

320825



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

23
20j-

“ESTUDIO COMPARATIVO DEL AUTOCONCEPTO EN PACIENTES VIH POSITIVOS A SIDA Y LA INTERVENCION PSICOLOGICA”

TESIS CON
TALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADAS EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
BLANCA GUADALUPE LUNA AGUILAR
ANA MARIA ONTIVEROS ESPINOSA

Director de Tesis: Lic. Víctor Hugo Dorantes Gutiérrez
Revisor: Lic. José Manuel Pérez y Farías



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.

C O N T E N I D O

CAPITULO	INTRODUCCION.....	1
CAPITULO II	MARCO TEORICO	
	AD AUTOCONCEPTO	13
	B) VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS	40
	C) INTERVENCION PSICOLOGICA	53
CAPITULO III	METODOLOGIA	
	PROBLEMA	94
	OBJETIVO GENERAL	94
	OBJETIVOS ESPECIFICOS	94
	VARIABLES	95
	DEFINICION DE VARIABLES	96
	HIPOTESIS	100
	POBLACION Y MUESTRA	101
	TIPO DE MUESTRA	102
	INSTRUMENTO	102
	PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS	112
	DISENO	115
	TIPO DE ESTUDIO O INVESTIGACION	115
	FORMA DE ANALISIS DE DATOS	117
CAPITULO IV	RESULTADOS	133
CAPITULO V	ALCANCES Y LIMITACIONES.....	138
	DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.....	142
	ANEXO	151
	BIBLIOGRAFIA	164

INTRODUCCION

Enfrentarse con la muerte es siempre un reto difícil de afrontar, imposible de evitar, casi resulta inevitable hablar de SIDA sin despertar alarma, sin embargo se trata de un tema de primordial importancia como para no otorgarle la atención que merece, con muchos puntos desde donde tratarlo, como por ejemplo, en aspectos A) médicos: que desde su descubrimiento a la fecha se ha investigado y avanzado mucho más que en otros padecimientos, B) económicos; la prevención del padecimiento ha sido objeto de múltiples investigaciones, sin embargo, en términos de algunos grupos, como en el caso de personas VIH positivas asintomáticas, es decir aquellas que portan el virus de la inmunodeficiencia humana y que no presentan sintomatología observable de alguna enfermedad, relacionada con el SIDA, es escasa sin embargo, se ha hablado y enjuiciado mucho. La persona seropositiva asintomática con un resultado en la mano y a "cuestas", que independientemente de estar infectado, es una persona que vive con el virus ¿con qué contenedor emocional cuenta? ¿qué cambios en el concepto de si-mismo puede llegar a tener? Aunado a lo anterior ¿percibe el futuro incierto?, Quizá con menos fuerzas y menos elementos personales de vida como para no sentir su padecimiento como una sentencia de muerte: un mal morir, y que al parecer únicamente podría despertar compasión siendo que su crecimiento energético puede llegar a superar a todos y concebir a la muerte como un proceso "bondadoso", aún y con estos conceptos, es difícil tener un panorama preciso en función al apoyo psicológico, es decir, la aplicación de métodos, procesos y actividades de información con fines de

asistir y ayudar al paciente que porta el mencionado virus, por lo que se pretende con la presente investigación establecer datos confiables para la población mexicana, en términos de posibilitar el estudio de variables que incidan en el tratamiento y con ello tratar de proporcionar elementos para conducirlo de manera más adecuada, para lo cual se utilizó un diseño de dos muestras independientes de personas VIH positivas asintomáticas, una contaba con intervención psicológica apoyada por grupos de información y otra sin ningún contenedor psicológico formal. Para tal efecto se utilizó la escala de autoconcepto estandarizada y validada para población mexicana, pretendiendo ampliar el espectro a la población objeto de estudio, construida por La Rosa, J. (1986) que arroja datos de lo que cada sujeto piensa de sí mismo, cómo se evalúa y cómo se autodescribe, estos datos son herramientas propias del interventor psicológico, que trabaja con estructuras como el "yo", integración social, integridad ética, integridad corporal y éxito ocupacional, lo que permitirá apoyar al profesional en sus encuadres de planeación y comprensión del autoconcepto del paciente VIH positivo asintomático, ya que cualquier profesionista dedicado a la salud pública sabe que la epidemia es un enigma, rodeado por sutiles pistas importantes - de detectar siendo el caso del virus de la inmunodeficiencia humana, para el cual no se estaba preparado, tal seguridad en que se vivía se convierte en un riesgo constante y un tema de connotación meramente sexual, y a la vez, en uno de reflexión permanente, ya que se cuenta con información pero realmente no se ha autoconcientizado ni provocado un cambio de actitud para

su prevención, más aún, se ha marginado con mayor grado a los pacientes VIH/SIDA, quienes continúan viviendo, y todavía se dan a la tarea de ser portadores de mensajes de vida, ellos mismos se acompañan con gran calidad de actos con el fin de disminuir la cadena epidemiológica del padecimiento.

Los casos de SIDA en México son de 9356 para inicios de 1992, Perez J., (1990) reportó que los casos totales de hombres es de 89% y de mujeres el 10% con una razón de 6 a 1.

El 67% de los casos notificados en función a la edad va de los 24 a 44 años, el 12% entre 45 y 64 años.

El sexo masculino, se infecta en un 92% a través de contacto sexual siendo el 52% sujetos homosexuales.

Nichols, S., (1985) propone cuatro fases del stress situacional, 1) estado de crisis inicial, 2) estado transicional, 3) estado de deficiencia, 4) preparación a la muerte.

En la etapa dos aparecen cambios en la autoestima, identidad y valores, y los pacientes se encuentran especialmente accesibles a la intervención psicológica, para un nuevo sentido de si mismos, en el tres, una característica especial y sentida será la amenaza de la desfiguración física.

Philip, C. (1985). reporta sus investigaciones en Tennessee con 80 profesores y 500 alumnos a quienes encuestó y observó con la finalidad de determinar de qué depende, y como se afecta el autoconcepto en los alumnos, argumentando que, la autoimagen de los padres influye significativamente en la formación de los hijos y su desempeño. Los profesores notificaron que lo que afecta negativamente la imagen que se tiene de sí mismo a los alumnos, es el ridículo, y la poca confianza que encuentren en su entorno familiar, como causa primaria o un pobre concepto de sí mismo.

Norris, G., (1987) encontró en sus investigaciones con la escala de Houdson, S., que significativamente se mostró una alta correlación entre la autoestima y el índice de relación familiar así mismo con el índice de sexualidad queda relegado básicamente por encontrarse ellos mismos deteriorados físicamente. Propone como conclusión que el SIDA afecta el índice individual de autoestima y el estado físico.

El virus es transmisible por tres vías comprobadas: sexual, sanguínea y perinatal. La primera es la más frecuente y la de mayor dificultad de control. Muy por debajo le sigue en frecuencia la vía sanguínea, controlada actualmente en México, finalmente la vía perinatal es de poca incidencia. Soberon, G., (1987) (citado en Pérez, J., 1990).

Por cada caso reconocido clínicamente, se ha calculado que existen de 50 a 100 personas infectadas asintóticamente pero

infectantes. Es decir, dado el largo período de incubación de la enfermedad éstas personas ya contagiadas se comportan como portadores sanos.

El SIDA es una enfermedad de alta letalidad. Una vez diagnosticada clínicamente, el paciente tiene una sobrevida de 20% a los tres años y casi nula a los seis.

El SIDA tiene un crecimiento de tipo exponencial, es decir, el número de casos aumenta como función multiplicativa por unidad de tiempo. Por ejemplo; si una persona infectada a dos en el curso de un año, y cada una de ellas a dos más por año, al cabo de cinco años, tendríamos acumuladas casi doscientos cincuenta personas infectadas. En México el número de casos de SIDA se duplica cada siete u ocho meses.

Finalmente, lo que confiere al SIDA su carácter distintivo es que, una vez adquirido, el virus permanece en el individuo de por vida. No existen hasta el momento recursos inmunopreventivos o terapéuticos efectivos. Perez, J., (1990).

Tomando como marco de referencia los datos anteriores: se realizó este protocolo de investigación en la ciudad de México, con el objeto de determinar el autoconcepto de pacientes seropositivos VIH asintomáticos y la relación con la intervención psicológica, hombres y mujeres entre 17 y 55 años de edad, con el fin de detectar la relevancia del apoyo psicológico, amén del tratamiento médico, tomando como base el

concepto que tiene de sí mismo cada Sujeto y el impacto del resultado seropositivo.

Para evaluar dicha consigna las propuestas hipotéticas fueron: aquellos pacientes VIH positivos asintomáticos, hombres y mujeres entre 17 y 55 años que cuentan con intervención psicológica presentan diferencias en su autoconcepto, con respecto a los que no la tienen, a la vez que, a mayor edad mayor autoconcepto y a mayor escolaridad mayor autoconcepto.

Con base a lo anterior y por los resultados obtenidos en esta investigación se encontró que el grupo de pacientes VIH positivos asintomáticos, que contaban con intervención psicológica apoyada por grupos de información presentaron diferencias significativas con respecto a los que no la tienen en las siguientes dimensiones y subescalas del auto concepto: En la subescala emocional 1 existen diferencias en la vida emocional intraindividual y los estados de ánimo experimentados en los pacientes, existen diferencias en los pacientes VIH positivos asintomáticos que cuentan con intervención psicológica y a la vez toman medicamento (AZT) en la escala ocupacional, reportando tener un mejor funcionamiento y habilidades en su trabajo, profesión u ocupación. Para los pacientes que cuentan con intervención psicológica arrojaron datos significativos en la escala de iniciativa, sintiéndose más dinámicos y activos, se observó que en la escala social 3 existen diferencias marginales para este grupo, por lo que los aspectos positivos de los pacientes a los cuales se aproximan

los demas porque podrán contar con su comprensión son reforzados por el apoyo psicológico con el que cuentan.

Los resultados obtenidos en la escala física se recomienda tomarlos con precaución, ya que esta fue eliminada por La Rosa, J., (1986) del instrumento que diseñó para evaluar autoconcepto por carecer de validez de construcción en la medida que analizó el contenido de los adjetivos bipolares, reportando que la técnica utilizada de diferencial semántico no permitió evaluar diversos aspectos de la dimensión física del autoconcepto, sin embargo para este estudio, se tomó en cuenta por considerarlo una característica a destacar para el tipo de muestra con la que se trabajó. Existen algunas investigaciones que mencionan esto como la de Nichols, S., (1985) donde menciona que una característica especial en estos pacientes es la amenaza de la desfiguración física, así como la investigación de Norris, G., (1987) donde encontró que el índice de sexualidad queda relegado basicamente por encontrarse los pacientes deteriorados físicamente.

Los resultados reportados en la escala o dimensión física que en forma global fue tomada refiriendose a la salud corporal y al aspecto físico de los pacientes VIH positivos asintomáticos arrojaron datos significativos para el grupo que cuenta con intervención psicológica y que a la vez toman medicamento (AZT) infiriendose que el contar con apoyo psicológico y uso de medicamento los hace sentir con una mejoría en su salud corporal y su aspecto físico.

En cuanto a la edad, se encontró que a mayor edad mayor sociabilidad expresiva pero una percepción deteriorada de su físico, es decir que la comunicación social y expresión del individuo con su medio y la salud corporal y el aspecto físico están relacionados con la edad.

Para la escolaridad se reportó que a mayor escolaridad mayores son los aspectos emocionales en cuanto a la vida emocional intraindividual y los estado de ánimo experimentados en los pacientes. EN los sentimientos interindividuales y en salud emocional que es la que enfoca ambos aspectos, así como una mayor iniciativa siendo más dinámicos y activos y una mayor preocupación por su salud corporal y aspecto físico, es decir que la escolaridad en estos pacientes está relacionada con las subescalas emocional 1, emocional 2, emocional 3, con escala de iniciativa y con la escala física, aspectos contenedores del autoconcepto.

De acuerdo a investigaciones realizadas previamente y datos obtenidos en este estudio, se observó entre otras cuestiones, que una característica sobresaliente en los pacientes VIH positivos asintomáticos es la preocupación por su aspecto físico y salud corporal por sentirse deteriorados físicamente y por la amenaza a la desfiguración física más que a la muerte, así por las implicaciones emocionales al recibir el diagnóstico positivo, o que los orilla en algunos casos a acudir a algún tipo de ayuda que pueda prolongar su sobrevida y mejorar la calidad de esta.

Por lo anterior se concluye que la intervención psicológica solo se ha enfocado o dirigido a algunos aspectos del autoconcepto de los pacientes VIH positivos asintomáticos que recurren a tal intervención, sin abarcar en su totalidad las dimensiones que contiene, haciendo con esto entonces una intervención parcial dejando de lado el estilo afiliativo de los pacientes para relacionarse con los demás, su comunicación o expresión en el medio social, los sentimientos intraindividuales, los aspectos intraindividuales e interindividuales desde el punto de vista de su sanidad o no, si son o no productores de salud mental y a las cuestiones éticas, es decir la congruencia o no con los valores personales.

Lo anterior se debe como lo menciona Perez, J., (1990) "no existen hasta el momento recursos inmunopreventivos o terapeuticos efectivos". Y bien es cierto que hasta el momento no existen recursos de este tipo efectivos para tratar a estos pacientes aunque se conozcan sus respuestas, reacciones y preocupaciones, tomándose por lo tanto modelos de intervención psicológica alternas por carecer de un perfil establecido que sea flexible y que a la vez conlleve el inconveniente de la duración.

Se han analizado los aspectos del autoconcepto en pacientes VIH positivos asintomáticos para aportar un dato más a una intervención psicológica objetiva, práctica y formal, ya sea por el abordaje individualizado del paciente o por la participación conjunta o apoyo multidisciplinario.

MARCO TEORICO

AUTOCONCEPTO

El autoconcepto o concepto de si-mismo ha sido estudiado por diversos autores con diferente puntos de vista y terminología para definir el fenómeno, los investigadores que refieran trabajos sobre el "YO" y sobre la "PERSONALIDAD" generalmente esas aportaciones tendrán un vector en función del concepto de si-mismo.

Una definición general de autoconcepto dejaría fuera ciertas cualidades significativas en las que cada autor hubiera preferido poner mayor énfasis, por lo tanto, a continuación se revisarán las principales vertientes y nociones del concepto de si-mismo, ya que para efectos pertinentes del presente sustento teórico se incluirán los autores contemporaneos como primer momento por encontrarlos representativos en las variables que se estudiarán en este trabajo, también porque la información sobre SIDA es actual.

En años recientes, dos movimientos se han desarrollado, uno de ellos surgido por lo común de los estudios humanistas y de la filosofía es el existencialismo; el otro surge en gran parte de la psicología y la psiquiatría, pero también de la sociología; se refiere a la frase "énfasis en la autorrealización" siendo representativo del campo motivacional.

El enfoque existencialista parece implicar aceptaciones basadas en un detallado análisis de las condiciones y significado de la existencia para vivir una vida humana satisfactoria. La discusión del énfasis con la autorrealización se organiza en tres puntos esenciales.

Uno, la concepción de la naturaleza humana; las propiedades esenciales del ser humano y cuáles serán las características de la vida humana si se realizan por completo esas propiedades.

Un segundo punto lo constituyen los factores que evitan la realización de los potenciales humanos en la mayoría de la gente.

El tercer punto concierne a la naturaleza de la motivación en la persona autorrealizada, a lo cual los tres puntos remiten a cada persona de individual a social y de social a individual que conecta directamente a las implicaciones personales en función al concepto de sí-mismo para la autorrealización Cofer, C., Appley, M., (1964).

El desarrollo del énfasis en la autorrealización subraya la singularidad del individuo al insistir en que el individuo debe descubrir su yo real y sacar lo mejor de él para estar sano, no importa cuán difícil sea esta tarea.

La idea de que los métodos para el estudio de la personalidad humana y la cultura no deberían ser reductivos, analíticos y esquemáticos, sino que usados deberían reflejar la

integración singular e individual lograda por cada persona, la autobiografía personal otros documentos personales y fuentes similares de información se consideran más apropiadas para estudiar la personalidad y la historia cultural que técnicas tales como puntuaciones de prueba, procedimientos de laboratorio y similares.

Los psiquiatras y psicólogos clínicos, toman como punto de partida lo que el propio sujeto dice, entre otras cosas, sus técnicas y hasta sus interpretaciones, muestran flexibilidad conceptual y flexibilidad metodológica. Allport, G., (1962) (citado en Lindzey, G., Hall, S., Manosevitz, M., 1973).

Hunt, J., (1965) quien realizó gran número de artículos, la mayor parte de ellos tratan de estudios empíricos del concepto del yo, por descripciones en dimensiones generales como "este test deduce la autoestima a partir de puntuaciones de un cuestionario de angustia", o "se emplean nueve escalas bipolares de diferencial semántico" o "autocalificaciones de 18 palabras de rasgos de una escala de 5 puntos, de donde se deduce la autoaceptación".

Edwards, A., (1957) utiliza otras técnicas para el análisis morfogenético, hizo uso de una larga serie de cartas personales escritas; el objeto de interés era su exclusiva estructura asociativa, por ejemplo, ¿con qué tono sentimental lo mencionaba? al expresar un suceso ¿qué otra cosa citaba en el mismo contexto? a esa técnica la llamó análisis de la

estructura personal.

Otra técnica de "escala de autoubicación" ideada por Cronbach, L., (1959) consiste en el diagrama simple de una escalera con diez peldaños. Se le dice al sujeto que describa antes que nada a su manera el "modo ideal o mejor de vida" que pueda imaginarse. Luego se le indica que el peldaño décimo que está en la parte superior de la escalera representa su ideal. De igual manera se le pide que describa "el peor modo de vida posible" según él. Luego deberá señalar el peldaño donde opina que se haya en ese momento (hoy), y así cuantas preguntas se vayan presentando dependiendo de las referencias del sujeto.

Ese instrumento tiene considerable valor de asesoramiento personal para el autor usa a la par un método relacionado con listas de adjetivos que amplían la medición de los cambios del concepto del yo. Lindzey, G., Hall, S., Manosevitz, M., (1973).

Allport, G., (1960) apoya básicamente estos enfoques, quien ha insistido en que deben usarse tales métodos para estudiar la personalidad única e indivisible, afirma que el ego y los conceptos del yo son determinantes para cualquier meta de todo individuo, para saldar los problemas y básicos en el estudio de los psicólogos (citado en Cofer, C., y Appley, M., 1964)

Existen otras concepciones utilizadas para diferenciar el concepto de si-mismo, self del ego, el "yo" el "mi", el

si-mismo, en tanto percepción o en tanto proceso, el si-mismo único o multidimensional L'Ecuyer, F., (1985).

El significado esencial del concepto de la autorrealización se encuentra en el descubrimiento del yo real y en su expresión y desarrollo. El énfasis de Adler, A., (1956) en el interés social, en los sentimientos del valer personal o valor estaba acompañado por una creencia en lo singular del yo. Admitía el papel de los procesos conscientes en la personalidad y subraya que las metas o expectativas relacionadas con el futuro eran importantes para la motivación de los hombres. Jung, G., (1933, 1956) subraya el futuro en su explicación de la conducta; es decir la metas o propósitos del individuo y llama a este propósito "autorrealización" y Hall, L., (1957) indica que ello, "significa la diferenciación más completa y total y la mezcla armoniosa de todos los aspectos de la personalidad total del hombre". Rank, O., (1929,1945) argumentó que solo mediante la expresión de la individualidad podría ser creativo y llamaba "artista" a la persona que lograba esa expresión. Como obstáculo de tal logro está la ansiedad provocada por la separación. Para alcanzar la individualidad es necesario experimentar dicha ansiedad, pero no ser permanentemente contenido por ella. El trauma del nacimiento proporciona la primera experiencia de separación y ansiedad y el ulterior desarrollo e individualización de la persona implica más separación y ansiedad parecida a la del nacimiento. Según Rank, O., (1929) gran parte de la gente (hombre promedio) no intenta alcanzar la individualidad. Se conforma con las demandas

externas, primero de la madre y padre, después de la sociedad, pero el artista se enfrenta y resuelve el conflicto existente entre esa unión simbiótica que es una especie de muerte y su individualidad, una especie de "fuerza vital" (citados en Cofer, C., y Appley, M., 1964).

Al suponer que un grupo será más atractivo y tendrá mayor influencia en las personas y la relación del valor de la autoestima, algunos investigadores elaboraron índices diseñados para medir el grado de atracción interpersonal existente entre los miembros.

Así por ejemplo, Dimock, H., (1959) comparo la cohesión de los grupos de adolescentes mediante un "índice de amistad" que es la relación de un número de elecciones hechas dentro del grupo, cuando se pide nombrar a cada miembro, sus mejores amigos y las cualidades de estos, en las comunidades de Nueva York, las cifras reportadas fueron de 0.74 de sus rangos y correlación significativa donde interpretaron que los miembros se identificaban con las cualidades mencionadas de su compañero en dos razones (de -0.53) a contener esas propias habilidades o carecer de ellas y creer que se poseen por pertenecer al grupo, por ejemplo el valor o la toma de decisiones por el hecho de formar parte del grupo se podrían asumir.

Back, K., (1954) empleó un índice sociométrico bastante similar, ya que al estudiar grupos informales en un proyecto de vivienda, pidió a los residentes de cada edificio decir que

amigos suyos vivían en la comunidad y la descripción de ellos en base en protocolo ya estructurado que incluía por ejemplo "es el mejor", "me valora más que", "sus habilidades superan a", etc. y después calcularon las elecciones con el número total de amigos mencionados. Obtuvieron una correlación de orden de rango, en todas las viviendas de -0.53 entre este índice y el porcentaje de residentes de los edificios que se desviaban de sus normas respecto a las actitudes y a la conducta lo que argumentaron fue que la cohesión en función a la autoestima proporciona al grupo poder suficiente para influir sobre sus miembros, esta correlación sugiere que el índice es una buena medida para los grupos.

Bovard, E., (1957) usó un modo ligeramente diferente de evaluar la atracción interpersonal al comparar dos estilos de educación universitaria llamados "centrado en el grupo" y "centrado en el líder". Tras cuarenta y dos horas de experiencia con un estilo particular de enseñanza, cada estudiante calificaba a todos los demás compañeros de clase, según una escala de once puntos, para indicar el grado de atracción según los valores de cada sujeto.

A partir de lo anterior, se incluye de manera similar el enfoque orgánico o autorrealización que es el resultado de la combinación total de las pulsiones que interactúan conformando la personalidad. El organismo sigue un proceso ordenado al desarrollar sus habilidades potenciales, todo ser humano tiene una pulsión que lo empuja hacia la

autorrealización que es el esfuerzo constante del individuo por lograr que sus habilidades potenciales se desarrollen, esta necesidad varía de una persona a otra ya que cada individuo tiene diferentes capacidades potenciales Engle, T., (1974).

El enfoque social hace especial énfasis en la influencia del medio en la formación del autoconcepto, donde sustentan los autores que la importancia de la relación con el otro y del aprendizaje de roles y la comunicación interpersonal es la construcción del autoconcepto. El estudio de Williams, J., (1968) del concepto del si-mismo reside en la aportación de un punto de vista dinámico y en el carácter multidimensional del concepto de si-mismo, quien propone cuatro componentes del concepto de si-mismo: "si-mismo material" referido del cuerpo y posesiones. "Si-mismo social" que proviene de la relación con el entorno en especial con las personas significativas. "Si-mismo 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, F., (1985) afirma que el concepto de si-mismo consiste en una organización compleja que reúne algunos elementos fundamentales o característicos, globales, en torno a los cuales se agrupa un determinado número de aspectos más específicos.

El concepto de si-mismo se articula en tres niveles

suscesivos: estructuras, subestructuras y categorías.

Las estructuras se dividen en: "si-mismo material" el cual comprende el cuerpo y sus posiciones. "Si-mismo personal" referente a características como la imagen de si-mismo e identidad de si-mismo, "si-mismo adaptativo" la relación entre el individuo y sus percepciones de si-mismo, determinando el valor de si-mismo.

Epstein, S., (1973) considera dos diferentes aproximaciones en relación al si-mismo, en una se considera al self como un "conocedor" y en otra como "objeto del conocimiento".

Colley, A., (1968) introdujo el concepto del self espejo, que es la forma en que el individuo se percibe en relación como los otros lo perciben.

Mead, G., (1934) expandió la teoría del espejo y 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, este autor concluye en 1968 argumentando que existen tantos "si-mismos" como roles sociales existan. Una secuencia en el proceso de diferenciación yo, no-yo, hasta llegar a un reconocimiento del si-mismo. Desde su perspectiva, es sólo con el otro que se hace posible un concepto de si-mismo. Conforme a los autores mencionados la construcción del yo y el si-mismo se da en

función al otro, y la forma en que es moldeado está constantemente relacionado dependiendo del rol que este desempeñando en un marco dado.

