

190
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

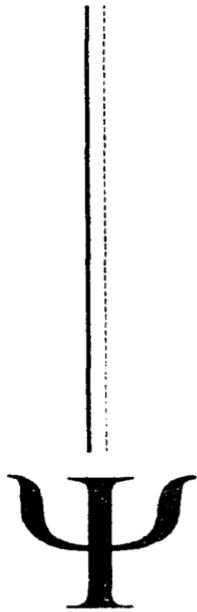
"EL CONOCIMIENTO DE SER SEROPOSITIVO
Y SU EFECTO EN EL AUTOCONCEPTO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :
MARIA DOLORES NUÑEZ REYES

DIRECTOR DE TESIS. MARIA ENEDINA VILLEGAS HERNANDEZ



MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

La presente investigación está dedicada primeramente a Dios, por todas las bendiciones que me ha proporcionado en el transcurso de mi existencia; y posteriormente se dedica a todos los hombres, mujeres y niños en el mundo, que se encuentran infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana o que padecen el SIDA.

Mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por el apoyo y los conocimientos brindados durante mi formación como profesionista.

Muchas gracias Profesora Enequina Villegas, por haber aceptado asesorarme en el desarrollo de la presente Tesis para obtener el Título de Licenciatura en Psicología.

Agradezco al Psicólogo Benjamín Pelayo Naranjo, y a todo el personal de CONASIDA Zona Sur, que me proporcionaron su apoyo para la realización de esta investigación.

A la Psicoterapeuta Guadalupe Cruz Páez, le doy las gracias por haberme ayudado a superar mis limitaciones y a ver mis propias capacidades; con lo cual me ha ayudado en la conclusión del presente trabajo.

Le agradezco a mis padres
todo el apoyo que me han
dado desde mis primeros
años de vida, ya que sin él
no hubiera sido posible
llegar hasta aquí.

A mis hermanas Olivia y Diana,
gracias por animarme a continuar
adelante.

A mi pareja, Cecilio Díaz Hernández,
gracias por estar conmigo y por
impulsarme para continuar con mi
superación personal y profesional.

RESUMEN

La investigación se desarrolló para conocer cuáles son los posibles efectos en el autoconcepto ante el conocimiento de ser seropositivo. Se seleccionaron 200 personas con una edad mínima de 18 años, que asistieron a CONASIDA de la Zona Sur del Distrito Federal a realizarse la prueba de detección de anticuerpos VIH ; aplicándose el Diferencial Semántico del Autoconcepto de Jorge La Rosa, antes-después de conocer su resultado. Posteriormente, se dividió a la muestra en un grupo de personas seronegativas (111 hombres y 58 mujeres), con edades de 18 a 54 años y una escolaridad desde primaria hasta nivel de posgrado; y un grupo de personas seropositivas (31 hombres), cuyas edades son de 18 a 49 años, con una escolaridad de nivel secundaria hasta el posgrado. Se realizó una comparación intragrupal e intergrupar utilizándose el procedimiento de la t de Student; a partir de lo cual, se llegó a las conclusiones siguientes: Una persona al tener conocimiento de un resultado seronegativo, presenta un mejor autoconcepto; mientras que un individuo con un resultado seropositivo no presenta cambios importantes en su autoconcepto, al enterarse de ello. Finalmente las personas seronegativas no presentan una diferencia significativa en su autoconcepto en comparación con las personas seropositivas.

El logro de la realización de esta investigación, fue posible gracias a la cooperación brindada por los pacientes y personal del Consejo Nacional para la Prevención y control del SIDA (CONASIDA).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1 "AUTOCONCEPTO"	
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	4
- EL AUTOCONCEPTO EN EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO.	
- EL AUTOCONCEPTO EN LA PSICOLOGÍA BÁSICA Y APLICADA.	
- EL AUTOCONCEPTO EN EL CONDUCTISMO.	
- EL AUTOCONCEPTO EN LOS NEOFREUDIANOS.	
- EL AUTOCONCEPTO EN LA PSICOLOGÍA SOCIAL.	
- EL AUTOCONCEPTO EN LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE.	
- EL AUTOCONCEPTO EN LA PSICOLOGÍA COGNITIVA.	
2. PRINCIPALES AUTORES QUE INFLUYERON EN LA GESTACIÓN DEL AUTOCONCEPTO	10
- PAUL SCHILDER.	
- SIGMUND FREUD.	
- HEINZ HARTMANN.	
OTROS AUTORES.	15
- ERIK ERIKSON.	
- WILLIAM JAMES.	
- CHARLES HORTOL COOLEY.	
- GEORGE MEAD.	
- CARLS ROGERS.	
- GORDON ALLPORT.	
- WILLIAM FITTS.	

3. ORGANIZACIÓN Y DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO 21

- ORGANIZACIÓN DEL AUTOCONCEPTO.
- DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO.

4. FORMACIÓN; EVOLUCIÓN Y VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCONCEPTO 25

- FORMACIÓN DEL AUTOCONCEPTO.
- EVOLUCIÓN DEL AUTOCONCEPTO.
- VARIABLES O FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DEL AUTOCONCEPTO.

CAPITULO 2 "INFECCIÓN POR VIH Y SIDA".

1. EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA Y LA INFECCIÓN POR EL VIH 34

- LA EPIDEMIOLOGÍA DE ENFERMOS DE SIDA.
(CASOS DE SIDA)
- LA SEGUNDA EPIDEMIA.
(LOS INFECTADOS POR EL VIH)
- ORÍGENES DE LA EPIDEMIA.
- LA TERCERA EPIDEMIA.
- SITUACIÓN MUNDIAL ACTUAL DEL SIDA.

2. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA 41

- HISTORIA.
- BIOLOGÍA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
- REPLICACIÓN VIRAL.

3. INFECCIÓN POR VIH Y SIDA 46

- DEFINICIONES
- * SIDA.
- * Infectado por VIH o Seropositivo.

- **Caso de SIDA.**

- EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

- **Factores predictivos de la aparición de SIDA**

- CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN.

- CLASIFICACIÓN CDC

4. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN Y FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR VIH 54

- TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH.

- **Contacto Homosexual.**

- **Contacto Heterosexual.**

- TRANSMISIÓN IATRÓGENA DEL VIH.

- **Transmisión transfuncional.**

- **Transmisión agente de salud-paciente.**

- **Otros mecanismos de transmisión iatrógena del VIH.**

- TRANSMISIÓN MADRE-HIJO.

- TRANSMISIÓN PARENTAL POR OBJETOS CONTAMINADOS POR EL VIH.

- INFECCIÓN OCUPACIONAL.

5. DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA 61

- INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS.

- INDICACIONES DE UNA PRUEBA PARA VIH.

- **Riesgo epidemiológico.**

- **Indicación clínica.**

- **Indicación legal.**

- DEFINICIONES.

- **Sensibilidad de una prueba.**

- Especificidad de una prueba.
- Valor predictivo de la prueba.
- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA EL VIH.
- Cultivo del virus.
- Detección del antígeno p24.
- Detección de anticuerpos.

6. EL SIDA EN MÉXICO 67

- SITUACIÓN EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA EN MÉXICO.

CAPITULO 3 "ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO".

1. ASPECTOS SOCIALES DEL SIDA 74

2. INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE EL DIAGNOSTICO 76

- INCERTIDUMBRE.
- CHOQUE EMOCIONAL.
- INFORMACIÓN.

3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH/SIDA 80

- ESTADOS PSICOLÓGICOS ANTE EL DIAGNOSTICO.
- ANSIEDAD Y ESTRÉS.
- DEPRESIÓN.
- ESTADOS OBSESIVOS.
- SUICIDIO.

4. RESPUESTAS EMOCIONALES DE LA FAMILIA 96

5. INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO 97

CAPITULO 4 "MÉTODO".

MÉTODO.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	100
HIPÓTESIS	100
- HIPÓTESIS DE TRABAJO.	
- HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.	
VARIABLES	104
- VARIABLES INDEPENDIENTES.	
- VARIABLE DEPENDIENTE.	
- CRITERIO DE INCLUSIÓN.	
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	105
- VARIABLES INDEPENDIENTES.	
- VARIABLE DEPENDIENTE.	
- CRITERIO DE INCLUSIÓN.	
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	105
- VARIABLES INDEPENDIENTES.	
- VARIABLE DEPENDIENTE.	
SUJETOS	105
MUESTREO	106
TIPO DE ESTUDIO	106
DISEÑO	106
INSTRUMENTO	106
- DIFERENCIAL SEMÁNTICO DEL AUTOCONCEPTO DE JORGE LA ROSA	

PROCEDIMIENTO	108
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	109
CAPITULO 5 "RESULTADOS":	
RESULTADOS.	
DATOS DEMOGRÁFICOS	110
RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO	113
- GRUPO DE PERSONAS CON RESULTADO SERONEGATIVO	
- GRUPO DE PERSONAS CON RESULTADO SEROPOSITIVO	
- COMPARACIÓN DEL GRUPO DE PERSONAS SERONEGATIVAS CON EL GRUPO DE PERSONAS SEROPOSITIVAS	
DISCUSIÓN	123
CONCLUSIONES.	125
LIMITACIONES	126
SUGERENCIAS	126
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	128
ANEXO	
ANEXO 1	130
- DIFERENCIAL SEMÁNTICO DEL AUTOCONCEPTO DE JORGE LA ROSA.	
ANEXO 2	134
- REACTIVOS DE CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DEL DIFERENCIAL SEMÁNTICO DEL AUTOCONCEPTO DE JORGE LA ROSA.	

"INTRODUCCIÓN"

INTRODUCCIÓN

El SIDA es una enfermedad actual, hasta ahora incurable y mortal; es el resultado final de una infección viral que daña en gran medida al sistema inmunológico.

En México, la mayor incidencia de casos de SIDA se ha presentado por lo regular entre los 25 y 44 años de edad, por lo que es comprensible que la enfermedad se manifieste menos en personas de más corta edad, ya que aunque se hayan infectado antes, el SIDA es sólo manifestación de una enfermedad de evolución crónica.

El SIDA es un padecimiento producido por el VIH (Virus de inmunodeficiencia Humana); un virus perteneciente al grupo de los retrovirus, se reproduce únicamente en las células vivas y es capaz de invadir cualquier tipo de células de los diversos tejidos humanos, teniendo predilección por un grupo de células de la sangre, los glóbulos blancos denominados linfocitos T, las células B y los macrófagos, así como otras células de este grupo y algunas del S.N.C. a las que infecta de manera persistente y tenaz.

La mayoría de las personas recién infectadas por el VIH no presentan síntomas, pues el virus tiene un período de incubación, que es el tiempo comprendido entre la infección y la aparición de las manifestaciones de la enfermedad; el cual ha podido oscilar desde los cuatro meses a los 10 años, con un promedio de 5 años; por lo que la mayoría de los portadores asintomáticos del VIH son llamados seropositivos y se pueden detectar a través de una prueba de sangre. Después del período de incubación del virus donde el individuo es asintomático, sigue un estado que precede al SIDA y es llamado Complejo Sintomático Relacionado (CSR), que se caracteriza por la inflamación de los ganglios linfáticos, por un período de tres meses que puede ir acompañado de sudores nocturnos, fiebres y diarrea persistente, pérdida de peso corporal, candidiasis bucal (algodoncillo); estos síntomas pueden ocurrir de manera persistente o intermitente y de gravedad variable. El SIDA se caracteriza por el gran ataque al estado general del organismo, la presencia de diversas infecciones y cánceres, que sólo se hacen manifiestos cuando el sistema de defensa del organismo está seriamente dañado, los cuales ponen en peligro la vida y son causa directa de la muerte. Puede ocurrir que pase un largo período de la vida sin que los síntomas se manifiesten, aunque el virus esté presente de manera latente en el individuo.

Los mecanismos de transmisión más conocidos son: a través de sangre infectada, por contacto sexual, por jeringas o agujas infectadas y por vía perinatal y posnatal.

Cualquiera que sea la naturaleza de la noticia médica que se haya recibido, con frecuencia implicará un gran choque de tipo emocional, que será peor si no hubo indicios anteriores de atención o infección por VIH. Es posible que algunas personas comiencen a llorar y a "desbaratarse" o sean agresivos utilizando un lenguaje ofensivo e incluso utilizando

"INTRODUCCIÓN"

la agresión física. Otros quizá respondan guardando silencio, aislándose y dejando de ser comunicativos.

La experiencia con muchas personas en esta situación sugiere que a partir del "choque" y de la incertidumbre; una gran parte de las personas asumen "automáticamente" que van a morir. Algunas personas han comentado que a pesar de tener muy pocos signos exteriores o ninguno de la infección, sienten como si su enfermedad o infección fuera obvia a otros, entonces se han aislado del mundo, tomando un papel del paciente con "una enfermedad mortal", hablando y comportándose en una forma que parece reforzar su sensación de ruina y decadencia. Por otra parte, con tristeza otros enfermos han comentado que antiguos y confiados amigos han reaccionado a la noticia sobre el diagnóstico con un rechazo histórico por tocarlos, besarlos, compartir los alimentos o bebidas o divertirse juntos. Con frecuencia las personas con diagnóstico de SIDA son perfectamente aptas para trabajar y, no obstante, la reacción excesiva de sus patrones y compañeros ha significado que ya no podrán hacerlo; incluso en las personas que han continuado trabajando, la autoconciencia que implica ser el foco no deseado de atención, puede causarles un estrés intolerable (Miller, D., 1989).

Stuart E. Nichols (1985), en un estudio sobre las relaciones psicosociales de los pacientes con SIDA, afirma que una de las más destructivas complicaciones del paciente con SIDA es su impacto sobre las relaciones apoyadoras. El estigma ligado al SIDA afecta a todos los pacientes, sean éstos heterosexuales, mujeres o niños. Los rechazos sociales se sienten profundamente y pueden ocurrir cambios en la autoestima, la identidad y los valores, así como aislamiento de la comunidad y de la familia (Chapper, K., 1991).

Como anteriormente se aprecia, el paciente infectado con el virus del SIDA (VIH) se enfrenta a gran diversidad de circunstancias, las cuales recaen en su integridad como personas, sus sentimientos, su imagen social y corporal y sobre todo en su autoconcepto.

El conocimiento de sí mismo y el saber quién soy yo? es algo que ha preocupado al hombre desde siempre.

La literatura norteamericana propone a W. James como el primer psicólogo que estudió el sí mismo (Gergen, 1971; Wells y Maxwell, 1976, citados por La Rosa, J., 1986).

También la filosofía existencialista, la perspectiva materialista de Sartre, en la cual "el hombre es una pasión inútil", o en el enfoque de un Gabriel Marcel o Martin Buber según los cuales hay un espacio para la esperanza, el hombre y la experiencia subjetiva ocupan el centro de las reflexiones y análisis (La Rosa, J., 1986).

Una larga tradición de psicólogos, entre los cuales James, Cooley, Mead, Lecky, Sullivan, Hilgard, Rogers y Allport consideraron el sí mismo y su conceptualización, no sólo como una función explicativa de procesos psicológicos, sino como necesario para comprender el propio comportamiento. Los autores nombrados, identificados como

"INTRODUCCIÓN"

fenomenologistas, consideran el autoconcepto como el concepto más central en psicología (Epstein, S., 1973).

Desde el enfoque fenomenal del concepto de sí mismo, encontramos dos grandes corrientes:

- El enfoque social, que hace énfasis en la influencia del medio en la formación del autoconcepto ¿quién soy yo en relación con el prójimo?

- El enfoque individualista, considera que son principalmente los mecanismos internos a través de los cuales se desarrollará el concepto de sí mismo. Se apoya en el postulado del predominio de la percepción del individuo como realidad básica.

Para la Teoría Psicoanalista el sí mismo representa el conjunto de las percepciones que el individuo posee de sí mismo, y ejerce su influencia en el comportamiento en la medida en que se mantenga la armonía entre las diversas representaciones del individuo, los mecanismos de defensa (los cuales son los medios psicológicos que la persona utiliza para solucionar conflictos que surgen entre las exigencias instintivas o inaceptables y la necesidad de adaptarse al mundo de la realidad bajo determinada influencia del ambiente familiar y social; entre los que se encuentra la regresión, la negación, la racionalización, etc.), puedan entrar en acción y deformar la realidad para salvaguardar las percepciones del sí mismo (Chapper, K., 1991).

Existen una serie de estudios realizados sobre el autoconcepto y sobre pacientes con SIDA de manera independiente, sin tomarse como objeto de estudio la existencia de una relación entre ambas temáticas.

En la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México este problema fue abordado por Kelerstein Chapper Dan en 1991, en la Tesis a nivel Licenciatura titulada "Posibles efectos del Autoconcepto en relación con el desarrollo del SIDA"; en donde se pretendió delimitar un método de investigación que posibilitara si determinar la influencia de esta área psicológica sobre el desarrollo fisiopatológico de los sujetos infectados con el virus de inmunodeficiencia humana. La investigación realizada se encuentra basada en dicho trabajo.

Finalmente, una vez mencionadas una serie de cuestiones sobre el SIDA y el autoconcepto, que serán ampliadas posteriormente, se dirá que el objeto de estudio de la investigación fue el saber si el conocimiento de ser seropositivo provoca algún cambio en el autoconcepto; ya que las personas que se encuentran infectados por el VIH, se enfrentan a una serie de circunstancias provenientes principalmente del rechazo psicosocial ante la enfermedad del SIDA. Así, se pretende brindar una serie de conocimientos que sirvan de apoyo para proporcionar una mejor atención psicológica a las personas que padecen esta enfermedad.

CAPITULO 1
"EL AUTOCONCEPTO"

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La tendencia hacia el conocimiento de sí mismo, ha persistido desde la época de los griegos hasta la actualidad. Sócrates decía que para alcanzar una vida buena, es necesario cumplir con la regla "CONÓCETE A TI MISMO". Lo que significa enfrentarse con honradez y franqueza al conocimiento propio y aceptar con sus consecuencias una verdad psicológica: considerar al Yo como algo que el mismo individuo crea (Hamachek, D., 1981 citado por Frías, Ma. y Terrazas, N., 1991).

Se podría decir que con Platón se inicia el estudio del *self* entendido como alma. Aristóteles, por su parte, en el siglo III A.C., es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del Yo. Pero va a ser S. Agustín el que describe el primer atisbo de introspección de un *self* personal.

Durante la Edad Media, la cuestión del conocimiento del *self* permaneció en manos de los pocos pensadores que subsistieron en el vacío cultural de la época. Más tarde, con el renacer cultural de Europa del siglo XVII, el concepto de *self* se reflejaría en el pensamiento de Descartes, Hobbes y Locke (Musitu y Román, 1982 citados por Oñate, Ma. P., 1989).

Descartes en 1637 (citado por Oñate, Ma. P., en 1989), con su frase << pienso, luego existo >> coloca su "sí mismo" como base para poder hablar de *si mismo*. Dice:

"Reconozco que soy una sustancia cuya esencia o naturaleza es ser consciente. Así, este *self*, es decir, el alma, por lo que soy lo que soy, es completamente distinto del cuerpo y incluso es más fácilmente conocido".

Hobbes en su *Leviatán*, en 1651 (citado por Oñate, Ma. P., en 1989) aportó un código ético basado en el interés del *self*. Pero Hobbes no estaba ya de acuerdo con algunas nociones de Descartes junto con Locke, atribuyó mayor énfasis a la experiencia sensorial, hasta el punto de considerarla propiamente el *self*; el *autoconcepto* sería siempre nuestras sensaciones y percepciones actuales.

En Condillac 1715-1780 (citado por Oñate, Ma. P., en 1989), el *autoconcepto* no fue solamente la suma de las percepciones del hombre sino que incluyó lo que las unía.

Posteriormente Kant, en 1781 (citado por Oñate, Ma. P., en 1989) introdujo la distinción del *autoconcepto* como sujeto y objeto. El *self* tratado por Locke y Hume, lo entendió como unidad obtenida por la síntesis: el *self* empírico. También lo consideró como agente: el puro ego.

En la psicología fisiológica del siglo XIX la conciencia del *autoconcepto* aparece en el sustrato físico de la conciencia (Musitu, 1982 citado por Oñate, Ma. P., 1989).

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO"

Pero sería en el siglo XIX, W. James en 1890 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), quien pondría las semillas que brotaron en el estudio posterior del *self*. Identifica el *self* como agente de la conciencia así como también una importante parte del contenido de la conciencia. Así, en 1890, dice:

"En cualquier cosa que esté pensando, yo estoy teniendo al mismo tiempo conciencia de mí mismo, de mí existencia personal" (James, 1890)".

Para James en 1890 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), el *self* del hombre es la suma total de todo aquello que pueda llamar suyo. Considera también que el *self* empírico o «MI» está formado por tres constituyentes:

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

Merleau-Ponty (1945) ha tratado el aspecto sujeto-cuerpo del *self*, haciendo énfasis en la base física de esta unidad en el papel que juega en la percepción y en la comunicación interpersonal. El acercamiento fenomenológico tuvo gran atractivo también para los gestaltistas. Köhler (1929), igual que Merleau-Ponty, identificó el *self* experimentado y la percepción corporal (Oñate, Ma. P., 1989).

Durante 50 años, entre 1915 y 1965, el *self* fue marginado de la psicología social psicológica. El rechazo de la conciencia, por parte del conductismo, como un concepto legítimo, en la psicología se extendió también al *self* como agente y como objeto de la conciencia. Aunque ausente de la psicología social psicológica, el estudio del *self* persistió en otros campos; así, en la psicología de la personalidad los estudios del *self* se encontraron en las discrepancias entre el *self* ideal y el *self* real, y en los aspectos evaluativos del *self* (Oñate, Ma. P., 1989).

