: Calamity Ahead. Time International, June 3, 1991, No. 22.
- Stein W.A., Cawley J.F. (1989). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Infectología, Año 7, número 5.
- Thurlow J.H. (1967). General Susceptibility to Illness. Canad. Med. Ass. J Vol. 97.
- Valero A. (1990). El Autoconcepto del Adolescente con Neoplasias Malignas en Extremidades. Tesis Profesional Universidad Iberoamericana.
- Valner C. (1964). El Yo y la Enfermedad Psicósomática. Trabajo de ingreso a la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría.
- Wylie R.C. (1974). The Self Concept. University of Nebraska Press-Lincoln Ne.

Daniels, V.G. (1988) SIDA. Manual Moderno, México.

Dilley, J.W., Ochitull H.N., Porl, M., Volberding, P.A. Findings in Psychiatric Consultations with Patients with AIDS. Am J. Psychiatry 142:1, January 1985.

Epstein S. The Self Concept Revisted. (1973). American Psychologist.

Feinhold D. (1988). Autoconcepto en Adolescentes Varones con Problemas de Aprendizaje. Tesis Profesional. Universidad Iberoamericana.

Fitts, W. (1965). Tennessee Self Concept Manual. Nashville, Tennessee: Counselor recording and tests.

Joseph J.G. et al (1984). Coping with the Threat of AIDS. American Psychologist. Vol. 19, No. 14.

Kohut H., Wolf E. (1978). The Disorders of the Self and their Treatment: An Outline. Int. J. Psycho-Anal. 59, 413.

La Rosa, J., Díaz Loving R. Diferencial semántico del autoconcepto en estudiantes. Revista de psicología social y personalidad Vol. 4, Núm. 1, Junio 1988.

L'Ecuyer R. (1985) El concepto de sí mismo OIKOS-TAN, España.

Lipowki, Z.J. (1973). Psychosomatic Medicine in a Changing Society: Some Current Trends in Theory and Reserach. Comprehensive Psychiatry Vol. 14, No. 3.

Marsh H.W., Richards, G.E. (1980). Tennessee Self Concept Scale: Reliability, Internal Structure and Construct Validity. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 55 No. 4, 512-524.

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

Morin S.F., Charis K.A., Malyon A.K. (1984). The Psychological Impact of AIDS on Gay Man. *American Psychologist*. Vol. 39. 39 No. 10.

Nichols S.E. (1985). Psychosocial Reactions of People with the A.I.D.S. *Internal Medicine* 103: 765-767.

Nurnberg G.H. et al (1984). Psychopathology Complicating AIDS. *Am. J. Psychiatry* 141:1.

Pound R.E., Hansen J.C., Putman B.A. (1977). An Empirical Analysis of the Tennessee Self Concept Scale. *Educational and Psychological Measurement*. 1977. 37.

Schoenberg M. et al (1978)/The Mind-Body Dichotomy Reified. An Illustrative Case. *Am. J. Psychiatry* 135:10.

Serrill, M.S., Warning: Calamity Ahead. *Time International*, June 3, 1991, No. 22.

Stein W.A., Cawley J.F. (1989). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. *Infectología*, Año 7, número 5.

Thurlow J.H. (1967). General Susceptibility to Illness. *Canad. Med. Ass. J* Vol. 97.

Valero A. (1990). El Autoconcepto del Adolescente con Neoplasias Malignas en Extremidades. Tesis Profesional Universidad Iberoamericana.

Valner C. (1964). El Yo y la Enfermedad Psicósomática. Trabajo de ingreso a la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría.

Wylie R.C. (1974). The Self Concept. University of Nebraska Press-Lincoln Ne.