Los mencionados autores coinciden en que el si-mismo surge de la interacción social, y hacen énfasis en la relación temprana con la figura materna, identifican al si-mismo como una organización cuyo fin es minimizar los eventos que producen ansiedad. Así el sistema de si-mismo tiene como función principal el aliviar un efecto displacentero en el individuo Cooley, A., Mead, G., Sullivan, (1968).

En el enfoque individualista la importancia del otro es más limitada considerando que son principalmente los mecanismos internos a través de los cuales se desarrolla el concepto de si-mismo. Esto tiende más a rescatar la capacidad del individuo que seleccionar las percepciones externa e internas para lograr una concepción de si-mismo individualizada, se apoya en el postulado del predominio de la percepción del individuo como realidad básica L'Ecuyer, F., (1985).

Dentro de este enfoque destacan autores como L'Ecuyer, F., (1985) Hall, C., (1984) para el primero el si-mismo es un sistema perceptual aprendido que funciona como un objeto dentro del campo perceptual. Además desarrollo un modelo que incluye un instrumento de análisis del proceso de diferenciación de si-mismo, no si-mismo, así como poner evidencia en la necesidad de analizar el autoconcepto mediante el contenido de la

de analizar el autoconcepto mediante el contenido de la experiencia personal del propio sí-mismo. Para Hall, G., (1984) la importancia de identificar las dimensiones internas del autoconcepto obteniendo un análisis cualitativo es importante.

Lo anterior permite tener una visión de la relación entre las dimensiones que abarcan diversos autores pertenecientes a escuelas filosóficas diferentes. A continuación se reporta a la teoría psicoanalítica que también esbozan los autores anteriores, como universalidad de los movimientos en terapias y terapéutas.

El concepto de yo, Freud, S., (1920) lo utiliza desde sus primeros trabajos y resulta interesante ver como se desprenden de los textos del periodo 1894-1900, cierto número de temas y de problemas que se volverán a retomar consecutivamente.

La noción de yo siempre ha estado presente, aun cuando se haya renovado por aportaciones sucesivas (narcisismo, establecimiento del concepto de identificación, ideal del yo, etc.) Laplanche, J. Pontalis, J., (1968). Lo que condujo a Freud a transformar radicalmente la concepción tradicional del yo fue la experiencia clínica de las neurosis y propone dos teorías tópicas del aparato psíquico, la primera hace intervenir a los sistemas inconsciente-preconsciente-consciente y, la segunda, las tres instancias ello, yo y superyo.

Para Freud, S., (1920) la noción del yo, se identifica como

modalidades del conflicto psíquico, mejor que la primera respuesta de la cual puede decirse esquemáticamente que tomaba como eje principal los diversos tipos de funcionamiento mental (proceso primario y proceso secundario) ahora se elevan a la categoría de instancias del aparato psíquico las partes que intervienen en el conflicto, el yo como agente de defensa.

En la instancia del yo, vienen a agruparse funciones y proceso que se verifican en varios sistemas:

1) La conciencia: en un sentido descriptivo: es la cualidad momentánea que caracteriza las percepciones externas e internas dentro del conjunto de los fenómenos psíquicos. Freud considera la conciencia como un dato de la experiencia individual, se trata de un hecho que no tiene equivalente y que no puede explicarse sin describirse: "ella es el núcleo del yo".

2) Las funciones reconocidas al sistema preconsciente se incluyen, en su mayor parte en el yo.

3) El yo, y este es el punto en el que Freud insiste, es en gran parte inconsciente. El yo no es definido como el conjunto del individuo, ni siquiera como el conjunto del aparato psíquico, es solo una parte de este; el yo no es tanto un aparato que se desarrolla a partir del sistema percepción-conciencia, como una formación interna, que tendría su origen en ciertas percepciones privilegiadas (citado en Laplanche, J., Pontalis 1968) provenientes, no del mundo

exterior en general, sino del mundo interhumano.

Es inevitable mencionar también como preámbulo al autoconcepto, un principio de funcionamiento psíquico, yo-realidad, que Freud alude como una génesis de la relación del sujeto con el mundo exterior y del acceso a la realidad, constituye una posición inicial objetiva la de relacionar con el sujeto las sensaciones de placer y de displacer, sin saber de esas cualidades del mundo exterior que en si es un principio de realidad que el yo traduce siempre diferente. La realidad de cada yo es una sola pero, la realidad de cada yo (individuo) es una procesada según el individuo como una y única, funcionando esto para cada yo, se usa el término personalidad, a veces intercambiable con el ego y yo, para describir el más alto, y más complejo nivel de integración organismo-ambiente Allport, G., (1937).

De este modo y en varios enfoques la constante autopercepción es de vital importancia para la estructura de la personalidad. Porque el yo participa en todas las experiencias de la vida, y se ve a la fuerza (consistencia) del autoconcepto la autopercepción total como la fuente más importante (generalizadora) de motivación para la conducta social. Cofer, C., y Appley, M., (1964) Puede concebirse a la personalidad como el mayor sistema que incorpora mecanismos de ajuste intraorgánicos, orgánicos y de ambiente de tal manera que proporciona a la individualidad del organismo como un sistema de acción, que recibe, organiza y distribuye la energía en los

de acción, que recibe, organiza y distribuye la energía en los patrones de interacción de la personalidad y su ambiente. En los comienzos del psicoanálisis, la estructura denominada "yo" por Freud, S. (1920) 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 de ello. Freud, S., (1920) esboza una ampliación del concepto "yo" para incluir una dimensión perceptual incluida la percepción de sí-mismo.

Para la teoría psicoanalítica el sí-mismo representa el conjunto de las percepciones, que el individuo posee de sí-mismo, y que ejerce su influencia en el comportamiento en la medida en que se mantenga la armonía y las diversas representaciones del individuo.

Los mecanismos de defensa pueden entrar en acción y deformar la realidad para salvaguardar las percepciones el sí-mismo. Por lo tanto al hablar de autoconcepto no se puede dejar de lado mencionar algunas defensas psicológicas que se asocian a este y sobre todo en sujetos VIH positivos. Tales como la negación y la proyección que más adelante se presentan con detalle.

De lo anterior se desprenden factores tales como el enfoque de Sherwood. J., (1965) quien menciona que el si-mismo y la

sociales (yo en función del otro) como apreciaciones reflejadas de otras personas significantes. Esto implica estudiar el autoconcepto desde una teoría del rol.

Rogers, C., (1977) refiere intensamente el concepto del si-mismo (self) y lo vierte en su propuesta de terapia centrada en el cliente: las actitudes individuo dirigidas hacia el si-mismo, sus percepciones con respecto a sus habilidades, acciones, sentimientos, ese "yo" ahora encaminado a lo que sería yo externo, (para otros) relaciones y su medio social. El autor propone consignas específicas de las actitudes de uno mismo: la actitud, un juicio de la actitud, según patrones (valores) y un sentimiento relacionado al juicio evaluativo siendo la dimensión afectiva.

Rogers, C., (1977) cita, el individuo va formando su autoconcepto partir de los datos que obtiene de sus relaciones con los otros, y el valor positivo o negativo que se asocie a tal concepto dependerá de la interacción, el autoconcepto se da en la forma en que otros han interactuado con el individuo.

Epstein, S., (1968) resume las características del autoconcepto en:

- * El autoconcepto contiene diversos "si-mismos" empíricos tales como el "self" corporal, el "self" espiritual y el "self" social.
- * Es una organización dinámica que cambia con la experiencia, muestra una tendencia para simular o no su propio crecimiento.

* El autoconcepto se descubre en la experiencia externa, particularmente en la interacción social con otros significativos para él.

* Cuando la organización del autoconcepto se ve amenazada, el sujeto experimenta ansiedad y centra su interés en defenderse de dicha amenaza.

* En el autoconcepto se involucran el interés por satisfacer las necesidades, además de evitar la desaprobación y la ansiedad.

* El grado de valor físico que da el autoconcepto al individuo rige muchos de los actos del mismo, de manera positiva o negativa dependiendo de dicha evaluación

VALORACION-ACEPTACION AUTOESTIMA (AFECTO)
AUTOCONCEPTO (RACIONALIDAD)

La aceptación de uno mismo es para Rogers la autoestima que está relacionada al juicio evaluativo, que constituye la dimensión afectiva.

La Rosa, J., (1984) cita el enfoque de Rosenberg, .. (1965) dando primordial importancia a las actitudes, concibe la autoimagen como una actitud hacia un objeto: la actitud, prosigue, se entiende en un sentido amplio a opiniones, hechos y valores relativos al si-mismo y una orientación favorable y desfavorable hacia el si-mismo, es decir, el si-mismo es un objeto hacia el cual uno tiene actitud.

La Rosa, J., (1984) expone que se infieren las estructuras del yo, como material de trabajo básicamente en las psicoterapias, se trabaja con "yo" y ese "yo" dirige sus actitudes en función del autoconcepto de cada persona, lo cual lo traduce como necesario para el entendimiento del propio comportamiento. Así también cita a Cooley, M., (1968) con su proposición del si-mismo reflejado (the boring glass self) la concepción que el sujeto tiene de si-mismo, yo (para mí) se determina en función de la percepción de las relaciones, actitudes, sentimientos que otras personas expresan hacia el propio sujeto la construcción de ese yo en función de un tú, un yo para mí, un yo para otros.

La Rosa, J., (1984) cita que la forma en que una persona actúa y realísticamente se percibe y se estima, es comúnmente denominado el si-mismo real o simplemente autoconcepto. El autoconcepto es generalmente descrito en términos de actitudes reflexivas: una es el contenido psicológico de la actitud (aspectos cognitivos) otra, una evaluación en función al contenido (aspecto afectivo) y respuestas comportamentales a la actitud (aspecto connotativo).

A la dimensión evaluativa la argumenta como autoestima, la cual es considerada principalmente motivacional.

Díaz, R., (1982) reporta un estudio que trata del yo mexicano utilizando la técnica del diferencial semántico. El valor, el poder, y el dinamismo del yo de 400 estudiantes,

tomando los aspectos que propone este autor y que son el cognitivo, afectivo, connotativo.

Byrne, E. (1984), coincide con La Rosa, J. (1984) proponiendo que el autoconcepto es la percepción de nosotros mismos: "son nuestras actitudes, sentimientos, y conocimientos en función a nuestras capacidades, habilidades apariencia y aceptabilidad social".

De los antecedentes teóricos mencionados en los párrafos anteriores a continuación se desarrollará el surgimiento del concepto de si-mismo y su evolución al autoconcepto haciendo una visión retrospectiva de la infancia a la edad adulta.

El desarrollo de una percepción consciente de si-mismo constituye sin duda uno de los acontecimientos centrales a la temprana niñez. Allport, G. (1961) sugiere que hasta la edad de tres años el niño adquiere en primer lugar un sentido de un si-mismo corporal; en segundo lugar un sentido de autoidentidad continuada y en tercer un sentido de orgullo o autoestima.

A lo largo de la infancia, el sujeto (niño) va diferenciando gradualmente su cuerpo del resto del ambiente inmediato, el infante de cinco o seis meses "descubre" los dedos de sus pies, a los dos años el niño conoce directamente su cuerpo y su identidad incluyendo su nombre. Señala además que el sentido del si-mismo corporal es tan fundamental que la mayoría de los adultos carece normalmente de conciencia del mismo: "solo se torna manifiesto cuando enfermamos o experimentamos dolor".

La ampliación del concepto de si-mismo a su segunda fase, la de una autoidentidad continuada, se ve promovida por el lenguaje. El niño de dos años sabe su nombre, hablará frecuentemente de si-mismo en tercera persona y mostrará también indicios de que se comporta de acuerdo con las autoconcepciones del "yo bueno y yo malo". No obstante, a los tres años resulta claro que el niño está alcanzando un conocimiento unitario de que él es el mismo, uno e indivisible por así decirlo, independientemente de las cambiantes circunstancias.

A la importancia que tiene el nombre en base al sentido del si-mismo es vital, en el niño en la relación con este nuevo sentido de identidad es algo que puede advertirse muy fácilmente cuando se le amenaza. Una de las formas más simples de molestar a un niño hasta llevarlo a un estado de frustración, consiste en llamarlo sistemáticamente por otro nombre o pronunciarlo mal, es muy perturbador para los niños porque socava su frágil orientación hacia la identidad individual.

A los tres años el niño da muestras de que brota en él un incipiente orgullo, porque pide insistentemente que se le deje hacer cosas por sí mismo y experimenta placer cuando lo hace con éxito.

Erikson, E., (1969) interpreta que esta conducta expresa una necesidad de autonomía o independencia, pero puede entenderse

también como señal de una importante expansión evolutiva del concepto que de sí mismo tiene el niño. Otro de los modos de enfocar este hecho consiste en plantearlo en términos de poder para alterar su ambiente. En este sentido, las realidades del orgullo o de la autoestima parecen ser las mismas para el niño pequeño y para el adulto porque en ambos la base de estos sentimientos se reduce al poder. En el caso del niño pequeño, los logros comunes de comer por sí mismos, vestirse y desvestirse, armar o demoler sus propias creaciones con bloques de juguetes, constituyen las pruebas de su poder. La orientación de los niños pequeños hacia el dominio o el poder se revela también en las imágenes o las frases que utilizan, que guardan relación con el sentido de sí mismo: "Lo empujo", "Yo soy chico grande", "Yo subo, yo subo alto", "Tengo que arreglar tal cosa"... He aquí el poder, la altura o la conquista y la reparación justamente con un fuerte énfasis en las orientaciones visuales y motoras en conexión recíproca.

En algún momento durante el intervalo de edad que va de los dos a los cuatro años la mayoría de los niños pasará por uno o más períodos durante cuyo transcurso dirá que no a todo. Esta parece ser, muy claramente, otra forma de autoafirmación. El negativismo se desvanece rápidamente si se trata de modo natural, sin poner énfasis en él. Un grado razonable de aceptación contribuirá a que se consolide la autoestima del niño.

La depresión en la infancia es otra manifestación de una

imagen negativa, esto es muy significativo por que llevados al extremo la depresión del ánimo y el aborrecimiento de sí mismo llevan al suicidio. Cuando una persona tiene muy poca estimación de sí misma, se inclina a menospreciar sus probabilidades de supervivencia, entonces sobreviene la depresión, antecedente, en ocasiones, del suicidio.

Para estos períodos cada uno de los sujetos ha recibido su formación a partir del "Otro", aunado a sus propias facultades o habilidades que ha podido desarrollar a lo largo de sus contactos de socialización, para conformar la expresión de su personalidad, es decir, su "Yo", interfiriendo factores físicos, aspectos emocionales, nivel intelectual, plano ético, etc.

Se van constituyendo los valores del Yo en toda la expresión de la personalidad hasta la adolescencia donde el paso de la autoimagen da cabida a la identificación del Yo mediante procesos propios de esta etapa hasta llegar al Yo adulto, con un autoconcepto más claro y con la facilidad de verbalizarlo.

Se torna importante el estudio de la adolescencia, ya que representa una etapa crítica, pero fundamental, en la vida del individuo, enfocando el concepto de sí-mismo, justo en esta etapa "adolescencia, identidad y autoconcepto... implícita o explícitamente han estado siempre unidos" Aguirre, A., (1988).

Sería imposible, dada la gran cantidad de trabajos que analizan el tema de la adolescencia, citar a todos y no siendo

el objeto del presente estudio se presentará una idea general de la posible evolución al autoconcepto de la niñez a la adolescencia, es en esta evolución psicológica, biológica y social en la que se pierde el cuerpo infantil y los objetos originales de amor son en términos generales relegados tras la búsqueda y adquisición de otros nuevos

Blos, P., (1931) "impulso que produce un angustia conflictiva en el yo". Desde los encuentros más tempranos el infante se enfrenta a los normas de su cultura (como se ha mencionado anteriormente) condición que persiste a lo largo de la vida del individuo. La adolescencia surge de una manera vistosa y ruidosa y el adolescente tiene la enorme necesidad de llegar a la madurez y entablar relaciones firmes y duraderas; la adolescencia, por así decir, es una evolución biológica, psicológica y social porque las clases sociales y la cultura juegan un papel decisivo (Aguirre, A., 1988).

La identidad en la adolescencia, es una expresión de la contradicción: "condición de ser el mismo dejando de serlo" Blos, P., (1971).

Erickson, E., (1969) considera a la "adolescencia como la última etapa de la infancia, pero que no llega sino hasta que se abandonan las identificaciones infantiles, para así pasar a una nueva clase de concepto de sí-mismo a una nueva clase de identificación. La adolescencia tiene que superar una crisis que provoca confusión o identidad".

Para Drummond, M., (1982) el adolescente busca lineamientos y referencias para poder ubicarse entre la niñez y la edad adulta, pero es el adulto el que provoca a los adolescentes estos lineamientos y referencias que, por lo general, suelen ser pobres y débiles.

Para Erickson, E., (1969) la crisis de identidad, es un período que constituye una crisis particularmente intensa y trascendente en la cual se alcanza una identidad del yo a través del superyo por medio de la superación de la confusión. Es el momento en que los valores y principios son reformulados y los individuos experimentan inconformidades y dudas sobre si mismos.

La formación de la identidad es un proceso que surge de la asimilación de todas las identificaciones fragmentarias de la niñez. El preguntarse acerca de quién realmente se es, es ya una parte importante del proceso de adquisición del autoconcepto. Se plantean que la identidad es la resultante de un proceso de interacción continua de tres niveles de integración: espacial, temporal y social. El primero comprende la relación de las distintas partes del "uno mismo" (self) entre si, sobre todo el "self" corporal. Estos comprenden al sentimiento de individuación. El segundo apunta al nivel entre las distintas representaciones del self en el tiempo, estableciendo la continuidad entre ellos y otorgando la base del sentimiento de misinidad. El tercero se refiere a la connotación social de la identidad y está dado, por la relación

entre aspectos del self y los objetos, mediante mecanismos de identificación productiva e introyección. El 'yo' como el instrumento con el cual la persona organiza la información externa, valora la percepción, soluciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e internalizará las capacidades de orientación. Este 'yo' positivo produce una sensación de identidad, esto es, un estado de bienestar en el que uno siente que lo que es y lo que hace está muy cerca de lo que desea y siente que debería ser o hacer.

Este desarrollo sano de la personalidad y el concepto de identidad del yo, son las formulaciones teóricas de Erickson, E., (1969) quien propone 8 estados sucesivos producto del crecimiento psicosocial del 'yo'.

I infancia, II niñez, III edad del juego, IV edad escolar, V adolescencia, VI adultez, VII madurez, VIII edad senil.

Durante los primeros momentos del individuo en cada etapa, su 'yo' se vuelve más vulnerable a causa de los desvarios y conflictos engendrados por las nuevas exigencias que recaen sobre él.

La personalidad adulta sana se afirma sobre la solución exitosa de 8 crisis que son:

Confianza vs desconfianza

Autoestima vs vergüenza, duda

Iniciativa vs culpa
Identidad vs confusión
Intimidad vs aislamiento
Creatividad vs estancamiento
Integridad vs desesperación.

Todo individuo cursa por la fase de adolescencia que pasa por una etapa de confusión, pero no todos los individuos la viven de la misma manera, o mejor dicho, no con la misma intensidad. Esta confusión se da en la "identidad" del yo, un yo ordenador que sufre cambios en su fuerza, genera nuevas líneas en el desarrollo, pudiendo llegar al logro de una identidad más eficaz y productiva que el adulto podrá entonces contender de manera satisfactoria, dando lugar al autoconcepto real o más formal que cada individuo de manera más consciente, o no, que algunos verbalizan con mayor eficacia que otros, el objetivo es delinear que dependiendo del grado de autoconcepto el sujeto enfrenta, o no, cambios y/o conflictos en su estilo de vida. Problemas con respecto quizá a la propia imagen corporal que pueda verse afectado, ya sea por enfermedad, accidente o vejez, y una confusión de la perspectiva del tiempo, el adulto ya aparentemente maduro puede verse afectado en su totalidad interna, en su "yo" con la sola noticia de algún padecimiento que afecte principalmente su identidad corporal, su identidad fuerza, su identidad psicosocial, lo cual puede llegar a crear estragos en el auto concepto de un Sujeto Aguirre, A., (1988).

Para Lawrence, C., (1976) actualmente se acepta que con el

crecimiento del individuo se desarrolla una percepción total de su propio cuerpo así como ciertas actitudes hacia su ser físico; muchos consideran que tales actitudes constituyen la estructura fundamental del desarrollo del yo. La percepción del cuerpo evoluciona a través de las múltiples experiencias sensoriales del lactante, conforme va descubriendo las partes de su organismo. Las diversas impresiones sensoriales, transportadas hacia la corteza por medio de los aparatos cinestético, visual y táctil, conducen hacia una percepción cada vez mayor y más extensa respecto al propio cuerpo.

Cada individuo liga al conocimiento de la superficie corporal y de sus diversas partes, actitudes con matices emocionales que se originan en las primeras experiencias familiares, como resultado de las valoraciones que los padres hacen del físico del niño. Las actitudes van siendo inculcadas por medio de comentarios verbales, indicaciones no verbales y por las expresiones de admiración respecto a rasgos físicos y dotes deseables corporales del niño que está creciendo, de su propio físico con el de sus padres y el de los otros niños, y en énfasis que se pone en las diferencias. Los padres insinúan que el cuerpo del niño y sus partes son buenas o malas, agradables o repulsivas, limpias o sucias, amadas u odiadas. Así, en algunas familias en que se da mucho valor a la fuerza física y el éxito físico, la actitud de un muchacho hacia su cuerpo está determinada en gran parte por los sentimientos y las actitudes de los padres respecto al desarrollo de sus extremidades y sus músculos.

Las lesiones en las partes del cuerpo que psicológicamente representan órganos de gran valor para la personalidad (por ejemplo los ojos, los senos y los órganos sexuales) pueden provocar grandes trastornos aunque la enfermedad, desde un punto de vista objetivo, no sea grave, no son raras las complicaciones psiquiátricas después de operaciones que afectan a órganos sobrevalorados, como son los órganos reproductores.

Los defectos físicos invalidantes, por ejemplo la incapacidad para efectuar movimientos, la ceguera y la sordera, que ponen al paciente en desventaja respecto a sus semejantes, pueden tener un profundo efecto sobre la salud emocional.

La falta de atractivos físicos, los defectos físicos que impiden las posibilidades de matrimonio, la incapacidad para tener hijos, la pérdida del encanto físico por edad o por enfermedad, la presencia de alteraciones que requieren suspender las relaciones matrimoniales, o el hecho de que se aproxime el período involutivo, pueden constituir problemas ante los cuales la adaptación emocional es difícil o imposible dentro de los límites de la salud mental

Para el portador del VIH el probable deterioro físico es un factor amenazante a su integridad, sucedería algo similar a lo expuesto previamente, sin embargo, el tema será abordado en un sentido más profundo en apartados posteriores.

VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS

SIDA, es la etapa final de la infección por VIH, sin embargo esta infección es difícil de reconocer, ya que pueden pasar muchos años antes de que un individuo infectado presente cualquier signo o síntomas relacionados con la enfermedad. Durante este tiempo el virus puede pasar inadvertidamente de una persona a otra a través de la donación de sangre infectada o más comunmente a través de la transmisión sexual y de la madre al feto.

Por ello es comprensible la enorme importancia de las pruebas de detección de VIH (Acción en SIDA 1992).

La mayoría de las pruebas no detectan al virus en si mismo, ya que esto es un procedimiento muy costoso y muy complicado. Es pertinente aclarar que el SIDA es causado por un virus, se le conoce actualmente como VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), parece haberse originado en el Africa hace más de 40 años. El virus posee una gran variedad de tamaños formas y composición, de 40 años a la actualidad el virus ha venido mutando y ahora se le reconoce como el virus del SIDA, miden de 200 a 300 nonometros y pueden ser esféricos, en forma de balón o estar formados por una ''cabeza'' y una ''cola'', su material hereditario consta de 3 a más genes formados por ácido desoxirribonucleico (ADN) o ácido ribonucleico (ARN) nunca ambos. Debido a que los virus carecen de citoplasma deben

parásitos intracelulares obligados debido a esto provocan enfermedades infecciosas, degenerativas, inmunológicas y tumorales. El VIH es un virus extraordinario cambiante en particular a nivel de su envoltura, donde pueden detectarse diferencias de hasta un 30% entre los virus obtenidos de personas distintas y de hasta un 10% entre los virus obtenidos en un mismo individuo con algunos meses de diferencia, esto explica en parte, la dificultad que tiene un sistema inmunológico para eliminarlo y los problemas que existen para crear una vacuna CONASIDA (1989).