El término *autoconcepto* empezó a proliferarse a partir de la escuela psicoanalítica de Hartmann y Erikson, que da una visión de lo que significa el Yo dentro de la personalidad. Posteriormente, se solidificó con las aportaciones de William James, Gordon Allport y Carl Rogers; quien dirige la atención del primitivo *si mismo* a la noción actual del *autoconcepto*. Por último William Fitts, desarrolló y estandarizó la escala Tennessee de Autoconcepto (León, O. 1988 citado por Frías, Ma. y Terradas, N., 1991).

EL AUTOCONCEPTO EN EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO.

William James había observado en 1890 que el hombre tiene tanto *selves* sociales cuantos son los individuos que lo reconocen y generan en su mente una imagen de él. En los principios de psicología, James afirmaría que las imágenes que otros tienen se reflejan en uno y esas imágenes se incorporan formando el *autoconcepto*. Cooley, Mead y otros interaccionistas simbólicos insistían en que el concepto que una persona tiene

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO"

de su *self* surge sólo de la interacción con otros y refleja los característicos, expectativas y evaluaciones que otros dan a la persona; es el *self* espejo (looking-glass *self*). Cooley (1912) define el *self* como el «sistema de ideas procedentes de la vida comunicativa que la mente aprecia como suyo» (Oñate, Ma. P., 1989).

Así, el *autoconcepto* se desarrollaría a partir de las reacciones de los demás respecto al individuo. Cooley asumió el *self* múltiple, al afirmar que cada uno es lo que cree que los demás creen que es. Esta construcción social del *self* fue un aspecto de interés primario para la psicología social, posiblemente por ofrecer un puente entre el individuo y el orden social.

Mead en 1934 (citado por Oñate, Ma. P. en 1989), consideró el *self*, como resultado de un resultado de un proceso social, consecuencia de un largo periodo evolutivo, el cual se puede conocer empíricamente. Para él, el *self* comprende tanto el «Yo» , principio de acción e impulso, como el «Mí» , actitudes de los demás que son analizadas y tomadas en consideración por el *self*.

"El *self* es esencialmente una estructura social y se desarrolla en la experiencia social" (Mead, 1934).

En conclusión, esta teoría de la interacción simbólica viene a significar que en algún lugar del individuo existe una «conciencia» que proporciona sentido e identidad, así como direccionalidad a la acción. El constructo del *self* predominantemente cognitivo y social de Mead tiene una fuerte influencia sobre los trabajos posteriores no solamente de los psicólogos sociales y sociólogos, sino también de los teóricos de la personalidad.

EL AUTOCONCEPTO EN LA PSICOLOGÍA BÁSICA Y APLICADA.

Dentro de la psicología básica, el estudio del *self* ha sido abordado desde:

- El Interaccionismo simbólico.
- El Neob conductismo.
- El Procesamiento de información.
- La Psicología humanista.
- El Análisis transaccional.

Dentro de la *psicología aplicada* han sido estudiados sus relaciones experimental y correlacionalmente, con aquellos factores que más preocupaban en cada campo. Así hay trabajos:

- en el área educativa.
- en el área clínica.
- en el área social.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

La utilidad o necesidad de estudios en torno al *autoconcepto* (Musitu y Román, 1983, citados por Oñate.Ma.P. en 1989) viene a justificar por la estrecha relación que tiene con gran número de variables psicológicas.

EL AUTOCONCEPTO EN EL CONDUCTISMO.

Desde 1920 hasta hoy los conductistas se han estado cuestionando la validez del estudio del *self*, por lo mentalista del constructo y la no utilización de rigurosa metodología científica.

Entre los neoconductistas Skinner en 1977 (citado por Oñate.Ma.P. en 1989), rechaza la suposición tradicional de *si mismo* como sistema directriz unitario responsable de la función psicológica de integración. «*el si mismo* es simplemente una concepción para presentar un sistema de respuestas funcionalmente unificado».

La característica más notable de autoconocimiento es que con frecuencia falta en áreas muy importantes de funcionamiento social. Así, el *autoconcepto* deficiente reduce la capacidad de planeación y de ejecución del comportamiento en su nivel más eficiente.

Desde el punto de vista de la teoría conductista, el *self* ha de tratarse en términos de «cómo se mide». El *autoconcepto* se define como «los tipos de apreciaciones verbales que hace una persona respecto a sí misma» (Staats y Staats, 1968 y 1977, citados por Oñate.Ma.P. en 1989), consideran que el *self* está constituido por las medidas o calificaciones y sí mismas, por lo cual, un *autoconcepto* alto (favorable), supone evaluaciones positivas en las escalas de medida.

El concepto conductista no niega que los procesos internos existan, pero considera que sólo se deben usar para explicar conductas cuando pueden ser observadas y medidas científicamente.

EL AUTOCONCEPTO EN LOS NEOFREUDIANOS.

Según Musitu en 1982 (citado por Oñate.Ma.P. en 1989), los neofreudianos Sullivan, Horney y Adler han teorizado sobre el origen del *autoconcepto*. Sullivan (1955), profundiza en el proceso interpersonal (Webster y Sobieszek, 1974), consideran que el conocimiento de otras personas está presente de manera muy importante, en la evolución del individuo, y que hay que destacar un componente educativo. También analiza la manera que tiene el individuo de aprender a disminuir o ha contrarrestar la amenaza de su autoestima. Sullivan (1955) considera el *self* como «la organización de las experiencias educativas creadas por necesidad de evitar o minimizar estados de ansiedad».

Para Musitu en 1982 (citado por Oñate.Ma.P. en 1989), Horney denomina «ansiedad básica» a los factores que producen aislamiento y desamparo, siendo la fuente de desdichas y reduciendo la efectividad personal.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

Ader en 1979 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), da gran importancia a los debildades y enfermedades a la hora de producirse la baja autoestima. Para él los sentimientos de inferioridad pueden desarrollarse en torno a ciertos órganos o paulas de conducta en los que el sujeto es realmente inferior.

EL AUTOCONCEPTO EN LA PSICOLOGÍA SOCIAL.

Coopersmith en 1967 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), psicólogo social, centra sus estudios en el análisis del término «éxito», en que aspiraciones y valores se transmiten, y en como las experiencias familiares y otras dan lugar a diferentes respuestas.

Considera cuatro condiciones importantes en la formación de la autoestima en el niño:

- aceptación total o parcial del niño por sus padres;
- los límites educativos claramente definidos y respetados;
- el respeto a la acción del niño dentro de estos límites;
- la amplitud dejada en esta acción. La autoestima es un juicio «de valor personal» y una experiencia subjetiva con la que el individuo se comunica con los otros, por medio de relaciones verbales y de otros conductos claramente expresivos (Oñate, Ma.P., 1989).

Una perspectiva de la psicología social en la actualidad es la dinámica del *autoconcepto*: en donde se le percibe como una estructura dinámica interpretativa que media más significativamente en procesos intrapersonales (incluyendo los procesos de información, el afecto y la motivación) y una amplia variedad de procesos interpersonales (incluyendo la percepción social, el elegir una situación, el compromiso y estrategias de interacción, y el ajuste de interacciones con los otros).

El progreso en la investigación del *autoconcepto* ha tenido como resultado tres avances:

- El primero fue la que el *autoconcepto* no puede ser explorado como si fuera una unidad, entidad monolítica.
- El segundo fue el entendimiento que las funciones del *autoconcepto* dependen de ambos, la propia motivación (el propio entusiasmo) y en la configuración de la inmediata situación social.
- La tercera fue una consecuencia de observar más detalladamente la conducta. La cual es contrastada por muchos otros factores además del *autoconcepto*. Como una consecuencia, la influencia del *autoconcepto* no siempre será directamente revelada en las acciones manifiestas.

Ambos los psicólogos y sociólogos, han enfatizado en la multiplicidad o multidimensionalidad, de el *autoconcepto* o identidad, insistiendo en la necesidad de referirse a el *autoconcepto* en función o accesible.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

The working self-concept, o el *autoconcepto* del momento, es mejor visto como una actividad continua, transporte rico de acceso al propio conocimiento.

Esta aproximación del *autoconcepto* es bienvenida ahora por varias razones:

- Primero, que los individuos son fuertemente influenciados en todos los aspectos de juicio, memoria, y sobre la conducta para su acceso común de los pensamientos, actitudes, y creencias.
- Segundo, este punto de vista del *autoconcepto* mueve más lo implicado por el interaccionismo simbólico.
- Tercero, ésta formulación para el *autoconcepto* puede ser ambos estable y maleable.

En el desarrollo moderno de la dinámica del *autoconcepto*, éste es visto como una colección de la propia representación, y el *autoconcepto* del momento "*the working self-concept*" es visto como una subserie de representaciones las cuales son accesibles en un momento dado. Estas representaciones varían en su estructura y función, y se les ha dado una variedad de etiquetas. Ellos son activados dependiendo de la prevalencia de las circunstancias sociales y el estado motivacional del individuo.

Las estructuras activadas en el *autoconcepto* del momento, son la base en la cual los individuos toman decisiones y también, la base para la observación, juicio y evaluación de las mismas. La influencia del mismo en el ajuste y control de la conducta puede operarse en dos clases circundantes de conducta: procesos interpersonales y procesos intrapersonales. El resultado de ambas conductas determina la corriente del estado motivacional y las condiciones sobresalientes para el próximo ciclo de la propia regulación (Markus, H. y Wurf, E., 1987).

EL AUTOCONCEPTO EN LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL.

En la teoría del Aprendizaje social, Bandura (1982) introduce dos variables en el estudio del *self*: auto-recompensa y auto castigo; lo que podríamos llamar auto-refuerzo. El *autoconcepto* o cualquier concepto del *self* depende de la frecuencia de auto-refuerzo de modo que el desarrollo del *self* se puede considerar como un caso específico de los procesos de cambio de actitud. Estos procesos serían: el condicionamiento clásico y el operante. En el primero, el *self* se puede comparar a un suceso u objeto que provoca una reacción de emoción placentera. En el operante el refuerzo de las diferentes manifestaciones del *self* aumentará o disminuirá la frecuencia de su aparición. La naturaleza y frecuencia de estas manifestaciones o respuestas, constituye el *autoconcepto* de cada persona. En el aprendizaje social, aunque se da más importancia a la conducta observable, los procesos mentales se asumen implícitamente (Oñate, Ma.P., 1989).

Bandura en 1977 (citado por Oñate, Ma.P., en 1989), utilizó conceptos que se refieren a procesos simbólicos o cognitivos del proceso de socialización en el que está inmerso el *self* o es una consecuencia.

CAPITULO 1 " EL AUTOCONCEPTO "

EL AUTOCONCEPTO EN LA PSICOLOGÍA COGNITIVA.

En la Psicología Cognitiva, se asume que si vamos a comprender o predecir la conducta de alguien, debemos comprender primero cómo este individuo representa o estructura cognitivamente el mundo, es decir, comprender su marco de referencia.

Las estructuras cognitivas que desarrollamos para representar el mundo externo proveen de líneas guías sobre cómo interpretar lo que nos llega.

Niesser en 1976 (citado por Oñate, Ma.P., en 1989), llama esquema a estas estructuras y lo define como una estructura interna al perceptor, modificable por la experiencia y de alguna manera específica de lo que está siendo percibido. Cree que examinando y pensando sobre el mundo los perceptores asimilarán sólo aquello para lo que tienen esquemas ignorando el resto. Uno de sus rasgos es que existen en interdependencia dinámica con el entorno, dirigiendo la actividad relevante a ellos mismos y siendo a su vez modificados por esta actividad de tal forma que los esquemas son cambiados y actualizados continuamente.

Teóricos como Kelly (1955), Sarbin (1968), Epstein (1973) y Coopersmith (1977) han considerado el *self* como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican o integran funciones de la persona (Oñate, Ma.P., 1989).

Los teóricos con un acercamiento cognitivo asumen que el *self* es similar a la definición de *Wasser* (1978): modelo para la acción (proceso) y modelo de acción (estructura); el *self* se investiga como un conjunto de estructuras de conocimiento (Oñate, Ma.P., 1989).

2. PRINCIPALES AUTORES QUE INFLUYERON EN LA GESTACIÓN DEL AUTOCONCEPTO.

Los diversos autores que han contribuido al estudio del *autoconcepto* parecen estar de acuerdo en su carácter multidimensional y en la enorme importancia de su manejo en la investigación de la personalidad; a nivel individual en la Psicología Clínica, para detectar tendencias, actitudes, rasgos determinados y determinantes de fenómenos sociales que permiten analizar las condiciones de influencia mutua que se suscitan entre el individuo y su medio entrando entonces en el terreno de lo social (Cruz, Ma., 1992).

El *autoconcepto* aunque de hecho tenga su origen formal en el campo del psicoanálisis, dentro de la corriente de los Teóricos del Yo con Heinz Hartmann a la cabeza, embrionariamente su gestación se produjo anteriormente en la Teoría de la *Imagen Corporal* de Paul Schilder (1923-1950) y en el devenir teórico-histórico de la instancia psíquica del Yo de la Teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud y sus seguidores. (Cruz, Ma., 1992).

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

PAUL SCHILDER.

Sobre el desarrollo de los estudios de la *Imagen Corporal*, es importante destacar el determinante papel que jugó Paul Schilder, quién la enriqueció grandemente al sacarla de su original campo de la Neurología para extenderlo hasta el campo de la Psicología, el Psicoanálisis y la Psicología Social.

Schilder considera que la *Imagen Corporal* es una estructura mental que forma parte del conjunto de estructuras psicológicas con que cuenta un individuo al nacer y que va a ir consolidando con la madurez y el desarrollo; el cual va a estar en un constante proceso de construcción y destrucción, que provee de unidad y cambio a través de la unidad "percepción-sensación-acción y vida afectiva" en constante interacción con el medio externo. Esta imagen es tridimensional y vendría correspondiendo al Yo perceptivo o corporal de Freud (Rincon, C., 1969, citado por Cruz, Ma., 1992).

Este autor va a resaltar la importancia del papel de los impulsos en la creación de la *Imagen Corporal* y del afecto como núcleo que va a dirigir las preferencias en la percepción de los estímulos. Los seres humanos no actúan como meros aparatos perceptivos, sino que percibir será siempre "la manera propia de percibir", al ser seres emocionales por naturaleza. Y aquí es donde inserta su concepto de la *Imagen Corporal* en el campo del Psicoanálisis al incluir al afecto (Rincon, C., citado por Cruz, Ma., 1992).

Además su teoría la introduce en el área de la Psicología Social "la *Imagen Corporal* propia y las imágenes corporales de los otros son datos primarios de la vinculación sumamente estrecha entre la propia *Imagen Corporal* y la de los demás" (Schilder, P., 1987, citado por Cruz, Ma., 1992).

Su teoría aporta varios puntos al desarrollo del *autoconcepto*:

1. Fue el primero en concebir al cuerpo propio como primer objeto del Yo.
2. A la *Imagen Corporal* la considera como una estructura mental en constante construcción y destrucción, o sea con una parte continua y otra en constante transformación.
3. Asentó que las primeras distinciones entre sí mismo y el mundo exterior necesitan de una *Imagen Corporal* y una incipiente conciencia de este cuerpo para lograr hacer la diferenciación con los objetos externos.
4. De aquí van a partir los inicios de las primeras autorrepresentaciones de sí, junto con las representaciones de objeto.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO"

5. El consideraba que la conciencia de *Ser* (como cuerpo) es anterior a la formación del Yo.
6. La *Imagen Corporal* es el núcleo original de un sistema omniabarcante que lleva la simiente del conocimiento de sí, como individuo único.
7. La imagen de sí tiene varios aspectos paradójicos:
 - a) Por un lado es constante y por otro cambiante.
 - b) Es una estructura transitoria con necesidades de dos mundos: el interior y el exterior.
 - c) Es como un fantasma en tanta representación.
 - d) Interviene totalizantemente lo simbólico no sólo en la representación sino en la autorrepresentación.
8. El Yo es la personalidad total (Yo Central), como un esquema que contiene, dirige y organiza a varios subesquemas entre los cuales están la *Imagen Corporal* y el *self*.
9. Al *self* lo considera como conciencia de sí, la autorrepresentación aún en un nivel de la no-conciencia.
10. En la primera etapa de indiferenciación del Ello y del Yo, cuando estos están aún por gestarse, ya está presente potencialmente el *self* en formación.
11. El Yo Corporal organiza y da sentido en un primerísimo estadio, y es anterior al Yo Central como sistema organizador.
12. Desarrolla la concepción de que al mismo tiempo que se construye la experiencia del espacio exterior, por medio de la acción y la relación con objetos, se va a ir construyendo también el interior con una imagen espacial de sí. Al principio de la vida el sujeto y el objeto se hallan tan cercanos, casi confundidos, que la información que el sujeto obtiene sobre el objeto, el mundo, y sobre sí, va a estar matizado por el afecto muchas veces ambivalente sobre el objeto, información que va a internalizar como fuente de conflicto psicológico.
13. Aun cuando en su teoría le dio amplia cabida al conflicto emocional como agente favorecedor del desarrollo psíquico, también se manifestó partidario de la postura que toma en cuenta, las potencialidades y disposiciones del ser humano para relacionarse en el mundo externo con un área libre de conflicto.
14. De donde se puede considerar a su teoría dentro de la corriente de los Teóricos del Yo también.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

SIGMUND FREUD.

El enlace de Freud con el *autoconcepto* tampoco se encuentra en forma directa en su obra, ya que él jamás utilizó éste concepto como tal. Sin embargo, la descripción y el manejo de ciertas instancias en su obra "Introducción al Narcisismo" pueden considerarse también como pre-cursos fundamentales del constructo que nos ocupa.

Para Freud en 1914 (citado por Cruz, Ma. en 1992), el fenómeno del narcisismo, en tanto instinto erótico-libidinal depositado en el individuo desde el momento de nacer y confundido con los instintos del Yo, en esta primitivísima etapa, en base a la perentoriedad en la satisfacción de las necesidades más vitales, es lo que conforma al narcisismo primario normal presente en todos los individuos. A partir del cual, y en función de estas mismas necesidades, van a salir subsiguientes porciones de carga libidinal para investir a los objetos con los cuales se entra en relación especialmente la madre; pero subsistiendo siempre a lo largo de la vida un depósito de libido cargado al momento con una libido objetiva cargando a los objetos.

Considera la presencia de un autoeroticismo como un estado primario de la libido que aparece cargando el sujeto en una primera instancia y de manera necesaria además, para el desarrollo del mismo Yo, ya que en el individuo no existe desde un principio una unidad comparable al Yo, sino que éste se tiene que ir desarrollando con ayuda de este instinto libidinal, apoyado en los instintos del Yo, que lo incitan a "moverse" a "actuar", a buscar relacionarse con el mundo objetivo para asegurar su supervivencia.

El monto total de esta energía libidinal va a variar en el transcurso de la vida por fenómenos relacionantes, de desarrollo físico, o por razones de patología física y psíquica.

Otro aspecto más se refiere a la construcción de un Ideal del Yo, en el cual van a depositarse también grandes cargas de energía libidinal, tan grandes y substanciales como las que invierten al Yo del narcisismo primario, las cuales propenden a que el Yo constantemente se sienta observado, evaluado y comparado con este ideal, y por tanto, la autoestima resulta condicionada a que el Yo cumpla con el ideal o no; esto varía en los individuos de acuerdo a la rigidez o laxitud con que contruyeron estos ideales muy en consonancia con los patrones sociales de cada quien y aquí viene otro dato muy importante porque Freud reconoce la parte social de este ideal en cada individuo, como respondiendo al ideal común de una familia, una clase social o una nación.

Por lo que toca a esa instancia que observa, advierte y crítica constantemente al Yo, y que Freud identifica con la conciencia que trata de controlar al Yo, para adecuarlo al ideal, considera que fue resultado de la internalización temprana de la crítica parental y posteriormente de la social (Freud, S., 1914, citado por Cruz, Ma., 1992).

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

Pues bien, este manejo que hace de estas dos instancias que muy bien pueden identificarse con la autoestima y la autopercepción nos lleva a identificarlas como dos elementos constructivos básicos del *autoconcepto* tal como lo conocemos modernamente.

Narcisismo primario, narcisismo secundario, libido del Yo, libido objetivado, el balance entre estos términos, la función del Ideal del Yo y la crítica rígida a través de la autopercepción, son todos elementos que nos están hablando de una instancia superior al Yo que percibe y tasa valorativamente a éste y que en estos tiempos equivaldría al *autoconcepto* (Cruz, Ma., 1992).

HEINZ HARTMANN.

La influencia de Hartmann (citado por Cruz, Ma. en 1992), en el desarrollo del *autoconcepto* proviene de sus aportaciones directas al esclarecimiento y demarcación de la instancia psíquica del Yo, junto con la de todos los demás teóricos seguidores suyos, que junto con él han formado la corriente de los Teóricos del Yo.

Esta corriente va a surgir a partir de los años cuarenta y cincuenta y su especial interés va a estar centrado en el desarrollar ciertas partes, funciones y características del Yo, que habían permanecido soslayados u ocultos, desatendidos por el psicoanálisis tradicional ortodoxo (Cruz, Ma., 1992).

En los últimos escritos de Freud donde él desarrolló la formulación de la segunda tópica que se refiere a la estructura tripartita de la mente, donde Hartmann se va a basar para poder desarrollar sus inquietudes e ideas sobre la estructura del Yo y gracias a él es que el concepto del Yo va a ganar en especificidad y clarificación.

Hartmann "sugiere a partir de el ensayo de Freud "Introducción al Narcisismo", que en lugar de decir "ante el narcisismo resultaba de la carga de libido puesta en el Yo, en contraposición a la carga puesta en el objeto", era más correcto referirse a la catexis del *self* (ya que Freud se estaba tratando de referir a la persona total y no a la instancia psíquica del Yo) y que en esto reside el sentido verdadero del narcisismo, en que el sujeto retira todas las cargas libidinales puestas en los objetos y las deposita en su persona o *self* (Hartmann, H., 1950, citado por Cruz, Ma., 1992).

El Yo sería una subestructura de la personalidad, en tanto que el *self* como imagen de sí mismo, estaría compuesto por otras subestructuras que comprenden al Yo, al Ego y al Superyo. De donde se infiere que se pueden encontrar narcisismos de los tres sistemas psíquicos.

Esta es una de las mayores aportaciones de Hartmann al Psicoanálisis: aparte de todas sus innumerables aportaciones contenidas en la idea de un Yo como conjunto de potencialidades o funciones a desarrollar a través de la maduración y de la experiencia con el ambiente, que proviene de un área autónoma libre de conflicto, además como resultado

CAPITULO 1 " EL AUTOCONCEPTO "

de características hereditarias, de las influencias de los impulsos instintivos y de las influencias de la realidad exterior.

Factores que incluso van a tener que ver con el tipo de mecanismos de defensa que cada individuo va a tender a utilizar en el decorurso de su estructuración psicológica.

Lo importante es que este Yo abarca una serie de funciones y capacidades organizativas, directivas, de acción, de desarrollo, de adaptación y de defensa, igual que de conflicto (intra o intersistemáticos), pero con un mayor grado de conciencia y preconciencia, es decir, que la maduración, es la puesta en acción de la serie de potencialidades presentes desde el momento del nacimiento, que abarcan desde la imagen de un Yo Corporal hasta funciones la aprehensión, locomoción, lenguaje, inteligencia, memoria, acción, etc., en el continuo y temprano interactuar de los sujetos con el medio; las cuales van dejando un registro de las huellas mnémicas que retroalimentarán un sentido positivo o negativo este desarrollo dinámico del Yo, otorgándole, además de un autoexperiencia de que será el fundamento de un sentido de identidad y de conocimiento de sí (*self*) dinámico, cambiante y a la vez continuo, que más adelante conformará el *autoconcepto* (Hartmann, H., 1950, citado por Cruz, Ma., 1992).

OTROS AUTORES.

ERIK ERIKSON.

Para Erikson el Yo es el instrumento mediante el cual una persona organiza la información exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planeamiento; da lugar a un significado de identidad en un estado de elevado bienestar.

El Yo salvaguarda la existencia coherente, filtrando y sintetizando todas las impresiones, recuerdos, etc., que tratan de penetrar en el pensamiento y exigen una acción al sujeto; y lo aniquilarían, si no estuviese clasificado por un sistema contable de protección.

El Yo es un concepto de identidad del ser humano y persiste como entidad ontológica a través de su vida; el *autoconcepto* "lo que yo se de mi propio yo" forma parte de ese Yo y está estrechamente vinculado con el ego. La función individual del *autoconcepto*, es darle una dirección estable a la acción, proporcionando criterio selectivo, a las circunstancias sociales y a las reflexiones del ego (Erikson, E., 1970 citado por Trias, Ma. y Terrazas, N., 1991).

El *autoconcepto* es una característica importante en el desarrollo de la adolescencia, trae consigo una serie de conflictos que deben canalizarse en forma adecuada, para prevenir fallos en la personalidad del adolescente.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

La crisis de la identidad es importante en cuanto a la formación del *autoconcepto*. La definición es el núcleo central de la problemática del individuo adolescente.

Erikson señala que la identidad, es un proceso que se manifiesta a través de la asimilación mutua y exitosa de todas las identificaciones sucesivas de aquellos años tempranos del niño, incluyendo un contexto en las introyecciones realizadas en ésta época. La formación de identidad depende del desarrollo del Yo, que se desenvuelve en el medio de su cultura comunitaria (Erikson, E., 1974, citado por Frías, Ma. y Terrazas, N., 1991).

WILLIAM JAMES.

William James es identificado como uno de los primeros psicólogos a estudiar el *si mismo* (*autoconcepto*). En su obra "Principios de Psicología", introduce en su pensamiento el concepto de *si mismo* y lo define como "la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo: su cuerpo, sus rasgos, su vocación, sus ocupaciones y muchas otras cosas" (Frías, Ma. y Terrazas, N., 1991)

Se trata de un fenómeno consciente, en donde las evaluaciones que hace una persona de sí mismo, dependen de sus aspiraciones (Hall, C., 1974, citado por Frías, Ma. y Terrazas, N., 1991).

La importancia de William James en el estudio del *concepto de sí mismo* reside en la aportación de un punto de vista dinámico y en el carácter multidimensional del mismo (L'Ecuver, 1985, citado por Chapper, K., 1991).

William James considerará al *si mismo*, según tres aspectos:

1. Sus elementos constituyentes, que son:

- a) El *si mismo* material (consistente en las posesiones materiales del individuo).
- b) El *si mismo* social (se refiere a cómo es considerado por sus semejantes).
- c) El *si mismo* espiritual (comprende sus facultades y disposiciones psicológicas).
- d) El Yo puro (es la corriente de pensamiento, que constituye el propio sentimiento de identidad).

2. Los sentimientos del *si mismo*.

3. Las acciones destinadas a la búsqueda y la preservación del *si mismo*.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

CHARLES HORTOL COOLEY.

Después de William James, es considerado como una gran figura del estudio del *concepto de sí mismo*.

Cooley en 1968 (citada por La Rosa, J. en 1986), escribió sobre el *sí mismo* desde una perspectiva más psicológica, postulando que no tiene sentido pensar en el *sí mismo* fuera del medio social en el cual está inmerso. Es particularmente conocido por su proposición del *sí mismo* reflejado (The looking glass self), según la cual la concepción que un individuo tiene de sí mismo, es determinada por la percepción de las reacciones que otras personas manifiestan hacia él.

Cooley (1902; citado por Epstein, S., 1973), definió al Yo como todo aquello que es designado por los pronombres de la primera persona del singular y que surge de como cree el sujeto que es percibido por otros. Sólo a través de sentimientos subjetivos es posible identificar al Yo o al *sí mismo*.

Propone tres dimensiones básicas:

1. La percepción que tiene uno mismo para parecerse al otro
2. La percepción que tienen las otras personas de uno mismo y el aprecio de ésta apariencia.
3. El valor de sí mismo que influirá para que forme su *concepto de sí mismo* (Citado en Hall, C., 1974, citado por Frías, M., y Tetrazas, N., 1981).

GEORGE MEAD.

Mead en 1934 (citado por La Rosa, J. en 1986), propuso lo que es generalmente considerado como el más convincente y sistemático punto de vista del desarrollo del *sí mismo*, integrando las perspectivas de James (yo-mí) según la cual el sujeto se convierte en objeto para sí mismo y de Cooley, que percibe el *sí mismo* como fenómeno social. Organiza estos puntos de vista a partir del uso de los símbolos, los cuales diferencian el comportamiento humano de otras formas de interacción. En este sentido, el lenguaje es una parte esencial del desarrollo y actuación del *sí mismo* como un proceso que utiliza símbolos y que es, al mismo tiempo dependiente de los procesos simbólicos.

Este autor señala que el *sí mismo*, está constituido a la vez por un componente "sociológico", el "mí" (interiorización de los papeles sociales) y por un componente más personal que es el "yo".

Mead distingue así dos aspectos en el *sí mismo*:

El "yo" que representaría el *sí mismo* en tanto sujeto y el "mí" que representaría el *sí mismo*, en tanto objeto; esto significa que el "yo" es la reacción del organismo a las actitudes de otros, que es asumida por uno mismo. Las actitudes de otros constituyen el "mí organizado" al cual reacciona como "yo".

CAPITULO 1 " EL AUTOCONCEPTO "

El *si mismo*, emerge del pasado, de la interacción con otro, tiene una función en el presente que puede ser calificada de ajuste a una determinada situación y es un poder, de transformación para el futuro, en que de éste ajuste surja la novedad.

Además es un objeto de conocimiento cuyo desarrollo sigue un cierto curso. Al principio, no existe; el individuo no puede iniciar directamente su propia experiencia, ya que no es congénitamente autoconciente. Puede considerar a otras personas como objetos, pero no se concibe a sí mismo inicialmente como objeto; no obstante, los demás reaccionan ante él como un objeto.

El individuo llega a ser *si mismo*, en la medida en que es capaz de aceptar la actitud de otros y actuar respecto de sí como actúan los demás (Mead, G., 1972, citado por Frías, Ma. y Terrazas, N., 1991).

CARL ROGERS.

Carl Rogers en 1951 (citado por Frías, Ma. y Terrazas, N., 1991), retoma un supuesto teórico de Angyal y Maslow, quienes opinan que el organismo, tiene una tendencia o impulso básico a actualizarse, mantener y desarrollar el organismo. La tendencia a progresar sólo puede operar en los casos en que los posibilidades han sido percibidas con claridad y simbolizadas, adecuadamente. Nadie es capaz de realizarse, si no es capaz de discriminar entre las formas de conductas progresivas y regresivas. Para éste autor, sería un error suponer que el organismo evoluciona suavemente hacia la autorrealización y el crecimiento.

Pone énfasis en el cambio y desarrollo de la personalidad, proponiendo dos conceptos fundamentales:

- a) El organismo, sitio de la experiencia, la cual incluye todo aquello que es potencialmente accesible a la conciencia en cualquier momento.
- b) El *self*, conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refieren a características, atributos, cualidades, límites, valores y relaciones que la persona conoce como descriptivos de sí mismo. En el *self*, se encuentran también los valores asociados a las percepciones del yo, del mí y su relación con otros.

En su teoría, la conducta es básicamente el esfuerzo intencional del organismo por satisfacer sus necesidades, tal como las experimenta y percibe. Cuando el organismo lucha por satisfacer sus necesidades en el mundo, la modalidad que asuma la lucha debe ser compatible con el *concepto de sí mismo*. Cuando el individuo percibe y acepta un sistema compatible e integrado, necesariamente comprende más a los demás y los acepta como personas diferenciadas.

Este autor enfatiza el significado de *autoconcepto* como determinante de la conducta humana, argumentando que el ajuste psicológico existe cuando el concepto *self*, es tal que todas las experiencias sensitivas y viscerales del organismo, son asimiladas en un nivel simbólico dentro de

CAPITULO 1 " EL AUTOCONCEPTO"

de la relación con el *concepto del sí mismo* (Hall, C. 1974 , citado por Frías, Ma. y Terrazas, N; 1991).

Rogers 1951/1977 [citado por Acuña, L.A. en 1991] , señaló que el *autoconcepto* se refiere a aquellas características de la personalidad de las que el sujeto es consciente y sobre las que experimenta control. La autoimagen sirve para mantener y guiar el ajuste con el mundo externo; y afirma que el *autoconcepto* se desarrolla en función de la interacción social. El sujeto se autovalora en función de la aceptación o rechazo que otros le muestran.

El autor distingue tres aspectos en las actitudes hacia uno mismo: el contenido específico de la actitud (dimensión cognitiva), un juicio respecto al contenido de la actitud, de acuerdo a algunos patrones (aspecto evaluativo), y un sentimiento relacionado al juicio evaluativo, que constituye la dimensión afectiva; la aceptación de uno mismo, o sea, la autoestima, está relacionada con el último aspecto.

El *autoconcepto* es una "fotografía organizada" y una *gestalt* organizacional del *sí mismo* lo que significa que organización y conciencia son propiedades del *sí mismo*. "La estructura del *sí mismo*, es una configuración organizada de percepciones de *sí mismo*, las cuales pueden ser conocidas" (Rogers , G., 1950, citado por La Rosa, J., 1986).

Consistencia es otra característica importante de la estructura del *sí mismo*, de tal modo que un comportamiento inconsistente con el *autoconcepto* genera tensiones psicológicas y malestar físico, mientras que una tonalidad emocional positiva hacia el *sí mismo*, procede de una conducta consistente (Festinger, 1957; Heider, 1958, citados por La Rosa, J., 1986).

GORDON ALLPORT

Allport prefiere el término PROPRIUM (en lugar del concepto de *sí mismo*), el cual considera en aquellos aspectos del individuo, que él observa y considera de importancia central y que contribuyen a una sensación de unidad interna.

Considera que el *proprium* tiene ocho atributos:

1. Conciencia de un *sí mismo* corporal.
2. Una sensación de continuidad sobre el tiempo.
3. Aumento del ego o una necesidad para la autoestima.
4. Extensión del ego o la identificación del *sí mismo* más allá de los propios límites del cuerpo.
5. Procesos racionales o la síntesis de necesidades internas con la realidad externa.
6. Autoimagen o percepción personal y evaluación de él mismo como objeto de conocimiento.
7. El *sí mismo* como conocedor o como agente ejecutador.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

8. Esfuerzo propio o la motivación para incrementar más que decrementar la tensión y para expandir la conciencia, así como buscar cambios (Nava, A., 1986, citado por Frías, Ma. y Terrazas, N., 1991).

Allport considera que el *autoconcepto* es un núcleo de nuestro ser, el cual algunas veces parece querer dominar totalmente la conducta y la conciencia; otras veces, parece desvanecerse completamente.

Así mismo, señala que el primer criterio de existencia personal y de identidad radica, en el sentido del *si mismo*, es decir, en el *autoconcepto*. (Allport, G., 1971, citado por Frías, Ma. y Terrazas, N., 1991).

WILLIAM FITTS.

La preocupación de Fitts, en 1965 (citado por La Rosa, J. en 1986), se sitúa en el área de la clínica y asesoramiento psicológico, lo que induce a establecer la relación entre el *Autoconcepto* y la Rehabilitación.

Fitts considera que el *autoconcepto* ha llegado a ser un medio muy importante y muy socorrido para comprender y estudiar la conducta humana. Ha demostrado ser un elemento altamente influyente en la conducta, directamente relacionado con la personalidad general y el estado de salud mental, de tal manera que aquellas personas que han construido una imagen o concepto de sí pobres, sintiéndose devaluadas, indignadas o malas, tienden a conducirse de acuerdo con éstos conceptos. Lo mismo sucede con los individuos que han desarrollado un concepto ideal de sí mismos, los cuales tienden a aprovecharse de la vida y de los demás también de una manera ideal (La Rosa, J., 1986).

El conocimiento de cómo un individuo se percibe a sí mismo resulta muy útil para el clínico y el investigador, con el propósito de ayudarlo a hacer una evaluación de su estado de salud mental.

El *autoconcepto* revela aspectos fundamentales de la personalidad del individuo, lo cual permite un mayor entendimiento y una más adecuada planeación a la hora de asesorarlo en el proceso terapéutico; y aunque Fitts se podría decir que se carga hacia el aspecto positivo del *autoconcepto* (autoestim). También se ocupa de otros aspectos como su estructura, componentes y consistencia (La Rosa, J., 1986).

Su modelo conceptual lo expresa en términos de relaciones interpersonales y de competencia interpersonal, señalando también la importancia de la libre comunicación.

En lo referente a una perspectiva psicológica más amplia Fitts, se coloca dentro de la Psicología Humanística y su contribución es más empírica que teórica (La Rosa, J., 1986).

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

Fitts define el *autoconcepto* como "el criterio que una persona tiene de sí mismo, la descripción más completa que es capaz de dar de sí misma en un momento dado" (Fitts, W., 1965, citado por La Rosa, J., 1986).

El énfasis recae en la persona como objeto de *autoconcepto* que incluye el sentimiento de lo que la persona concibe de como es ella misma. Por otra parte, se encuentra el hecho de que la percepción es multidimensional y los factores más importantes que la describen son categorizados en tres áreas:

1. Identidad (quién/ como soy).
2. Autosatisfacción (como me acepto a mí mismo).
3. Comportamiento (como actual) y las dimensiones abarcan: Yo físico, Yo social, Yo personal, Yo ético-moral y Yo familiar.

El autor construyó una escala multidimensional que es ampliamente utilizada "The Tennessee Self Concept Scale" TSCS. Esta escala está constituida por 90 reactivos balanceados positiva y negativamente, y las respuestas varían de completamente verdadero hasta completamente falso, en un intervalo de cinco puntos: *autoconcepto* físico, *autoconcepto* ético, *autoconcepto* personal, *autoconcepto* familiar y *autoconcepto* social. Los reactivos son categorizados además en una de las tres áreas: 1) Identidad (quién/ como soy yo), 2) Autosatisfacción (como yo me acepto a mí mismo) y 3) Comportamiento (como yo actual) y se le agregaron diez reactivos de la escala de mentira del MMPI posteriormente.

Una medida total de autoestima se deriva de los 90 reactivos, proporcionando, además, medidas para cada una de las áreas antes mencionadas (física, ética, personal, familiar y social) así como un puntaje de autoaceptación considerando los cinco áreas y, también, puntajes reflejando la autoestima y variabilidad para cada una de las áreas. Otros puntajes consideran el sesgo de adquisición, integración de la personalidad, señales integrativas y autoactualización, la confiabilidad medida a través del test-retest para el puntaje total positivo en un plazo de dos semanas fue .92, mientras que para los puntajes más específicos se situaba entre .70 y .90 (Fitts, 1965, citado por La Rosa, J., 1986).

3. ORGANIZACIÓN Y DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO.

ORGANIZACIÓN.

Staines en 1958 (citado por Onate, M.A.F. en 1989), analiza la estructura del Yo en términos de niveles, categorías y dimensiones, en cuanto a los niveles, diferencia el nivel lo conocido, o lo que el individuo percibe que es él mismo; el nivel del otro Yo, o lo que los otros piensan de él; y el Yo ideal, o lo que desearían ser. Las características o aspectos del Yo que los individuos informan, abarcan características físicas, habilidades, rasgos, actitudes, valores y metas. Las dimensiones serían las direcciones en las que los sujetos pueden variar, comprendiendo autoconciencia, diferenciación, potencia, integración, realismo, estabilidad, autoaceptación y certeza.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

Burns en 1977 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), diferencia entre el nivel nomotático o global del concepto del Yo, abarcando tanto al Yo conocido como al Yo conocido, y el nivel idiográfico o individualizado. Dentro del Yo idiográfico distingue también entre el Yo como conocedor o como Yo, y el Yo como conocido o Mi, que es el *autoconcepto*. Así mismo, en este último distingue una dimensión actitudinal: autoevaluación, autoestima, autoaceptación -, y otra estructura, la autoimagen, establece diferencias igualmente entre el Yo como Yo soy y el Yo como me gustaría ser.

Para Ruth C. Wylie en 1968 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), el *autoconcepto* o autoestructura es «una configuración organizada de percepciones de uno que son admisibles para el conocimiento».

Para conocerlo es necesario analizar:

- a) Las evaluaciones hechas sobre aspectos restringidos del Yo.
- b) El Yo ideal.
- c) El concepto general de sí mismo.

Si admitimos con Deutsch y Krauss (1965), que el *autoconcepto* consiste en las representaciones simbólicas que una persona se forma de sus distintas características físicas, biológicas, psicológicas, éticas y sociales, y que además es la organización de las cualidades que una persona se atribuye a sí misma, es en ese complejo de elementos organizados en relaciones sistemáticas, donde los sucesos que coinciden con la autoexpectativa son consonantes y se buscan; y los sucesos que son contrarios a la autoexpectativa son disonantes y se evitan o minimizan (Johson, 1972, citado por Oñate, Ma.P., 1989).

DIMENSIONES.

Para McGill y Simons (1964); Stryker (1968), y Burke y Tully (1977), los *autoconceptos* están compuestos en parte, de rol, identidades, etc. Las identidades son los atributos de uno mismo, en un rol y lo que otros atribuyen a uno (Oñate, Ma.P., 1989).

Esta definición sugiere tres características de una identidad:

1. Son productos sociales.
2. Tienen los mismos significados en situaciones particulares y se organizan jerárquicamente para producir el *self*. Los significados y las identidades son, en parte, los productos de las oportunidades particulares y demandas características de la situación social.
3. Son de carácter simbólico y reflexivo. Es a través de la interacción con otros como los significados del *self* son conocidos y entendidos por el individuo. Los significados del *self* se aprenden desde la reacción de los otros ante nuestras propias acciones; se desarrollan a través de dichas reacciones, y lleva a la persona a dar las mismas respuestas que tuvieron los otros. Además, es el carácter simbólico y reflexivo de una identidad (y *autoconcepto*), lo que integra el al *self*-como- sujeto y objeto. Es la naturaleza simbólica del *self* lo que queda (Burke y Reitzes, 1981, citados por Oñate, Ma.P., 1989).

CAPITULO I * EL AUTOCONCEPTO*

Las identidades (Burke, 1980, y Burke y Tully, 1977, citados por Oñate, Ma.P., en 1989) ya sea de padre, de trabajador, de estudiante, etc., se toman en cuenta para diferenciar en ellas un gran número de dimensiones. Estas dimensiones se definen en términos de atributos personales y deben incluir, por ejemplo, dimensiones de evaluación, poder, estabilidad y afecto. En este sentido, el significado de una identidad dada es multidimensional.

Este modelo de *self* (Hoelter, 1985, citado por Oñate, Ma.P., en 1989) enfatiza la noción de múltiples *selves*, y además, no tiene que asumir que todas las identidades tienen el mismo significado con respecto a una dimensión particular (o atributo personal).

En el análisis del *autoconcepto*, consideramos básicos estos tres postulados de la teoría interaccionista simbólica del Yo, formulada por Kinch en 1963 (citado por Oñate, Ma.P., 1989):

1. El *autoconcepto* del individuo se basa en la percepción que él tiene de la manera como los otros le responden.
2. Actúa dirigiendo la conducta.
3. La manera como percibe el individuo las respuestas de otros para con él refleja las respuestas reales de aquellos.

Para existir en el individuo unas actitudes funcionales hacia el *self*, Scherwod (1962, 1965 (citado por Oñate, Ma.P., 1989) dice:

"El *autoconcepto* (autoidentidad) depende de la percepción subjetiva que el individuo tiene de la evaluación que realmente hacen otros personas, la cual a su vez es una función objetiva de la identidad de los otros. Los datos son más importantes cuando los demás son percibidos como más importantes, al ser comunicados al paciente en forma de retroalimentación y cuando los participantes se encuentran más implicados en el grupo. Todos estos percepciones juegan un importante papel en el desarrollo del *autoconcepto*, así como en el potencial para el aprendizaje que el grupo proporciona" (Oñate, Corona y Gomez, del Campo, 1978, citados por Oñate, Ma.P., 1989).