Durante la primera fase de la infección por VIH no hay repercusiones sobre el sistema inmunológico debido a que el virus se encuentra latente, sin perturbar la función de la célula infectada (lentovirus). Una vez que es activado, inicia su multiplicación y la destrucción de un número cada vez mayor de células inmunológicas.

Como al principio el número de células dañadas no es significativo, sólo aparecen ciertas anomalías poco importantes, como linfadenopatía (o incluso asintomático). En estos momentos la infección por VIH puede detectarse únicamente por laboratorio.

A medida que el virus continúa propagandose y destruyendo el sistema inmunológico, llega un momento en que éste queda demasiado débil para luchar contra otras infecciones, las que aprovechan esta situación por lo que se llaman infecciones

oportunistas para desarrollarse y llegar a la sangre y a los tejidos. Son estas infecciones las que eventualmente provocan la muerte de los pacientes.

El virus se encuentra principalmente en sangre, semen, fluidos y secreciones vaginales, secreción lactea, fluidos preeyaculatorios.

La infección se transmite principalmente por:

1. Contacto sexual.- En relaciones homosexuales masculinas y en relaciones heterosexuales y relaciones bisexuales.
- 2.- Inoculación o transfusión de sangre o hemoderivados contaminados (instrumentos contaminados).
- 3.- De una madre con VIH o SIDA a su hijo.

No existe evidencia de que el virus pueda diseminarse por saliva, lagrimas, sudor u otros líquidos corporales. CONASIDA (1989) no existe evidencia de que el VIH puede transmitirse por el contacto casual con una persona con VIH o SIDA, no se transmite por saludar de mano, compartir el mismo sitio de trabajo, escuela, hogar o transporte, usar las mismas instalaciones sanitarias, lavabos, tinas o albercas, beber de un mismo vaso o emplear los mismos platos, tampoco se transmite por la tos y el estornudo o la picadura de insectos.

Hasta ahora todos indica que cualquier persona que se exponga a los mecanismos de transmisión del virus puede adquirir la infección.

El virus es sumamente lábil en las condiciones del medio ambiente. CONASIDA (1989) son capaces de inactivarlo los cambios de temperatura, humedad, PH o la acción de desinfectantes comunes como el hipoclorito de sodio (cloro) o el alcohol, así como sustancias contenidas en los espermaticidas, como el nonoxynol 9. Todo esto fuera del cuerpo humano. CONASIDA (1989).

EL virus debe de encontrarse dentro de células vivas y estas deben pasar directamente de una persona a otra. Esto explica la razón por la cual el semen, las secreciones vaginales y la sangre son tan eficientes en la transmisión.

EL virus pasa directamente de una célula a otra, escapando con ello a la acción de los anticuerpos, así como la gran capacidad que posee el VIH para modificar la estructura molecular de sus proteínas, principalmente de sus glucoproteínas de su envoltura externa.

La concentración de VIH en los distintos líquidos corporales, y el volumen que se intercambia Daniels, V. (1985), influye en la efectividad de la transmisión. El semen y la sangre son los líquidos corporales con mayor número de partículas virales por su alto contenido en linfocitos, por lo

que resultan ser los más eficientes en la transmisión.

El VIH unicamente puede reproducirse en el interior de las células vivas del humano. Todos los individuos infectados con o sin síntomas de SIDA, son potencialmente infectantes para otras personas. Desde que el VIH entra al organismo el sujeto se convierte en reservorio y en este momento se considera infectado e infectante.

"El sujeto VIH positivo asintomático es aquella persona que tiene o se descubren anticuerpos circulantes específicos para VIH y que además no presenta síntomas o signos de la enfermedad" Luna, R. (1992).

De acuerdo con los modelos de transmisión y la permeabilidad de los tejidos al virus, las principales puertas de entrada de VIH al organismo en orden decreciente de importancia son: mucosas rectal y vaginal, torrente circulatorio (por vía parental), placenta y canal de parto, mucosa oral y tejidos y organos en transplantes.

La infección por VIH produce una amplia gama de manifestaciones clínicas, que van desde una etapa asintomática hasta el cuadro clínico del SIDA. La clasificación propuesta por el centro de control de enfermedades de Estados Unidos (1989) es la siguiente:

Grupo 1. Infección aguda

Grupo 2. Infección asintomática

Grupo 3. Linfadenopatía generalizada

Grupo 4. Otras manifestaciones

A) Enfermedad consitucional

B) Síndromes neurológicos

C) Infecciones secundarias

Infecciones indicadoras de SIDA

Otras enfermedades infecciosas

D) Neoplasias secundarias asociadas por infecciones
infecciones por VIH

E) Otras combinaciones.

La infección por el VIH en el adulto progresa de manera previsible por cuatro etapas distintas, la última de las cuales se conoce como SIDA.

GRUPO 1. INFECCION AGUDA

La mayoría de los individuos que cursan con infección por el VIH desarrollan anticuerpos antivirales las primeras seis semanas de la infección, con una variación de dos semanas hasta un año, sin presentar manifestación alguna, sin embargo, una minoría, experimenta de tres a seis semanas después de la infección, fiebre, mialgias, manifestaciones orogáringeas, erupción cutánea, dolor abdominal, diarrea, artropatía, presentan cambios inmunológicos detectables por el laboratorio, y no todos son positivos para la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH.

GRUPO 2. INFECCION ASINTOMATICA

Dentro de este grupo se incluye a aquellos individuos que se sabe estan infectados por el VIH y no presentan evidencias de la enfermedad: generalmente no muestran cambios inmunológicos detectables por el laboratorio. En términos generales, un 60% continúan asintomáticos por un lapso de seis a diez años; el resto evoluciona a otras etapas de la infección (a este grupo pertenece la población objeto del presente estudio).

GRUPO 3. LINFADENOPATIA GENERALIZADA

Los sujetos asintomáticos llegan a esta etapa en los primeros cinco o seis años: pertenecen a este grupo aquellos pacientes que como consecuencia de la infección por el VIH, presentan adenomegalias en dos o más sitios extrainguinales durante más de un mes, (ganglios inflamados) y tienden a ser dolorosos. Aún cuando resulta difícil precisar el pronóstico de estos pacientes, se ha estimado que un 35% de ellos evolucionará a SIDA en un lapso de tres años y que un 60% lo hará en los siguientes cinco años del inicio de la etapa.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Cerca del 70% de los individuos infectados por el VIH presenta alguna forma de trastorno neurológico; alrededor de 60% desarrolla infecciones oportunistas, un 30% cursa con neoplasias.

Enfermedad constitucional debido a infección por VIH se incluyó en este estudio como datos representativos para tener un mejor panorama de la población objeto de estudio, los que se caracterizan en:

1. Pérdida involuntaria de peso mayor a 10% del peso normal del sujeto.
2. Fiebre de más de 39°C documentada en forma intermitente o constante durante 30 días o más.
3. Diarrea crónica presente durante 30 días o más, con 6 ó más evacuaciones al día.

Encefalopatía por VIH, pertenecen a este grupo, aquellos individuos infectados por el VIH que cursan con daño neurológico en ausencia de otro padecimiento que lo provoque; los trastornos neurológicos del sistema nervioso inducidos por el VIH se clasifican en 1) demencia asociada con el SIDA, 2) meningoencefalitis aguda aseptica, 3) meningitis crónica, 4) trastornos del sistema nervioso periférico.

La demencia asociada con el SIDA es la complicación neurológica más común y se presenta en 50% a 70% de los pacientes con SIDA.

Una vez establecidas las características generales del desarrollo de esta enfermedad, ahora se mencionará que el SIDA en México, representa un problema de salud pública que atañe a diferentes sectores de la población.

De acuerdo al sector salud hasta febrero de 1992 los casos de SIDA en México son: 7971 que pertenece al sexo masculino, y 1385 pertenecientes al sexo femenino. El número total es de 9356 casos. En 1990 se reportaron 8175 y en 1991 9350 casos, la tendencia continúa siendo ascendente en todo el país.

Perez, J., (1990) reportó que los casos totales en hombres es de 89.3% y mujeres el 10.7% con una razón de 6 a 1. El 67% se notificaron en sujetos entre los 25 y 44 años, el 13.7% en adultos jóvenes entre los 15 y 24 años y el 12.6% del grupo entre los 45 y 64 años. Los estudiantes ocupan el 8.1% de los 1013 casos de los cuales se tienen registradas sus ocupaciones. La clase media y alta siguen siendo las más afectadas.

Para 1992 de los casos reportados por categoría de transmisión por edad en menores de 15 años da un total de 312 casos entre, 15 y 24 años un total de 1234, entre 25 y 44 años 6160, de 45 a 64 años es de 1350 casos. (Boletín mensual SIDA, 1992).

El sexo masculino, se infecta en el 92.1% a través del contacto sexual, siendo el 53.2% de los sujetos homosexuales, el 26.9% bisexuales y el 12% por contactos heterosexuales. (Boletín mensual SIDA 1992).

ASPECTOS PSICOSOCIALES E IMPACTO DEL RESULTADO

Dirigir una mirada retrospectiva y analítica a un fenómeno particular en 10 años de comportamiento y sin omitir datos y eventos relevantes, resulta tarea sumamente complicada cita Bronfman, M., (1991) quien resalta el punto sobre el que quisiera reflexionar en el relativo a la legitimidad del abordaje científico social del SIDA.

Si bien es cierto que las reacciones colectivas frente al SIDA, dan un impacto sobre el mismo, no se está preparado para la llegada de él, como grupo, como ser individual Ortiz, V., (1991).

La transmisión del SIDA supone en gran medida la existencia de actos privados, con consecuencias sociales, de esta manera, simultáneamente el puente que vincula lo social con lo personal, parece abrirse en un espacio importante para que ciertos prejuicios y estigmas surgan Perez, J., (1990).

De acuerdo con Allport, G., (1958) el prejuicio es una aversión, una actitud hostil hacia una persona que pertenece a un grupo, y que se genera por la sola pertenencia de esta a dicho grupo. Los dos elementos básicos de un prejuicio son; por una parte, una actitud hacia alguien, y, por otro lado una creencia sobregeneralizada y por lo tanto errónea a propósito de ese alguien y al grupo al que pertenece. Citado en Perez,

J., (1990).

Perez , J., (1990) señala que en algunos casos el paciente lleva una doble estigmatización : la enfermedad y la homosexualidad. Esto obstaculiza la educación en los heterosexuales, ya que no se muestran interesados en la enfermedad por considerarla fuera de su contexto.

La respuesta ante el diagnóstico que el paciente atraviesa es un proceso que va desde el momento de recibir la noticia hasta la etapa en que el individuo se prepara para morir.

Para Sanchez, M., (1987) ..''son cuatro los factores psicológicos ante el diagnóstico: 1) la gravedad del padecimiento, 2) el largo período del incubación, 3) la transmisión por vía sexual, 4) la importancia de la medicina ante la enfermedad''.

Cassens, D., (1984) argumenta''el miedo y la incertidumbre son las primeras respuestas ante el diagnóstico. Para algunos la decisión más importante que tendrán que tomar será el hecho de con quien compartir la noticia. La culpa, por su parte, hace más grande el sentimiento de aislamiento, que después experimentan en el hospital cuando son internados, el separarlos del resto de sus parientes, con la idea de protegerlos de una posible infección''.

Perez, J., (1990) para quien lo anterior es una continuación

de la marginación social que había sufrido a lo largo de su vida, y curiosamente vive la paradoja de poner el cuidado de su salud en manos de una sociedad que les ha enseñado a dudar del valor de su existencia, lo que propicia en algunos que continuen la devaluación de su propia autoestima.

Deuchard, N., (1986) propone que existe un esquema de interacción de los factores que actúan en la base de los problemas psicológicos: "La terminalidad de la enfermedad, el aislamiento y las preocupaciones económicas producen signos de colera, negación y depresión. Estas reacciones tienden a amplificar el problema como un sistema de retroalimentación positiva".

Las reacciones de los pacientes, según Nichols, S., (1985) presentan este patron: estado de crisis inicial - respuesta de negación, alternando con períodos de intensa angustia.

El estado transicional.- comienza cuando aparecen estados alternativos de colera, culpa, autocastigo y ansiedad, que reemplazan a la negación. Los pacientes pueden de forma obsesiva revisar su vida pasada como una manera de entender que es lo que han hecho para "merecer el SIDA". Este período se caracteriza por angustia y confusión, el rechazo social es profundamente sentido, lo que agrava la situación, aparecen cambios en la autoestima, identidad, valores e incluso es probable que ocurran intentos de suicidio, sin embargo, los pacientes en esa etapa se encuentran especialmente accesibles a

la intervención profesional. En este estadio las personas necesitan formar nuevos valores y darse un nuevo sentido de sí mismo y a su comunidad, a menudo, deben reestructurar relaciones con alguien amado y con sus familiares.

Estado de deficiencias.- Ocurre la formación de una nueva identidad en función al concepto de sí mismo estable al alcanzar el periodo de aceptación, encontrando satisfacción en actividades comunitarias de índole altruista; aprendiendo a aceptar las limitaciones que les impone el SIDA y pudiendo manejar sus vidas; reaccionando ante la enfermedad con más razón que emoción haciendo un esfuerzo por vivir cada día plenamente, experimentando dolor y placer, asegurándose de valorar su capacidad y compromiso con otros y su afectividad. Aprenden a valorar la calidad y no la cantidad. Reconocen su vulnerabilidad ante las infecciones oportunistas, la amenaza de la desfiguración física, la pérdida de amigos que murieron de SIDA y finalmente la necesidad de prepararse para la muerte (citado en Perez, J., 1990).

Es difícil sobrevalorar el grado de miedo que experimentan los pacientes ante una enfermedad intratable conectada con la idea de enfrentar situaciones desconocidas. Malagon, M.,(1992).

Miller, D., Sefries, D., Green, J., Harris, J. y Pinching, A. (1980) reportan que han encontrado en los seropositivos respuestas de desconcierto ante el pronóstico, preocupaciones ante la relación con otras personas, depresión y desórdenes

obsesivos. Esto se refleja en el comportamiento a nivel de un rompimiento en las relaciones sociales. El ajuste psicológico y de la propia conducta puede tomar semanas o meses. De acuerdo con estos mismo autores, los riesgos psicológicos al practicarse la prueba de anticuerpos del SIDA incluyen:

- Reacciones severas como ansiedad, pesadillas, disturbios en el sueño, depresión y conductas suicidas.
- Relaciones interpersonales disueltas (parejas disueltas y vividas con culpa, disfunción sexual e inhabilidad para establecer pareja).
- Estigmatización si el resultado es positivo.
- Problemas con el trabajo y la compañía de seguros.
- Preocupaciones por los síntomas corporales; y
- Un falso sentimiento de seguridad es el test resulta negativo, por ejemplo; creer que son inmunes al virus y seguir teniendo conductas de riesgo (citado en Dorante, V. 1988).

INTERVENCION PSICOLOGICA

''El rechazo puede ser: una defensa útil''....

Y necesaria para los pacientes que sufren una enfermedad fatal, ya que les proporciona cierto control sobre cuando y como enfrentar su propia muerte''. ''Aunado a los cuidados personales y grupales que debe tener el paciente portador sano. Aunque la sociedad se ha abierto más a la discusión de temas emocionales, como la muerte, la mayoría sólo habla de su propia muerte durante periodos muy breves y sólo con algunas

muerte durante períodos muy breves y sólo con algunas personas''. Es por lo anterior que se incluye de manera general una explicación inicial a lo que Freud, S., (1920) denominó defensa: conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peigro la integridad y la constancia del individuo. En gran medida el yo se constituye con la instancia que sustenta esta constancia y que busca mantenerla.

El proceso defensivo se especifica en mecanismos de defensa más o menos integrados al ''yo''. Es por esto la importancia vital del concepto de sí mismo que tiene cada individuo para activar con mayor fuerza, la defensa marcada e infiltrada por aquello sobre lo que en definitiva actúa, y adquiere a menudo un carácter compulsivo y en forma inconsciente. En los trabajos de Freud, S. (1920) el ''yo'' es aquella región de la personalidad, aquel ((espacio)) que se intenta proteger de toda perturbación. Es también un ((grupo de representaciones)) que se halla en desacuerdo con una presentación ((incompatible)) con él, siendo la señal de esta incompatibilidad un afecto ((displacerero)); finalmente es agente de la operación defensiva. El origen de los mecanismos de defensa es la angustia, los mecanismos de defensa dependen del carácter de una persona.

En las teorías homeostáticas Freeman, G., (1948) y sus referencias a las ''defensa del ego'' cita: ''que toda conducta es un intento de preservar la integridad por medio del

restablecimiento ((homeostático)) del equilibrio''. Relacionado en todos los aspectos psicofisiológicos, con las limitadas reacciones del órgano que mantienen el cuerpo vivo y conservan su identidad.

El punto importante en el impacto al resultado es la ansiedad y Freud, S. (1914) la define como ''un estado de sentimientos singularmente desagradables acompañados de ciertos fenómenos específicos de efecto o descarga de la percepción''.

La situación de peligro es una situación de desamparo reconocida, recordada y anticipada. La ansiedad es la reacción original al desamparo en la situación traumática, más tarde reproducida como una solicitud de ayuda en la situación de peligro. El ego que experimenta el trauma en forma pasiva, ahora repite activamente una reproducción atenuada de este, intentando tener en sus manos la dirección de su curso Cofer, N., (1964).

Los sujetos VIH positivos asintomáticos afirman tener más angustia o miedo al dolor, a la desfiguración y a los síntomas neurológicos, que a la muerte, siendo el foco de sus conversaciones. Esta ansiedad a los síntomas de una enfermedad incurable puede provocar intensos sentimientos de desesperación. Otros factores intimamente relacionados con la angustia, son el miedo al aislamiento, y la preocupación sobre su imposibilidad para hacer frente a los síntomas del progreso de la enfermedad Malagon, N., (1992).

Un factor que se detecta con estos pacientes que jamás debe dejarse de considerar y/o menospreciar es la culpa, una culpa sobre el pasado y en la cual se han identificado cinco patrones distintos de respuesta a ella y que son: abstinencia sexual, rechazo a un estado de positividad frente al VIH, abstinencia con amigos íntimos, pero actividad sexual con compañeros positivos, aumento del consumo de drogas, alcohol, desarrollo de pequeños grupos de contacto sexuales, algunos pacientes homosexuales interiorizan la homofobia de la sociedad, es decir el rechazo y llegan a creer que su homosexualidad es la causa de su enfermedad. Para algunos significa perder su único contacto humano íntimo.

Para el caso de algunas mujeres, las decisiones sobre una posible gestación son extremadamente problemáticas, muchas mujeres eligen tener un hijo, aún poniendo con ello en peligro su propia salud y la del producto bien por motivos religiosos, culturales o como forma de autodestrucción o bien por una autorealización, otras eligen abortar o no tener hijos, lo que significa un profundo desafío psicológico para una mujer en edad fértil, el impacto del diagnóstico sea hombre o mujer en edad reproductiva y productiva bloquea de manera individual y social.

Los mecanismos de defensa en sí desplazamiento, represión, sustitución, simbolización, aislamiento, proyección, formación reactiva, etc., son descripciones clínicas de conducta muy útiles y precisas para bosquejar el impacto del resultado

positivo de VIH.

Estos mecanismos en términos concretos afloran en etapas de crisis, etapas decisivas, vitalmente importantes en el curso de algún evento de cada individuo. Aguilera, D. (1974) "Un punto clave, un estado que provocará un cambio importante o decisivo para bien o para mal, o un evento emocionalmente significativo o un cambio radical en la vida de una persona".

La intervención en crisis consta de tres aspectos principales:

1. La teoría sobre la intervención en crisis.
2. Las técnicas de intervención en crisis.
3. Los programas de intervención en crisis.

La teoría sobre la intervención en crisis se deriva de la teoría psicoanalítica del aprendizaje, así como de estudios sociales y de los avances de la psiquiatría entre otras, y quienes a partir de la escuela psicoanalítica parte la premisa de que existe un equilibrio que involucra varias fuerzas y que mantienen la homeostasis.

De la escuela Rogeriana se toman los conceptos del énfasis en las áreas fuertes y el potencial de crecimiento que tiene cada individuo. Se refieren estos aspectos en este apartado en razón a la importancia ante la entrega de resultados como se ha venido observando, más adelante, en lo que se refiere en la

intervención psicológica misma que se retomará más a fondo.

La principal justificación para la intervención en crisis es que los programas deben tener dos características 1) acceso rápido: inmediato si es posible y sin listas de espera, esto con la idea de que mientras más temprano se maneje el problema, mejor será el resultado y se prevendrán trastornos crónicos, de ahí que la intervención en crisis sea un enfoque preventivo. 2) Tratamiento breve: hasta seis sesiones, esto se basa en que muchas personas no quieren o no necesitan un tratamiento largo pero necesitan ayuda para resolver problemas inmediatos y la mejor disposición de la persona para recibir ayuda es cuando está en plena crisis. Los objetivos de tratamiento en la intervención de ésta generalmente son limitados, en el tiempo y relacionados unicamente a la situación, ante la entrega de resultado positivo.

Propuesta de CONASIDA al impacto del resultado.

Se elaboró una propuesta grupal del esquema básico de la primera entrevista, Abrego, Candelas, De Caso, López, Morales, Moreno, Muñoz, Rodríguez, Tovar, Malagon, Ortiz, (1991) para usuarios del centro Copilco vespertino CONASIDA, "para el mejor manejo del texto es preciso tomar en cuenta que la mayoría de los usuarios tienen una auto percepción de riesgo, y que están dirigidos fundamentalmente a trabajar con población homo y bisexual" en el rubro específico de preparación para la entrega de resultados, proponen preguntas por parte del.

terapeuta al paciente, en función a como enfrentaría los resultados, y esto permitirá conocer las posibles transformaciones que la experiencia generaría en mecanismos de defensa, usos de estructura de personalidad y posiblemente en relaciones objetales.

Es importante considerar la modificación de las relaciones objetales pues aunque es difícil que cambien, la confrontación directa con la posibilidad de la muerte suele producir efectos muy profundos en el individuo. Esta es una característica que particulariza y condiciona totalmente el trabajo con este tipo de pacientes, por lo que las propuestas psicológicas deben sujetarse a esta variante. Al paso de la sesión los autores proponen que es preciso cuestionar al paciente preguntando como se siente después de lo hablado. Esto permite valorar los efectos de la entrevista en términos de disminución de emociones como la ansiedad, los miedos y fantasías, así como claridad con que ha recibido la información antes del resultado.

La psicoterapia breve parece estar indicada en pacientes que no han tenido tratamiento previo, en individuo cuyo trastorno es de origen reciente, que algunas veces son enviados por un médico. La selección de pacientes para un tratamiento con límite de tiempo se correlaciona bien con los individuos que obtienen calificaciones elevadas en la escala de autoafirmación social de base, citado por Lawrence, C. (1977) al que refiere prontitud para salvaguardar los eventos negativos a los que se

enfrenta cada paciente, quien a lo largo de su vida se destacó con firmeza de carácter y sólo requiere de intervenciones claras y muy precisas, para salir por sí sólo de la carga traumática, por lo menos en sus aspectos emocionales .

La ventilación es un tipo de tratamiento expresivo, en la cual se alivia la angustia del paciente a un mayor o menor grado al darle la oportunidad en un marco tolerante y empático, de "desahogarse" francamente y discutir con el terapeuta los problemas personales y las "preocupaciones" que ordinariamente no discutiría con otras personas. El psicólogo (o el médico) con actitud de comprensión y estímulo, puede actuar en mayor efectividad en grupos donde se maneja la información del padecimiento y entre os temas que puede requerir ventilación se encuentran dudas, impulsos, angustias conscientes, problemas familiares y sentimientos de culpa. Algunas fases del material expresado a menudo representan la confusión del pensamiento y acciones que el individuo considera intolerables, tales pensamientos y acciones provocan culpa y vergüenza, y para aliviar la angustia es necesario disminuir la intensidad de estos sentimientos. Miller, D., (1989).

Otras fases de la técnica que retoma Miller, D.,(1989) en su reporte de trabajo, consiste principalmente en ... "dar escape al vapor a presión" en lo que se refiere a resentimientos. Con frecuencia una discusión de los conflictos presente y las situaciones de la vida pasada; tal como parecen relacionarse con los síntomas emocionales o psicósomáticos, pueden producir

alivio.

Al proporcionar la información si es el caso del grupo, Miller, D. (1989) comenta en su artículo: "la corrección de la información errónea en lo que respecta a los problemas personales, puede dar como resultado cierta disminución en la angustia del paciente. La relación entre el psicólogo (o médico) que comanda al grupo, es una relación con mayor compromiso y aunque sea en momentos por motivos de empatía, la intervención que se tiene con estos aspectos emocionales conscientes e inconscientes del grupo lleva al moderador a proporcionar elementos contingentes individuales y/o grupales que sanan el tratamiento.