Ausubel (en 1952 (citado por Oñate, Ma.P., en 1989), define el *autoconcepto* como "la combinación de tres elementos en cada persona: la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales".

Entre la percepción de la imagen de uno mismo y la adaptación, hay una gran relación. Percibiría que cuando todas las formas en que el individuo se percibe a sí mismo (todas las percepciones de las cualidades, las habilidades, los impulsos y las actitudes de la persona, y todas las percepciones de sí mismo en relación con otros son aceptadas en la organización consciente del concepto del *self*, este logra se acompañe de sentimientos de comodidad y libertad de tensión que se experimenta como adaptación psicológica.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

Según Lalarge Corona y Gómez del Campo en 1978 (citados por Oñate, Ma.P. en 1989), la desadaptación psicológica existe al haber tensiones entre el concepto organizado del *autoconcepto* (consciente o accesible a la atención consciente) y las percepciones de la experiencia, al resistirse el *autoconcepto* a asimilar a sí mismo cualquier percepción que sea incongruente con su organización actual.

"La persona bajo ciertas condiciones tiene una capacidad para la re-organización de la conducta, la cual tiene profundas implicaciones sociales" (Lalarge Corona y Gomez del Campo, 1978).

El conocimiento de sí mismo es un factor importante de la conducta del hombre, da idea de las propias posibilidades o de las limitaciones que uno puede tener.

Para Rogers en 1950 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), el *concepto de sí mismo* se puede definir operativamente como «la estructura del *sí mismo*», una configuración organizada de las percepciones del *sí mismo* que son admisibles a la consciencia. Se compone de elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades; los preceptos y conceptos de sí mismo en relación con los demás y con el medio; las cualidades de sí que se perciben como asociadas con las experiencias y con los objetos; y las metas e ideales que se perciben como poseyendo valor positivo o negativo.

De esta manera, considera como características de este *self*:

- a) Es consciente. Sólo incluye las experiencias o percepciones conscientes, es decir, simbolizadas en la consciencia.
- b) Es una *gestalt* o configuración organizada y en cuanto tal, se rige por las leyes de los campos perceptuales.
- c) Contiene percepciones de uno mismo, valores e ideales.

Por lo tanto, lo que piensa o experimenta una persona no es para ella toda la realidad; es simplemente una hipótesis provisional acerca de la realidad, una hipótesis que puede ser o no cierta. Su campo perceptual será la realidad ante la cual reacciona el individuo (Gondra, 1981, citado por Oñate, Ma.P., 1989).

Jacobson en 1964 (citado por Oñate, Ma.P., 1989) considera que:

"Las dimensiones del *autoconcepto* se deben usar como una representación organizada del *self*. El *self* debe ser visto como la totalidad física y psíquica de la persona, la base primaria de autoaceptación varía desde los *items* que reflejan como el observador mismo ve su propio acto". (Ellis, Gehman, y Katzmaneyer, 1980, citados por Oñate, Ma.P., 1989).

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO"

Rosenberg (1973), considera que el *autoconcepto* está constituido por cuatro áreas:

1. Contenido (partes).
2. Estructura (relaciones entre las partes).
3. Dimensiones (forma de escribir las partes y el todo).
4. Extensiones del Yo (fronteras del objeto).

Y concibe la autoestima como la dirección de la actitud alta-baja (Rosenberg, 1973, citado por Oñate, Ma.P., 1989).

4. FORMACIÓN; EVOLUCIÓN Y VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCONCEPTO.

FORMACIÓN DEL AUTOCONCEPTO.

Gondra en 1981 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989) considera que:

«La formación del "Concepto del Si mismo" es una configuración organizada, y contiene todas aquellas percepciones relativas a uno mismo, las relativas a su relación con los demás, y los valores y objetivos de la persona».

Al estudiar la formación del *autoconcepto* recordamos los factores que consideramos importantes:

1. Autoconcepto: *self-concept*.
2. Percepciones de las respuestas de otros.
3. Respuestas de los otros: actuales, reales.
4. La conducta del sujeto:
 - a) La manera como percibe determina su conducta.
 - b) La propia percepción determina su *autoconcepto* y éste guía su conducta.
 - c) Su percepción determinará su conducta.
 - d) La manera como el individuo percibe las respuestas de otros para con él influye en su conducta.
 - e) Las respuestas reales de otros individuos determinan la manera como éste se ve a sí mismo. (*autoconcepto*).
 - f) La respuesta real de otros para con el individuo afecta la conducta de éste.

Por tanto, las respuestas reales de otros individuos serán importantes para determinar cómo éste se percibirá a sí mismo: esta percepción influirá en su *autoconcepto*, el cual, a su vez, guiará su conducta. Pero la respuesta de las personas no forma automáticamente nuestro *autoconcepto*. Es necesario:

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

1. Que percibamos exactamente cómo nos responden quienes nos rodean.
2. Que comparemos ese reflejo de nuestro Yo con un modelo, una serie de expectativas que nosotros y nuestros <<otros significativos>> abrigamos en cuanto a nuestra conducta y características.

EVOLUCIÓN DEL AUTOCONCEPTO.

El desarrollo de la identidad se ha reconocido como un importante aspecto del desarrollo humano a lo largo de los años (Bourne, 1978; James, 1890, citados por Oñate, Ma.P., 1989).

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

Entre los pioneros en estudiar la evolución del *autoconcepto* están: James, Cooley, Mead y Baldwin, partiendo de los distintos aspectos que conforman el *autoconcepto* (físico, mental, social).

Con otros enfoques tenemos:

- Allport: perspectiva del rasgo;
- Erikson : análisis psicosocial;
- Piaget e Inhelder : perspectiva cognitiva.

Piaget no trató directamente el tema, pero ha proporcionado un magnífico modelo cognitivo muy utilizado actualmente:

"La formación del *autoconcepto* comienza en estados muy tempranos y los métodos utilizados permiten acceder a índices de dicha formación" (García Ferrás, 1982, citado por Oñate, Ma.P., 1989).

PASOS.

Se puede decir con Erikson en 1976 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), que la personalidad se desarrolla de acuerdo con pasos predeterminados en la disposición del organismo humano. Los *pasos* que Erikson y Allport señalan en la progresiva formación del *sí mismo* personal, del *autoconcepto* o de la propia identidad son:

El desarrollo del sentido de sí mismo.

Allport (1943) publicó un artículo sobre el Yo en la psicología contemporánea, que supuso el comienzo de una nueva era para este tema (Gimeno Sacristán, 1976, citado por Oñate, Ma.P., 1989).

Recordemos los <<aspectos del darse cuenta de sí mismo>> que se van desarrollando gradualmente durante la infancia, según Allport. (ver tabla 1).

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

Tabla I.

SÍNTESIS Y LÍNEAS EDUCATIVAS (FRANCO, 1985)	
ALLPORT	ERIKSON
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentido del <i>si</i> corporal 2. Sentido de una continua identidad del <i>si</i> mismo. 3. Estimación de <i>si</i> mismo 4. Extensión de <i>si</i> mismo 5. Imagen de <i>si</i> mismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentido de confianza básica - Sentimiento de autonomía - Sentimiento de iniciativa

Allport distingue dos momentos:

a) Los *tres primeros años* de la vida en que se forma el *si mismo* inicial y que abarca tres aspectos del darse cuenta de *si mismo*:

1. Sentido del *si mismo* corporal.
2. Sentido de una continuidad identidad del *si mismo*.
3. Estimación del *si mismo*.

b) De *4 a 6 años* profundiza en las conquistas logradas y aparecen dos nuevos aspectos del *si mismo* que se añaden a los anteriores:

4. Extensión del *si mismo*.
5. Imagen del *si mismo*.

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

Formación del sentimiento de identidad.

Erikson en 1976 (citado por Oñate, M.A.P. en 1982), resume en ocho las grandes edades de la vida. Los rasgos de cada gran edad de la vida, de algún modo están ya en el sujeto antes de que <<su período decisivo y crítico>> llegue.

Se resume a continuación lo que cada gran estadio de la vida del sujeto va dejando en el sentimiento de identidad del sujeto:

1. *Estadio-ora: primer año de vida*: sentimiento de confianza básica. Deja en el sujeto la convicción de que: <<soy lo que espero tener y dar>>.

CAPITULO 1 * EL AUTOCONCEPTO*

2. *Estadio-anal segundo y tercer año de vida:* sentimiento de autonomía, de libre albedrío o, por el contrario, de vergüenza y duda. Deja en el sujeto la convicción de que: <<soy lo que puedo desear libremente>>.

3. *Estadio-fálica-final.* Tercer año a sexto año de vida: sentimiento de iniciativa, le gusta <<hacer>> y <<estar en el hacer>>, investigar. Tiene gran curiosidad.

Francis en 1985 [citado por Oñate, Ma.P. en 1989], considera que a los dos años se inicia en el niño la conciencia sexuada, se va <<sabiendo>> niño o niña por introyección de los comportamientos de las personas de su entorno, especialmente los más significativos para él -sus padres o quienes hacen el papel. Este <<saberse niño o niña>> lo va interiorizando al inconscientemente con una gran carga emocional positiva o negativa según se vea, de hecho, la valoración del sexo masculino o femenino en su entorno familiar y según se estime a nivel familiar el hecho de ser él niño o niña.

Toda esta valoración hunde sus raíces en el más profundo de la personalidad del niño, formando el entremado básico sobre el que asentará esa personalidad. En ese proceso de relación interpersonal, se produce el modelamiento cultural de la personalidad y en él se establecen las coordenadas básicas de la misma, la *personalidad de base* que denomina Kardiner (Gimeno Sacristán, 1976, citado por Oñate, Ma.P., 1989).

El niño va tomando posesión consciente "de sí mismo", tarea que asume prioritariamente a partir de los 3 años (Hess y Croft, 1981, citados por Oñate, Ma.P., 1989); a través de sus actividades de <<construcción>> y curiosidad, tratará de explicitar la autovaloración que ha ido interiorizando positiva o negativa en la imagen que de sí mismo elabora en el *self*, en el *autoconcepto* que se forma.

Cooley en 1902 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), consideró que existen tres pasos en el desarrollo del *self* como imagen o reflejo:

1. Imaginación de lo que mi apariencia representa para los demás.
2. Imaginación del juicio valorativo que los demás hacen de mi apariencia (positivo o negativo).
3. Orgullo o satisfacción personal si uno imagina que el juicio de los demás es positivo. Humillación, temor, etc., en caso contrario.

De esta manera se forma nuestra autoimagen a partir de la respuesta de los demás.

Para Mead en 1965 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), el niño pasa por dos estadios en el desarrollo del *self*. Estos estadios son:

- A) El juego simbólico: en él asume diversos roles (madre, hijo, trabajador, ..) En estos juegos el niño representa diferentes papeles en la interacción con sus compañeros, teniendo la oportunidad de observar las conductas ajenas desde esos papeles y pasando de uno a otro con facilidad.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

B) El juego socializado implica papeles relevantes que son conformadores de una conducta determinada.

Martínez Muñiz en 1980 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), considera muy importante el *sentimiento de identidad*. El crecimiento es una sucesión de cambios tanto dentro del propio niño como de los educadores con respecto a él; es necesario que adquiera un cierto grado de conciencia de aquello que permanece estable a pesar de los cambios. Es preciso que adquiera conciencia del «quién soy yo». La noción de Identidad, el adulto la adquiere a partir de sus creencias, de la solidez de sus ideas, del conocimiento que tenga, de sus deseos y ambiciones, de sus posibilidades, de su biografía, etc.

El niño establece su identidad a partir de la confianza y solidez de sus objetos externos (fundamentalmente los padres) y de los internos, es decir, de las representaciones mentales conscientes e inconscientes que hagan referencia a sí mismo. Las actitudes de los adultos con respecto a él, son de gran importancia (Martínez Muñiz, 1980, citado por Oñate, Ma.P. 1989).

L'Ecuver en 1981 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), ha descrito la evolución longitudinal del Yo en seis fases consecutivas:

- a) La primera fase, entre 0 y 2 años, es la emergencia del Yo, comprendiendo la formación de una *imagen corporal*, entendiendo que la percepción del Yo deriva de la percepción del propio cuerpo.
- b) La segunda fase, de 2 a 5 años, es la afirmación del Yo, en la que se construyen las bases reales del *autoconcepto*, proceso seguido a través del desarrollo del lenguaje y del uso del Yo y del Mí, en base a los efectos de la interacción social.
- c) Entre los 5 y los 12 años se produce la expansión del Yo, comprendiendo generalmente con el contacto de las experiencias escolares y la percepción y adaptación de nuevas formas de evaluar las competencias y aptitudes, así como de los nuevos intereses.
- d) La cuarta ya 12 a 18 años, supone la diferenciación del Yo, en la que preponderan la *imagen corporal* y la precisión en las diferenciaciones aparecidas durante la adolescencia. Se producen modificaciones en la autoestima, revisándose la propia identidad, aumentando la autonomía personal y dando lugar a nuevas ideologías.
- e) Entre los 20 y 40 años, se desarrolla la madurez del Yo, siendo interpretada esta fase por algunos psicólogos como una meseta en la evolución de la persona, para otros es una etapa muy propicia a cambios abundantes.
- f) La última fase sería la comprendida entre los 40 y los 100 años, en la que el Yo tiende a intensificar el declive general, derivando en un *autoconcepto* negativo, siendo también negativa la *imagen corporal* debido a la disminución de las capacidades físicas. Suele producirse una pérdida de identidad, acompañada de baja autoestima y descenso de las conductas sociales.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

El desarrollo del *self* en los primeros años de vida y sus implicaciones ha sido investigado de modo extenso con gran variedad de trabajos y estudios desarrollados por Lewis y Brooks-Gunn (en prensa). Lewis conceptualiza el desarrollo del *self* tomando las dos principales semejanzas:

1. «El niño tiene que diferenciarse a sí mismo de los demás. Este proceso se completa con el tiempo, ya que el niño es capaz de mantener una persistente representación de sí. De cualquier modo el tiempo ha dominado al objeto permanentemente. A esta diferenciación de otro *self* le hemos llamado el *self* existencial».
2. En la adquisición de categorías del *self*, algunas de ellas son invariantes, por ejemplo: la edad y el sexo, mientras otras varían mucho y están en función de la cultura y del nivel de desarrollo. El desarrollo de estas categorías es lo que llamamos el conocimiento social. Este hecho referido al *self*, y a las relaciones del *self* con los otros, hace que lo hayamos etiquetado como conocimiento. Se puede dar el caso de que sea una condición necesaria para el consiguiente desarrollo de otras formas de conocimiento. Algunas categorías aparecen en los 24 primeros meses. Por ejemplo, el sexo determina la conducta y el rol desde niños. Además, la pronta adquisición de la categoría del *self* aparece prácticamente invariable en la vida mientras otras se podrán cambiar. Las fuerzas sociales o biológicas implicadas en estas categorías no son tan claras» (Lewis, 1979, citado por Oñate, Ma.P., 1989).

VARIABLES O FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA FORMACIÓN DEL AUTOCONCEPTO

La formación del *autoconcepto* se sabe que se da fundamentalmente por la socialización entre el mundo de los padres, etc., y los iguales. Tienen gran importancia los primeros años de vida. Entre las fuentes que dan lugar a dicha formación adquieren gran relevancia la familia, los amigos, etc. De ahí la importancia del lugar que ocupa el niño en el grupo de hermanos, el interés de los padres y los conceptos acerca de sí mismo de los hijos (los padres que conocen a su hijo conocen a los amigos de sus hijos), rendimiento escolar, participación en las conversaciones durante las comidas, etc.

"La influencia de los padres se explica según el interaccionismo simbiótico por la importancia de la «interpretación» que hace el sujeto de las actitudes de los demás. Según la fenomenología, las actividades de los otros y sus comportamientos solo adquieren significado para el sujeto una vez que los sitúa dentro de su propio marco explicativo de la realidad" (García Ferrás, 1982, citado por Oñate, Ma.P., 1989).

Vemos que la conducta y actitudes de los demás tienen un sentido específico para cada sujeto en su propio contexto y, por lo tanto, debe ser el propio sujeto el que informe de la interpretación que hace del comportamiento y actitudes de los otros, los compañeros van a ejercer también gran influencia en su valoración.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

Para Rosenberg en 1973 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), hay cuatro principios a tener en cuenta en la formación del *autoconcepto*:

1. Comparación social.
2. Valoración reflejada.
3. Auto-atribución.
4. Centralidad psicológica.

Kinch en 1963 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), señala en esta adquisición:

1. Se basa en la percepción que tiene de lo que otros responden hacia él.
2. Dirige la conducta del individuo.
3. Esa percepción que el sujeto tiene de las respuestas de otros hacia él refleja de algún modo las respuestas reales de los otros hacia él.
4. El modo como uno percibe las respuestas de otros hacia él influirá en la propia conducta.
5. Las respuestas de los otros hacia el sujeto condicionan el modo como se percibe éste a sí mismo.
6. Las respuestas de los otros hacia el individuo afectan a la conducta del mismo (2-5-3-4).
7. La conducta que el individuo manifiesta, influencia las respuestas de los demás hacia él. La teoría se convierte, por tanto, en un proceso circular.

Las respuestas de otros hacia el individuo serán importantes en cuanto a la determinación de cómo el individuo se percibirá a sí mismo; esta percepción influirá en su *autoconcepto*, el cual a su vez guiará su conducta.

Kanfer y Phillips en 1975 (citados por Oñate, Ma.P. en 1989), consideran que una de los principales predictores del comportamiento es la expectativa que tiene el sujeto al considerar el éxito de su comportamiento en una situación dada.

Un niño desarrolla el conocimiento de sí mismo, desde su infancia y bajo muchas condiciones, en base a las descripciones que hacen muchas personas acerca de él, de su cuerpo, su comportamiento social y su lenguaje. La característica más notable del autoconocimiento es que con frecuencia falta en las áreas más importantes del comportamiento social. El autoconocimiento deficiente reduce la capacidad de planeamiento y de ejecución del comportamiento en su nivel más eficiente.

Se puede decir que el *autoconcepto* es, generalmente, estable a través del tiempo, pero hay algunos aspectos que pueden ser más sobresalientes en los cambios que se producen en el paso de un rol a otro.

Shibutani en 1961 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), considera que las dimensiones del *self* son:

- grado de estabilidad y de integridad;
- magnitud de los conocimientos conscientes;
- naturaleza de la evaluación y concepto social.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

El término de «integración» considerado se refiere a la consistencia de los elementos del *self* y su manifestación en la conducta. La consistencia del *self* es lo que hace a una persona un individuo reconocible y diferente cuya conducta se puede predecir con un cierto grado de exactitud.

En la literatura sobre el *autoconcepto* se cree que la tendencia a internalizar responsabilidad está positivamente correlacionada con el *autoconcepto* (Burns, 1979; Chandler, 1974; Marsh, Smith y Barnes, 1983; Marsh, Relich y Smith, 1983, arguyen que sólo se siente por los éxitos. Un *autoconcepto* favorable es consistente, y se atribuye habilidad y esfuerzo que le llevarán a percibir con éxito; esto no quiere decir que en caso de fracaso se asuma como propio (Oñate, Ma.P., 1989).

Johnson en 1972 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), considera que aquellas personas que son especialmente «significativas» para el individuo (es decir sus «otros significativos») influirán en gran medida sobre su *autoconcepto*, mientras que los respuestas de otros, relativamente insignificantes para el individuo surtirán poco efecto.

Desde la perspectiva del desarrollo cognitivo, el *autoconcepto* emerge de una interacción compleja entre las capacidades del individuo, el ambiente social en que las autoevaluaciones ocurren, y el desarrollo cognitivo, que gobierna el tipo y la envergadura de información que las personas pueden incorporar en su propia autodefinición en algún punto del desarrollo.

Pero además, el *autoconcepto* se relaciona con otros muchos aspectos del niño que intervienen en el rendimiento escolar, como son el *status* social y el ajuste emocional.

Se pueden analizar a los sujetos según su rendimiento, y quizá se verá que los de alto rendimiento se perciben como conformes, desafiando la autoridad, cercanos «al alumno ideal», con horario regular, etc., mientras que los de rendimiento medio tienden a basar su *autoconcepto* en el estudio privado y en actividades relacionadas con el rendimiento, como reuniones, lecturas saltadas, horario irregular, etc.

Johnson en 1972 (citado por Oñate, Ma.P. en 1989), cree que el *autoconcepto* de un individuo cambia mediante la información dada por una persona con autoridad o significación, concerniente a realizaciones o características de personalidad de aquel, cambiando las expectativas de padres, compañeros y maestros con respecto a su rendimiento, y por medio del asesoramiento grupal, experiencias de éxito en los estudios y modelos apropiados.

La adaptación escolar y buena parte de la personalidad, son variables con gran repercusión en las distintas manifestaciones personales y sociales del alumno en su paso por la institución escolar.

Cuando el *autoconcepto* del niño coincide con los modelos que los padres le quieren intuir, alcanza un *status* sociométrico más alto y un mejor ajuste social.

CAPITULO I " EL AUTOCONCEPTO "

La perspectiva de éxito o fracaso depende fundamentalmente de la relación de dos juicios:

1. Las cualidades esenciales que se requieren para obtener éxito en un área determinada.
2. El grado en que cada uno siente que posee tales cualidades (Oñate, Ma.P., 1989).

A lo largo del presente capítulo se ha visto lo importante que ha resultado para el hombre conocerse a sí mismo; es decir, saber sus propias limitaciones y también las posibilidades con las que cuenta, quién mejor que él mismo puede evaluarse para ser mejor cada día.