Es básico considerar para este caso particular que el orden en que se presentan los datos en función a la intervención psicológica no están pensados para ser entendidos de manera rígida, parte fundamental de su correcto manejo es la flexibilidad y criterio y que cada apartado podrá remitir a cuestiones cada vez más profundas.

Los tratados a describir no serán excesivamente severos pues aunque existen diferentes y muy variados enfoques como estilos de atención en lo referente a la atención de pacientes VIH/SIDA a estas fechas aún se pretende establecer estructuras para la atención más pertinente en estos casos Joffre, R., (1992).

Dichos enfoques ya sea de psicoterapias, "de grupos" de "información" o "de atención médica", estos problemas se dirigen a un nivel en gran parte consciente (ya sea formal e informalmente) y se discuten directamente en los encuentros con estos pacientes en forma "posiblemente de conversación ordinaria" dirigiendo la atención hacia situaciones definidas y hacia reacciones del paciente ante ellos" Lawrence, C., (1977).

Un diagnóstico de SIDA tiene profundas implicaciones para el paciente "la predicción de la muerte que la mayor parte establece aunado al diagnóstico, el reconocimiento escalofriante que aún no existe curación y que otros están muriendo de SIDA" y la respuesta no agradable muy difundida por parte de la sociedad de que marca, que toda persona con SIDA es homosexual y ese término enfocado de manera peyorativa "origina en los pacientes un sentimiento de atrapamiento en especial en los primeros meses" Escobar, J., (1992).

De manera comprensible se ha hablado de lo importante que es la intervención psicológica en estos casos y que de manera directa se presta para cuestionar:

¿Qué hacen los psicólogos "todos con sus bastos conocimientos en favor de dichos padecimientos? ¿qué tiene que suceder en nuestra comunidad para provocar en estos profesionistas el compromiso que se debe tener para la psicología y por lógica correspondencia para los humanos? ¿qué mecanismos emocionales mueve el padecimiento en cada uno de ellos que sólo algunos trabajan con VIH/SIDA?

Las opciones de los psicólogos son muchas y muy variadas y necesarias, se hace imperioso un acto de consciencia por parte de cada uno de ellos para atender el llamado de su sociedad.

“Las personas con SIDA que tienen un control reducido sobre sus vida y cuales son las opciones disponibles para ellos sin la intervención psicológica, piensan que ya no son más un “agente libre” y que toda actividad que lleven a cabo está dictaminada por su enfermedad y el prospecto de atención y muerte Miller, D., Weber, J., Green, J., (1986).

La falta actual de curación, exalta con frecuencia una sensación de desesperanza pues el sector salud está habilitado para curar, y justo lo que no pasa es la curación el trabajo debe ser de apoyo constantemente psicológico, el personal no cura; cuida Arraz, C., (1992).

La estrategia será pues paleativa, que significa mantener la lucha por la dignidad humana mientras este presente, y lo que a primera vista puede parecer un ideal abstracto, tiene un sentido ético incuestionable y una operatividad no sencilla pero si factible para conseguir el máximo confort para el paciente, y para detectarlo es necesario percibir las necesidades específicas, físicas y psíquicas de los pacientes y su gran variabilidad en el tiempo, Barreto, M., (1992).

Mientras en todo padecimiento casi hay cura, en el SIDA no, enfrentandose a una enfermedad de mal pronóstico, el trabajo

del psicólogo no es curar pues siempre la intervención será "resolver" y justo es una de las necesidades del paciente VIH/SIDA.

En el caso específico del SIDA, el autoconcepto de cada paciente, es blanco de múltiples intervenciones por parte del psicólogo, el material con el que trabaja es el "yo", y por ser un padecimiento también universal, "un conjunto de yoes", un yo universal gravemente estigmatizado, no despierta simpatía pública el que alguien porte el virus, por el contrario suele ser recibida con temor y rechazo, los mismos pacientes refieren haber experimentado "esquivamiento" por parte de sus amigos, colegas, vecinos, etc. Esta respuesta pública genera un sentimiento de ser sucios o no limpios y la estima propia se va deteriorando y evitarán comentar su diagnóstico con otros. Esto resalta la necesidad de que el terapeuta o el médico conserve una actitud sin juicio hacia el paciente y su historial sexual (siendo un principio terapéutico para todo paciente).

Ya se comentaron las reacciones emocionales al choque que implica el diagnóstico, sin embargo no son todas las consecuencias emocionales, la característica común y preocupante es la ansiedad. Miller, D., Weber, J., Green, J. (1986).

Algunas implicaciones emocionales del diagnóstico, Miller, D., Weber, J., Green, J., (1986).

Choque: Sobre el diagnóstico y posible muerte, inseguridad.
Ansiedad: Pronóstico y evolución de la enfermedad inciertos.

Efectos de la medicación y el tratamiento.

Estado del amante y capacidad del mismo para hacer frente.

Reacciones de otros familiares, amigos, pareja, etc.

Pérdida de las habilidades cognoscitivas, físicas, social ocupacional.

Riesgo de infección de otros y hacia ellos.

Depresión: Desesperanza para cambiar las circunstancias.

Virus en el control de la vida.

Disminución de la calidad de vida en todas las esferas.

Futuro sombrío o, quizá doloroso, incomodo y desfigurante.

Autoculpa y recriminación por "indiscreciones" pasadas.

Aceptabilidad social y sexual reducidas, y aislamiento.

Enojo: Sobre el estilo de vida y actividades de riesgo alto pasados.

Sobre la incapacidad para vencer el virus.

Sobre nuevas restricciones involuntarias para el estilo de vida.

Culpa: Por ser homosexual.

Falta de aceptación de la homosexualidad "confirmada".

A través de la enfermedad.

Obsesiones: Búsqueda inexorable de explicaciones.

Búsqueda inexorable de nuevas pruebas diagnósticas en su cuerpo.

Imposibilidad de evitar las declinaciones y la muerte.

Manía sobre la salud y las dietas.

A fin de permitir la intervención psicológica de grupos de información y/o sesiones propiamente dichas de terapia, esta asesoría típicamente incluye procedimientos para la atención de el saber "escuchar", pues, un mal entrenamiento en psicoterapia limita al terapeuta, engañándose con sus propios valores morales y prejuicios que tarde o temprano se hacen presentes e impiden "escuchar".

"Poner atención", la paciencia y el respeto son los mejores compañeros, una cosa es comprender y otra es juzgar, pues no es lo mismo rechazar a una persona que comprenderla; aunque no les parezca lo que hace, si la comprenden se puede trabajar con ella, (informandola, recibiendo y dando). Esto es más importante en la era del SIDA que espantarse ante lo que ni siquiera se entiende.

"La lucha contra el SIDA en si misma resulta un proceso altamente educativo en la medida en que los involucrados (paciente-terapeuta) mantienen una actitud de apertura hacia el

aprendizaje que pueden hallar en si y en las otras personas''
Ortiz, V., (1991).

Mientras que, quizá en otros padecimientos aparentemente el psicólogo tiene los hilos y el control de las implicaciones aquí es justa la consigna: ''aprender a aprender'' proporcionar los elementos necesarios a una persona para que descubra lo que lleva dentro y pueda aprender de si mismo, en una constante dimensión de proceso mutuo. Por lo que ésta consideración terapéutica, da origen a otra; fomentar una alianza o una relación basada en comprensión, pero más importante aún, en empatía (entendimiento) y tolerancia, como lo proponen con cierta exactitud los trabajos de Kübler Ross, E., (1969) de la muerte y el morir.

Sea cual sea el enfoque que se de a la intervención del psicólogo para efectos de una comprensión sistemática y profunda de los mecanismo psicológicos se darán a continuación conceptos decisivos que no se deben pasar por alto, como los siguientes:

Ortiz, V.,(1991) considera que los procesos de la psique se desarrollan en tres areas: mente, cuerpo y mundo externo. Y que conforme se va dando el desarrollo del sujeto, a la vez construyen estos ''espacios'' habitados por los objetos psicológicos, lo primero que se es, es fundamentalmente un cuerpo con sus necesidades biológicas, que poco a poco reconoce el mundo externo que lo rodea, proceso en el cual va

descubriendo la mente como el testigo que registra esto.

El sujeto se va constuyendo a si mismo bajo la tensión de polos opuestos: padre-madre, bueno-malo, hombre-mujer, permitido-prohibido, etc. El vínculo afectivo que establece el sujeto con sus propios objetos psicológicos puede ser disociado, ambivalente y ambiguo. La protección de este vínculo afectivo se logra mediante los mecanismos de defensa. La combinación y persistencia de determinados mecanismos da origen al estilo del sujeto o estructura de la personalidad con las que habitualmente se conduce.

La negación: como primer mecanismo a mencionar es un proceso que lleva una limitación de la capacidad funcional del "yo" y de personalidad total en cuyo caso hay una represión o negación de la realidad externa donde el sujeto propone dejarla fuera o excluida, como si realmente no existiese.

Este proceso puede ser también en una parte del cuerpo, proceso muy relacionado con las alteraciones y dinámica del esquema corporal.

La negación el asilamiento: es la reacción más primitiva, pero saludable, ya que le permite al paciente calmarse, y con el tiempo, adoptar otras defensas menos radicales. Aquí no enfrenta el estado de "shock" del cual el paciente se va recuperando. El paciente muchas veces busca otros médicos con la esperanza de cambiar el diagnóstico.

La negación, por lo menos parcialmente, la utilizan casi todos los pacientes no solamente durante los primeros momentos de la enfermedad, sino también en etapas subsiguientes. es una defensa temporal generalmente y dentro de poco se reemplaza por una aceptación parcial.

La necesidad de la negación existe en todo paciente, más frecuentemente al comienzo de una seria enfermedad que al final de la vida. Estos autores sugieren que "permitirle al paciente llegar al convencimiento de que no va a estar solo al final" y al mismo tiempo se puede estimular al paciente a que continúe su tratamiento.

Proyección: Consiste en atribuir a objetos externos características, intenciones o motivaciones que el sujeto desconoce en si mismo. Se proyecta y experimenta uno de los términos de la ambivalencia (por lo que el sujeto debió haber disociado previamente el objeto en "bueno y malo"); se presenta como estructuras de personalidad que incluyen un objeto parcial y parte del yo ligado a ese objeto. La proyección se realiza ubicando el objeto parcial sobre un objeto del mundo externo, reteniendo el otro objeto parcial en el área mente o cuerpo. Interviene en todo proceso de percepción y es la experiencia reiterada con la realidad la que permite la rectificación de lo proyectado (discernimiento entre lo depositado y el depositario).

Identificación proyectiva: el sujeto experimenta como propias, conductas de un objeto externo y vive dichas experiencias a través del otro.

Introyección: Incorporación o asimilación por parte de un sujeto de características o cualidades que provienen de un objeto externo. Es común en los estados de duelo, en los que la pérdida del objeto querido conlleva la incorporación de alguna(s) de sus característica(s) o propiedad(es).

Identificación introyectiva: Cuando el sujeto introyectado invade demasiado la personalidad del sujeto, y éste pasa a conducirse, parcial o totalmente con los rasgos del objeto introyectado, por ejemplo un niño que al perder a su gato se pone a caminar en cuatro patas y quizá maulla, o se comporta como el padre.

Regresión: reactivación y actualización de conductas que corresponden a un período anterior ya superado por el sujeto. Tiene lugar siempre que aparece un conflicto actual que el sujeto no puede resolver; entonces reactiva y actualiza conductas que han sido de eficacia en otro momento de su vida, pero que corresponden a un nivel anterior, infantil. La regresión nunca revive totalmente conductas anteriores, sino siempre son conductas nuevas y distintas, pero que se hacen dentro de un molde o estilo que pertenece al pasado. La regresión puede ser total o parcial, reversible o no; puede implicar todas las áreas de la conducta (mente, cuerpo o mundo

externo) algunas o partes de ellas.

Desplazamiento: Las características de un objeto o la proyección efectuada sobre él se propagan y difunden a otros objetos o partes de la realidad externa, asociados de alguna manera al primero. Es la conducta más específica de las fobias, en las cuales la evitación de un objeto es transferida a otro, originando una progresión o "contaminación de objetos" con la ventaja de que se puede mantener la relación con el objeto primitivo. En el proceso del desplazamiento siempre intervienen la proyección-introyección.

Aislamiento: El aislamiento tiende a lo inverso del desplazamiento porque es justamente lo que se trata de evitar; el desplazamiento de características malas a indeseables del objeto malo hacia el objeto bueno.

Conversión/somatización: Uno de los términos del conflicto se fija como conducta en el área del cuerpo, en forma de síntoma o manifestación orgánica. Es una situación muy típica de la estructura histérica. Es un malestar psicológico a convertirlo en malestar físico.

Racionalización: Es una forma de negación en la que para evitar el conflicto o la frustración se dan razones o argumentos que los encubren es una utilización de la racionalidad para encubrir o negar realidades mientras que en razonar no ocurre esto.

La ira (coraje) cuando la negación y el aislamiento no se pueden soportar más, son reemplazados por sentimientos de coraje, rabia, envidia y resentimiento. La próxima pregunta lógica entonces es : ¿por qué yo?.

El coraje se desplaza y se proyecta contra el medio ambiente, muchas veces casi al azar. A menudo es difícil para los familiares y staff del hospital comprender este coraje. Familiares, amigos y amantes que visiten al paciente reaccionan o con pena y lágrimas, o con sentimientos de culpabilidad o vergüenza, o dejan de venir, lo cual aumenta la irritabilidad y el coraje del paciente. La tolerancia es importante durante esta etapa. "Sólo podemos hacerlo si no tenemos miedo y si no somos tan defensivos".

"Una vez que los pacientes pueden descargar parte de su coraje, pueden también mostrar el otro lado de si mismos es decir, de calor, cariño y afecto.

La negociación ayuda al paciente solo por un periodo corto de tiempo. Las demandas se sustituyen por arreglos. "Quizás tengamos éxito si llegamos a un arreglo que posponga lo inevitable" "Dejo de ser homosexual y me caso. Ma haré cura". La negociación es un intento de posponer, tiene que incluir un premio por el "buen comportamiento". También se impone una fecha límite por ejemplo un viaje más. La negociación a menudo se asocia con una culpabilidad no expresada.

La depresión: el paciente ya no puede sonreír. Su insensibilidad y su estoicismo, su coraje y su rabia pronto se sustituirán por un gran sentido de pérdida. Esta pérdida puede tener muchas facetas. Alguien con Sarcona puede reaccionar al cambio de su imagen corporal. Otros a su pérdida de peso. Pérdida de ingresos o pérdida de un ser amado debido al alejamiento.

Podríamos mencionar dos tipos de depresión: Depresión reactiva; es la producida por una causa y relacionada a una pérdida real, por ejemplo pérdida de control sobre el cuerpo y el medio. Pérdida del amor propio; pérdida del empleo. Pérdida de ingresos; los altos costos hospitalarios imposibilitan aún los más pequeños lujos. PENA preparatoria; esta pena es necesaria exprimentarla para prepararse a la separación final de este mundo. La pena preparatoria es distinta de la depresión reactiva, la cual ocurre como resultado de una pérdida y en la cual el paciente considera pérdidas próximas.

El paciente está en proceso de perder todo cuanto quiere y a quienes quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrará más fácilmente la aceptación final y estará agradecido de aquellos que estén con él durante este período de depresión sin estar diciéndole constantemente que no esté triste. "En la pena preparatoria hay poca o ninguna necesidad de palabras, es más bien, un sentimiento que se puede expresar mejor con cogerse de las manos, acariciarle el pelo, o simplemente estar juntos".

Este tipo de depresión es necesario y de beneficio si el paciente ha de morir en un estado de aceptación y paz. Solamente las personas que han podido manejar con éxito sus angustias y ansiedades, son capaces de alcanzar esta etapa. "Si este sentimiento se pudiera compartir con familiares y otros que son importantes al paciente, a ellos también se les evitarían muchas angustias".

La aceptación el paciente ya ha sufrido la pérdida de muchas personas y lugares importantes para él y contempla su final inmediato con cierto grado de espera silenciosa. La aceptación no se debe ver como un etapa feliz. Está casi privada de sentimiento. "El paciente desea estar sólo". Es más importante cogerle las manos que el hablar.

Es criticado comprender que a veces un paciente llega al punto de considerar la muerte como un gran alivio: vivir hasta el final con dignidad. Generalmente, la esperanza continúa a través de todos los estados emocionales. Son estos rayos de esperanza los que sostienen al paciente a través de días, semanas y meses de sufrimiento. Para algunos, la esperanza les ayuda a mantener el ánimo y les permite soportar la carga cuando se hace tan pesada. Para otros, la esperanza se convierte en una forma temporal pero necesaria de negación. Aunque debemos mantener la esperanza con nuestros pacientes, no debemos reforzarla cuando ellos se rindan no es una forma de abandono y desesperanza sino como la aceptación final.

Se debe trabajar junto con los familiares, explorar lo que les está pasando y permitirles pasar por todas estas etapas en la mejor forma posible.

Hasta aquí se redactaron la defensas del "yo", y se abarcó hasta el paciente en fases terminales, con el objeto de proporcionar una mayor visión de los estados emocionales de toda persona y de los pacientes.

NECESIDADES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE INFECTADO POR VIH

Necesidad de información.- Entre más información clara y consciente tenga una persona sobre su padecimiento y estado de salud, mayor posibilidad de manejar la angustia; disminuyendo así el temor a lo desconocido.

Necesidades de servicios concretos.- Es importante que los pacientes conozcan perfectamente cuales son los servicios médicos, psicológicos, de laboratorio, etc., a los que tienen acceso y necesidad.

Abuso de drogas - es común encontrar pacientes que al saberse infectados recurren a adicciones como el alcoholismo o alguna droga que disminuya la ansiedad, etc; evitando así hacerse consciente y prolongando el período de negación.

Complicaciones neuropsiquiátricas.- Suelen aparecer en estados avanzados de la enfermedad, se caracterizan por pérdida de memoria, confusión, desorientación, síntomas depresivos, cambios conductuales, etc., ...Se recomienda intervención psiquiátrica en estos casos.

Búsqueda de esperanza.- El paciente demandará desde el principio información, referencias bibliográficas, alternativas médicas, de salud mental, opciones en el cuidado de su salud y que proporcionen una esperanza de vida. La búsqueda de esta esperanza, los nuevos descubrimientos y las actividades positivas serán el cambio para desarrollar estilos de vida más sanos.

Necesidades especiales de comunicación.- Todos presentan la necesidad de intercambiar algunas experiencias comunes, ésta necesidad disminuye cuando se encuentran en tratamiento terapéutico, es recomendable que el proceso de elaboración también pueda llevarse a cabo con amigos, familiares, parejas, etc.

Manejo del sentimiento de desgracia.- Algunos pacientes solicitan ayuda terapéutica, cuando el sentimiento de desgracia invade las funciones vitales, este sentimiento suele aparecer también en pacientes diagnosticados con cáncer. Bayardo, F. (1990) dice que son muchos y muy variados los factores importantes que deben tomarse en cuenta, al tratar el desempeño de la labor del psicólogo; uno de ellos es la necesidad de

evitar el generalizar conclusiones cuando se pretende anticipar ciertas reacciones específicas de parte de todos los pacientes con esta enfermedad. En primer lugar, las circunstancias cambian con cada caso, así como con las diferentes personalidades y con los distintos estadios de evolución en los que pueda encontrarse el paciente. En ocasiones podría tratarse de pacientes asintomáticos, que se sienten culpables o preparados por la posibilidad de haberse infectado y haber expuesto a otro, con o sin seropositividad, o podrá tratarse, quizá, de un paciente que se aferra a la posibilidad de una curación total. O podría ser un enfermo con SIDA manifiesto, cuyos familiares y amigos lo abandonan o cuyo funcionamiento intelectual o emocional se deteriora. Tampoco será improbable el encontrarse ante un paciente que ruega se le conceda la eutanasia. Después de todo, se trata de una enfermedad que, hasta hoy es fatal y que se acompaña de sufrimiento considerable, tanto físico como emocional.

Es común observar, en los enfermos con seropositividad, una gran necesidad de utilizar el mecanismo de la defensa negación, pues encuentran, a través de dicho proceso, la esperanza o estímulo necesario para seguir adelante, con el inconveniente de que el empuje tiende a ser de corta duración. Esta es una área en la que la confrontación con la realidad se hace frecuentemente necesaria, mientras se exploran alternativas de mayor efectividad, adaptativas a las circunstancias reales del momento. "Con base en la alta posibilidad del desarrollo del conflicto por parte del terapeuta, y debido a su propio equipo

de valores, crece en importancia la necesidad de mantener una introspección objetiva adecuada''.

La contratransferencia bien comprendida, se convierte en un buen instrumento de trabajo psicoterapéutico. Habrá que examinar también las prioridades del paciente, dentro del arco del tiempo que le queda. ''El SIDA representa, entre otras cosas, una de las pocas enfermedades que enfrenta el terapeuta: en ella haya muchas necesidades de apoyo práctico, como se nota durante la planeación del testamento, del funeral del paciente mismo''. ''Algunos pacientes tenderán a proyectar su hostilidad. Dichos pacientes se pierden a menos que, gracias a la interpretación de procesos de apoyo multidisciplinario, se pueden conducir a los pacientes a la resolución de sus conflictos emocionales''... ''No es más ya el caso, entonces, de limitarse a una actitud pasiva de apoyo únicamente sino que habrá de extenderse informar y educar a grandes núcleos de población''. Mientras hay quienes aboguen por el abordaje muy individualizado del paciente en psicoterapia, otros recomiendan la participación conjunta en grupos de apoyo. La desventaja por así decirlo de este último es la observación inevitable y quizá la comparación del deterioro de los compañeros. Independientemente del método psicoterapéutico, se podrá disminuir o evitar el desarrollo de sentimientos de abandono y desesperanza, permitiendo a los enfermos la oportunidad de superar la fase de negación y los síntomas de ansiedad y depresión subsecuentes. El foro terapéutico debe abrirse, además, a oportunidades de educación sobre la enfermedad y como

grupos informativos del manejo de su padecimiento y sobre el beneficio de los nuevos tratamientos farmacológicos conforme se descubran.

La gran importancia de la superación de cada caso y el propio cuidado personal del terapeuta Joffre, R., (1992).

También se hace obvia, al considerar que se trata de una enfermedad por lo que sólo se podrá hacer un tanto. La autoobservación permite que la ansiedad y la frustración de parte del médico se hagan manejables, podría ser recomendable que el terapeuta participe en grupos de mutuo apoyo con otros trabajadores de la salud, con el fin de ventilar momentos de confrontación, y mantener la energía indispensable para poder tolerar pérdida tras pérdida. La necesidad de trabajar en equipo con los demás médicos especialistas debe ser necesaria. Ya que se trata en suma de una labor de grupo.

Gerard, M., (1991) trabajó con pacientes VIH positivos asintomáticos a quienes por medio de entrevistas y evaluaciones cortas se estudiaron, arrojando altos niveles de estima por parte de cada paciente, aún con el impacto del resultado positivo, contando con un grupo de ocho mujeres, cuatro homosexuales y tres heterosexuales, a quienes impartió como tratamiento la técnica de tipos supresivo, refiere que tiene como objetivo reforzar defensas habituales por medio de afirmaciones dogmáticas, persuasión, sugestión y relajación (como método). Es un método que no investiga el problema

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

dinámico real ni implica esfuerzos para resolver dichos problemas. Este momento proporciona alivio, aunque el problema sigue existiendo y reaparece fácilmente ante cualquier stress o presión. Si bien el padecimiento del VIH no desaparece en un primer momento esta terapéutica trabaja lo que pudiera debilitar al yo del paciente, redoblando el esfuerzo de autoestima para hacer que el mismo utilice la autocrítica, y razone respecto a la naturaleza de los síntomas y respecto a las falsas ideas de voluntad, que intente crear, convertir o reforzar ciertos impulsos y eliminar o disminuir otros; crear o reforzar inhibiciones y liberar al paciente de lo esclavizante, por medio de argumentos razonados en la autoestima con el objeto que a la brevedad posible y con el optimismo del tiempo se ocupe con acertividad de sus vivencias. Estos pacientes refiere Gerard, M., (1991) que se esforzaron el doble de energía positiva en lugar de lamentarse excesivamente de lo irremediable con el ingrediente del trabajo, es decir, lograron mayor motivación para realizar sus actividades, se esforzaron por el arreglo personal, que fue parte fundamental en contra de la depresión, se sintieron con mayores elementos personales para la resolución de sus conflictos emocionales.

Para Feldmann, T., (1989) la experiencia con pacientes con SIDA y otros con VIH y la gran variedad de personalidades, hicieron necesaria una tentativa de evaluación para proporcionar a los pacientes una mayor eficacia y su lógica prontitud, un apoyo terapéutico en función a la evaluación del self en cada sujeto, con el cuestionario semántico

self-concept, que explora áreas en los aspectos sociales, laborales, físicos y emocional, conduciendo a un status psicosocial y que lleva reacciones situacionales y problemas que son de gran beneficio para la ayuda de pacientes con SIDA. Examinando cada una de estas áreas se hace una selección más propia para conducir al paciente a grupo individual, conociendo sus contenedores personales, Feldmann continúa la intervención en función a la calidad de vida, de sus sesiones de información con el objeto de proporcionar al paciente la mayor cobertura para el manejo de su seropositividad, disminuyendo angustia, stress y proporcionando refuerzos en la estima personal.

Consideraciones para un tratamiento psicoterapeutico que propone Dorantes, V., (1988) en base a Deuchar, N., (1984) sugiere que lo más indicado cuando un paciente es diagnosticado con SIDA es referirlo para ayuda psicológica o psiquiátrica, con profesionales que esten entrenados en el manejo de paciente con diversas preferencias sexuales.

Los aspectos psicoterapeuticos han recibido relativamente poca atención la literatura desprecia los aspectos psicosociales del SIDA.

Abrams, D., (1986) indica que el diagnóstico con SIDA puede ser un evento traumático por sí mismo, debido a ello, hay que alentar la interacción afectiva psicoterapeuta-paciente con un control parcial de la ansiedad y la disforia. En esta etapa el paciente se interesa por la educación acerca de la enfermedad y

las reacciones que pueda encontrar en otro cuando decirles a sus familiares y amigos con los que trata su diagnóstico.

Deuchar, N., (1984) menciona que casi siempre los pacientes se sienten abrumados por su condición y prospectos de vida para el futuro y necesitan saber que alguien está dispuesto a ayudarlos. Se indica para estos una ayuda constante y optimista, tratando de encontrar un nuevo significado a la vida y una aceptación de las limitaciones que propicia la enfermedad, abordando temas sobre como ir resolviendo los problemas de salud y los cotidianos. En este tipo de ayuda, resulta innecesario y cruel enfrentarlo con las emociones que provocan angustia, hay que dar a cada persona una oportunidad para vivir plenamente.

Deuchar, N., (1984) dice que el shock emocional es generalmente la primera respuesta ante el diagnóstico, manifestandose a través de trastornos en el sueño y despersonalización, estos efectos son seguidos invariablemente por la negación de que se padece una enfermedad letal. Algunos de los pacientes se autoimponen un aislamiento, perdiendo todo interés por el contacto humano (citado en Dorantes, V., 1988).

Cassens, B., (1984) reporta que el miedo y la incertidumbre son las primeras respuestas ante el diagnóstico. Para algunos, la decisión más importante que tendrán que tomar, será el hecho de con quien compartir la noticia. La culpa, por su parte, hace más grande el sentimiento de aislamiento, que después se

experimenta en el hospital cuando son internados, al separarlos del resto de los paciente con la idea de proteger al resto de una posible infección. A lo largo de su vida, y curiosamente, viven la paradoja de poner el cuidado de su salud en manos de una sociedad que les ha enseñado a dudar del valor de su existencia, lo que propicia en algunos que continúen aceptando su propia devaluación, por lo tanto, se perciben como indignos de recibir cualquier tipo de cuidado médico.

Morin, S., (1984) menciona que una de las metas primarias de la psicoterapia es explorar las actitudes negativas internalizadas sobre los sentimientos y expresiones sexuales del enfermo. Propiciando que mantenga los límites sexuales, de tal manera que la actividad no involucre el intercambio de fluidos corporales (citado en Dorante, V., 1988).

Dorante, V.,(1988) informa que los sentimientos de culpa y autorecriminación necesitan ser explorados, así como la conexión entre la orientación sexual y la enfermedad, además es útil sostener las defensas psicológicas como la negación y el altruismo en este primer periodo, alentando al paciente a involucrarse en este tipo de actividades y realizando la autoestima.

Deuchar, N., (1984) difiere un poco al respecto, y dice que es difícil tratar de desalojar la negación y que es importante alentar la colera. La cantidad de culpa demostrada se correlaciona inversamente con la cantidad de negación: en este

reservorio, la colera puede vaciarse, entonces la negación se vuelve menor y se acelera la transición a una aceptación para las siguientes etapas. Es entonces cuando los pacientes están preparados para hablar de la muerte y pueden compartir sus sentimientos sobre como y donde preferirían morir, así como de que manera se manejarán los arreglos posteriores a su muerte (citado en Dorantes, V., 1988).

Ya en la etapa terminal, de acuerdo con los autores mencionados con anterioridad, el tratamiento es de soporte, ya que a menudo involucra trabajar con la familia, amigos y amantes. El tratamiento consiste en asegurarse de que el paciente no será abandonado por sus familiares y amistades. El uso de antidepresivos está indicado en esta etapa. El paciente comienza a retirar los afectos hacia los demás, a rechazar la vida y se concentra en sí mismo, en su familia, en sus amantes y puede ser muy condescendiente con ellos, frecuentemente siente alivio de discutir su temor a morir, se anima a considerar cualquier asunto que no tenga terminados y se puede despedir de la vida con el entendimiento de que el terapeuta hará lo que pueda para que sus deseos sean cumplidos después de que muera, Dorantes, V., (1988).

Para Arranz, C., (1991) el diagnóstico y tratamiento del SIDA tiene profundas implicaciones emocionales para el paciente, familiares y el personal sanitario que los cuida. Sólo a una minoría se les atiende en este sentido, porque por

lo general, se tienden a evitar los aspectos emocionales. El objetivo de la intervención psicológica consiste en mitigar las duras implicaciones psicosociales que conlleva ésta enfermedad para poder sobrellevarla, maximizando su calidad de vida y también disminuyendo, en lo posible, la vulnerabilidad del organismo a padecer procesos infecciosos. Esto es factible a partir del reconocimiento de las necesidades y problemas que presenten en las distintas fases del desarrollo del padecimiento: A) las personas diagnosticadas de SIDA, B) sus padres, parejas y allegados, y C) el personal sanitario responsable de ellos.

Es muy duro escuchar ((usted tiene SIDA)) surgen profundas implicaciones emocionales: ((tengo 14 años y no me quiero morir)); sociales ((temo que me abandonen mis amigos si se enteran)), etc. El SIDA tiende a desbordar y normalmente genera sentimientos de constante amenaza e incertidumbre.

En este sentido la intervención psicológica sustenta Arranz, C., (1991) debe focalizarse en:

Proveer información: hemos observado que la incorporación de nuevos hábitos es difícil, pero no siempre se consigue con información. Es necesario que ésta se realice y sólo es posible si el propio enfermo es quien reflexiona sobre los distintos temas, identifica y cuantifica sus problemas y toma sus propias decisiones. La metodología que utilizan los autores es pues, expositiva, participativa y elaborativa con la

utilización, bien en grupos o individualmente, del rol playing, técnicas audiovisuales. Proveer instrumentos: con esto se podrá enfrentar a la nueva situación. El objetivo final es que se incorporen actitudes positivas que contribuyan a potenciar un estilo de vida lo más sano posible. En este aspecto se trata de desarrollar los recursos y habilidades de cada individuo. Entre las principales categorías para afrontarlo se considera esencialmente necesario reforzar el autoconcepto, el autocontrol, tanto a nivel cognitivo por medio del aprendizaje de técnicas de control del pensamiento a nivel fisiológico a través de técnicas de relajación, como a nivel de autocuidados dieta ejercicio físico,... habilidades sociales, especialmente el desarrollo de la capacidad de comunicación sexo protegido, y asertividad, y el apoyo social.

Intervención psicológica a nivel familiar: la familia suele vivir en soledad el drama de la constante amenaza que conlleva el SIDA, sostienen Arranz, C., (1991), en el apoyo fundamental del paciente y, en muchas ocasiones no saben como hacerlo, temen causarles daño y tienden a ocultar información por lo que, con frecuencia, establecen vías de incomunicación a un alto costo emocional. La familia es la que realiza la verdadera intervención de primera línea por lo que, programas de información y apoyo psicológico dirigidos a ésta población son de suma importancia. Los contenidos irían dirigidos hacia el fortalecimiento de sus recursos internos de afrontamiento, vías de comunicación con el paciente, y también fomentando la actitud de vivir el presente intensamente y luchando con el

abandono, con la desesperanza.

Intervención psicológica dirigida al personal sanitario: se da la tendencia a evitar los aspectos emocionales inherentes al SIDA, continúan Arranz, C., (1991), posiblemente por falta de habilidades para el manejo de los problemas y emociones fuertes que emergen de la comunicación con estos pacientes, el médico, terapeuta, se ven en la difícil situación de dar malas noticias, contestar pregunta difíciles y delicadas, de ver morir a personas jóvenes, etc.

Su preparación, habitualmente, así como la del resto del personal sanitario, está dirigida a curar, no tanto a cuidar. En el caso de los enfermos terminales hay que pasar del enfoque curativo al enfoque paliativo.

La intervención psicológica debe enfocarse hacia el entrenamiento en técnicas de consejo y programas de información y apoyo, más específicamente en resolución de problemas, comportamientos asertivos y para afrontar el stress.

En definitiva, ésta intervención psicológica debe potenciar la capacidad de afrontamiento a nivel de actitud y de comportamiento para que los integrantes del equipo puedan mantener un acercamiento positivo hacia el paciente y afrontar situaciones que impliquen cambio, amenaza, dolor, incertidumbre, o desafío, de un modo adecuado.

Por lo tanto la intervención psicológica en lo que se refiere a SIDA también debe estar pensada para los terapeutas de los paciente, sea cual sea la elección de cada profesional, sin que se deje de lado este aspecto. Ortiz, V., (1992).

Tunnel, G., (1991) dice que las poblaciones de sujetos que tiene un diagnóstico positivo a SIDA y su clasificación para someterse a psicoterapia son poblaciones más complejas que otras, teniendo que tomar en cuenta: 1) el tratamiento temprano en función al enfrentamiento a la muerte que cada individuo tiene que procesar, 2) la gran y alta variabilidad en el curso de la enfermedad, y 3) el estigma relacionado con el padecimiento. En este punto el autor arroja el dato observado en sus pacientes que muchos de ellos toman como pretexto su padecimiento, encontrando ventajas colaterales como la atención de su entorno, tanto familiares como parejas, su estilo de vida en función a su preferencia sexual, acudiendo al estigma social que ya los preestablecía que su padecimiento o solo como algo mas, algo molesto para la población y que esa sociedad habria de protegerlo. Las formas mas especificas de estos tres factores interfieren seriamente con su tratamiento básicamente en la estabilidad y cohesión del grupo. En suma, el modelo de tratamiento o del trabajo de Tunnel, G.,(1991) con estos grupos psicoterapeuticos, están basados en presentar en forma particular las dificultades de contratransferencia y las relaciones altamente emocionales, así cmo enfrentar siempre de manera contigua al grupo con la muerte y al propio terapeuta, que en los grupos de psicoterapia y sida son comunes.

TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR VIH

A partir de la identificación del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) como agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se observó que el tratamiento de esta enfermedad constituye un reto a los investigadores. Las razones de ello son varias. El VIH un retrovirus le confiere la capacidad de integrarse al genoma de las células donde puede permanecer latente y pasar desapercibido por largos años. En segundo término, puesto que infecta una amplia variedad de células en el huésped, las posibilidades terapéuticas son complicadas.

Para comprender el mecanismo de acción de los diferentes medicamentos, debe considerarse la estructura y el ciclo replicativo del VIH. tanto en este virus como en otros retrovirus la información genética se lee en reversa, es decir el virus porta ácido ribonucleico (ARN) y una enzima conocida como retrotranscriptasa reversa que le permite producir ácido desocirribonucleico (ADN), el cual se inserta en el cromosoma de la célula huésped. Posteriormente el ADN viral será transcrito nuevamente a ARN y utilizando el metabolismo celular se producirán proteínas virales. Estas proteínas forman partículas virales completas que emergen de la célula huésped e infectan nuevas células. La primera etapa en la que puede actuar un agente anti-VIH es en el momento en que el virus se adhiere a la célula.

Se han desarrollado, por lo tanto, varias estrategias para enfrentar este problema. Una ha sido la producción de anticuerpos monoclonales que neutralicen al virus y dirigidos al sitio de gp 120 que se une a CD4. Investigadores de la Universidad de Kumamoto han logrado producir un anticuerpo neutralizante al que han llamado O.5 B. Este anticuerpo neutraliza algunas de las cepas de VIH.

Una estrategia diferente ha sido producir una forma soluble de CD4 que se pueda fijar al VIH y por lo tanto evite que el virus se una a su receptor celular. Recientemente, a través de metodología de DNA recombinante se produjeron estas moléculas solubles. *In vitro* pudo demostrarse que efectivamente, se adherían a los sitios que fijan CD4 en la superficie de la envoltura viral e impedían que el virus infectara células T.

Después de que el virus se ha adherido a la célula se fusiona con la membrana celular liberando su contenido hacia el citoplasma, donde la proteína interna se remueve parcialmente para exponer al ARN viral; posteriormente ocurre la etapa de replicación viral con la participación de la enzima transcriptasa reversa. Muchas de las acciones para obtener medicamentos antivirales se ha dirigido hacia la inhibición de la replicación viral. Uno de estos compuestos es la 3'-azido, 2', 3'-dideoxitimidina (AZT) que pertenece a los dideoxinucleósidos. En forma breve, el mecanismo de acción de la azidotimidina consiste en la incorporación, en su forma fosfatada al extremo de la cadena de ADN por lo que obstaculiza

la incorporación de más nucleótidos. Entre las posibilidades que quedan abiertas a investigación está el desarrollo de resistencia a la azidotimidina lo cual no ha podido descartarse. Otra cuestión es la interacción de este medicamento con varias enzimas en el organismo. Las investigaciones clínicas hasta el momento han demostrado que la azidotimidina puede prolongar la sobrevida y mejorar la calidad de ésta en los pacientes con SIDA. Sin embargo sus efectos tóxicos son importantes.

Se han investigado otros dideoxynucleósidos buscando un medicamento que no tuviera los efectos tóxicos del AZT. Uno de ellos ha sido la 2', 2'-dideoxicitidina (ddC) que reduce la replicación del virus y puede mejorar la función inmunológica. Tiene la desventaja que a dosis altas produce neuropatía periférica dolorosa. Se ha ensayado entonces combinarla con AZT con el propósito de disminuir los efectos tóxicos de ambos medicamentos.

Al igual que lo que ocurre con el tratamiento de la leucemia en los niños, puede ser necesario emplear varias fases en la terapéutica. Por ejemplo, inicialmente puede ser necesario utilizar medicamentos relativamente tóxicos para lograr interrumpir la replicación del virus y destruir las células infectadas. Posteriormente este tratamiento puede continuarse con otro que localice sitios ocultos de infección. Finalmente, el paciente puede mantenerse con un régimen con dosis disminuidas cuyo objetivo sea evitar recaídas. El tipo de droga

y su dosificación puede cambiar de una fase a otra. Por ejemplo, se puede utilizar un medicamento potente en las fases iniciales que resultaría demasiado tóxico para un mantenimiento a largo plazo.

El desarrollo que se ha alcanzado en las investigaciones dirigidas a encontrar medicamentos anti-VIH es significativo. En poco menos de dos años se han empezado a observar resultados de la utilización de los diferentes medicamentos, principalmente AZT. Este desarrollo ha sido el resultado de protocolos que han permitido evaluar los efectos de los medicamentos tanto en lo que se refiere a su eficacia como a su toxicidad. Es importante hacer énfasis en lo determinante que ha sido el diseño de protocolos para poder iniciar el camino hacia la obtención de terapéuticas útiles en el futuro.

METODOLOGIA

PROBLEMA:

¿Existe diferencia en el autoconcepto de pacientes masculinos y femeninos VIH positivos asintomáticos entre 17 y 55 años de edad de la ciudad de México que reciben intervención psicológica y aquellos que no la tienen?

OBJETIVO GENERAL:

El presente estudio exploratorio pretende diferenciar el autoconcepto en pacientes VIH positivos asintomáticos con intervención psicológica, para tratar de establecer datos confiables para la población mexicana en términos de posibilitar el estudio de variables que incidán en el tratamiento y conducirlo de manera más adecuada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar el autoconcepto en sujetos masculinos y femeninos VIH positivos asintomáticos entre 17 y 55 años de edad con intervención psicológica.
- 2.- Determinar el autoconcepto en sujetos masculinos y femeninos VIH positivos asintomáticos entre 17 y 55 años de edad sin intervención psicológica.
- 3.- Establecer diferencias por las variables estudiadas.

Variable Dependiente

1.- Autoconcepto

Variable Independiente

1.- Sujetos VIH positivos
asintomáticos.

2.- Intervención Psicológica.

3.- Sexo.

4.- Edad.

5.- Estado Civil.

6.- Escolaridad.

7.- Uso de medicamento. (AZT)

DEFINICIONES CONCEPTUALES

AUTOCONCEPTO

La Rosa, J., (1986) define el autoconcepto, como la percepción que uno tiene de si mismo, específicamente, son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, habilidades, apariencias y aceptabilidad social.

SUJETOS VIH POSITIVO ASINTOMÁTICO

Sujeto en el que existe presencia de anticuerpos en sangre, producidos por el organismo como respuesta a alguna enfermedad en particular asociada al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, Miller, D., (1989).

Una vez que el sujeto 'adquiere' el virus, lo aloja por el resto de su vida. El organismo reacciona a la invasión del virus produciendo un anticuerpo específico contra el (el anticuerpo VIH).

El período de incubación del virus varía de 6 meses a 6 años, con un promedio de 28 meses (Daniels, V.).

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Es el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y de la personalidad por medios psicológicos. Lawrence, K., (1956).

SEXO

Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer: Sexo femenino y masculino, Larousse ilustrado, (1980).

EDAD

Años y meses transcurridos desde el nacimiento Newman y Newman (1985).

ESTADO CIVIL

La condición jurídica de las personas ante reglas legales establecidas por la sociedad. (diccionario de ciencias sociales, vol.1 1975).

ESCOLARIDAD

Equivalente de grados académicos cursados por algún sujeto en instituciones de educación. Bowen, J., (1991).

AZT

Ingestión oral del agente anti-VIH bajo prescripción médica especializada en pacientes VIH/SIDA. Luna, R., (1992).

DEFINICIONES OPERACIONALES

AUTOCONCEPTO

Estará definido por el puntaje obtenido por los sujetos a las respuestas de la escala de La Rosa, J., (1986) que trata del concepto que la persona tiene de si misma y que se refieren a las diversas dimensiones del autoconcepto propuestas: física, social, emocional, ocupacional y ética.

SUJETOS VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS

Dentro de este grupo se incluyen a aquellos individuos que se sabe por medio de pruebas de laboratorio están infectados por VIH y no muestran evidencia de enfermedad. Sepulveda, J., (1990).

INTERVENCION PSICOLOGICA

En el sistema que propone CONASIDA para la intervención psicológica a partir del proyecto ICAR (International Collaborative for Adis Research), se da esta intervención en 3 meses, es decir, 13 sesiones de una hora 30 minutos aproximadamente con un temario que no guarda un orden específico por relacionarlo siempre a las demandas de cada grupo:

Expectativas de vida

Tratamiento y alternativas a nivel médico y psicológico

Manejo de la notificación a la familia y a la pareja

Medidas preventivas

Taller de sexo seguro

Vida sexual actual

Otras alternativas

Muerte

Evaluación del grupo y despedida

El seguimiento que se hace a cada grupo, se da al mes de terminadas las 13 sesiones, posteriormente a los dos meses y a los tres meses, después se deja un lapso de seis como la última

cita grupal.

El trabajo tiene como objetivo el focalizarlo básicamente a la seropositividad, aunque se presenten otras expectativas del grupo, siempre se conduce al grupo a su nivel serológico de VIH.

Las ventajas que concluyen en el proyecto de intervención psicológica grupal entre otras son: el valor para cada sujeto a la pertenencia de grupo, compartir la seropositividad, que en muchos casos, no lo comparten con nadie más, dependiendo de su preferencia sexual, también se sienten con la facilidad de ventilar emociones y al hacerlo públicamente, y el seguimiento del grupo, la comprensión y ayuda mutua permiten elaborar pérdidas en función a ellos y otros compañeros así como la muerte.

SEXO

Sujetos pertenecientes al género masculino y al femenino.

EDAD

Tiempo que la persona reporte ha transcurrido desde que nació hasta el momento presente. Siendo el rango de edad para este estudio entre 17 y 55 años.

ESTADO CIVIL

Situación civil en que las personas reporten estar en el momento presente, solteros, casados, viudos, divorciados y unión libre.

ESCOLARIDAD

Años que la persona menciona haber cursado su educación formal.

AZT

Medicamento antiviral que actúa en contra del virus de la Inmunodeficiencia Humana y está indicado en el tratamiento de algunos pacientes con enfermedad temprana en quienes existen síntomas y datos de laboratorio que indican progresión hacia estados avanzados de la sintomatología a SIDA.

La dosis administrada inicialmente será de un máximo, dependiendo del peso y número de leucocitos del paciente entre otras cosas, e irá disminuyéndose después del primer mes de tratamiento. Cuando el medicamento es administrado, se realizan a la par exámenes de laboratorio que arrojen datos significativos del estado del paciente, y para detectar problemas de un probable daño a la médula ósea. Y las dosis se van ajustando.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Existe diferencia en el autoconcepto de pacientes masculinos y femeninos VIH positivos asintomáticos entre 17 y 55 años de edad, de la Ciudad de México que reciben intervención psicológica y aquellos que no la tienen.

HIPOTESIS NULA

No existe diferencia en el autoconcepto de pacientes masculinos y femeninos VIH positivos asintomáticos entre 17 y 55 años de edad, de la ciudad de México que reciben intervención psicológica y aquellos que no la tienen.

HIPOTESIS ALTERNA

Existe correlación en el autoconcepto y las variables estudiadas.

HIPOTESIS NULA

No existe correlación en el autoconcepto y las variables estudiadas.

POBLACION

Para obtener la muestra que conformó esta investigación se solicitó la colaboración de la Institución dedicada a la prevención, tratamiento y seguimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (CONASIDA) Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA, así como los Servicios Médicos de la Delegación Coyoacán y en forma personal se acudió con algunos portadores del virus quienes pidieron no fuera revelada la fuente de información.

MUESTRA

Quedó constituida por 75 sujetos VIH positivos asintomáticos, 66 del sexo masculino y 9 del sexo femenino, los cuales presentaron en el momento de la investigación las siguientes características:

41 sujetos con intervención psicológica de los cuales 39 pertenecían al sexo masculino y 2 al sexo femenino.

34 sujetos sin intervención psicológica siendo 29 del sexo masculino y 7 del sexo femenino.

TIPO DE MUESTREO

Se trató de un muestreo no probabilístico intencional, ya que se buscó a los sujetos que reunían las características necesarias.

INSTRUMENTO

Antecedentes del cuestionario de autoconcepto de La Rosa, J. (1986).

El cuestionario aplicado resultó de los estudios pilotos realizados por La Rosa, J., (1986) y que se refieren cada uno de ellos a:

Identificación de las dimensiones de autoconcepto.

Búsqueda de los adjetivos adecuados para describir y evaluar a el individuo en las dimensiones propuestas de autoconcepto.

Búsqueda de los adjetivos antónimos e identificación de las valencias de los adjetivos ambiguos.

Búsqueda de los adjetivos antónimos a través de las correlaciones negativas de los mismas en una situación de autoevaluación.

El cuestionario quedó constituido de 54 pares de adjetivos en los cuales uno era antónimo del otro y se referían a las diversas dimensiones del autoconcepto propuestas: física, social, emocional, ocupacional y ética.

La técnica utilizada fue la del diferencial semántico "Una forma muy interesante de estudiar el lenguaje consiste en someter a una encuesta una misma palabra sobre la base de diferentes interpretaciones: a esto se le llama diferencial semántico, y es el estudio de las diferencias en el significado de las palabras de acuerdo a la forma en la que las personas las emplean", Engle, T., Shellgrove, L., (1974).

La técnica que se utilizó con siete intervalos entre los adjetivos bipolares en la técnica del diferencial semántico de cada par de adjetivos bipolares y sus respectivos intervalos constituyen una escala. Las escalas estaban mezcladas en forma

aleatoria tanto en lo que se refería a las dimensiones del autoconcepto como en lo concerniente a la direccionalidad de los adjetivos, es decir, el extremo positivo y el negativo estaban tanto en el lado derecho como en el izquierdo. El concepto evaluado fue el "YO" y las escalas bipolares eran precedidas por la expresión "YO SOY".