La capacidad de la formación del "autoconcepto" en una persona, es algo que se logra a través del desarrollo cognitivo y la maduración. En donde poco a poco un niño comienza a percatarse de su existencia y que al convivir con los demás, se da cuenta de que es diferente; logrando su propia identidad, para posteriormente crearse una propia concepción.

En la formación del *autoconcepto*, la socialización juega un papel importante; pues por medio de la forma como la perciben los demás y la formación de un "yo ideal", con el cual se puede comparar, puede crear su propia imagen.

A través de una serie de investigaciones realizadas por distintas corrientes, se puede ver la importancia que tiene el *autoconcepto* en la personalidad y en la forma como se conduce un individuo.

En la presente investigación se considera de suma importancia el conocimiento del *autoconcepto*, para poder brindar un mejor apoyo psicológico a las personas por el VIH. A continuación, se presenta una panorámica del SIDA, y de la infección por VIH, con la finalidad de tener una mayor comprensión de la enfermedad y así encontrar su posible relación con el *autoconcepto*.

CAPITULO 2

"INFECCIÓN POR VIH Y SIDA"

CAPÍTULO 2 "INFECCIÓN POR VIH Y SIDA".

I. EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA Y LA INFECCIÓN POR EL VIH.

La epidemiología se ha constituido como una disciplina de la salud Pública cuyo objeto es el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de los problemas de salud en las poblaciones, con el fin de contribuir a la explicación y control de su historia natural y social. En el caso del SIDA, la aplicación de principios y técnicas epidemiológicas al estudio de poblaciones sanas y enfermas, ha hecho posible esclarecer en gran parte su historia natural, su espectro clínico, su historia social y el impacto de los tratamientos y medidas aplicadas para enfrentarlo (Vélez, H y cols., 1993).

La primera noticia sobre SIDA como enfermedad, fue publicada en Junio de 1981, por los centros de clasificación de enfermedades de Atlanta y correspondió a la aparición de extraños casos de Neumocystosis descritos por M. Gottlieb en los Ángeles y a 25 casos, igualmente inusuales de Sarcoma de Kaposi y Neumocystosis, descritos por Friedman-Kien en Nueva York y California. Los informes se referían a trastornos severos y rápidamente mortales de la inmunidad celular, que afectaban a varones jóvenes, homosexuales, con un amplio historial de enfermedades sexualmente transmisibles, los casos detectados presentaban características comunes que hicieron pensar en la aparición de una enfermedad nueva, hasta entonces desconocida por la ciencia y cuyo comienzo parecía haberse dado en Estados Unidos a fines de 1980. Inicialmente los CDC (Centros de Control para Enfermedades) dieron a este cuadro clínico la denominación de GRID (Deficiencia inmunitaria relacionada con la homosexualidad). Sin embargo, este nombre dejó rápidamente de ser apropiado, pues a partir de 1982 se describieron trastornos similares en hemofílicos sin antecedentes de contactos homosexuales, en haitianos, en usuarios de drogas intravenosas, en politransfundidos y en mujeres que eran parejas sexuales de los enfermos. Los CDC abandonaron entonces la denominación GRID y dieron a la enfermedad el nombre de SIDA (Síndrome de Inmadurez Adquirida), cuyo patrón epidemiológico hacía pensar en una enfermedad infecciosa grave y rápidamente mortal, de posible etiología viral, transmisible a través de contacto sexual y de transfusiones sanguíneas (Vélez, H y cols., 1993).

El diagnóstico de los casos se hacía con base en criterios clínicos que el CDC de Atlanta propuso a partir de los informes disponibles: un cuadro severo de inmunodeficiencia celular, en una persona previamente sana, que no presentara otra causa conocida de la inmunosupresión. Para esta época no se conocía la etiología viral del SIDA ni se disponía de pruebas diagnósticas de laboratorio (Vélez, H, y cols., 1993).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

LA EPIDEMIA DE ENFERMOS DE SIDA (CASOS DE SIDA)

Alertados por el CDC muy pronto se informaron cuadros clínicos similares en diferentes estados de Norteamérica y Europa. Al aumentar el número de casos se observó que el cuadro clínico de falla de inmunológica presentaba cierta heterogeneidad y una amplia gama de variaciones. Acogiendo las variaciones observadas, los CDC modificaron en 1985 y en 1987, sus criterios para distinguir un caso de SIDA de otros enfermos que pudieran presentar características similares (Vélez, H. y cols., 1993).

Los países adoptaron rápidamente los criterios clínicos del CDC como criterios de vigilancia y empezaron a registrar e informar sus enfermos sobre esta base. Hasta en 1° de Octubre de 1991, 163 países habían informado a la OMS un acumulado de 418,403 casos de enfermos de SIDA. Estas apreciaciones presentaban, sin embargo, serias limitaciones. Por una parte consideran como denominador la población general en su totalidad, lo cual subestima el riesgo de desarrollar el SIDA entre las personas que están realmente expuestas a él. Por otra parte la OMS considera que el subregistro de casos es marcado, aún en países industrializados, estima que para 1990 pudieran haber ocurrido realmente más de 1,200,000 casos de SIDA en todo el mundo, de los cuales 400,000 pueden haberse dado en niños; el 50% de los casos se presentaba en África y un 40% en las Américas, donde el subregistro podía ascender al 3% para Norteamérica, el 5% para el Caribe; 18% para el Área Andina; 30% para el Istmo Centroamericano; 32% para México; 42% para el Cono Sur; 44% para Brasil y 46% para el Caribe Latino. Ajustando los subregistros se estima igualmente que para 1990, el total de casos de SIDA de las Américas correspondía en un 78.6% a los países de Norteamérica y en 21.4% a América Latina y el Caribe; en esta última región Brasil aportaba casi la mitad de los casos (Vélez, H. y cols., 1993).

Entre los enfermos adultos, la gran mayoría pudo incluirse en unas pocas categorías de riesgo: varones homo y bisexuales, usuarios de drogas intravenosas, hemotransfundidos y parejas heterosexuales de infectados. Entre los niños la mayoría de los enfermos corresponde a casos de transmisión perinatal. En los Estados Unidos los negros e hispanos representan más del 40% de los casos informados y 2.3% de los casos son pediátricos, con tendencia al aumento en este grupo (Vélez, H. y cols., 1993).

Con base en la distribución de los casos durante el primer año de observación de la epidemia en cada país, la OMS configuró tres patrones diferentes de diseminación del SIDA:

- **Patrón Epidemiológico 1:** Es el patrón predominante de los países donde la epidemia se detectó durante la 1ª mitad de la década de los 80's: Europa Occidental, Estados Unidos, Canadá, Australia y algunas regiones de América. Se caracteriza por una baja prevalencia en la población general (menor del 1%) y un predominio de los casos entre varones (razón de 10 casos varones por cada mujer enferma), especialmente entre los

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

homosexuales y bisexuales quienes representan alrededor del 45-70% de los enfermos registrados, y entre usuarios de drogas intravenosas (18-30%), allí donde este problema es prevalente. La transmisión por hemoderivados está prácticamente controlada y la frecuencia de SIDA neonatal es baja.

Patrón Epidemiológico 2: Predomina en aquellos países donde la epidemia se describió un poco más tarde que la anterior, aunque su diseminación ocurrió mucho antes; África Ecuatorial, África Austral y las Antillas. Se caracteriza por un predominio marcado de la transmisión heterosexual que genera una distribución muy similar entre hombres y mujeres (1-3 casos varones por cada mujer enferma). El SIDA perinatal y los casos atribuibles a transfusión o procedimientos parenterales no estériles, son frecuentes. La prevalencia entre la población adulta suele ser elevada (mayor del 1%).

- **Patrón Epidemiológico 3:** Caracterizado por sus bajas prevalencias y por la descripción de los casos predominantemente entre inmigrantes. Se observa en aquellas regiones donde la epidemia se detectó a fines de la década de los 80's: Oceanía, África del Norte, el Mediterráneo Oriental, Europa Oriental y la mayor parte del Asia.

Los tres perfiles iniciales de la epidemia pueden ser fácilmente diferenciados durante los primeros años de registro, pero con el tiempo tienden a converger al patrón 2. La interfase puede darse a través de los varones bisexuales y de los hombres y mujeres usuarios de drogas intravenosas, pero luego la epidemia se expandió entre los hombres y mujeres que llevan una vida sexual activa (Vélez, H. y cols., 1993).

LA SEGUNDA EPIDEMIA. (Los infectados por el VIH)

En Mayo de 1983 el equipo científico de Luc Montagnier, del Instituto Pasteur (en Francia) descubrió el agente etiológico de la epidemia, un retrovirus, al que sus descubridores denominaron HTLV (Virus linfotrópico de las células humanas) y luego LAV (Linfadenopatía asociada al virus). Poco tiempo después el mismo virus fue descrito por R. Gallo del Instituto Nacional de Cancerología de los Estados Unidos con el nombre de HTLV-III (Human T cell Leukemia virus III). Para evitar confusiones, una comisión internacional acordó en 1986, denominar a este nuevo agente con el nombre de VIH (Virus de inmunodeficiencia humana).

En 1985 se lanzaron al mercado pruebas de laboratorio para detectar anticuerpos contra el VIH en el suero de las personas infectadas; éstas pruebas habían sido elaboradas desde fines de 1983 por el Instituto Pasteur y desde 1984 por el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos. Tal como se esperaba los anticuerpos se encontraron en la sangre de los enfermos de SIDA, confirmando el diagnóstico clínico lo que no se esperaba era encontrar evidencia de infección entre los individuos sanos. Para sorpresa de los investigadores, el estudio serológico de individuos politransfundidos de contactos sexuales sanos de los enfermos de SIDA y de personas sanas de la población general, demostró en algunos de ellos la presencia de anticuerpos contra el VIH. Estas personas eran

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

sanos y no manifestaban molestia alguna; sin embargo, estaban infectados, portaban el virus y lo transmitían a otras personas; por ello se les denominó *seropositivos asintomáticos* o *portadores sanos*, para diferenciarlos de los enfermos de SIDA (Vélez, H. y cols., 1993).

Actualmente una forma de hacer el diagnóstico de infección de VIH en un individuo, se realiza aislando por el cultivo de células o tejidos identificando secuencias específicas de ácidos nucleicos del VIH en muestras orgánicas identificando antígenos específicos del virus; esta técnica diagnóstica es la que aplican de rutina las pruebas comerciales disponibles actualmente. Una persona se considera infectada cuando una prueba es inequívocamente positiva. Los niños recién nacidos presentan una excepción a los 15 meses de edad hasta un 25% de los hijos de madres infectadas pueden presentar anticuerpos contra el VIH, los cuales corresponden a IgG materna transplacentaria; en consecuencia este hallazgo no constituye criterio suficiente para confirmar la infección neonatal, a menos que demuestre un aumento inequívoco de anticuerpos o éstos hayan podido identificarse como del tipo IgM, mediante la aplicación de pruebas no rutinarias, actualmente de menor sensibilidad y especificidad que las pruebas de IgG (Vélez, H. y cols., 1993).

El seguimiento de los seropositivos pudo establecer que su estado correspondía a una fase inicial de la infección y permitió aclarar los aspectos claves de la historia natural sobre el SIDA. Se supo así que, a partir del momento de adquisición del virus, los infectados podían tardar alrededor de seis a 12 semanas para generar anticuerpos específicos detectables por las pruebas usuales, y un promedio de 10 años para enfermar, constituyendo durante este período asintomático la principal fuente de diseminación de la epidemia. Se encontró también que en diferentes poblaciones, el número de infectados sanos superaba entre 10 y 50 veces los casos de SIDA registrados en la región y que la epidemia solía expandirse silenciosamente entre los grupos humanos, varios años antes de que aparecieran los primeros enfermos. A esta diseminación silenciosa del VIH en la población, caracterizada por el incremento en la incidencia de infectados asintomáticos, se le denomina *la segunda epidemia*, por el orden en que fue descrita, aunque en realidad ocurre antes de que se manifieste la enfermedad (Vélez, H. y cols., 1993).

Los seropositivos se presentan en una población, varios años antes y en mayor número que el de los enfermos; por esta razón, su registro y seguimiento constituiría un mejor indicador del avance de la epidemia y del riesgo de la población. Infortunadamente, la necesidad de recurrir a pruebas de laboratorio para hacer el diagnóstico, ha impedido a muchos países y regiones definir este patrón, cuyo comportamiento se conoce fragmentariamente para algunos grupos, regiones y momentos de la epidemia, siendo muy difícil hacer un análisis global o una comparación de los estudios (Vélez, H. y cols., 1993).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

Para 1991 se estimaba que podía haber en el mundo alrededor de 10-12 millones de personas infectadas, la mayoría de las cuales no saben que lo están; cerca de la mitad de los infectados habita en África, en algunas de cuyas regiones la prevalencia de VIH aumenta exponencialmente, doblándose cada 8.5 meses. Además se estimaba que en Estados Unidos podía haber alrededor de 1.5 millones de infectados y 1 millón en América Latina y el Caribe. En Asia la epidemia avanza rápidamente; para 1990 sus casos se estimaban en 0.5 millones, el doble del año anterior.

En los países que iniciaron la epidemia con un patrón 1, se estima que la mayoría de los infectados son varones homo y bisexuales; sin embargo, la tendencia parece disminuir en este grupo poblacional. Entre los homosexuales y bisexuales de Francia, Alemania Federal y Gran Bretaña, la epidemia de infectados alcanzó su punto máximo en 1985 y desde entonces ha disminuido; considerando un período de incubación de 8 años, se espera que el punto máximo de casos de SIDA para estos grupos ocurriera alrededor de 1990 (Vélez, H. y cols., 1993).

Por sus repercusiones sobre el bienestar de la población, las mujeres embarazadas representan un grupo prioritario para toda medida de salud pública. Si bien el panorama es dramático en África, donde en algunas regiones la seroprevalencia oscila entre el 40 y 60%, su tendencia sugiere un aumento progresivo de las Américas: 2% en Haití, 2% en República Dominicana y 0.5% en Martinica. Dado que entre un 30 y 50% de los neonatos se infectará, se espera un incremento paralelo de infección perinatal.

Los trabajadoras sexuales suelen presentar niveles bajos de seroprevalencia (1-3%) en los países del patrón 1, pero ésta puede ascender a más de 50% en algunas regiones de África.

Aunque la población de donantes no se considera representativo de la población general, sus niveles de seroprevalencia son a menudo los que más se le aproximan. Aún en regiones donde la epidemia alcanza altos niveles, como el Caribe, la prevalencia de donantes suele ser menor del 3%; en América Latina oscila entre 0.5% y 1% y tiende a disminuir (Vélez, H. y cols., 1993).

ORÍGENES DE LA EPIDEMIA

Estudios de genética viral, tamizaje serológico de diferentes poblaciones y análisis retrospectivos de sueros congelados y de casos clínicos, han permitido a la ciencia formular algunas hipótesis sobre el origen de la epidemia y la evolución del retrovirus.

Tamizajes de sueros congelados realizados en África Central, sugieren que la infección por el VIH era prevalente en esta región desde la década de los 60 y que pudo haberse originado allí como resultado de mutaciones de otros retrovirus. El polimorfismo genético de los aislamientos de VIH en África hace pensar en que este período de evolución y

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA"

diferenciación ha sido relativamente largo y que la infección de seres humanos pudo haberse producido hace varias décadas (Vélez, H. y cols., 1993).

En África Central, donde la infección por el VIH tiene una amplia diseminación. El virus de la inmunodeficiencia Simiana (SIV) infecta en algunas regiones hasta el 70% de los monos verdes africanos, sin que estos animales manifiesten signos de enfermedad. El VIH-2 aislado por Clavel y colaboradores en 1985 a partir de enfermos de SIDA de Guinea Bassau y Cabo Verde (África Occidental) es genéticamente muy similar al SIV y parece haber evolucionado muy próximamente a él; su estructura molecular lo emparenta también estrechamente con el VIH, con el cual difiere en un 50% de la secuencia genética. El VIH-2 es raro en África Central, donde es más prevalente el VIH-1, de mayor patogenidad; pero en Costa de Marfil ambos son prevalentes (Vélez, H. y cols., 1993).

La transmisión del VIH en África, fue desde sus comienzos predominantemente heterosexual, y esta vía es menos efectiva que la homosexual, por lo que su diseminación ocurrió inicialmente de una manera lenta y larvada. Después de la Segunda Guerra Mundial, la epidemia pudo acelerar su expansión, aunque de una forma igualmente silenciosa, asociada con los siguientes factores: rápido crecimiento de centros urbanos, ruptura de la familia tradicional, migración urbana de la fuerza de trabajo masculina, movimientos de fuerzas armadas, incremento de la prostitución femenina, deficiencia de los servicios de salud y aumento en la frecuencia local de medicación parental e intravenosa sin la debida asepsia. Del África, la epidemia pudo expandirse a los países de Europa y los Estados Unidos al empuje de fuerzas migratorias y a la velocidad de los medios modernos de transporte. El estilo de vida de los países industrializados impuso a la epidemia una mayor velocidad de expansión y le definió nuevas rutas de transmisión. Los primeros casos de infección documentados en Occidente parecen ubicarse en la década de los sesenta en Haití y Estados Unidos. Sin embargo, los enfermos no fueron identificados como tales hasta 1981. Desde estos países la epidemia se diseminó al resto de América Latina (Vélez, H. y cols., 1993).

LA TERCERA EPIDEMIA

La OMS estima que durante la primera década de la pandemia de VIH/SIDA, hubo cerca de 599,000 casos de SIDA en mujeres y niños, la mayoría de los cuales no fueron reconocidos como tales. Para los años 90, la OMS estima que la pandemia causara la muerte de cerca de más de 3,999,000 de mujeres y niños alrededor del mundo. En las grandes ciudades de las Américas, Europa Occidental y Subsahara, se estima que durante esta década, el SIDA se consolidará como una de las principales causas de muerte en mujeres en el grupo de edad de 20-40 años; la mortalidad infantil excederá el 30% y habrá más de 10,000,000 de huérfanos a causa de SIDA.

El SIDA se acumula más rápidamente entre los estratos socioeconómicos más bajos, donde los factores de riesgo bisexuales y heterosexuales son también más frecuentes, en íntima relación con sus costumbres sexuales y condiciones de vida (Vélez, H. y cols., 1993).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

En USA alrededor del 60% de los varones adolescentes solteros entre 15-19 años, son sexualmente activos, y sólo la mitad de ellos retiró el uso de condón durante su último contacto sexual; el uso de condón fue menor precisamente entre quienes manifestaban un mayor riesgo por usar drogas, mantener contacto sexual con drogadictos o trabajadoras sexuales o por informar contacto con más de cinco parejas sexuales en el año anterior.

Mientras que la incidencia de SIDA en algunos países de Norteamérica y Europa parece estabilizarse, la epidemia aumenta rápidamente en países no industrializados.

La mayoría de los infectados por el VIH, corresponde a adultos jóvenes en su momento de máxima productividad social y laboral quienes han recibido la mayor parte de la inversión social en salud y educación. Se estima que el incremento de la enfermedad y de la mortalidad en este grupo generará un efecto muy desfavorable para las economías nacionales (Vélez, H. y cols., 1993).

SITUACIÓN MUNDIAL ACTUAL DEL SIDA.

Hasta el primer semestre de 1995, se habían reportado a la Organización Mundial de la Salud 1.167.811 casos acumulados de SIDA en todo el mundo. Esta cifra representó un incremento del 19% con respecto al año anterior.

Tomando en cuenta el subregistro y el retraso en la notificación, se estima que el número real de casos debe ser de más de 4.5 millones; es decir, casi cuatro veces mayor al reportado. El continente africano es en el que se estima un mayor subregistro.

De hecho, tomando en cuenta los casos notificados contribuye con el 35%, pero en la estimación corregida por subregistro, se calcula que contribuye con algo más del 70% de los casos mundiales.

Para este mismo período de 1995, se estima que alrededor de 18.5 millones de adultos y más de 1.5 millones de niños, han sido infectados con el VIH, de los cuales entre 14 y 15 millones continúan vivos.

En el siguiente cuadro se aprecia la distribución regional de adultos infectados, así como la de aquellos infectados que siguen vivos (Rico, B., 1994).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

Distribución Mundial Estimada de Adultos Infeccionados por el VIH y de Adultos Infeccionados Vivos, hasta el Primer Semestre de 1995

REGIÓN	ADULTOS INFECCIONADOS VIVOS	ADULTOS INFECCIONADOS
Norte America	1,1 millones infectados	750,000+ vivos
América Latina y el Caribe	2 millones infectados	1,5+ vivos
Europa Occidental	600,000 infectados	450,000+ vivos
Europa Oriental y Asia Central	50,000 infectados	50,000+ vivos
Asia del Este y el Pacifico	50,000 infectados	50,000+ vivos
África del Norte y Medio Oriente	150,000 infectados	100,000+ vivos
África Subsahariana	11,000 infectados	8,5+ vivos
Australia	25,000 infectados	20,000+ vivos
TOTAL MUNDIAL	18,5 millones	14-15 millones

FUENTE: Weekly Epidemiological Record 1995;27(74): 193-194

2. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), agente etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), está clasificado dentro del género *Lentivirus* de la familia *Retroviridae* y se caracteriza por producir infecciones lentas, es decir, donde la aparición de síntomas está separada del momento de la infección por meses y aún años; además, produce un deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico del hospedero hasta causar el SIDA.