Algunos adjetivos se encontraban en más de un par de adjetivos porque se pretendía probar cual sería la mejor escala o el mejor par para dichos adjetivos.

Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis factorial con rotación "varimax" y "oblicua" con el objetivo de verificar la validez de construcción del instrumento, y en base a los resultados obtenidos se elimina posteriormente la escala física. Esto se entiende en la medida en que se analiza el contenido de los adjetivos bipolares que constituirían la escala física del autoconcepto estos son: joven-viejo, fuerte-débil, atractivo-sano, alto-bajo, lento-rápido. Como se puede verificar, diversos sean los aspectos que la escala física pretendía evaluar: etapas del desarrollo (joven-viejo), fuerza o potencia (fuerte-débil) (chico-grande), atractividad (atractivo-feo), higiene (sucio-limpio), apariencia (gordo-delgado) (alto-bajo), salud (malo-sano) y actividad (lento-rápido). El potente (fuerte) no se asocia necesariamente con atractividad, limpieza, determinada apariencia y rapidez: el fuerte puede ser feo, bajo, sucio y lento. La técnica del diferencial semántico no permite evaluar

diversos aspectos de la dimensión física del autoconcepto.

Confiabilidad de las subescalas; se calcula los índices de consistencia interna de las escalas a través del alpha de Cronbach; y de un total de 54 pares de adjetivos 34 son aprovechados por estar validados.

REACTIVOS Y ALPHA DE CRONBACH DE LAS
SUBESCALAS DEL AUTOCONCEPTO

SUBESCALAS	REACTIVOS	ALPHA
Ocupacional	8, 18, 26, 29, 33, 39, 44, 50, 51	0.83
Etica	13, 20, 24, 31, 32, 36, 37, 42, 54	0.83
Social	4, 12, 14, 22, 45, 46, 53	0.78
Emocional	2, 3, 25, 35, 41, 47, 49, 52	0.71

En base a lo anterior hay una exclusión de la dimensión física por limitaciones intrínsecas de la técnica del diferencial semántico, sin embargo, se decide agregar nuevos reactivos con el objetivo de desarrollar subescalas dentro de las dimensiones social y emocional.

Las dimensiones básicas son: social, emocional, ética y ocupacional.

La dimensión social se refiere al comportamiento del

individuo en la intracción con sus semejantes y goza de una gran universalidad porque abarca tanto las relaciones con sus familiares y amigos como la manera en que la persona realiza sus interacciones con sus jefes o subalternos, conocidos o no.

La dimensión social presenta tres subescalas: social 1 - podría ser llamada sociabilidad afiliativa porque especifica en el polo positivo ese estilo afiliativo de relacionarse con los demás. La subdimensión social 2.- podría ser denominada sociabilidad expresiva porque se refiere a la comunicación o expresión del individuo en el medio social. La social 3.- define, en el aspecto emocional positivo, la persona accesible a la cual se aproximan los demás con confianza porque podrán contar con su comprensión, se decidió llamarle accesibilidad.

La dimensión emocional abarca los sentimientos y emociones de uno, considerados desde un punto de vista intraindividual, interindividual y desde el punto de vista de su sanidad o no.

Las subdimensión emocional 1.- caracteriza la vida emocional intraindividual o sea, los estados de ánimo experimentados en la subjetividad. La emocional 2.- considera los sentimientos interindividuales, es decir, el "otro" es el objeto de los sentimientos personales. Y la emocional 3.- enfoca los aspectos intraindividual e interindividual desde el punto de vista de su sanidad o no, si son o no productores de salud mental.

La dimensión emocional 1 se le denominó "estados de ánimo" o "emociones intraindividuales".

La dimensión emocional 2 fue llamada "sentimientos interindividuales" y la emocional 3 se le nombró "salud emocional".

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

La dimensión ética concierne al aspecto de congruencia o no con los valores personales y que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares en una cultura dada.

ANALISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO

	I																			
	I F. I: SOCIAL 1																			
NO.	I F. II: EMOCIONAL 2	ROTACION VARIMAX (DELTA = 0)																		
DEL	I F. III: SOCIAL 2	FACTORES																		
RE-	I F. IV: EMOCIONAL 2																			
AC-	I F. V: OCUPACIONAL																			
TI-	I F. VI: EMOCIONAL 3																			
VO	I F. VII: ETICO	I	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX									
	I F. VIII: INICIATIVA																			
	I F. IX: SOCIAL 3																			
18	I irrespetuoso-respetuoso	-.46	.09	-.00	-.11	-.17	.21	-.22	.06	-.05										
37	I amable-grasero	.60	-.18	-.01	.14	.14	-.12	.10	-.02	.24										
42	I decente-indecente	.63	-.18	.62	.10	.15	.00	.27	.05	.02										
50	I amigable-hostil	.38	-.23	-.32	.27	.10	-.10	-.02	-.05	.35										
53	I simpatico-antisimpatico	.25	-.26	-.25	.23	.02	-.12	-.01	-.06	.18										
56	I deseable-indeseable	.34	-.14	-.18	.17	.07	.01	.07	-.06	.04										
62	I pedante-sencillo	-.31	.13	.03	-.22	.02	.30	-.06	.23	-.18										
63	I educado-malcriado	.68	-.08	-.02	.11	.15	-.10	.12	.00	.03										
65	I cortés-descortés	.69	-.09	-.08	.16	.06	-.07	.13	-.07	.14										
70	I atento-desatento	.64	-.05	-.13	.17	.18	-.10	.04	-.16	.14										
15	I frustrado-realizado	.09	.57	.15	.00	-.29	.11	-.18	.14	.01										
17	I animado-desanimado	.09	-.51	-.24	.10	.10	.01	.09	-.10	.22										
23	I feliz-triste	.11	-.22	-.10	.04	.20	-.05	.10	.09	.95										
34	I amargado-juvial	-.21	.60	.25	-.13	-.00	.07	-.09	.14	-.17										
49	I pesimista-optimista	-.13	.44	.08	-.11	-.03	.07	-.11	.30	-.21										
52	I deprimido-contento	-.17	.65	.22	-.10	-.04	.15	-.33	.17	-.03										
59	I fracasado-triunfante	-.15	.50	.09	-.04	-.24	.06	-.14	.20	.16										
64	I melancólico-alegre	-.13	.61	.32	-.04	.02	.17	.00	.12	-.05										
1	I introvertido-extrovertido	-.00	.11	.68	-.07	-.08	-.01	-.11	.00	-.01										
4	I callado-comunicativo	.04	.17	.73	-.08	-.08	-.12	.02	.09	-.15										
32	I aburrido-divertido	-.15	.39	.45	-.14	-.01	.05	.05	.21	-.19										
45	I tímido-desenvuelto	-.07	.18	.70	-.03	-.12	-.03	-.02	.25	-.00										
48	I desinhibido-inhibido	.02	-.04	-.64	.04	.07	-.09	.10	-.06	-.06										
51	I reservado-expresivo	.04	.13	.64	-.11	.01	-.13	.01	.30	-.10										
57	I solitario-amigable	-.14	.47	.31	-.15	.02	-.06	.09	.07	-.19										
72	I sociable-insociable	.39	-.25	-.42	.20	.05	.05	-.09	-.13	.26										

ANALISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO

		ROTACION VARIMAX (DELTA = 0)									
		FACTORES									
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	
NO. DEL RE-AC-TI-VO	F. I: SOCIAL 1										
	F. II: EMOCIONAL 2										
	F. III: SOCIAL 2										
	F. IV: EMOCIONAL 2										
	F. V: OCUPACIONAL 2										
	F. VI: EMOCIONAL 3										
	F. VII: ETICO										
	F. VIII: INICIATIVA										
	F. IX: SOCIAL 3										
3	amoroso-adioso	.00	-.10	.01	.65	.04	-.03	.13	-.00	.19	
12	afectuoso-seco	.09	-.25	-.28	.59	.08	-.07	.17	-.01	.21	
41	carinoso-frio	-.08	-.27	-.18	.70	.05	-.06	.10	-.00	.04	
61	tierno-rudo	.20	-.07	-.06	.67	-.06	-.07	.06	.09	.11	
66	romantico-indiferente	.22	.08	-.10	.73	.03	.02	-.01	-.12	.02	
68	sentimental-insensible	.20	.12	-.03	.69	.05	.12	.07	-.01	-.02	
8	incumplido-cumplido	.09	.10	.03	-.00	-.59	.21	-.16	.13	-.17	
19	estudioso-perezoso	.07	-.18	-.06	-.08	.61	-.10	.20	-.13	.09	
26	capaz-incapaz	.13	-.29	-.06	.02	.40	.20	.22	-.18	.22	
29	inteligente-inepto	.06	-.17	.04	.04	.43	.18	.21	-.21	.16	
33	responsable-irresponsable	.34	-.10	.00	.04	.62	-.10	.19	-.13	.08	
39	eficiente-ineficiente	.28	-.23	.01	.07	.49	.05	.15	-.19	.14	
44	puntual-impuntual	.18	.08	-.21	.06	.61	-.02	-.06	.07	-.01	
58	trabajador-flojo	.33	-.12	-.10	.14	.49	-.17	.11	-.24	-.04	
6	rencoroso-noble	-.03	.06	.18	-.06	-.04	.31	-.03	-.01	-.17	
16	temperamental-calmada	-.10	.10	-.11	-.10	-.10	.61	.07	-.23	.01	
22	agresivo-pacifico	-.06	.09	-.05	-.01	-.08	.60	-.01	-.15	-.07	
25	tranquilo-nervioso	-.03	-.14	-.03	.05	.12	-.32	.03	.00	.04	
28	impulsivo-reflexivo	-.03	-.01	-.07	.01	-.05	.64	-.05	.06	-.07	
35	estable-voluble	.13	-.19	-.11	.10	-.18	-.41	.23	.00	.00	
38	conflictivo-cencilador	-.23	-.27	.04	-.11	.00	.40	-.10	.12	.00	
40	egoista-generoso	-.27	.21	.12	-.21	-.01	.30	-.12	.17	-.01	
43	ansioso-sereno	-.21	.07	-.09	-.02	-.01	.53	.02	.09	-.01	
9	leal-desleal	.12	-.05	.02	-.10	.08	.09	.60	-.06	.18	
11	honesto-deshonesto	.18	-.03	-.05	.09	.15	.00	.65	-.04	.21	
13	mentiraso-sincero	-.08	.05	.14	-.08	-.05	.27	.59	.25	.01	
20	corrupto-recto	-.33	.10	-.03	-.04	-.15	.05	.48	.07	-.00	

ANALISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
I	I								
I F. I: SOCIAL 1									
MD. I F. II: EMOCIONAL 2									
DEL. I F. III: SOCIAL 2									
RE. I F. IV: EMOCIONAL 2									
AC. I F. V: OCUPACIONAL									
TI. I F. VI: EMOCIONAL 3									
VO I F. VII: ETICO									
I F. VIII: INICIATIVA									
I F. IX: SOCIAL 3									
31 I verdadero-falso	.23	-.14	-.06	.10	.13	-.04	.61	-.10	.11
55 I honrado-deshonrado	.49	.09	-.02	.11	.14	.03	.50	.09	-.06
30 I apatico-dinamico	-.18	.26	.28	-.11	-.21	.15	-.06	.43	-.23
47 I lento-rapido	-.09	.17	.18	.00	-.27	.01	-.04	.52	-.04
54 I sumiso-dominante	.02	.01	.20	.10	-.07	-.26	-.11	.51	.08
60 I miedoso-audaz	-.03	.19	.27	-.02	-.12	.04	-.02	.57	-.01
67 I pasivo-activo	-.07	.27	.20	-.03	-.14	-.05	-.01	.57	-.03
5 I accesible-inaccesible	.12	-.09	-.14	.12	.12	-.02	.09	-.02	.61
7 I comprensivo-incomprensivo	.08	-.03	-.01	.12	.12	-.06	.26	.08	.57
10 I desagradable-gradable	-.05	.17	.16	-.17	-.04	.22	-.19	.26	-.34
14 I tratable-intratable	.29	-.16	-.18	.14	.04	-.09	.17	-.05	.59

CONFIABILIDAD DE LAS SUBESCALAS

También se calculó el índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) de cada una de las subescalas y de la escala global del instrumento.

INDICES DE CONSISTENCIA INTERNA DE LAS SUBESCALAS DE AUTOCONCEPTO

SUBESCALA	NO. DE REACTIVOS	ALPHA
Social 1 (Soc. afil.)	10	0.85
Emoción 1 (Est. ánim.)	8	0.86
Social 2 (Soc. expr.)	8	0.85
Emoción 2 (Afect.)	6	0.81
Ocupacional	8	0.80
Emoción 3 (Salud em.)	9	0.76
Etica	6	0.77
Iniciativa	5	0.71
Social 3 (Accesib.)	4	0.65
Autoconcepto global	64	0.94

PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

Se solicitó la colaboración de la institución pública dedicada a la prevención, tratamiento y seguimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (CONASIDA) así como de los Servicios Médicos Delegación Coyoacan y en forma personal se acudió con algunos portadores del virus quienes pidieron no fuera develada la fuente de información.

La aplicación de cada cuestionario se realizó conforme se detectaban o localizaban pacientes con diagnóstico de seropositividad tanto en la prueba de E.L.I.S.A. y en la de Western Blot, entre los meses de mayo junio y julio de 1992, pacientes de CONASIDA como con los que se acudió de forma personal y pidieron no fuera develada la fuente de información de las cuales algunos contaban con algún tipo de intervención psicológica de forma individual.

La aplicación de los instrumentos fue la siguiente

MES	PACIENTES VIH POSITIVOS ASINTOM.
MAYO	5
MAYO	8
MAYO	7
MAYO	4
JUNIO	5
JUNIO	4
JUNIO	1
JUNIO	2
JULIO	4
JULIO	5
JULIO	20
JULIO	4
JULIO	4
	=====
TOTAL	75

Con los pacientes VIH positivos asintomáticos con los que se pudo tener acceso directamente se les dieron las siguientes instrucciones:

Buenos días, tardes o noches (según el caso), somos psicólogas y estamos realizando una investigación que requiere de sus participación, les vamos a proporcionar un cuestionario

en el cual les solicitamos escriban los datos relativos a sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y uso o no de medicamentos (AZT). Todos los cuestionarios son anónimos y por lo tanto les pedimos lo contesten con sinceridad. A continuación encontrarán un conjunto de adjetivos que sirven para describirte, deberás dar una única respuesta en cada renglón y solamente una, poniendo una "X" o marca en el espacio que corresponda a su autoopercepción.

Inmediatamente después se les explicó el ejemplo que aparece en el cuestionario y se preguntó si tenían alguna duda para su elaboración y si era así, la podían formular en el momento, se les recalcó que contestaran tan rápido como les fuera posible y que no se comunicaran entre sí en ese momento y que al finalizar lo entregaran.

Al terminar se les dió las gracias a cada paciente.

A los pacientes VIH positivos asintomáticos a los cuales no se les pudo aplicar el instrumento directamente, el procedimiento lo marcaron los instructores del grupo de información de CONASIDA, ya que no permitieron el acceso directo de las investigadoras con los pacientes. Se les indicó a los instructores en que consistían las instrucciones para su aplicación, ellos se encargaron de aplicarlo y entregar los resultados a las investigadoras al día siguiente.

De estos cuestionarios como dato importante se detectó que en dos de ellos las respuestas dadas por lo sujetos aparecían

en forma simultanea en un sólo reactivo, invalidandose por lo tanto esos dos cuestionarios, de esto puede inferirse que no les dieron a los pacientes VIH positivos asintomáticos las instrucciones adecuadas.

DISEÑO

De dos muestras independientes: por poseer dos muestras aleatorias independientes una de la otra; dos grupos diferentes de sujetos de una misma población. Pick de Weiss, S., López, A., (1979).

TIPO DE INVESTIGACION O ESTUDIO

Ex post facto- debido a que no se tuvo control directo sobre las variables independientes porque ya habían acontecido sus manifestaciones, Pick de Weiss, S., Lopez, A., (1979).

De campo- se trata de estudiar un determinado grupo de personas para conocer su estructura y sus relaciones sociales.

Se realizó en el medio natural que rodea al individuo. Tuvo la ventaja de carecer de un control de variables, y si lo hubo fue muy limitado, Pick de Weiss, S. Lopez, A. (1979).

Este tipo de estudio se realizó en forma exploratoria porque las investigadoras se enfrentaron a un fenómeno poco conocido, del que poco se ha investigado previamente y que no ha sido estudiado en la población específica de interés para el estudio Pick de Weiss, S., Lopez, A., (1979).

Descriptivo- para tener un mayor conocimiento del fenómeno en cuestión, pero sólo pretende describir las características más importantes del mismo en lo que respecta a su aparición, frecuencia y desarrollo. Sólo se quiere describir el fenómeno tal como se presenta en la realidad. Obtener más información que será útil para plantear estudios posteriores más estructurados Pick de Weiss. S., López, A., (1979).

Transversal- se realizó en un momento determinado para estudiar el fenómeno en el momento. Pick de Weiss. S. López, S., (1979).

FORMA DE ANALISIS DE DATOS

Se efectuó un análisis de varianza, ya que se utilizaron dos muestras independientes para ver las diferencia entre sus medias y su relación con la escala intervalar.

Se empleó el análisis de varianza ya que se cumplió con los requisitos de selección al azar de la muestra y un nivel intervalar.

El análisis de varianza estableció las diferencias significativas entre los grupos sometidos a estudio haciendo referencia a la dirección y al tamaño de las diferencias entre las variables.

El nivel de significancia adoptado para la presente investigación fue de 0.05.

Se utilizaron medidas intervalares para estudiar lo que era típico de un grupo, es decir las medidas de tendencia central, siendo la media porque se sumaron las calificaciones divididas entre el número total de casos estudiados.

La prueba de aleatorización proporcionó el nivel de significancia en la diferencia de medias entre las dos muestras.

Se definieron las categorías por medio de intervalos, es decir grupos numéricos que tuvieron el mismo valor o distancia numérica entre unos y otros.

Para ver que tanto variaron los sujetos o los casos dentro del mismo grupo se tomó en cuenta la varianza.

El paso que siguió al análisis de varianza fue la prueba 'F' que es similar a la prueba 'T', ya que la distribución de 'T' es un caso especial de distribución 'F', Pick de Weiss, S., López, A., (1979).

Para analizar los resultados se utilizó el paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS), Nei, Hull, Stein, (1975).

En este paquete se utilizaron tres programas; uno de ellos, el análisis descriptivo a través de tablas de distribución de frecuencia, utilizando medidas de tendencia central y dispersión.

Este programa tuvo por objetivo conocer la distribución de cada una de las variables sociodemográficas en los pacientes VIH positivos asintomáticos.

Los datos que se presentaron para este primer programa fue en dos partes: La primera parte fue la descripción general para todas las variables incluidas en este estudio y en la segunda parte se describieron por grupos tomando en cuenta primero al grupo con intervención psicológica y posteriormente al grupo sin intervención psicológica.

RESULTADOS

PACIENTES VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS
CON INTERVENCION PSICOLOGICA Y SIN ELLA
CUADRO NO. 1

	VALOR	FRECUENCIA	%
CON INTERVENCION	1	41	54.7
SIN INTERVENCION	2	34	45.3
		-----	-----
TOTAL		75	100.0

La muestra del estudio la forman 75 sujetos, que portan el virus de la inmunodeficiencia humana en fase asintomática; 41 de ellos cuentan con intervención psicológica y 34 de ellos no cuenta con ese control.

GENERO EN PACIENTES VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS
CUADRO NO. 2

	VALOR	FRECUENCIA	%
MASCULINO	1	66	88.0
FEMENINO	2	9	12.0
		-----	-----
TOTAL		75	100.0

Los 75 pacientes que forman la muestra del estudio, 66 pertenecen al sexo masculino y 9 al sexo femenino, es decir el 88% de la muestra son hombres y el 12% son mujeres, esta distribución es altamente significativa ya que generalmente hay más hombres en este tipo de padecimiento, la relación de casos de SIDA acumulados hasta julio de 1991 es de 6 casos en hombres por cada caso en mujeres.

DISTRIBUCION POR EDAD
CUADRO NO. 3

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17	1	1.3
18	3	4.0
21	4	5.3
22	1	1.3
23	2	2.7
24	2	2.7
25	2	2.7
26	2	2.7
27	4	5.3
27	8	10.7
29	4	5.3
30	7	9.3
31	2	2.7
32	4	5.3
33	1	1.3
34	3	4.0
35	4	5.3
36	1	1.3
37	1	1.3
38	5	6.7
39	2	2.7
40	2	2.7
41	1	1.3
42	2	2.7
43	1	1.3
45	3	4.0
47	1	1.3
54	1	1.3
55	1	1.3
TOTAL	75	100.0

MEDIA: 31.6 AÑOS = 32 AÑOS

RANGO = 17 A 55

DEV. ESTANDAR: 8 AÑOS

La tasa de incidencia acumulada entre 24 y 40 años de edad de los sujetos es de 72% dando el mayor porcentaje de población afectada a este rango, encontrándose representativo también en los extremos superior a 7 sujetos VIH positivos entre 18 y 21 años y al extremo inferior con edad 6 sujetos entre 42 y 45 años.

El rango de edad para los 75 sujetos del estudio estan entre 17 y 55 años, siendo la \bar{X} 32 años.

ESTADO CIVIL
CUADRO NO. 4

I	VALOR	FRECUENCIA	%	I
I	SOLTERO	46	61.3	I
I	CASADO	16	21.3	I
I	VIUDO	3	4.0	I
I	UNION LIBRE	6	8.0	I
I	DIVORCIADO	4	5.3	I
I		-----		I
I		75 SUJETOS		I
I				I

La relación de casos de 75 sujetos VIH asintomáticos en función a su estado civil es de 61.3% solteros, el 21.3% casados, el 4% viudos, el 8% viven en unión libre y el 5% son divorciados, lo que indica que los solteros representan el mayor porcentaje infiriendo que el ser portadores radica también en edad y en preferencia sexual debido a las observaciones y en función a los contactos sexuales de alto riesgo esta entre solteros y casados.

GRUPO POR ESCOLARIDAD

CUADRO NO. 5

TIPO NOMINAL	FRECUENCIA	%
SIN ESTUDIOS	4	5.3
PRIMARIA	12	16.0
SECUNDARIA	21	28.0
COMERCIO	2	2.7
TECNICO	5	6.7
PREPARATORIA	9	12.0
PROFESIONAL	21	28.0
POSGRADO	1	1.3

75 SUJETOS		

En este grupo ocupacional la mayor incidencia de portadores del virus de la Inmunodeficiencia Humana de los casos de 75 sujetos de este estudio, el 28% pertenecen al rango de escolaridad "secundaria", otro 28% a profesional, dando el 56% del total, otro 16% a primaria. Considerando la tasa como principal indicador de riesgo, el grupo ocupacional de trabajadores de servicios públicos, quienes se encuentran generalmente con esta escolaridad, y sin el segundo lugar por análisis de ocupación en 1992, el tercer lugar los técnicos.

PACIENTES VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS
 CON MEDICAMENTO AZT Y SIN EL
 CUADRO NO. 6

	FRECUENCIA	%
CON AZT	19	25.3
SIN AZT	56	74.7

75 SUJETOS		

En lo que se refiere a la relación de casos que toman el medicamento AZT el 74.7 % no lo ingiere y el 25.3% si lo toma. La prescripción para el medicamento depende de cada caso y del poder de adquisición para aquellos pacientes que no cuentan con el medicamento por una institución pública.

GENERO DE PACIENTES VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS
 CON INTERVENCION PSICOLOGICA
 CUADRO NO. 7

	FRECUENCIA	%
MASCULINO	39	95.1
FEMENINO	2	4.9

41 PACIENTES EN INT. PSICOLOGICA		

La relación del grupo de intervención psicológica, que equivale a un 54% de 75 sujetos de este estudio, el concentrado de población más alto se cargo a los hombres siendo del 95.1 % y el 4.9 % son mujeres.

DISTRIBUCION DE EDAD DE PACIENTES VIH POSITIVOS
 CON INTERVENCION PSICOLOGICA
 CUADRO NO. 8

VALOR	FRECUENCIA	%
17	1	2.4
18	1	2.4
21	1	2.4
22	1	2.4
23	1	2.4
24	1	2.4
25	2	4.9
26	2	4.9
27	3	7.3
28	5	12.2
29	1	2.4
30	4	9.8
31	1	2.4
32	2	4.9
33	1	2.4
34	2	4.9
35	1	2.4
38	2	4.9
39	1	2.4
40	2	4.9
41	1	2.4
42	1	2.4
43	1	2.4
45	2	4.9
47	1	2.4

 41 PACIENTES CON INTER-
 VENCION PSICOLOGICA

\bar{X} = 31 años

σ = 7 años

CUADRO NO. 8

En la categoría de intervención psicológica, de 41 pacientes, de los 75 del estudio, la notificación de edad se carga en un rango de 25 a 38 años, infiriendo que a este rango se le concede mayor disponibilidad a aceptar apoyo profesional, en función a que posiblemente sus conductas llevan mayor carga situacional.

DISTRIBUCION DE PACIENTES VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS
CON INTERVENCION PSICOLOGICA Y ESTADO CIVIL
CUADRO NO. 9

	FRECUENCIA	%
SOLTERO	32	78.0
CASADO	7	17.1
VIUDO	2	4.9

41 PACIENTES		

De los cuales el 78% con solteros, el 17% casados y el 4.9% viudos.

PACIENTES VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS CON
INTERVENCION PSICOLOGICA Y EDAD
CUADRO NO. 10

	FRECUENCIA	%
SIN ESTUDIOS	1	2.4
PRIMARIA	5	12.2
SECUNDARIA	7	17.1
TECNICA	2	4.9
PREPARATORIA	7	17.1
PROFESIONAL	18	43.9
POSGRADO	1	2.4

41 PACIENTES CON INT.
PSICOLOGICA

La distribución porcentual de los casos se torna altamente representativa en el subgrupo de profesionistas representando el 43.9% de 41 pacientes con intervención psicológica, considerando que este grupo ocupacional concede a otros profesionistas "el saber y la autoridad" como para ponerse en sus manos.

PACIENTES VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS CON
INTERVENCION PSICOLOGICA Y MEDICAMENTO (AZT)
CUADRO NO. 11

	FRECUENCIA	%
CON AZT	19	46.3
SIN AZT	22	53.7

41 PACIENTES CON INT. PSIC.

En el estudio de 75 sujetos VIH positivos asintomáticos, 41 pacientes cuentan con intervención psicológica amén de la atención médica y tienen adicionalmente el control con AZT el 46.3%.

La Secretaría de Salud de México ha recomendado el manejo de pacientes con SIDA con el medicamento AZT para esta muestra de pacientes con intervención psicológica el 46.3% cuenta con este control del AZT.

PACIENTES VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS
SIN INTERVENCION PSICOLOGICA

CUADRO NO. 12

	FRECUENCIA	%
MASCULINO	27	79.4
FEMENINO	7	20.6

34 SUJETOS SIN INTERVEN-
CION PSICOLOGICA

La infección por VIH se ha propagado con rapidez para este estudio se muestreó a 75 sujetos, 45.3% sujetos no cuentan con intervención psicológica que para efectos de este estudio, se manifestaría una mejoría en la calidad de vida por tal intervención de ellos el 79.4% pertenecen al sexo masculino y el 20.6% son mujeres.

DISTRIBUCION POR EDAD EN PACIENTES VIH POSITIVOS

ASINTOMATICOS SIN INTERVENCION PSICOLOGICA

CUADRO NO. 13

EDAD	FRECUENCIA	%
18	2	5.9
21	3	8.8
23	1	2.9
24	1	2.9
27	1	2.9
28	3	8.8
29	3	8.8
30	3	8.8
31	1	2.9
32	2	5.9
34	1	2.9
35	3	8.8
36	1	2.9
37	1	2.9
38	3	8.8
39	1	2.9
42	1	2.9
45	1	2.9
54	1	2.9
55	1	2.9

 34 SUJETOS SIN INT.
 PSICOLOGICA

$$\bar{X} = 32$$

$$\sqrt{V} = 9 \text{ años}$$

Los sujetos sin intervención psicológica en edad abarcan de 18 a 55 años, de un total de 34 sujetos muestreados, indican los rangos de edad entre 23 y 42 años con una tasa de incidencia acumulada del 61.5% para esa edad.

ESTADO CIVIL DE PACIENTES VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS
 SIN INTERVENCION PSICOLOGICA

CUADRO NO. 14

	FRECUENCIA	%
SOLTERO	14	41.2
CASADO	9	26.5
VIUDO	1	2.9
UNION LIBRE	6	17.6
DIVORCIADO	4	11.8

34 SUJETOS SIN INT. PSICOLOGICA		

La concentración de 34 sujetos sin intervención psicológica en función a su de estado civil se dio en 41.2% solteros y el 26.5% en casados. La prevalencia de la infección en casos de hombres siempre ha sido mayor ya que se sobreestima que son sujetos con mayor exposición al riesgo en función a sus preferencia sexual en estos sujetos encuestados para este estudio.

ESCOLARIDAD DE PACIENTES VIH POSITIVOS ASINTOMATICOS
 SIN INTERVENCION PSICOLOGICA
 CUADRO NO. 15

	FRECUENCIA	%
SIN ESTUDIOS	9	8.8
PRIMARIA	7	20.6
SECUNDARIA	14	41.2
COMERCIO	2	5.9
TECNICA	3	8.8
PREPARATORIA	2	5.9
PROFESIONAL	3	8.8

34 SUJETOS SIN INTERVEN- CION PSICOLOGICA		

La tendencia de casos por categoría de escolaridad, de 34 sujetos sin intervención psicológica, se notifica que el mayor porcentaje se cargo a nivel de secundaria en un 41.2% y un 20.6% en nivel primaria, estimando que esta tendencia no asume con facilidad la importancia de dicha intervención.

El segundo programa utilizado corresponde a la parte inferencial de la muestra en donde, se aplicó una correlación de Pearson, con la finalidad de conocer cual es la relación entre el autoconcepto con la edad y la escolaridad.

ANALISIS DE CORRELACION ENTRE AUTOCONCEPTO
EDAD Y ESCOLARIDAD

	EDAD	ESCOLARIDAD
SOCIAL 1	-.0211	-.0520
EMOCIONAL 1	-.06212	.2835 *
SOCIAL 2	.1931 **	.0107
EMOCIONAL 2	.1148	.3058 *
OCUPACIONAL	-.1080	.0094
EMOCIONAL 3	-.1196	.1960 **
ETICO	-.1198	-.1903
INICIATIVA	.0787	.2127 **
SOCIAL 3	-.1202	.2578 **
FISICO	-.1953 **	.2831 *

NO. DE SUJETOS = 75 SIGNIF. * -.01 ** -.05

En general se observó que el aumento se correlacionó con la edad, sin embargo, solamente 2 escalas de autoconcepto si tuvieron relación, en este caso se encontró que la escala social 2 que se refiere a la comunicación y a la expresión del individuo con su medio social y la escala física, la cual tiene

que ver con aspectos corporales y de salud física están íntimamente relacionados al autoconcepto ya que tuvieron una correlación con la edad, a mayor edad mayor sociabilidad expresiva y una percepción deteriorada de su físico.

Por otro lado en cuanto a la escolaridad se encontró una correlación significativa con el autoconcepto encontrando que a mayor escolaridad mayor autoconcepto tanto en sus aspectos emocionales, iniciativa y el aspecto físico.

RESULTADOS DE LAS ESCALAS Y SUBESCALAS DE AUTOCONCEPTO

SOCIAL 1

No se encontraron diferencias significativas en las categorías por sexo, grupo con intervención psicológica y sin ella, tampoco por el uso del medicamento (AZT). Por lo que no existen diferencias en el estilo afiliativo de relacionarse con los demás.

EMOCIONAL 1

Se observaron diferencias significativas con una $p = .003$ en los grupos de intervención psicológica con una \bar{X} de 5.03 y en los grupos sin intervención con una \bar{X} de 3.53. Es decir si existen diferencias en la vida emocional intraindividual y los estados de ánimo experimentados en los pacientes que se encuentran con intervención psicológica a diferencia de los que no la tienen.

SOCIAL 2

No se encontraron diferencias en esta subescala en lo que se refiere a sexo, grupo con intervención psicológica y sin ella y en uso de medicamento (AZT). Esto quiere decir que en los pacientes VIH positivos asintomáticos no afecta su sociabilidad expresiva, es decir su comunicación o expresión en el medio social.

EMOCIONAL 2

No hay diferencias en los sujetos en lo que se refiere a sus sentimientos intraindividuales, ni por sexo, grupo con intervención psicológica y sin ella ni por uso o no del medicamento (AZT).

OCUPACIONAL

Se encontraron diferencias significativas en esta escala en el grupo de pacientes que toman medicamento (AZT) reportando un nivel de significancia del .046 y una media de 4.14 a diferencia de los que no toman medicamento con una media de 3.86. Por lo que se entiende que los pacientes que toman el medicamento (AZT) reportan tener un mejor funcionamiento y habilidades en su trabajo, profesión u ocupación.

EMOCIONAL 3

En esta subescala que se refiere a los aspectos intraindividual e interindividual desde el punto de vista de su sanidad o no, si son o no productores de salud mental, no se observó ninguna diferencia en los sujetos ni por sexo, grupo con

intervención psicológica y sin ella ni por uso o no del medicamento (AZT).

ETICO

Con lo que respecta a la congruencia o no con los valores personales, tampoco se encontraron diferencia en grupos con intervención psicológica y sin ella, ni por sexo ni por uso o no del medicamento (AZT).

INICIATIVA

En esta escala se arrojaron datos significativos en los pacientes que cuentan con intervención psicológica con una media de 5.23. a diferencia de los que no cuentan con ella con una media de 4.54, por lo que se puede interpretar que los pacientes que cuentan con intervención psicológica son más dinámicos y activos, el nivel de significancia que se reportó fue de .013.

SOCIAL 3

Se encontraron diferencias marginales con una significancia de .065 en los pacientes VIH positivos asintomáticos con intervención psicológica con una media de 5.62 a diferencia de los que no tienen o cuentan con ella con una media de 4.75. Por lo que los aspectos positivos de la persona a la cual se aproximan los demás porque podrán contar con su comprensión son reforzados por el apoyo psicológico con el que cuentan.

FISICO

En esta escala que se refiere a su salud corporal y a su

aspecto físico se contró una significancia de .029 para los pacientes que cuentan con intervención psicológica, así como una media de 4.56, reportandose además una significancia de .030 para los pacientes que toman medicamento (AZT) con una media de 4.77. Lo cual quiere decir que el estar o contar con grupo de intervención psicológica y tomar un medicamento, los hace sentir con una mejoría en su salud corporal y aspecto físico.

Se recomienda tomar con precaución los datos obtenidos en esta escala del autoconcepto, ya que carece de validez de construcción en el área física, debido a que la técnica del diferencial semántico, argumenta el autor, no permite evaluar diversos aspectos de la dimensión física. Los datos son en gran medida susceptibles de interpretación cualitativa.

**ALCANCES
Y
LIMITACIONES**

ALCANCES Y LIMITACIONES

A lo largo de la presente investigación se encontró que para poder conformar la muestra, se pidió la autorización del Consejo Nacional de Prevención, Seguimiento y Tratamiento del SIDA (CONASIDA), este trámite tardó aproximadamente dos meses para dicha autorización, lo cual retardó la aplicación del instrumento: y se permitió únicamente muestrear a los pacientes con grupos de información, al inicio representaban el total de la muestra porque oficialmente CONASIDA es el único organismo que maneja población asintomática, y el acceso a la muestra de manera directa no se permitió, las políticas internas de la institución así lo marcan, representó limitación porque se perdió información que pudiera reforzar la investigación, datos como preferencia sexual, nacionalidad, tipo de contagio.

Otro factor limitante fue localizar sujetos para ampliar la muestra para lo cual se acudió de manera personal con sujetos VIH positivos asintomáticos conocidos quienes facilitaron el contacto con amigos también seropositivos, y terapeutas independientes quienes permitieron que sus pacientes accedieran a la investigación, esto representó dificultad porque se aplicaba el cuestionario de uno en uno representando una inversión de tiempo elevada.

El tamaño de la muestra parecería una limitación severa en cuanto a la validez del estudio y a la generalización de sus resultados, al mismo tiempo si se toma en cuenta que todavía el

acceso a sujetos portadores de VIH en México es difícil y por tratarse de un padecimiento que involucra a todos, el número de sujetos entonces se torna representativo.

Debido al tamaño de la muestra y las características tan especiales en función al número reducido de personas del sexo femenino, las diferencias no se pueden generalizar si no se tiene la flexibilidad que los resultados ameritan. Es importante, destacar, que al instrumento se le modificó el ejemplo por encontrarlo poco adecuado en la población objeto de estudio quienes sus primeras variantes de salud serán la pérdida de peso. Y el autor propone como ejemplo gordo/flaco y se modificó alto/bajo.

Con respecto a la situación terapéutica, se hizo necesario ajustar el término "INTERVENCION" para englobar las psicoterapias de tres meses o más, lo que es un grupo de información que dadas las características del manejo, en sí mismo se convierte como contenedor psicológico formal, y para quienes lo manejan no quieren arriesgarse a llamarlo terapia. Por lo que para este protocolo el sujeto que contará con terapia y/o grupo de información fue considerado con intervención psicológica. Otra limitación en lo que se refiere a esta situación fue la imposibilidad de que otros terapeutas participaran, ello enriquecería no solo el estudio, sino también, permitiría comparaciones entre los terapeutas para descartar las variables intercurrentes que la personalidad de cada terapeuta introduce con el fin de aproximarse en lo posible a un modelo terapéutico y librar en la mayoría de los

casos el mal manejo y deterioro del trabajo de los trabajadores de salud.

Para investigaciones futuras sean sobre autoconcepto, sobre psicoterapia, sobre VIH/SIDA, o las tres, se sugiere el rescate de una muestra más grande. Resultaría también oportuno realizar una posible medición del autoconcepto antes de obtener el resultado positivo a VIH y otra posterior. Recurrir quizá a un pretest - tratamiento - post-test con el fin de obtener más puntos de comparación y ampliar la investigación en términos de establecer variables intermitentes en las características de personalidad del portador del VIH. Realizar estudios que establezcan cruces de variables como la agresión intra y extra punitiva, la orientación a futuro, empatía y otras que amplíen las perspectivas del conocimiento en este campo tan vasto.

Otra recomendación conveniente sería el contraste entre diferentes tipos de tratamiento con el fin de conocer la eficacia de los métodos, tiempos de intervención y hasta cambios en el estilo de tratamiento dirigido.

Finalmente es importante destacar que la información específica al autoconcepto y psicoterapia no la reportan como tal, y los trabajos en función a sujetos asintomáticos en México son mínimos los estudios publicados.

Se sugiere que las instituciones del sector salud faciliten los trámites y elementos necesarios para la investigación por parte de investigadores externos a dichas instituciones.

interesados en el fenómeno porque representa una herramienta objetiva que redundo como en este caso a pacientes VIH positivos asintomáticos en México.

Un logro significativo de esta investigación lo representa el hecho de que sea un estudio pionero en México con respecto a la población y variables estudiadas, aún y con las limitaciones previamente descritas representa un esfuerzo por explorar de manera sistemática y confiable, algunos aspectos de la personalidad del portador VIH.

El rescatar un instrumento validado para la población mexicana reforzarlo con la variante - PSICOTERAPIA - en la población objeto de estudio, pareciera ambicioso, pero si tomamos en cuenta que en psicoterapia se trabaja con estructuras como el "yo" y retomando los marcos teóricos de referencia se observará que "el autoconcepto" se torna realmente significativo, y con la propuesta de escalas del instrumento las observaciones e interpretaciones disminuirán en subjetividad para otorgar elementos mayormente organizados y con menos margen de error.

Continuando con la misma línea de pensamiento, resulta fácil esclarecer que el trabajo de los psicólogos en terapia con pacientes portadores es comprobable el beneficio, con este estudio científico, metodológico adecuado pues la probabilidad indicaba poco índice estadístico de no encontrar diferencias en los grupos estudiados y justo en la escala intraindividual, se reportaron los niveles de ajuste oportunamente con la

intervención psicológica.

En más de una ocasión los trabajadores de la Salud Nacionales como Internacionales dieron poca confiabilidad al uso de medicamento, considerandolo poco efectivo y en el caso del AZT hasta se descartó su uso, o se reforzará su uso con otros, el alcance de los resultados muestran índices significativos a quien recibió intervención psicológica y además estaba bajo prescripción médica tomando el medicamento AZT, estos índices reportaron en la etapa ocupacional y la orientación al logro. la relación es positiva y significativa, así como la importancia en la escala física, descartada en otros estudios por el mismo autor, lo que abre la brecha de investigación inexistente, para mejorar y superar el presente protocolo de investigación.

Es evidente el esfuerzo realizado para conformar a los grupos y por esta misma delicadeza hubo que seguir manteniendo en el anonimato la fuente de datos, es decir que la población reincide en estigmatizar a los portadores VIH, y el estudio muestra a un ser humano común y corriente con necesidades diferentes, pero al fin necesidades.

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Con base en los "Alcances y Limitaciones" en este rubro se expondrán en primera instancia las discusiones para facilitar el manejo del contexto y posteriormente las conclusiones.

El autoconcepto es una entidad relativamente estable de la personalidad, por lo que la teoría indica que no podemos esperar que el autoconcepto se modifique de manera inmediata ante cualquier evento, en este sentido no existe consenso en cuanto a la modificación del autoconcepto. El autoconcepto se descubre en la experiencia externa, particularmente en la interacción social con otros significativos para él, tratándose de eventos tan vulnerables como la amenaza real de una enfermedad con un diagnóstico con implicaciones de muerte, origina en los sujetos sentimientos de atrapamiento en especial los primeros meses. Escobar, J., (1992) es ahí donde la desestructura en términos generales propicia la crisis que tiene como blanco el autoconcepto, corresponde reconocer que la ansiedad, igual que la depresión como respuesta humana es normal a enfermedades que ponen en peligro la vida Miller, D., (1986). Quien prosigue que la atención de la ansiedad en portadores VIH se verifica en la sudoración, dolores musculares, fatiga, etc. que además de indicador de la declinación física, contribuyen al sufrimiento del paciente.

Por lo anterior verificamos pues, que el concepto que de sí mismo se tiene, se alterará de manera significativa ante el Dx positivo SIDA, partiendo de este contexto y ya con

aproximaciones más delineadas, decimos que la presente investigación partió de la hipótesis general:

Existe diferencia en el autoconcepto de pacientes masculinos y femeninos VIH positivos asintomáticos entre 17 y 55 años de edad, de la Ciudad de México que reciben intervención psicológica y aquellos que no la tienen es aceptada parcialmente, en el sentido que el instrumento de medición del autoconcepto que utilizamos contiene dimensiones y subescalas y no en todas las dimensiones se encontraron diferencias estadísticas significativas.

Se observó que para los pacientes VIH positivos asintomáticos que reciben algún tipo de intervención psicológica formal, si existen cambios en la subescala emocional 1 que es referida por La Rosa como la vida emocional intraindividual donde la autopercepción es de vital importancia para reforzar las estructuras del "yo", ya que el "yo" participa en todas las experiencias de la vida, tomando en cuenta que el trabajo terapéutico incide precisamente en ese "yo" como fuente más importante generalizadora de motivación para la conducta social. Cofer, C., (1964) ese sujeto con el concepto de sí mismo revalorado en la mayoría de los casos positivo los estados de ánimo experimentados en estos pacientes tendrán un contenedor emocional más fuerte, observados para esta dimensión que si arrojó datos significativos a diferencia de los pacientes que no contaron con dicha intervención.

Por otro lado Laurence, C., (1976) argumenta que con el crecimiento del individuo se desarrolla una percepción total de

su propio cuerpo así como ciertas actitudes hacia su ser físico; muchos consideran que tales actitudes constituyen la estructura fundamental del desarrollo del "yo", se observó que a lo largo de la presente investigación la muestra de pacientes VIH positivos asintomáticos mostró una preocupación por su aspecto físico y salud corporal, considerando entonces que el padecimiento de la enfermedad afecta parte fundamental de la estructura del yo, tal como lo señala Allport, G., (1961) que el sentido de si-mismo corporal es tan fundamental que la mayoría de los adultos carece normalmente de conciencia del mismo: "sólo se torna manifiesto cuando enfermamos o experimentamos dolor", característica sobresaliente en los pacientes que al conocer su diagnóstico positivo adquieren un mayor sentido del si-mismo corporal.

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

Por los datos obtenidos en este estudio en lo que se refiere a la escala o dimensión física que en forma global fue tomada refiriéndose a la salud corporal y al aspecto físico de los pacientes VIH positivos asintomáticos, fue significativa para el grupo de pacientes que cuentan con intervención psicológica y que a la vez toman medicamento (AZT) infiriendo que el contar con apoyo psicológico y uso de medicamentos los hace sentir con una mejoría en su salud corporal y aspecto físico precisamente.

Malagon , N., (1992) dice ... "los sujetos VIH positivos asintomáticos afirman tener más angustia o miedo al dolor, a la desfiguración y a los síntomas neurológicos que a la muerte". Con lo anterior se deduce la importancia de buscar algún recurso que haga disminuir esa angustia o miedo, concediendole al medicamento en este caso AZT ese efecto como se pudo observar en los pacientes VIH positivos asintomáticos que cuentan con intervención psicológica. Miller, D., (1980).

Dentro de su investigación con pacientes seropositivos señalan varios puntos importantes como es la preocupación ante la relación con otras personas, reflejándose en el comportamiento a nivel de un rompimiento en las relaciones sociales. Por lo resultados obtenidos en esta investigación se señaló que existe un reflejo en el comportamiento en la dimensión social y que la intervención psicológica es de gran ayuda para los seropositivos en especial en lo que respecta a los aspectos positivos del paciente.

El paciente VIH positivo asintomático se encontró alterado en su autoconcepto precisamente por enfrentarse al cambio y conflicto en su estilo de vida, alterando su "yo" por el cambio sufrido en su identidad corporal como pudo observarse en el reporte obtenido en esta investigación en la dimensión física del instrumento.

Con base en lo anterior y por resultados obtenidos en este estudio, se encontró que el grupo de pacientes VIH positivos

asintomáticos, que contaba con intervención psicológica apoyada por grupos de información presentaron diferencias significativas con respecto a los que no la tienen en las siguientes dimensiones y subescalas del autoconcepto, que se refiere a los aspectos social con tres subescalas, emocional también con tres subescalas, ético, ocupacional y físico.

En la subescala emocional 1, existen diferencias en la vida emocional intraindividual y los estados de ánimo, existen diferencias en los pacientes VIH positivos asintomáticos que cuentan con intervención psicológica y que a la vez toman medicamento (AZT) en la escala o dimensión ocupacional, reportando tener un mejor funcionamiento y habilidades en su trabajo, profesión u ocupación. Para los pacientes que cuentan con intervención arrojaron datos significativos en la escala de iniciativa, sintiéndose más dinámicos y activos.

Los resultados obtenidos en la escala o dimensión física se recomienda tomarlos con precaución, ya que esta dimensión fue eliminada por La Rosa, J., (1986) del instrumento que diseñó para evaluar el autoconcepto por carecer de validez de construcción en la medida que analizó el contenido de los adjetivos bipolares, reportando que la técnica utilizada del diferencial semántico no permitió evaluar diversos aspectos de la dimensión física del autoconcepto, sin embargo para este estudio se tomo en cuenta por considerarlo importante.

En cuanto a la edad, que se tomó como una variable, se encontró que a mayor edad, mayor sociabilidad expresiva pero

una percepción deteriorada de su físico, es decir que la comunicación social y expresión del individuo con su medio y la salud corporal y el aspecto físico están relacionados con la edad.

Otra variable que se tomó en cuenta fue la escolaridad, y para esta se reportó que a mayor escolaridad mayores son los aspectos emocionales en cuanto a la vida emocional intraindividual y los estados de ánimo experimentados en la subjetividad, en los sentimientos interindividuales y en su salud emocional que es la que enfoca ambos aspectos, así como una mayor iniciativa siendo más dinámicos y activos, y una mayor preocupación por su salud corporal y aspecto físico, es decir que la escolaridad está relacionada con las subescalas emocional 1, emocional 2 y emocional 3, con la escala de iniciativa y con la escala física.

De acuerdo a investigaciones realizadas y por los datos obtenidos en este estudio, se puede concluir que se observó en forma general, que una característica sobresaliente en los pacientes VIH positivos asintomáticos, es la preocupación por su aspecto físico y salud corporal por sentirse deteriorados físicamente y por la amenaza a la desfiguración física más que a la muerte, así por las implicaciones emocionales al recibir el diagnóstico, lo que los hace acudir a algún tipo de ayuda y mejorar la calidad de esta.