El VIH fue el primer *Lentivirus* descubierto, con implicaciones en patología humana y está relacionado genéticamente con el Virus de la Inmunodeficiencia Simiana (SIV), pero su semejanza no es suficiente para soportar la teoría, de que se deriva de los primates por transmisión horizontal al hombre. También es claro que este virus no está estrechamente relacionado, como se creyó inicialmente, con los virus lentotrópicos humanos, HTLV-I y HTLV-II, agentes de la Paraparesia Espástica Tropical y la leucemia de células T del adulto, excepto por su rango de hospederos. Los *Lentivirus* se caracterizan por fusionar las células hospederas y causar infecciones lentas (Vélez, H. y cols., 1993).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

HISTORIA

-El desarrollo de los cultivos celulares y la madurez tecnológica de los años setenta y ochenta, permitieron un profundo conocimiento de los retrovirus, así:

- En 1976 Gallo y colaboradores (en Estados Unidos) encuentran que la adición de medios de células letales humanas sostiene el crecimiento de los linfocitos en cultivo; este factor de crecimiento se lo denominó IL-2 (Interleukina 2) y fue el que permitió el cultivo de las células T de pacientes leucémicos y posteriormente, el aislamiento de los retrovirus HTLV-I y II. Virus Linfotrópico Humano tipo I y II, respectivamente.

- En 1981 se publican los primeros informes acerca de un nuevo síndrome que afectaba a hombres jóvenes, homosexuales con aparición de infecciones oportunistas severas, especialmente neumonía por P. carinii y con marcada disminución de los linfocitos CD4; se lo denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA. A partir de este momento se inician las investigaciones para encontrar el agente causal, el comportamiento clínico y epidemiológico y el tratamiento del nuevo síndrome.

- En 1983 en el Instituto Pasteur, Luc Montagnier, Barré Sinoussi y colaboradores (en Francia) encontraron en un ganglio linfático de un paciente de SIDA, un retrovirus no transformante, el cual infectaba efectivamente los linfocitos CD4 y se parecía al ya conocido lentivirus, EIAV, virus de la anemia infecciosa equina. Era un *Lentivirus* nuevo y lo denominaron Virus de Linfadenopatías (LAV).

- A fines de 1983, Mária Papovic (en Estados Unidos), del grupo de trabajo de Gallo, identificó varias líneas de células que no morían tras la infección con el nuevo virus. Eran células leucémicas, humanas, 14, inmortales en cultivos que permitían cultivar el virus. Se denominó línea H9.

- En 1984 se logra cultivar el nuevo virus y se lo denomina HTLV-III, Virus Linfotrópico Humano tipo III. A partir de este momento se empiezan a procesar muestras de pacientes con SIDA y se informa, oficialmente, del descubrimiento del agente etiológico del nuevo síndrome.

- En 1985 se clasifica el nuevo virus como el primer *Lentivirus* humano y aparece en el comercio el reactivo para detección de anticuerpos en líquidos de sangre. En este mismo año se encuentra el HTLV-III, virus linfotrópico humano, en macacos cautivos que presentaban inmunodeficiencia. Actualmente se conoce como Virus de la Inmunodeficiencia Simiana, SIV; su estructura genética es más semejante al VIH-2 que al 1.

- En 1986 se propone unificar la denominación del virus, conocido con varias siglas, LAV, HTLV-III, etc., por una denominación internacional unificada, VIH, Virus de Inmunodeficiencia Humana. En este mismo año, se encuentra otro serotipo del virus en el oeste de África, el cual se denominó VIH-2 y el primero pasó a llamarse VIH-1 (Vélez, H. y cols., 1993).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

BIOLOGÍA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

El virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH-1 y 2 tienen una estructura similar, aunque cada uno tiene genes que lo identifican y diferencian.

Los viriones maduros son esféricos, de 100 nanómetros de diámetro, con un nucleocápside (core), de simetría icosaédrica, aunque variable y una envoltura de carácter glicoproteico que presenta en su superficie 70-80 proyecciones externas (Figura 1).

El ácido nucleico es de tipo RNA con dos moléculas lineales y 9.200 nucleótidos para el tipo 1 y 9.600 para el tipo 2. Asociado al ácido nucleico tiene una enzima transcriptasa reversa, característica de la familia *Retroviridae*. Cada uno de sus genes codifica las proteínas de los diferentes componentes del virus, divididos en genes para las proteínas estructurales, gag, pol, env, los cuales son comunes en todos los retrovirus y en genes reguladores que sólo tiene el VIH, gen vif, vpr, tat (1a), rev, nef y regulan la expresión genética viral (Vélez, H y cols., 1993).

Los genes, tanto estructurales como replicativos son transcritos a un RNAm el cual es trasladado a poliproteínas precursoras que son fraccionadas por proteasas en productos genéticos maduros.

El producto inicial de la transcripción del RNA mensajero viral, es la proteína precursora del gag, P55, la cual se fracciona en tres productos, P17, P15 y P24, los cuales conforman las proteínas de la nucleocápside. El P17, forma una cubierta alrededor del core y el P24, alrededor del ácido nucleico y es el mayor polipéptido estructural de la nucleocápside.

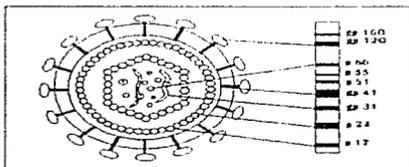


Figura 1. Estructura del VIH

La transcriptasa reversa es el producto del gen pol, cuyo clivaje genera tres proteínas, P65/51, transcriptasa reversa/proteasa y la P31 endonucleasa. La transcriptasa es dependiente de la replicación viral, la endonucleasa es importante en la integración proviral (Vélez, H, y cols., 1993).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

La glicoproteína 160 (gp 160), es el producto inicial del gen *env*, la cual es procesada para formar las dos glicoproteínas de la envoltura, gp120 y gp41. La glicoproteína 120 está presente en la superficie de la partícula viral y contiene algunos dominios, críticos para la infectividad viral, como la región que se une al receptor CD4 de la célula hospedera, ayudada por la pequeña proteína de la membrana gp41. Las proteínas de la envoltura, son diferentes entre VIH 1 y 2.

Las proteínas no estructurales se encargan de regular la replicación del virus; dos genes mayores afectan los eventos que aumentan la replicación viral: *tat* y *rev*, mientras el gen *nef*, lo inhibe. El gen *vif*, tiene relación con la maduración de las proteínas virales cuando los virus salen de las células. Otros genes son específicos para los dos serotipos virales, el *vpu*, para el VIH-1 y el *vpx* para el 2, pero aún no son muy claras sus funciones (Vélez, H. y cols., 1993).

El gen regulador *tat* responde por la replicación en masa del virus y la proteína que se produce tiene como función multiplicar por mil el nivel de expresión genética del virus; ese efecto se extiende a todas las proteínas virales, tanto estructurales como reguladoras.

El gen regulador, *rev*, permite al virus integrado al genoma de la célula hospedera, producir selectivamente proteínas reguladoras o componentes del virión, controlando así, el paso de infección latente a productiva.

El gen *nef*, factor regulador negativo, es responsable de la capacidad del VIH de paralizar su desarrollo y permanecer en fase latente, ya que su función es reprimir la transcripción.

El gen *vif*, factor de infectividad del virus, codifica una pequeña proteína que está en el citoplasma de las células infectadas y en partículas virales libres; interviene después que se ha desencadenado la producción de partículas virales y capacita al virus que ha salido de la célula para infectar otras células.

En general, hay un equilibrio entre *tat* y *rev* y una moderada producción de virus, lo que permite reproducirse durante años, sin matar al hospedero y el efecto controlado de *nef* y *tat* lleva a un equilibrio del crecimiento viral; ese modo de regulación genética es un mecanismo adaptativo del virus (Vélez, H. y cols., 1993).

REPLICACION VIRAL

El primer paso de la infección es la adhesión del virus a la célula hospedera que consiste en la unión de la gp120 de la envoltura viral a un receptor celular, generalmente linfocitos T ayudadores y todas aquellas células que tengan proteínas CD4 en su superficie; actualmente se piensa que pueden existir otras células receptoras para el VIH, además de la proteína CD4 (Cuadro 2-1).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

Después de la adhesión viral se produce la internalización del virus en la célula hospedera, ya sea por la fusión de la gp41 con la membrana celular o por endocitosis; ambos eventos permiten la entrada de la nucleocápside, es decir, el virus sin envoltura en la célula hospedera.

Una vez está el virus intracelular, se da la transcripción del RNA viral, por medio de la transcriptasa reversa, a una doble cadena de DNA; esta copia es transportada al núcleo celular donde primero se circulariza y luego se asocia establemente con la célula infectada por integración con el DNA cromosómico (Vélez, H. y cols., 1993).

Esta es la forma conocida como *provirus*, es decir, una célula humana que tiene integrado a su ácido nucleico, la información genética viral; a partir de este momento, el DNA viral se duplica con el de la célula hospedera cada vez que ésta se divide y permanece intracelularmente o en un estado de baja replicación, o en fase de infección productiva.

En la primera condición se forman muy pocas proteínas virales, por lo tanto no se producen partículas infectantes, pero las células infectadas están presentes, aún en ausencia de antígenos detectables y pueden salir en los líquidos orgánicos e infectar otros individuos.

CEREBRO	Astrocitos Oligodendrocitos Microglía Células endoteliales
PIEL	Fibroblastos Células de Langerhans
SANGRE	Linfocitos T-CD4 Linfocitos 8 Monocitos-Macrófagos Premiucitos
T.GASTROINTESTINAL	Células dendríticas Células enterocromafinas Células epiteliales Células estomacales Macrófagos

Cuadro 2-1: Células susceptibles de infección por VIH.

Este estado de baja replicación viral no está completamente entendido pero se cree que está relacionado con proteínas codificadas por el gen *nef*; actualmente se discute el estado de latencia y se propone, más bien, una lenta pero permanente replicación viral (Vélez, H. y cols., 1993).

En la segunda condición o infección productiva, el DNA proviral es transcrito por la polimerasa de la célula hospedera, a un RNAm que es trasladado en proteínas estructurales. Los subcomponentes virales forman las nucleocápsides y por un proceso de gemación, a través de la

CAPITULO 2 * INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA*

Después de la adhesión viral se produce la internalización del virus en la célula hospedera, ya sea por la fusión de la gp41 con la membrana celular o por endocitosis; ambos eventos permiten la entrada de la nucleocápside, es decir, el virus sin envoltura en la célula hospedera.

Una vez está el virus intracelular, se da la transcripción del RNA viral, por medio de la transcriptasa reversa, a una doble cadena de DNA; esta copia es transportada al núcleo celular donde primero se circulariza y luego se asocia establemente con la célula infectada por integración con el DNA cromosómico (Vélez, H. y cols., 1993).

Esta es la forma conocida como *provirus*, es decir, una célula humana que tiene integrada a su ácido nucleico, la información genética viral; a partir de este momento, el DNA viral se duplica con el de la célula hospedera cada vez que ésta se divide y permanece intracelularmente o en un estado de baja replicación, o en fase de infección productiva.

En la primera condición se forman muy pocas proteínas virales, por lo tanto no se producen partículas infectantes, pero las células infectadas están presentes, aún en ausencia de anticuerpos detectables y pueden salir en los líquidos orgánicos e infectar otros individuos.

CEREBRO	Astrócitos Oligodendroцитos Microglia Células endoteliales.
PIEL	Fibroblastos Células de Langerhans Linfocitos T CD4
SANGRE	Linfocitos B Monocitos Macrófagos Promielocitos Células dendríticas Células antipretromafinas
T.GASTROINTESTINAL	Células epiteliales Células columnares Macrófagos

Cuadro 2-1: Células susceptibles de infección por VIH.

Este estado de baja replicación viral no está completa mente entendido pero se cree que está relacionado con proteínas codificadas por el gen *tat*; actualmente se discute el estado de latencia y se propone, más bien, una lenta pero permanente replicación viral (Vélez, H. y cols., 1993).

En la segunda condición o infección productiva, el DNA proviral es transcrito por la polimerasa de la célula hospedera, a un RNAm que es trasladado en proteínas estructurales. Los subcomponentes virales forman las nucleocápsides y por un proceso de gemación, a través de la

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA"

membrana celular, se forman las envolturas virales y salen los viriones completos a la circulación; en este proceso se destruye la célula hospedera y las partículas virales liberadas reinician el proceso, uniéndose a otras células susceptibles. Así, el infectado tiene sus propias reactivaciones endógenas, cada vez que hay un ciclo replicativo.

El virus se comporta de forma diferente, según la cepa, la clase de célula hospedera y la función de esta. En células T puede permanecer en un estado de latencia indefinidamente, inseparable de la célula y resguardado del sistema inmune; la activación de la célula T parece necesaria para la replicación viral y cuando el virus se multiplica destruye el linfocito; en otras células como los macrófagos y monocitos el virus crece lenta pero continuamente, respetando la integridad de la célula, aunque alterando sus funciones (Vélez, H. y cols., 1993).

3. INFECCIÓN POR VIH Y SIDA.

DEFINICIONES

SIDA: Es una abreviatura de una enfermedad conocida como *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*. "Adquirida" significa la transmisión de la enfermedad de una persona a otra. La imposición de la palabra "inmunodeficiencia" simplemente significa, un estado de enfermedad que debilita y entonces destruye las habilidades del cuerpo para combatir contra organismos infecciosos. "Síndrome" se refiere a un particular patrón de padecimientos asociados con esta enfermedad (Densen, J.L., 1992).

Infectado VIII o seropositivo: Individuo con una prueba confirmatoria positiva para anticuerpos VIH (Vélez, H. y cols., 1993).

Caso de SIDA: Este término debe reservarse para la persona que tenga, al menos, una condición clínica de las que figuran en la definición de *caso de SIDA*, establecida por el Centro de Enfermedades de Atlanta de los Estados Unidos en 1987 (Vélez, H. y cols., 1993).

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Las enfermedades que se presentan en el SIDA son producidas directamente por el VIH o son la consecuencia del deterioro progresivo del sistema inmune, que lleva al desarrollo de infecciones oportunistas; tales infecciones, las cuales rara vez causan enfermedad en un individuo con un sistema competente, ocurren en un 90% de las personas con SIDA. La incidencia varía de región a región, dependiendo de las infecciones prevalentes en cada sitio y generalmente representan la reactivación de infecciones latentes que fueron adquiridas, años atrás, y controladas cuando el sistema inmune estaba intacto. Su desarrollo se relaciona con el nivel de células CD4 en sangre: individuos sanos tienen alrededor de 1,000 de estas células, por milímetro cúbico de sangre; en los infectados el número de ellas declina en un promedio de 40-80 por año. Cuando el conteo cae entre 400-200, aparecen las primeras infecciones, generalmente

CAPITULO 2 * INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA*

benignas, transitorias y casi siempre en piel y mucosas; entre ellas especialmente, aftas orales por *Cándida albicans*, úlceras cutáneas y mucosas por *Herpes virus*, frecuentes dermatitis especialmente en pies y leucoplasia oral por virus Epstein-Barr (Vélez, H. y cols., 1993).

Los anteriores síntomas, junto con el síndrome febril prolongado e inexplicable, la pérdida de peso, la sudoración nocturna y la diarrea, conjunto que se ha llamado Complejo Relacionado con el SIDA, marcan la progresión inminente al síndrome terminal e indican que hay replicación viral activa.

A medida que continúa debilitándose la inmunidad se desarrollan las infecciones o cuadros clínicos que definen el SIDA, según el CDC. El 50-70% de ellas son neumonías y trastornos cerebrales, generalmente por *P. carinii*, *Toxoplasma* y *Cryptococo* y se presentan cuando hay un recuento de CD4 menor de 200 por mm. La observación de la progresión de la enfermedad durante los años que llevamos con la epidemia, ha delimitado tres situaciones clásicas:

- Los pacientes durante todo el curso de la infección con el VIH tienen el virus circulante, el cual puede ser aislado por métodos de cultivo; lo anterior confirma que el paciente es infectante todo el tiempo, independientemente de su estado clínico.

- En la enfermedad avanzada hay altos títulos de virus circulante y la magnitud de la viremia se correlaciona mejor con el estado de enfermedad que el antígeno p24 o la desaparición de los anticuerpos anti p24.

- Aunque el número de CD4 declina progresivamente, la proporción de linfocitos ayudadores infectados se incrementa con la progresión de la enfermedad hasta uno por cada mil CD4 o por cada cuatrocientos mononucleares.

El proceso de infección con el VIH puede entonces separarse en tres estadios para facilitar el entendimiento de su evolución:

Temprano o agudo: Corresponde a la infección con el virus, dura unas pocas semanas y tiene altos títulos de virus y antígeno circulantes.

Medio o crónico: Corresponde al período de baja replicación viral, se caracteriza por la ausencia de síntomas y signos clínicos y varios años de duración; se conoce también como período asintomático y hasta hace poco tiempo como la fase de latencia.

Final o crisis: Este es el único momento en la historia natural de la infección donde el paciente tiene SIDA; se presenta una recrudescencia de la replicación viral, aparecen todas las manifestaciones de la inmunodeficiencia y el paciente muere en unos meses; cuando recibe antivirales puede prolongarse esta fase (Vélez, H. y cols., 1993).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA"

FACTORES PREDICTIVOS DE LA APARICIÓN DE SIDA.

El seguimiento de algunos casos de infección ha permitido definir marcadores que predicen el riesgo de desarrollar el SIDA en un tiempo determinado; ellos son:

- **Recuento de CD4 menor de 200 por mm cúbico de sangre:** El número total de CD4 es un fuerte predictor de la aparición de SIDA y la mayoría de los investigadores coinciden en el valor de 200 CD4 por mm. cúbico como el límite por debajo del cual el 82% de los infectados han desarrollado SIDA en tres años, comparado con 46% para los que tienen entre 200-400 CD4 y sólo 15% para los seropositivos con más de 400 CD4.
- **Antígeno p24 positivo en el suero:** La presencia de antígenos del core como la proteína p24, refleja infección reciente a un exceso de antígeno por replicación masiva del virus; los diferentes estudios han informado que 59% de los pacientes con antígeno positivo desarrollan SIDA en tres años, frente al 16% de los infectados con antígeno p24 negativo.
- **Anticuerpos anti p24 negativos:** Años después de la seroconversión, los anticuerpos anti core desaparecen simultáneamente con la aparición de la antígeno p24, lo cual refleja exceso de antígeno por replicación viral aumentada y el consumo de los anticuerpos en la formación de complejos inmunes; la pérdida de anticuerpos p24 se ha considerado de mal pronóstico y aunque no hay consenso, algunos autores reportan que el 43% de los seropositivos con anticuerpos negativos para el core desarrollan SIDA en tres años y sólo el 16% de los que tenían positivo el anti p24.
- **Niveles altos de Beta 2 microglobulina:** Los infectados con niveles por encima de cinco microgramos por ml. tuvieron un riesgo diez y siete veces mayor de desarrollar SIDA que aquellos con niveles normales.
- **Alto título de virus circulante:** Se plantea esta alternativa como una de las más atractivas por la exactitud de la información en cuanto a la magnitud de la replicación viral. En fase crónica hay baja pero permanente producción de partículas virales y el incremento de la replicación se correlaciona con la progresión hacia el SIDA. (Vélez, H. y cols., 1993).

CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN.

Con el propósito de entender mejor las distintas presentaciones de la infección por VIH durante su evolución, se han propuesto algunos sistemas de clasificación; los más empleados con el sistema del CDC y el de Walter Reed (WR). Estos sistemas pueden ser útiles para la vigilancia epidemiológica, evolución clínica e intervención terapéutica (Cuadros 3-1, 3-2 y 3-3).

CAPITULO 2 * INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA*

La clasificación del CDC es clínica, sólo enfoca la patología presentada y por ello tiene poca utilidad en el pronóstico; una vez clasificada, puede cambiar de grupo hacia adelante, pero no puede devolverse en los grupos, por ejemplo del grupo IV al III; esto lo hace poco práctico para aquellos que reciben terapia antiviral.

El WR está basado en la fisiopatología de la infección y se clasifica según el estado inmune del paciente. Contempla seis estados diferentes según el grado de inmunosupresión que presente, considerando el recuento de CD4 y la clínica. La ventaja de esta clasificación es que puede usarse para evaluar la caída de los CD4 y tiene aplicación en el pronóstico y el tratamiento; la desventaja para países en vía de desarrollo, es el costo de los CD4, condición indispensable para utilizarlo.

CLASIFICACIÓN CDC.

Grupo I: Infección aguda. Muchas seroconversiones VIH son asintomáticas o subclínicas pero algunos pacientes desarrollan un síndrome mononucleósico autolimitado, caracterizado por fiebre, artralgias y mialgias, malestar general, letargia, anorexia, náuseas y un érita maculopapular o urticarial; puede acompañarse de signos neurológicos como rigidez de nuca, cefalea, dolor retroorbital, neuritis, miopatía, depresión y aún encefalopatía. Dura dos a tres semanas y casi siempre termina en recuperación completa.

Entre los hallazgos de laboratorio se incluye leucopenia y linfopenia, trombocitopenia, mononucleosis atípica y sedimentación aumentada. La relación CD4/CD8 puede estar invertida como resultado del incremento de células T8 y puede haber anticuerpos atípicos en sangre periférica. La prueba para anticuerpos VIH es negativa.

El período transcurrido entre la infección y la seroconversión va desde pocos días hasta tres meses y ésta ocurre generalmente entre seis y diez semanas de iniciada la enfermedad. Los anticuerpos de tipo IgM, se detectan en suero desde los cinco días, con un pico a los 24 días y desaparecen entre los días y cinco meses. Los IgG se detectan desde los 15 días con un pico marcado a los cuatro a seis meses; el virus puede ser aislado de la sangre y del líquido cefalorraquídeo y el Ag P24 puede ser detectado durante la enfermedad aguda.

Grupo II y Grupo III: Se define como paciente del Grupo I, toda persona con un riesgo epidemiológico para esta infección que tenga una prueba positiva para anticuerpos VIH y no presente síntomas ni signos clínicos; es el infectado asintomático, el que no se ajusta a la definición de SIDA; es el CDC y es el período que corresponde a la *fase crónica*.

La definición del Grupo III o linfadenopatía crónica, se describe como la presencia de nódulos mayores a un centímetro, en dos o más sitios extrainguinales con más de tres meses de evolución, sin una causa etiológica definida que se presenten en una persona con una prueba positiva para el VIH.

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA"

Los hallazgos histopatológicos de estos ganglios muestran hiperplasia folicular con proliferación endotelial; a medida que progresa la inmunosupresión los nódulos desaparecen.

Grupo IV: SIDA. fase terminal. Después de un período variable de seropositividad asintomática, una variedad de signos y síntomas marcan el deterioro clínico. El síndrome febril prolongado, la sudoración nocturna, la diarrea crónica, la pérdida de peso, la candidiasis oral, el zoster extenso, los trastornos hematológicos y la leucoplasia velada son las entidades que se presentan con mayor frecuencia y ocurren individual, simultánea o secuencialmente tras la consecuencia del deterioro inmunológico (Vélez, H y cols., 1993).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

- Grupo I:** Infección aguda.
Grupo II: Infección asintomática.
Grupo III: Linfadenopatía generalizada persistente.
Grupo IV: SIDA.

Subgrupo A: Enfermedad constitucional.
Caracterizada por uno o más de los siguientes síntomas: diarrea de más de un mes de evolución, pérdida de peso mayor del 10%, fiebre de más de un mes de evolución sin causa que la explique.

Subgrupo B: Enfermedad neurológica.
Causada específicamente por el VIH, demencia, neuropatía, mielopatía.

Subgrupo C: Enfermedad infecciosa secundaria.
C-1: Infecciones secundarias definidas por el CDC como caso de SIDA (Cuadros 3-2 y 3-3).

C-2: Otras infecciones secundarias. Enfermedad sintomática e invasiva con alguno de los siguientes: Herpes zoster multi-dermatómico, taecoplasma pulmonar oral, Candidiasis oral.

Subgrupo D: Cánceres secundarios definidos por el CDC como caso de SIDA (Cuadros 3-2 y 3-3).

Subgrupo E: Otras neoplasias.

Classification System for Human T- Lymphotropic virus type III/Lymphadenopathy-associated virus infections, MMWR 35: J34, 1986.

Cuadro 3-1. *Clasificación CDC.*

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

Sin laboratorio: Si las pruebas de laboratorio no pueden hacerse o los resultados no son concluyentes y el paciente no tiene otra causa de inmunodeficiencia, cualquiera de las siguientes enfermedades adecuadamente diagnosticadas, indica SIDA.

- Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis con diarrea mayor de un mes.
- Citomegalovirus en un órgano diferente de hígado, bazo o ganglio linfático, en un paciente mayor de un mes.
- Herpes simplex causando úlceras mucocutáneas que persistan más de un mes; bronquitis, esofagitis o neumonitis en un paciente mayor de un mes de nacido.
- Sarcoma de Kaposi en pacientes menores de sesenta años.
- Enfermedad diseminada causada por Mycobacterias no tuberculosas: *M. avium*, *M. kansasii*.
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Toxoplasmosis del cerebro en pacientes mayores de un mes.

Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 36:35, 1986.

Cuadro 3-2. Definición de caso de SIDA- CDC, 1987.

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

Con evidencia de laboratorio de infección VIH; Descartadas otras causas de inmunodeficiencia y con una prueba positiva para el VIH las siguientes entidades definen diagnóstico de SIDA:

- Todas las enumeradas en el cuadro 3-2.
- Encefalopatía por VIH (demencia).
- Histoplasmosis diseminada en sitios diferentes a pulmón o ganglios cervicales.
- Isosporiasis con diarrea mayor de un mes de evolución.
- Sarcoma de Kaposi a cualquier edad.
- Linfoma primario del cerebro a cualquier edad.
- Otros linfomas no Hodgkin de células B o de fenotipo desconocido.
- Enfermedad causada por *Mycobacterias* no tuberculosas, diseminada o en un órgano diferente a pulmón, nodulos linfáticos cervicales o hiliáres.
- Enfermedad causada por *M. Tuberculosis* que comprometa, al menos, un sitio extrapulmonar.
- Septicemia recurrente por *Salmonella* no typhi.
- Síndrome devastador por VIH; Enfermedad de SIRM.

Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 36:35, 1987.

Cuadro 3.3. Definición de caso de SIDA. CDC. 1987.

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

4. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN Y FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR VIH.

Los únicos reservorios naturales del VIH son los tejidos de los individuos infectados; no se ha establecido su existencia en especies animales, aire, agua, suelo o alimentos. El VIH se ha identificado en casi todos los líquidos orgánicos de los individuos seropositivos, como partícula libre o en el interior de células infectadas; sin embargo su concentración varía para cada tejido, para cada individuo infectado y para los diferentes momentos de la infección.

Los tejidos contaminados que presentan una mayor concentración de formas virales infecciosas parecen ser, en su orden: la sangre, el semen, las secreciones vaginales y las secreciones inflamatorias. En estos tejidos el virus se encuentra especialmente en el interior de los linfocitos infectados y de los macrófagos. Por su alto contenido de glóbulos blancos, la sangre se considera el tejido de mayor potencial contaminante. En el líquido cefalorraquídeo el VIH se encuentra en forma de partículas libre. También ha podido demostrarse la infección de astrocitos, oligodendrocitos, promielocitos, linfocitos B, células de Langerhans, endotelio capilar y células enterocromafines de colon y recto (Vélez, H. y cols., 1973).

Se considera que las enfermedades de transmisión sexual de carácter inflamatorio o ulcerativo facilitan la transmisión del VIH haciendo más infectante al portador y más susceptible al infectado que las padezca, pues producen lesiones abiertas y acúmulos de macrófagos y linfocitos que facilitan la entrada y salida del virus.

El VIH también ha podido identificarse en bajas concentraciones en saliva, sudor, lágrimas, orina, leche y otras secreciones y tejidos de personas infectadas, por lo cual estas fuentes son poco eficientes para transmitir el virus. No se ha establecido el tiempo de supervivencia del VIH fuera del organismo; se considera que este período depende de las condiciones ambientales que influyen sobre la estructura viral.

Al igual que todos los virus, el VIH carece de medios de locomoción. Para que haya transmisión es indispensable que el virus viable, procedente de un individuo infectado, atraviese las barreras naturales de un sano y penetre en sus tejidos (Vélez, H. y cols., 1973).

TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH.

El contagio a través del contacto sexual íntimo constituye actualmente el principal mecanismo de diseminación de la epidemia en todo el mundo. Sin embargo, no todo contacto sexual es igualmente efectivo para transmitir el VIH, pues el riesgo particular depende de dos factores independientes: La probabilidad del individuo sano de exponerse a una pareja infectada y la probabilidad del infectado de transmitir la infección.

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA"

La infectividad de los seropositivos es variable, pudiendo ser mayor durante las primeras semanas de la infección y tardíamente, cuando empieza a manifestarse el deterioro inmunológico. Otras observaciones sugieren también que la eficiencia del contacto sexual, como medio de transmisión, pudiera relacionarse con el tipo de contacto, con su frecuencia y con los niveles de antigemia viral del infectado en el momento del contacto.

El coito anal, especialmente para quien actúa como receptor pasivo, se considera la conducta sexual de mayor riesgo para adquirir el VIH. Su eficiencia como mecanismo de contagio se ha explicado en relación con la producción de microlesiones de la mucosa rectal durante la penetración, la susceptibilidad de las células del recto para dejarse infectar y su exposición directa a altas concentraciones de linfocitos y macrófagos infectados presentes en el semen (Vélez, H. y cols., 1993).

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

Se han descrito algunos casos aislados de infecciones que pudieran corresponder a la exposición oral al semen o secreciones genitales de personas infectadas; estas observaciones hacen pensar que el sexo orogenital podría constituir un mecanismo de transmisión del VIH, aunque poco eficiente y de bajo riesgo.

Aunque se considera teóricamente posible, no ha podido demostrarse adecuadamente el contagio a través del beso o la saliva y los estudios apuntan más bien hacia su bajo riesgo. Los abrazos, los masajes, caricias o manipulaciones de los genitales, realizados sobre piel sana, no se han documentado como causa de infección y es muy poco probable que la transmitan.

Consistentemente se ha observado que el riesgo de adquirir el virus crece notablemente a medida que aumenta el número de contactos inseguros con parejas sexuales diferentes (Vélez, H. y cols., 1993).

CONTACTO HOMOSEXUAL.

No todos los homosexuales tienen el mismo riesgo de infectarse con el VIH. El riesgo de infectarse aumenta con el mayor número de parejas sexuales diferentes en meses previos al contagio y con la mayor frecuencia del coito anal pasivo.

CAPITULO 2 * INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA*

Entre los varones homosexuales el contacto orogenital no se ha podido documentar como causa de infección por el VIH. Sin embargo, los estudios no son concluyentes aún y se considera que el sexo oral no protegido, que expone al varón homosexual al semen y secreciones potencialmente contaminados de su compañero, es una práctica insegura, especialmente para quienes practican la fellatio activa; el riesgo de esta práctica puede ser mayor si hay eyaculación, dependiendo también de la concentración de partículas infectantes en las secreciones genitales de la pareja, de la presencia de lesiones en los genitales y en la cavidad oral.

Se ha observado que el uso correcto del condón durante los contactos íntimos disminuye notablemente la incidencia de infectados entre grupos de homosexuales que continúan sexualmente activos y los fracasos se han explicado por un uso inadecuado o intermitente del preservativo.

El contacto homosexual entre mujeres se considera de muy bajo riesgo. En algunos pocos casos documentados hasta la fecha, se ha sugerido que la exposición oral a fluidos vaginales de la pareja infectada podría haber sido la fuente de contagio; en los casos descritos se sospecha la exposición a sangrado vaginal traumático (Vélez, H. y cols., 1993).

CONTACTO HETEROSEXUAL.

Entre los individuos que mantienen una actividad heterosexual, la seroconversión se ha asociado con el número de parejas diferentes contactadas en el período. Mientras mayor sea el número de nuevas parejas, mayor es la probabilidad de infección (Vélez, H. y cols., 1993).

Probablemente haya múltiples factores que influyan en la infectividad de una persona contagiada por VIH o en la susceptibilidad de otra sana (Cuadro 4-1). Es de suma importancia comprender estos factores para diseñar intervenciones de salud pública que disminuyan la frecuencia de transmisión heterosexual de VIH (Merle, S. y Volberding, P., 1994).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

Factores de infectividad

Infección por VIH avanzada
Infección por VIH temprana
Otras enfermedades venéreas
Tratamiento antirretroviral (puede disminuir la infectividad)

Factores de susceptibilidad

Enfermedad genital ulcerativa
Otras enfermedades venéreas
Falta de circuncisión (varones)
Relación sexual traumática
Desfloración
Ectopia cervical
Anticonceptivos orales

Cuadro 4-1. Factores que pueden influir en la transmisión heterosexual de VIH*

* Se considera que todos los factores enumerados incrementan la susceptibilidad a infectividad, a menos de que se especifique otra circunstancia (Merle, S. y Volberding, P., 1994).

El coito vaginal y el anal han demostrado ser mecanismos efectivos de transmisión del VIH entre la población heterosexual y explican la mayoría de los casos nuevos en este grupo. Entre los contactos heterosexuales el sexo oral se considera como un mecanismo plausible de infección pero su asociación con el riesgo de seroconversión tampoco ha podido documentarse suficientemente, por lo que se considera un mecanismo de bajo riesgo.

El uso de condón reduce notablemente, pero no elimina, el riesgo de transmisión heterosexual, y se considera que los fracasos puedan deberse a una utilización inadecuada del mismo (Vélez, H. y cols., 1993).

Datos provenientes de África occidental sugieren que la infección por HIV-2 se disemina de manera más lenta que la infección por VIH-1, aún en áreas en donde el VIH-2 es el virus prevalente, la razón de esta observación no es clara. Debido a que el progreso de la enfermedad por VIH-2 es más lento que por VIH-1, la proporción de sujetos infectados por VIH-2 con enfermedad avanzada es baja, de lo cual resulta un menor índice de transmisión; En forma alternativa, el VIH-2 podría ser menos transmisible que el VIH-1 (Merle, S. y Volberding, P., 1994).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA"

TRANSMISIÓN IATRÓGENA DEL VIH.

Se ha descrito infección iatrógena de pacientes a través de la exposición a transfusiones, inseminaciones artificiales, hemodiálisis, trasplantes, inyecciones intramusculares e intravenosas, acupuntura e instrumentos con equipos contaminados de sangre.

TRANSMISIÓN TRANSFUSIONAL.

La transfusión de sangre o derivados sanguíneos provenientes de un infectado constituye para el receptor un medio supremamente eficiente de contagio. Se ha demostrado que los receptores de productos sanguíneos pueden adquirir el VIH al recibir sangre total, glóbulos rojos empacados, plaquetas, plasma o crioprecipitados, procedentes de donantes infectados.

Una sola transfusión contaminada puede ser suficiente para infectar al receptor; sin embargo, el riesgo de los individuos se aumenta con el número de transfusiones requeridas, con el tipo de producto sanguíneo recibido, con la prevalencia de infectados entre la población de donantes y con las deficiencias de la red de hemoterapia. La necesidad de transfusión convierte en grupos de riesgo a los hemofílicos, los politransfundidos, las víctimas de la violencia, los candidatos a cirugía y algunos obstétricos.

Alrededor de un 82% de los receptores de productos sanguíneos contaminados con el VIH pueden desarrollar la infección. El riesgo del receptor depende también de la prevalencia de infección entre los donantes, lo cual puede reducirse marcadamente con medidas que promuevan la autoexclusión de personas de mayor riesgo. El tamizaje serológico de los productos sanguíneos reduce notablemente el riesgo de los receptores, pero no elimina totalmente, pues es incapaz de detectar donates en período de ventana inmunológica (Vélez, H. y cols., 1993).

TRANSMISIÓN AGENTE DE SALUD-PACIENTE.

A pesar de que se ha realizado el seguimiento de pacientes expuestos a la atención médica y quirúrgica de profesionales de la salud infectados por el VIH, hasta 1990 no se habían publicado ni comunicado casos de contagio de un trabajador de la salud a su paciente a través de las actividades asistenciales; desde esta fecha se han descrito dos fuentes de infección correspondientes a un odontólogo y un cirujano seropositivos que transmitieron el VIH en algunos de sus pacientes. Se considera entonces que el riesgo de transmisión a través de este mecanismo existe, pero es bajo.

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA"

OTROS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN IATRÓGENA DEL VIH.

Se ha demostrado la infección iatrógena de receptores a través del transplante de órganos y la inseminación artificial. Se recomienda entonces que los donantes vivos y los cadáveres cuyos órganos o tejidos son candidatos a transplante sean sometidos a tamizaje serológico, pues las pruebas comerciales de ELISA conservan su sensibilidad y especificidad frente a los sueros provenientes de cadáveres frescos. Se ha documentado la infección en pacientes dializados.

TRANSMISIÓN MADRE-HIJO.

La transmisión de la madre a su hijo durante la gestación se ha documentado como un mecanismo eficiente de contagio. La infección intraparto se considera posible, pero ha sido difícil distinguirla de la infección transplacentaria.

El VIH ha podido identificarse en las diferentes secreciones de la embarazada positiva, en el líquido amniótico y en los tejidos embrionarios y fetales desde períodos tempranos del embarazo. El riesgo de infección del producto de la gestación varía entre 20 y 70% para diferentes series, aceptándose que oscila alrededor del 50%. Esta probabilidad es mayor cuando la gestante presenta bajo recuento de linfocitos CD4, cuando es sintomática o cuando ha tenido previamente otro niño infectado. El riesgo de infección neonatal no varía con el hecho de que el parto ocurra o no por cesárea. En la práctica se considera que la mitad de los hijos de madres infectadas por el VIH nacurán también infectados; por esta razón a las mujeres seropositivas para el VIH y las compañeras de cónyuges seropositivos, deben ser instruidas sobre el alto riesgo de procrear hijos infectados.

El VIH ha sido también aislado de leche materna y hasta la fecha se han documentado algunos casos de transmisión al lactante por esta vía, a partir de madres infectadas en el posparto. Sin embargo, la eficiencia de este mecanismo está aún en discusión, considerándose que para los países no industrializados la supresión de la lactancia materna genera riesgos mayores sobre la salud de la población infantil.

El curso de la infección entre estos niños es más agresivo y severo que entre los adultos (Vélez, H. y cols., 1993).

Los niños no infectados nacidos a de madres seropositivas pueden retener los anticuerpos maternos adquiridos pasivamente de 6 a 18 meses. Los niños expuestos quizá no se identifican como infectados debido a síntomas inespecíficos o a la muerte por causas independientes del VIH.

En contraste con HIV-1, la transmisión perinatal de VIH-2 se considera rara, aunque en África occidental se han documentado varios casos de infección por VIH-2 de transmisión perinatal que progresaron a SIDA.

CAPITULO 2 * INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA*

El Grupo de Estudios Clínicos del SIDA tiene un protocolo para evaluar si el tratamiento con zidovudina de los recién nacidos y de las madres durante el embarazo disminuye la transmisión. Sin embargo, existen varios informes de casos de transmisión vertical de VIH de madres que toman zidovudina (Merle, S. y Volberding, P., 1994).

TRANSMISIÓN PARENTERAL POR OBJETOS CONTAMINADOS CON EL VIH.

Se ha demostrado que la exposición parenteral a material contaminado con el VIH es un mecanismo efectivo de infección. La transmisión parental es un mecanismo especialmente importante entre usuarios de drogas ilegales intravenosas, asociándose con la frecuencia de los pinchazos y el hábito de compartir jeringas o agujas previamente utilizadas por otros farmacodependientes.

Los usuarios de drogas venosas constituyen también un grupo importante en la diseminación de la infección a la población heterosexual, pues pueden presentar dificultades para mantener una relación estable, establecer contactos indiscriminadamente, o recurrir a la prostitución para conseguir la droga.

El uso de alcohol y otros psicoactivos ilegales de uso no parental, también se asocia con un mayor riesgo de infección, por favorecer y mantener la exposición a contactos sexuales inseguros.

INFECCIÓN OCUPACIONAL.

La exposición profesional, por vía parental o mucosa, a la sangre de pacientes infectados por el virus del SIDA, se ha documentado, específicamente, como un mecanismo eficaz de contagio. La frecuencia de exposición accidental de los agentes de salud al VIH, depende de su profesión básica, de su actitud hacia la bioseguridad y de las condiciones del oficio.

Entre los trabajadores de la salud, la exposición a sangre es el único mecanismo documentado de infección ocupacional por el VIH; no se ha demostrado transmisión ocupacional por exposición a otro tipo de secreciones o tejidos diferentes a la sangre.

A pesar de la exposición a sangre y secreciones que ocurre durante las maniobras de reanimación de heridos, las evidencias en favor de este mecanismo de contagio son excepcionales y su riesgo, aunque pausable, se considera relativamente bajo para la persona que realiza la asistencia.

En términos generales, el riesgo de infección entre quienes atienden la salud de los infectados se estima en menos del 1% y se considera estadísticamente igual a la de la población en general. A pesar de lo anterior, la sangre y las secreciones de cualquier paciente deben considerarse potencialmente infectantes mientras se demuestre lo contrario (Vélez, H. y cols., 1993).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

5. DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

El diagnóstico de infección con el Virus de inmunodeficiencia Humana se basa en la demostración del virus, sus productos o los anticuerpos que el infectante produce contra las distintas proteínas virales; puede hacerse de diversas formas y por métodos muy variados, cada uno con sus ventajas, limitaciones e indicaciones específicas, según la disponibilidad comercial, adaptación al lugar de trabajo y el nivel de complejidad técnica.

Los métodos diagnósticos pueden dividirse en tres grupos:

a) *Detección del virus completo o sus proteínas:* cultivo y detección de AG P24.

b) *Detección de anticuerpos contra el VIH:* ELISA, aglutinación, inmunofluorescencia, Western-Blot.

c) *Detección del genoma viral:* hibridación, sondas genéticas (Vélez, H. y cols., 1993).

INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS

Las pruebas empleadas para este diagnóstico indican contacto anterior con el VIH, es decir, *infección*, no hablan de enfermedad ni pronóstico; el diagnóstico de SIDA es clínico y se hace con base en la definición de caso de SIDA del CDC y una prueba positiva para el VIH.

INDICACIONES DE UNA PRUEBA PARA VIH

Las pruebas para el VIH tienen 3 indicaciones específicas:

1. **RIESGO EPIDEMIOLÓGICO:** Cuando exista riesgo de haber estado en contacto con el virus; esta información sólo puede suministrarla el paciente, asesorado por el agente de salud; por esta razón no hay ninguna justificación para ordenar una prueba a un paciente consciente, sin decirle cuál es el examen que se le va a ordenar. Siempre la interpretación de una prueba para VIH, positiva o negativa, debe hacerse a la luz del criterio epidemiológico. En este grupo deben considerarse:

- Personas promiscuas.
- Personas dedicadas a la prostitución.
- Compañeros sexuales de drogadictos intravenosos o de personas promiscuas.
- Drogadictos intravenosos.
- Trabajadores de la salud que hayan tenido un accidente por instrumento cortopunzante contaminado con sangre o exposición de mucosas a sangre.
- Personas con enfermedades de transmisión sexual.
- Embarazadas que refieran riesgo por promiscuidad propia o de sus compañeros.
- Neonatos hijos de madre infectada.

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

- Personas transfundidas entre 1978-1985 o hasta el momento en el cual se dispuso de sangre y hemoderivados analizados.

2. INDICACIÓN CLÍNICA: Cuando el médico sospeche que el cuadro clínico es compatible con un caso de SIDA o alguna de las manifestaciones de la infección VIH. Entre ellas deben destacarse:

- Todas las enfermedades descritas como caso de SIDA por el CDC.
- Candidiasis crónica o recurrente.
- Linfadenopatía generalizada.
- Demencia o encefalopatía inexplicable.
- Fiebre o diarrea crónica inexplicable.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Tuberculosis.