Por lo anterior se concluye que la intervención psicológica solo se ha enfocado o dirigido a algunos aspectos del

autoconcepto de los pacientes VIH positivos asintomáticos que recurren a tal intervención, sin abarcar en su totalidad las dimensiones que contiene, haciendo con esto entonces una intervención parcial, dejando de lado el estilo afiliativo de los pacientes para relacionarse con los demás, su comunicación o expresión en el medio social. Esta observación conlleva múltiples implicaciones, la estigmatización por parte de la sociedad, pues el ser portador del virus despierta alarma tanto porque se consideren en riesgo los demás individuos como por que pone al dominio público lo relativo a la sexualidad del portador, así que habría una explicación real por no relacionarse con confianza con los otros.

Los resultados obtenidos se enmarcan con las propuestas de Dorantes, V., (1988) que el tratamiento debe reforzarse con programas educativos a nivel del público en general y de los trabajadores de la salud, el tratamiento terapéutico será de soporte, y que involucre trabajar con la familia, amigos y parejas. Discutir sus temores a morir por ejemplo son de primordial importancia, y proponer que se puede despedir de la vida.

Estos programas de información deberán contener que el portador VIH, no es un infectado, y que la población sea educada no solo para prevenir sino para compartir sus fuerzas con los pacientes portadores con necesidades también.

Lo anterior se debe como lo menciona Perez, J., (1990), a que "no existen hasta el momento recursos inmunopreventivos o

terapeuticos efectivos''. Es decir no existe hasta el momento un recurso terapeutico efectivo para tratar a estos pacientes aunque se conozcan sus respuestas, reacciones y preocupaciones, tomándose por lo tanto modelos de intervención psicológica alternos por carecer de un perfil establecido que sea flexible y que a la vez conlleve el inconveniente de la duración. Se han analizado los aspectos del autoconcepto en pacientes VIH positivos asintomáticos para que sea un herramienta más para empezar a conducir una intervención psicológica objetiva, práctica y formal, ya sea por el abordaje individualizado del paciente o por la participación conjunta o apoyo multidisciplinario.

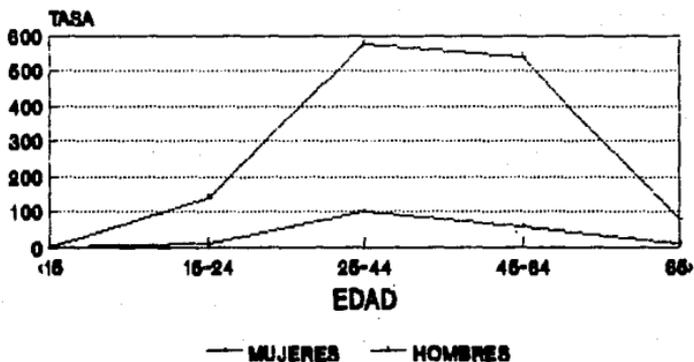
ANEXOS

SEXO _____ EDAD _____ EDO. CIVIL _____
 ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____
 USO DE MEDICAMENTOS SI _____ NO _____

A CONTINUACION ENCONTRARAS UN CONJUNTO DE ADJETIVOS QUE SIRVEN PARA DESCRIBIRTE. DEBERAS DAR UNA UNICA RESPUESTA EN CADA RENGLON Y SOLAMENTE UNA, PONIENDO UNA "X" EN EL ESPACIO QUE CORRESPONDA A TU AUTOPERCEPCION. COMO EN EL EJEMPLO DE ABAJO, SI TE SIENTES MUY -BAJO- PONDRAS LA "X" EN EL ESPACIO MAS CERCANO DE LA PALABRA -BAJO-. SI TE SIENTES BASTANTE ALTO PONDRAS LA "X" EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE, SI NO TE PERCIBES ALTO PERO TAMPOCO BAJO, PONDRAS LA "X" EN EL ESPACIO DE EN MEDIO QUE ESTA IGUALMENTE DISTANTE DE LOS ADJETIVOS ALTO Y BAJO. LOS ESPACIOS CUANTO MAS SE APROXIMEN A UN ADJETIVO, INDICAN UN GRADO MAYOR EN QUE SE POSEE DICHA CARACTERISTICA. CONTESTA EN LOS RENGLONES DE ABAJO, COMO EN EL EJEMPLO DE ARRIBA, TAN RAPIDO COMO TE SEA POSIBLE, SIN SER DESCUIDADO, UTILIZANDO LA PRIMERA IMPRESION, MARCA TU RESPUESTA MARCANDO COMO ERES TU, Y NO EN COMO TE GUSTARIA SER. CONTESTA A TODOS LOS RENGLONES. GRACIAS.

	BAJO(A)							ALTO(A)
	MUY BAJO	BASTANTE BAJO	POCO BAJO	NI BAJO NI ALTO	POCO ALTO	BASTANTE ALTO	MUY ALTO	
				YO	SOY			
JOVEN	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	VIEJO (A)
AGRESIVO	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PACIFICO (A)
AMOROSO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	APATICO (A)
CALLADO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	COMUNICATIVO (A)
SINCERO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	HIPOCRITA
PEREZOSO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ACTIVO (A)
FUERTE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DEBIL
INCUMPLIDO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	CUMPLIDO (A)
LEAL	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DESLEAL
INSENSIBLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	SENSIBLE
INMESTO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DESINMESTO (A)
DESAGRADABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	AGRADABLE
MENTIROSO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	SINCERO (A)
TRATABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	INTRATABLE
INJUSTO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	JUSTO (A)
ATRACTIVO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	FEO (A)
SOCIA (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	LIMPID (A)
ESTUDIOSO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PEREZOSO (A)
CHICO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	GRANDE
CORRUPTO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	RECTO (A)
TRAMBULO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	AGRESIVO (A)

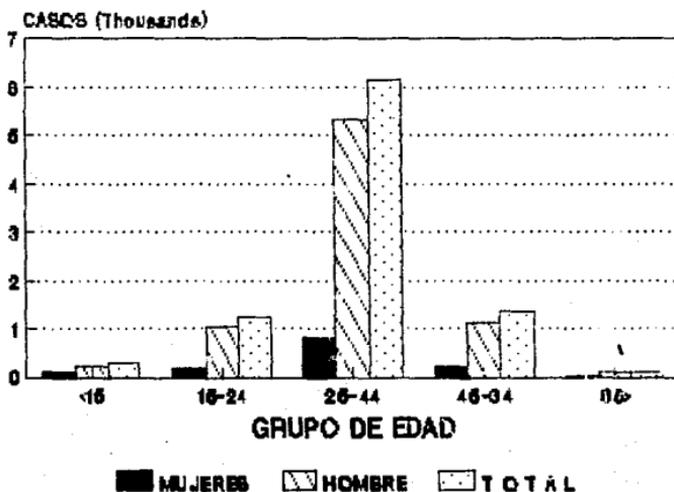
TASA POR EDAD Y SEXO POBLACION MEXICANA (1992)



• TASA POR 1 000 000 HABITANTES

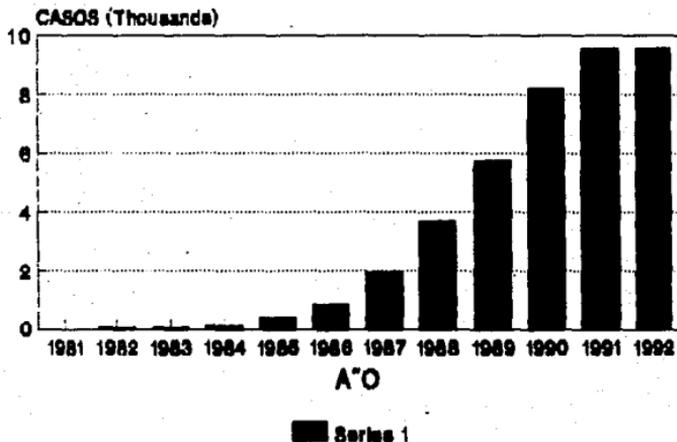
ANEXO B

EDAD Y SEXO



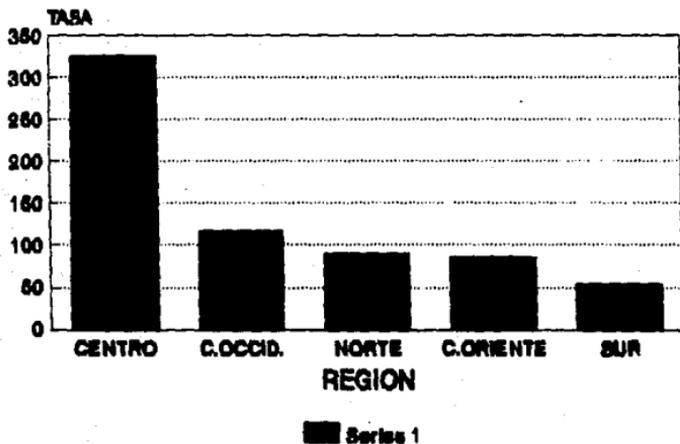
MEXICO

INCIDENCIA ACUMULADA POR FECHA DE INICIO



ANEXO D

REGION GEOGRAFICA (1992)



ANEXO E

CONRELACIONES ENTRE FACTORES DE LA ESCALA
DE AUTOCONCEPTO

	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9
F.1	1.00	0.15	0.37	0.17	0.18	0.25	0.20	0.21	0.06
F.2		1.00	0.21	0.12	0.09	-0.01	0.17	0.30	0.23
F.3			1.00	0.14	0.26	0.19	0.12	0.18	0.26
F.4				1.00	0.20	0.15	0.10	0.13	0.10
F.5					1.00	0.33	0.30	0.16	0.04
F.6						1.00	0.30	0.18	0.13
F.7							1.00	0.21	0.34
F.8								1.00	1.00
F.9									1.00

FACTORES	DIMENSIONES	REACTIVOS
FACTOR 1	SOCIAL 1 (AFILIAT.)	37, 50, 53, 56, 63, 65, 70, 72
FACTOR 2	SOCIAL 2 (EXPRES.)	1, 4, 32, 45, 48, 51, 57
FACTOR 3	EMOCIONAL 1 (AFECT.)	3, 12, 41, 41, 66, 60
FACTOR 4	EMOCIONAL 2 (SALUD EM. 1)	6, 16, 22, 20, 30, 54
FACTOR 5	ETICO 1	9, 1, 13, 20, 31, 55
FACTOR 6	ETICO 2	10, 36, 42
FACTOR 7	OCUPACIONAL	0, 19, 33, 50
FACTOR 8	EMOCIONAL 3 (E. ANIMO)	15, 17, 23, 34, 52, 59, 64
FACTOR 9	EMOCIONAL 4 (SALUD EM. 2)	2, 25, 27, 43

CASOS DE SIDA POR GRUPOS DE EDAO Y SEXO, MEXICO
HASTA EL 29 DE FEBRERO DE 1992

EDAD	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN FEBRERO DE 1992			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE MARZO DE 1990 A FEBRERO DE 1992			NO. DE CASOS NOTIFICADOS DE MARZO DE 1990 A FEBRERO DE 1992			NO. DE CASOS ACUMULADOS EN 1992			NO. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 29 DE FEBRERO DE 1992			TASA	MASC.	FEM.	TOTAL	M.	F.	T.	MASC./FEM.		
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	NO.	%	NO.	%	NO.	%										
15	4	2	6	2	1	3	61	31	92	47	37	79	9	10	191	207	2.6	105	7.6	311	3.3	13	7	10	2/1
15-24	4	3	7	26	0	26	320	40	360	295	61	346	20	4	261	1044	13.1	190	13.7	1234	12.2	121	23	73	5/1
25-44	40	10	50	117	27	144	1677	280	1957	1454	252	1706	146	34	1801	5335	59.6	825	64.7	6210	65.0	570	89	331	6/1
45-64	13	5	18	21	0	21	370	75	445	308	70	378	32	5	371	1136	14.3	214	15.5	1350	14.4	280	51	165	5/1
65+	0	1	1	5	2	7	31	9	40	22	0	30	2	1	31	00	1.1	31	2.2	119	1.3	71	21	44	3/1
TECNOLÓGICOS	4	1	5	1	0	1	104	11	117	24	2	101	14	2	101	141	2.0	20	1.4	151	1.9	-	-	-	0/1
TOTAL	97	20	117	172	44	216	2545	464	3031	2140	425	2545	225	50	2031	7971	100.0	1385	100.0	9356	100.0	204	34	120	4/1

* TASA POR 1 000 000 DE HABITANTES

CASOS DE SIDA POR OCUPACION EN MAYORES DE 15 A/OS, MEXICO, HASTA EL 29 DE FEBRERO DE 1992

OCUPACION	NO. DE CASOS NOTIFICADOS EN FEBRERO DE 1992		CASOS ACUMULADOS HASTA EL 29 DE FEBRERO DE 1992	
	NUMERO	TASA*	NUMERO	TASA*
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	30	(1414)	17.0	747
TORN. DE SERV. PUBLICOS Y PERS.	12	950	12.4	444
TECNICOS	4	234	2.9	457
PROFESIONALES	0	620	7.0	281
TRABAJADORES DE LA EDUCACION	5	442	5.4	267
COMERCIALES	7	486	0.6	233
BOBROS	7	947	11.9	175
FUNCIONARIOS PRIVADOS	1	57	0.7	148
OPERADOR DE TRANSPORTE	5	170	2.1	151
DESPLAZADOS	1	230	5.0	147
FUNCIONARIOS PUBLICOS	0	10	0.1	139
AMO DE CASO	12	743	9.4	409
TRABAJADOR AGRICOLA O CAMPO	4	284	5.4	47
ESTUDIANTE	0	241	5.0	22
OTRAS OCUPACIONES	11	647	10.9	397
SUBTOTAL	100	7941	100	145
			(89.0)	
SE DESCONOCE OCUPACION	1	761	11.0	-
TOTAL	109	8702	100	145

*TASA POR 100000 HABITANTES. 1.000000 DE LA POBLACION DE REFERENCIA. LOS DATOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Abrams, D., (1986). **Lymphadenopathy Syndrome in Male Homosexuals** en Gallin y Fauci, A. (EDS) **AIDS in New York**, Raven Press.

Abrego, Candelas, E., Morales, A., Moreno, T., Muñoz, L., Rodríguez, S., Nazareno, M., Ortiz, V., López, A., (1991). **Propuesta de Entrevista Documento Interno de CONASIDA, Copilco, vespertino.**

Acción en Sida (1992). **Boletín Internacional Sobre Prevención y Control del SIDA, Número 14 AHRTAG. Appropriate Helath Resources Technologies. Action Group.**

Adler, A., (1956). **Über Denervosen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden. Individual Psychologie and Psychotherapie.**

Aguirre, C., y Orizaga (1988). **Intento de validación clínica de una escala para cuantificar grados de identidad del yo. Tesis de grado.**

Allport, G., (1937). **Personality: A Psychological Interpretation. New York: Holt.**

Allport, G., (1960). **The Trend Inmotivational Theory Personality and Social Encounter. Boston Beacon.**

Allport, G., (1961). **Pattern and growth in personality.** New York: Holt, Rinehart y Winston.

Allport, G., (1962). **The general and Theumique in psychological science.** *Journal of Personality*, vol. 30.

Arraz Carrillo, (1992). **Intervención Psicológica en Enfermos de SIDA, Familiares y Personal Sanitario.** Pub. OFESIDA. Vol. 2. Num. 3.

Back, K., (1954). **Influence Through Social Communication.** *Journal of Abnormal an Social Psychology.*

Barreto, M., (1962). **Estrategia Paliativa en Enfermos Terminales.** Facultad de Psicología. Hospital Clinico Universitario, Valencia.

Bayardo, F., (1990). **Psiquiatría y SIDA. Avances Psicoterapéuticos.** Trabajo presentado en el Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. A.C. Guadalajara, Jalisco.

Blos, P., (1971). **Psicoanálisis de la Adolescencia.** Ed. Joaquín Mortiz, México, D.F.

Boletín Mensual SIDA (1992). **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Enfermedades de Transmisión Sexual.** SIDA/ETS. Año 6 número 2, febrero 1992.

Bovard, E., (1957). Group Structure and perception. *Journal Abnormal an Social Psychology.*

Byrne, E., (1984). The general/academic self-concept nomological network: a review of construct validation research.

Cassens, C., (1984). Social Consequences of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annals of Internal Medicine.*

Cofer, C., Appley, M., (1964). Psicología de la Motivación. Teorías e Investigación. *Ed. Trillas.*

CONASIDA (1989). El Médico Frente al SIDA. *CONASIDA.*

Cronbach, L., (1959). Construct Validity Inpsychological Test. *Psychological Bulletin.*

Cooley, A., (1968). The social Self: On the meaning of "I". In Gordon, C and Glegen, K., (Eds). *The selfin social interaction (vol 1) New York.*

Deuchard, J., (1986). Aids in New York City, with particular Reference to the Psychosocial Aspects. *British Journal of Psychiatry.*

Diaz, G., (1982) Psicología del Mexicano. *Ed Trillas.*

Diaz, G., (1982) **Diferencial Semántico del Autoconcepto en Estudiantes.** *Revista de Psicología Social.* Vol. 4. Num. 1 junio 1988.

Dimock, H., (1959). **Rediscovering The Adolescent.** *New York: Association Press en Group Dynamics: Research and Theory.*

Dorantes, V., (1988). **Cambios en las Conductas Sexuales de Riesgo para la Transmisión del SIDA en un Grupo de Homosexuales Masculino de la Cd. de México.** *Testis de grado.*

Drummond, M., (1982). **Adolescentes and identity development in eithteen.** (*Abstract*) *Delta* 30:27.

Edwards, A., (1957). **The Social Desirability variable in personality assesment and research.** *New York: Dryden Press.*

Engle, T., (1974). **Decrement and Recodery of Responses to Olfatory Stimuli in the Human.** *J. Physiol. Psychol.*

Erikson, E., (1969). **Identidad, Juventud y Crisis.** Ed. *Paidos, Buenos Aires.*

Epstein, S., (1968). **The Self Concept.** *Revisted American Psychologist* 28.

Escobar, J., (1992). **Boletín Recuerda. Servicios Médicos Coyoacan, Vol. I, Núm. 8.**

Feldmann, T., (1989). Psychotherapy with AIDS patients. *J. KyMed. Assoc.*

Freud, S., (1914). *La Interpretación de los Sueños. Obras completas. Ed. Biblioteca nueva.*

Freud, S., (1920). *El yo y el ello. Obras completas Ed. Biblioteca Nueva.*

Hall, L., (1957). *The Relationship Between External Stimulation, Food, Deprivation, and Activity. Journal Physiol. Psychological.*

Hall, C., (1984). *Teoría del sí mismo y la personalidad. Ed. Paidós. México. 1a. edición.*

Hunt, J., (1965). *Traditional Personality Theory in the Light of Recent Evidence. American Scientist, 53.*

Joffre, R., (1992). *Boletín Recuerda, Vol. I número 18, Servicios Médicos, Coyoacan, México.*

Kübler Ross, E., (1972). *La muerte y los moribundos. Ed. Alfaguara.*

La Rosa, J., (1984). *Escala de locus de control y autoconceptos construcción y validación. Tesis de doctorado en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM. México.*

Laplanche, J., Pontalis, J., (1969). *Vocabulare de la Psychanalyse*. Editorial Labor. 1a. Edición 1971.

Larousse (1980). *Diccionario Larousse Ilustrado*.

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

Lindzey, G., Hall, S., Calvin, Monosevitz, M., (1973). *Teorías de la Personalidad*. 2a. Edición, Editorial Limusa.

L'Ecuyer, F., (1965). *El concepto de si mismo*. OIKOS TAN España.

Luna, R., (1992). *Aspectos Biomédicos del SIDA*. Coesida Reunión Acapulco, Gro.

Malagon, N., (1992). *Programa de Atención a Pacientes Terminales*. Documento interno CONASIDA.

Mead, G., (1934). *Teory the Roles*. *Journal Exp. Psychol.* 39.

Miller, D., Weber, J., Green, J., (1986). *Atención de Pacientes de SIDA*. Editorial Manual Moderno.

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

Miller, D., (1989). *SIDA y VIH. Editorial El Manual Moderno.*

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

Norris, G., (1987). *Stigma Self-Estee, and Depression Psycho-Social Reponses to Risk of AIDS. Human Organization Vol. 50 Num. 1 Society for Applied Antropology. University of Houston.*

Ortiz, V., (1991). *Marcó Teorico. Documento interno CONASIDA, Copilco, vespertino.*

Ortiz, V., (1992). *"Reflexiones en torno a la muerte". Ponencia presentada 1er encuentro ONGS de Metepec. Edo. México.*

Pérez, J., (1990). *Conocimiento y Conducta de Riesgo para la Transmisión del SIDA en Adolescentes de la Cd. de México. Tesis de grado.*

Pick de Weiss, S., López, A., (1979). *Como investigar en ciencias. Ed Trillas.*

Rosenberg, (1965). *Society and The Adolescent Self Image. Princeton, N.J. Princeton University Press.*

Rank Otto, (1929). *The Trauma of Birth. New York: Psychoanalytic Psychiatry and Psychology = Clinical and*

Theoretical Papers. New York: *International Universities Press.*

Rossi, L., (1990). **Necesidades Psicológicas del Paciente Infectado.** Vol. 4 número 11.

Roger, C., (1977). **El Poder de la Persona.** Ed. *El Manual Moderno.*

Sherwood, J., (1965). **Self Identity and Referent Others.** *Sociometry.*

Sánchez, M., (1982). **SIDA, Todo lo que Usted quería saber.** *Tiempo Madrid.*

Sepulveda, J., (1990). **SIDA, Información Básica para Personal de Salud.** *Dirección General de Epidemiología.*

Tunnel, G., (1991). **Complications in Group Psychotherapy with AIDS Patients.** *Int. J. Group Psychother.*

Williams, J., (1968). **Relation Between Internal-External Control and Aggression.** *Journal of Psychology.*

CYRITA®
FORMA M 077

254	224	252	306	417	443	483	519	545
255	225	253	307	418	444	484	520	546
256	226	254	308	419	445	485	521	547
257	227	255	309	420	446	486	522	548
258	228	256	310	421	447	487	523	549
259	229	257	311	422	448	488	524	550
260	230	258	312	423	449	489	525	551
261	231	259	313	424	450	490	526	552
262	232	260	314	425	451	491	527	553
263	233	261	315	426	452	492	528	554
264	234	262	316	427	453	493	529	555
265	235	263	317	428	454	494	530	556
266	236	264	318	429	455	495	531	557
267	237	265	319	430	456	496	532	558
268	238	266	320	431	457	497	533	559
269	239	267	321	432	458	498	534	560
270	240	268	322	433	459	499	535	561
271	241	269	323	434	460	500	536	562
272	242	270	324	435	461	501	537	563
273	243	271	325	436	462	502	538	564
274	244	272	326	437	463	503	539	565
275	245	273	327	438	464	504	540	566
276	246	274	328	439	465	505	541	567
277	247	275	329	440	466	506	542	568
278	248	276	330	441	467	507	543	569
279	249	277	331	442	468	508	544	570
280	250	278	332	443	469	509	545	571
281	251	279	333	444	470	510	546	572
282	252	280	334	445	471	511	547	573
283	253	281	335	446	472	512	548	574
284	254	282	336	447	473	513	549	575
285	255	283	337	448	474	514	550	576
286	256	284	338	449	475	515	551	577
287	257	285	339	450	476	516	552	578
288	258	286	340	451	477	517	553	579
289	259	287	341	452	478	518	554	580
290	260	288	342	453	479	519	555	581
291	261	289	343	454	480	520	556	582
292	262	290	344	455	481	521	557	583
293	263	291	345	456	482	522	558	584
294	264	292	346	457	483	523	559	585
295	265	293	347	458	484	524	560	586
296	266	294	348	459	485	525	561	587
297	267	295	349	460	486	526	562	588
298	268	296	350	461	487	527	563	589
299	269	297	351	462	488	528	564	590
300	270	298	352	463	489	529	565	591
301	271	299	353	464	490	530	566	592
302	272	300	354	465	491	531	567	593
303	273	301	355	466	492	532	568	594
304	274	302	356	467	493	533	569	595
305	275	303	357	468	494	534	570	596
306	276	304	358	469	495	535	571	597
307	277	305	359	470	496	536	572	598
308	278	306	360	471	497	537	573	599
309	279	307	361	472	498	538	574	600
310	280	308	362	473	499	539	575	601
311	281	309	363	474	500	540	576	602
312	282	310	364	475	501	541	577	603
313	283	311	365	476	502	542	578	604
314	284	312	366	477	503	543	579	605
315	285	313	367	478	504	544	580	606
316	286	314	368	479	505	545	581	607
317	287	315	369	480	506	546	582	608
318	288	316	370	481	507	547	583	609
319	289	317	371	482	508	548	584	610
320	290	318	372	483	509	549	585	611

612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700