En todos los casos debe corroborarse el riesgo epidemiológico.

3. INDICACIÓN ETICO-LEGAL: Esta indicación se refiere al análisis de donantes de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante. Es el único caso donde el análisis puede hacerse sin consentimiento del paciente, también aquí aporta mucho el conocimiento del riesgo para evitar obtener sangre que pueda ser positiva (Vélez, H. y cols., 1993).

DEFINICIONES

SENSIBILIDAD DE UNA PRUEBA: Es la probabilidad de que a una persona que tenga anticuerpos al VIH le resulte positiva la prueba de laboratorio.

ESPECIFICIDAD DE UNA PRUEBA: Es la probabilidad de que a una persona que no está infectada con el VIH tenga una prueba negativa.

VALOR PREDICTIVO DE LA PRUEBA: El valor predictivo positivo de una prueba es la probabilidad que una persona con una prueba positiva para el VIH, realmente esté infectado. El valor predictivo negativo se refiere a la probabilidad de que alguien con una prueba negativa no tenga anticuerpos VIH. El valor predictivo varía con la prevalencia de la infección en el grupo analizado (Vélez, H. y cols., 1993).

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA EL VIH

1. CULTIVO DEL VIRUS.

Los métodos empleados para el cultivo han estado restringidos a la investigación y requieren ser realizados con estrictas condiciones de seguridad y equipos adecuados.

En general el cultivo se realiza utilizando células mono-nucleares normales de sangre periférica con factor de crecimiento de cel T, interleuquina 2, para estimular el crecimiento de la célula T; el cultivo se monitoriza por pruebas de transcriptasa reversa o antígeno p24, para detectar la presencia de VIH.

CAPITULO 2 * INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA *

El aislamiento viral ha permitido determinar el papel de los distintos líquidos en la transmisión de la infección, ha verificado la etiología de las observaciones clínicas como la demencia y ha permitido probar los antivirales y la virulencia de las cepas. Sin embargo, esta herramienta tiene poco uso como prueba diagnóstica; tiene utilidad en la práctica clínica en el diagnóstico en el recién nacido, ya que los anticuerpos son pasados por la madre infectada, anulando el valor diagnóstico de la prueba serológica en los primeros meses de vida, y en la evaluación del pronóstico clínico dado que el paciente que se acerca a la fase linal tiene altos títulos de virus circulante. Esta prueba no tiene una buena sensibilidad, por ello sólo los resultados positivos son útiles (Vélez, H. y cols., 1993).

2. DETECCIÓN DE ANTÍGENO p24.

Conociendo la dinámica del antígeno p24 en la infección VIH se puede establecer que encontrarlo positivo indica una infección aguda o una fase terminal porque sólo está libre cuando excede la cantidad de anticuerpo específico, hecho que implica replicación viral activa.

Se han desarrollado pruebas de tercera generación que detectan este antígeno, capturándolo con un anticuerpo VIH, monoclonal o policlonal por técnica de ELISA. Cuando una muestra es rápidamente reactiva, debe probarse su especificidad por una neutralización; se pone la muestra en contacto con anticuerpos anti-VIH y se repite la prueba de antígeno, si se reduce en 50% o más el valor de la absorbencia (OD), comparado con la primera prueba, el resultado es específico.

Esta prueba está indicada para detectar la presencia del virus en cultivos, para diagnóstico del recién nacido hijo de madre infectada, para control de la terapia antiviral y como un indicador de progresión de la enfermedad, ya que su presencia se correlaciona con un incremento en la replicación viral y la reaparición en circulación precede el síndrome en unos meses; la presencia de antígeno en líquido cefalorraquídeo se ha asociado con encefalopatía por VIH. En infección aguda es menos sensible que el cultivo (Vélez, H. y cols., 1993).

3. DETECCIÓN DE ANTICUERPOS.

Los anticuerpos detectados por la mayoría de las pruebas son totales, especialmente tipo IgG, y están dirigidos contra proteínas específicas del virus.

Pruebas de primera generación: Las técnicas iniciales, llamadas de "primera generación", usaron antígeno obtenido por cultivo del virus en células humanas; el antígeno parcialmente purificado se una a una fase sólida, según la técnica así:

- ELISA: Microplatos o perlas de poliestireno.
- Aglutinación: Partículas de látex (látex),
Partículas de gelatina,
Eritrocitos sensibilizados
(Retrocell).

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

Una vez se le agrega la muestra problema a la fase con antígeno, se produce la reacción ag- ac; después de un tiempo de incubación y lavado, se agrega una anti-globulina humana marcada con una enzima, que se expone a un sustrato y se produce color, proporcional a la cantidad de anticuerpos fijados; si el paciente no tiene anticuerpos VIH no se produce color y a más positividad de la muestra mayor intensidad de color.

Todas las técnicas se trabajan con controles conocidos, positivos y negativos y un resultado positivo indica un valor de densidad óptica superior al promedio de positivos y negativos (Cutoff). Algunas pruebas de ELISA emplean un sistema de inhibición competitiva y la reacción de color es inversamente proporcional al Cutoff; es decir, los resultados positivos son los que tengan un valor menor que el Cutoff.

Estas técnicas detectan anticuerpos totales, sin especificar a cuáles proteínas del virus, se conocen como *pruebas presuntivas* y se emplean en tamizaje en grupos de riesgo y en bancos de sangre. Las diferentes pruebas de ELISA empleadas han demostrado una sensibilidad entre el 97.2- 100%, una especificidad del 95.6-100% y un valor predictivo positivo en población de alto riesgo de 97.3% y de sólo 10% en población de bajo riesgo, como los donantes de sangre.

El resultado positivo de una prueba de ELISA debe repetirse en una segunda corrida con el mismo suero y por duplicado, esto permite tener tres resultados, ante dos resultados positivos debe recurrirse a una prueba confirmatoria, antes de dar ninguna información al paciente.

Falsos positivos: Por ser producidas en cultivo de células humanas presentan falsos positivos, reacción inespecífica de anticuerpos de la muestra con antígenos de las células del cultivo que hayan quedado fijados, es la consecuencia de la reacción cruzada con antígenos HLA-II. Resultados falsos positivos se observan por anticuerpos circulares al HLA, a antígenos celulares y nucleares y por ello se observan, especialmente, en pacientes con enfermedades autoinmunes, con trastornos mieloproliferativos, en mujeres multiparas y en personas multitransfundidas. Otras causas de falsos positivos se deben a diferencias en los lotes producidos, a reacciones inespecíficas en drogadicitos intravenosos, en pacientes con enfermedad hepática alcohólica, a la inactivación de los sueros por calor, a los procedimientos de congelación y descongelación y a los errores técnicos, especialmente un lavado inadecuado. Las reacciones falsas positivas son un problema mayor en poblaciones de bajo riesgo que en las de alto riesgo; un ELISA con una especificidad de 99.8% puede generar 20 falsos positivos en 10,000 pruebas.

Falsos Negativos: También pueden producirse resultados falsos negativos, principalmente durante la infección aguda cuando aún no hay anticuerpos detectables (Vélez, H. y cols., 1993).

Pruebas Segunda Generación para Anticuerpos: Las glicoproteínas virales codificadas por el gen gag y por el gen core, tanto del VIH-1 como del VIH-2 se ha obtenido por esta nueva tecnología para producir estuches

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

que detectan anticuerpos específicos por ELISA, Látex, Microelisa, etc. Los péptidos sintéticos parecen ser más sensibles y específicos que las proteínas recombinantes porque no están contaminados con proteínas de bacterias o células animales.

Las pruebas de segunda generación son más sensibles y específicas que las primeras debido a que los antígenos blanco de la prueba no están contaminados con enzimas o proteínas humanas, como en los antígenos obtenidos de lisados de cultivo. Ofrecen muchas ventajas como detectar proteínas individuales, anti gp41, anti gp120, anti p24 y además permiten saber si la infección es por VIH-1 o el VIH-2. Por detectar proteínas virales individuales y su excelente especificidad, podrían reemplazar las pruebas confirmatorias como W.B; además de estas ventajas la facilidad y rapidez de pruebas como la de látex que demoran 5 minutos, permiten disponer de ellas en lugares con pocas condiciones técnicas y donde el volumen diario de muestras no hace posible realizar pruebas de ELISA.

Una desventaja frente a las primeras es que los antígenos difieren de las proteínas nativas del virus por ser solo una porción del gen, esto podría causar una limitada reacción cruzada con las variantes del VIH ya mencionadas, ocurren frecuentemente (Vélez, H. y cols., 1993).

PRUEBAS CONFIRMATORIAS: Las muestras con resultados repetidamente reactivos para VIH deben ser analizadas por una prueba de mayor especificidad como se ha mencionado. Pruebas tradicionales, aceptadas como confirmatorias, son:

Western-Blot: Es una técnica de electrotransferencia ligada a una enzima. Permite la detección de anticuerpos individuales contra todas las proteínas del virus, separándolos por sus pesos moleculares. El virus obtenido por cultivo y parcialmente purificado es fraccionado por electroforesis de proteínas en un gel de poliacrilamida y transferido a un papel de nitrocelulosa. Las tiras de papel con las bandas de proteína ligadas se ponen en contacto con la muestra problema, si esta tiene anticuerpos VIH, estos se unen a la proteína específica ligada en el papel; seguidamente se procede como en un ELISA para visualizar la reacción y analizar el tipo de bandas productivas.

Con el fin de estandarizar esta técnica se han fijado criterios de positividad los cuales han variado con el tiempo; actualmente se acepta que un W.B es reactivo cuando presente al menos, dos bandas de las tres mayores: gp 41, gp 120, p24. Un W.B es negativo cuando no tiene ninguna banda específica para el VIH y es indeterminado cuando muestra una o más bandas pero no las requeridas para llenar la definición de reactivo.

Esta técnica tiene una sensibilidad y especificidad mayor del 99% y por ello es útil para confirmar los resultados repetidamente reactivos por ELISA. Los resultados indeterminados del W.B se producen especialmente por su mayor sensibilidad a las proteínas del core, dando reacción cruzada con otros retrovirus; También se han informado falsos positivos con una

CAPITULO 2 * INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA *

frecuencia de 1 por cada 20.000 pruebas y explicados por la presencia de antígenos celulares inespecíficos en el lisado del cultivo. Los falsos negativos, generalmente por infección reciente, se han estimado en 1 por cada 250.000 pruebas; es preciso recordar que la fecha del W.B. trabaja con el VIH-1, lo cual tiene implicaciones en la interpretación del resultado, especialmente si desconocemos la prevalencia del VIH-2 en la región.

Imunofluorescencia: Considerada como una prueba confirmatoria, detecta anticuerpos totales contra el VIH y utiliza células infectadas; la muestra se incuba con las células fijadas a una placa y la reacción ag-ae se detecta por una antiglobulina humana marcada con fluorescencia.

El método se ha considerado tan sensible y específico como el W.B. pero puede ser subjetivo en su interpretación y no es fácilmente disponible a nivel comercial (Vélez, H. y cols., 1993).

OTRAS PRUEBAS PARA Detección DE ANTIcUERPOS: Los desarrollos más recientes se han enfocado a la producción de pruebas de inmuno "blot", fijando en tiras de nitrocelulosa proteínas específicas, obtenidas por tecnología recombinante, generalmente p24, gp41, p31 y gp120; estas tiras son empacadas en estuches comerciales acompañados de sueros controles y se trabajan con una técnica de microelisa. La reacción se revela por la aparición de bandas separadas y muy bien delimitadas que se comparan con un patrón conocido.

La técnica es fácil, rápida y aunque aún no está completamente estandarizada se cree que tiene la misma sensibilidad y especificidad del W.B.

DETECCIÓN DEL GENOMA DEL VIH: En pacientes de riesgo para el VIH con cultivos y serologías negativas se intentó la hibridación molecular usando pruebas de DNA y células monoclonales no infectadas. La detección directa del DNA proviral en la célula hospedera fue poco sensible, por eso se intentó la amplificación del genoma por cultivo previo o por extracción y fijar el DNA en tiras de nitrocelulosa. Estas pruebas se realizan insertando fragmentos de genoma viral en plásmidos, los cuales se replican y posteriormente se extraen los fragmentos para marcarlos con un isotopo radioactivo; se extrae el DNA de las células monoclonales del paciente, se fija en tiras de nitrocelulosa y se intenta la hibridación con el fragmento marcado. Las tiras son entonces lavadas, secadas y expuestas a una película para buscar si hubo hibridación.

La técnica es compleja y demorada pero más sensible que el cultivo, detectando hasta una célula infectada por cada 10.000 analizadas. La reacción de polimerasa en cadena (PCR), una variante de la anterior, tiene la capacidad de detectar infección latente en pacientes con muy baja replicación viral, aún cuando todavía sean seronegativos.

Las indicaciones de esta prueba incluyen: confirmación de pruebas presuntivas, especialmente ante falsos positivos difíciles de aclarar; identificación de pacientes infectados seronegativos; diagnóstico antes de la seroconversión y en el recién nacido. Las desventajas, para

CAPITULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

países en desarrollo son principalmente el costo y la necesidad de equipos especiales (Vélez, H. y cols., 1993).

6. EL SIDA EN MÉXICO.

En nuestro país, el informe, descripción y análisis del SIDA, ha sido objeto de múltiples actividades académicas, clínicas, e incluso culturales. Ha sido, asimismo, tema permanente de actualización de las autoridades sanitarias y epidemiológicas del país; objeto de supervisión constante por parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; ha ocupado espacio en la prensa, tanto en las notas informativas, como en los comentarios editoriales y caricaturas; también ha sido tema de interés de programas radiofónicos y televisivos. El SIDA ha suscitado apasionadas polémicas entre diversos grupos de la sociedad, y los argumentos a favor o en contra de las medidas sanitarias adoptadas se han convertido en tema de discusión entre los grupos progresistas y los núcleos más conservadores de la sociedad mexicana de nuestros días.

En México, las medidas de prevención adoptadas han provocado una fuerte reacción en algunos sectores de la población, en las principales corrientes de opinión y en los grupos con prácticas de mayor riesgo, principalmente las comunidades de homosexuales. Dicha reacción se ha manifestado en los medios de comunicación, particularmente en la prensa.

Algunos estudios realizados en México, como las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAPI), han sido útiles para darse cuenta de la poca que se conoce sobre patrones de comportamiento sexual. En nuestro país, donde la drogadicción intravenosa no representa un problema de transmisión de importancia, las dos terceras partes de los casos femeninos se deben a transfusiones sanguíneas. Sin embargo, todo parece indicar que el aumento de casos entre la población de mujeres se ha dado de manera importante a través de la población bisexual masculina, que es, seguramente, más numerosa de la que se pensaba. Llama la atención el hallazgo de muchos hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres no se consideran a sí mismos homosexuales, cuando actúan como parte activa.

En encuestas realizadas en diversos grupos poblacionales se ha encontrado un marcado contraste entre el alto nivel de conocimientos sobre la enfermedad y sus formas de transmisión y de prevención, por una parte, y la falta de aplicación de esos conocimientos en las prácticas sexuales, por la otra. Es significativo que las personas entrevistadas no se perciben a sí mismas en riesgo de adquirir la infección de VIH, a pesar de incurrir en prácticas que, como ellos mismos saben, traen consigo un alto riesgo de transmisión.

En 1986 se creó en México el Comité Nacional de Prevención del SIDA, CONASIDA, con el objeto de evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH, así como de establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control;

CAPITULO 2 * INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA*

y coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas, teniendo en cuenta otros problemas prioritarios y los recursos de salud del país.

El Comité evolucionó, por la magnitud y complejidad del problema y la necesidad de impulsar el programa, hasta convertirse en un organismo descentrado de la Secretaría de Salud; el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, creado por decreto presidencial en agosto de 1988, conservando las siglas de CONASIDA.

Este organismo cuenta con la representación de diversas instituciones del sector salud y de los sectores público, social y privado, ya que se busca promover la interacción de los tres actores en juego, para lograr congruencia y consenso en las medidas que se adopten frente al padecimiento.

Desde abril de 1987, el SIDA se convirtió en nuestro país en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica; la notificación de los casos tiene carácter de obligatoria e inmediata. Una de las medidas de mayor efecto epidemiológico en el combate al SIDA consistió en prohibir la comercialización de la sangre. Además, se diseñó y puso en marcha una campaña educativa, con diversas estrategias, según el grupo de población al que fuera dirigida: homosexuales, prostitutas, población en general. La primera fase de la campaña se centró en tres formas de prevención: la práctica ideal de una relación monógama, el empleo del condón cuando no se tuviera una pareja estable y el uso de jeringas desechables. Se ha hecho particular hincapié en la prevención a través de la información. En estas campañas se ha contado con la participación de actores y deportistas profesionales, tanto en lo radio como en la televisión. Esta participación voluntaria y desinteresada muestra una de las muchas facetas que empiezan a surgir como respuesta al SIDA, de una sociedad que ha demostrado ser consciente y participativa.

La prevención del SIDA requiere que la comunidad la asuma como compromiso propio. La sociedad mexicana ha respondido con la creación y organización de grupos en asociaciones civiles y sociales; grupos de homosexuales y de gentes interesados en ofrecer su trabajo, para contribuir a que la enfermedad no continúe en expansión (Sepulveda, J., 1989).

SITUACIÓN EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA EN MÉXICO.

Es difícil caracterizar al SIDA en México de manera global, pues existen a lo largo del país regiones que, por la magnitud del problema y los patrones epidemiológicos que las distinguen, indican la existencia de diversas subepidemias. A pesar de ello, se puede afirmar que a nivel nacional y a lo largo del tiempo, la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia en cuanto a su magnitud:

- de 1983 a 1986 el crecimiento fue lento.
- de 1987 a 1990 fue de tipo exponencial.
- a partir de 1991 ha sido un crecimiento exponencial amortiguado, con una tendencia a la estabilización.

CAPITULO 2 " INFECCION POR VIH Y EL SIDA "

En cuanto a las características de las formas de transmisión y sus tendencias, en términos generales se puede decir que el SIDA en México se continúa heterosexualizando, ruralizando, y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control. Así, pasó de ser una epidemia predominantemente de hombres homosexuales y mujeres transfundidas, a ser cada vez más un padecimiento de transmisión heterosexual. De hecho en mujeres adultas la transmisión heterosexual corresponde actualmente a la mitad de todos los casos acumulados (50.2%), pero si se consideran los casos notificados durante los cuatro trimestres de 1990 y 1994, se observa que el porcentaje aumentó de 34.4% a 67.4% en esta categoría. La transmisión sexual en hombres sigue siendo predominantemente homo/bisexual, pero también ha aumentado la transmisión heterosexual.

La mortalidad por SIDA en hombres entre 25 a 44 años se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares y las tasas de mortalidad por esta causa son cada vez mayores. De hecho en 1992 fue la sexta causa de muerte en este grupo a nivel nacional y la cuarta en el Distrito Federal.

Hasta el 1° de enero de 1996, el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 25,746 casos. En los casos notificados durante el presente año se continúa observando retraso en la notificación. La estimación del número real de casos de SIDA en México es de 36,790 al corregir por subnotificación y retraso de notificación (Rico, B., 1996).

CUADRO 1

Casos Nuevos de SIDA por Año de Notificación
México, 1983 - 1995.

ANO	CASOS	TASA * DE INCIDENCIA	RAZÓN DE MASCULINIDAD	PORCENTAJE DE CASOS EN MUJERES
1983	6	0.08	0:0	0.0
1984	6	0.08	0:0	0.0
1985	29	0.4	14:1	5.9
1986	244	3.1	19:1	3.3
1987	518	6.4	11:1	8.1
1988	905	10.9	6:1	13
1989	1605	19.0	6:1	15
1990	2587	31.0	5:1	16
1991	3155	37.1	5:1	15
1992	3210	37.0	6:1	15
1993	5057	57.2	6:1	14
1994	4112	45.6	6:1	13
1995	4310	51.1	6:1	14.2
1983-1995	25746		6:1	14

NOTA: POR 1,000,000 DE HABITANTES

FUENTE: 1980-1989, Proyección programática realizada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

1990, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990/INEGI.

1991-1995, Proyecciones del Centro de Estudios en Población y

Salud/SSA.

CAPÍTULO 2 " INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA "

EDAD Y SEXO.

Durante los cuatro trimestres de 1990, 1994 y 1995 la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años. En estos grupos entre el 87.1% y el 88.0% de los casos correspondió a hombres. Del total de casos acumulados tanto en hombres como en mujeres en 1995, el 86.8% pertenece a estos grupos de edad, correspondiendo el 30.3% al grupo de 20 a 29 años; al de 30 a 39 años, el 38.6%, y al de 40 a 49 años, el 18.0% (Cuadro 2).

CAPITULO 2 "INFECCION POR VIH Y SIDA"

CUADRO 2

Casos de SIDA por grupo de Edad y Sexo
México, hasta el 1° de Enero de 1996

GRUPO ETAPEO	NUM. DE CASOS NOTIF. EN EL 4° TRIM. DE 1990			NUM. DE CASOS NOTIF. EN EL 4° TRIM. DE 1994			NUM. DE CASOS NOTIF. EN EL 4° TRIM. DE 1995			NUM. DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 4° TRIMESTRE								
										1990			1994			1995		
	MASC.	FEM.	TOT.	MASC.	FEM.	TOT.	MASC.	FEM.	TOT.									
0-1	5	5	10	6	2	8	7	5	12	13	11	24	22	11	33	25	15	44
1-4	5	4	9	3	2	5	1	0	1	29	18	46	9	5	14	7	14	21
5-9	4	0	4	2	2	4	2	0	2	9	2	11	5	6	11	14	9	23
10-14	5	0	5	3	1	4	3	1	4	9	1	10	10	4	14	14	3	17
SUBTOTAL	19	9	28	14	7	21	13	6	19	69	32	91	46	26	72	60	45	105
15-19	12	3	15	24	3	27	10	3	13	28	10	38	46	12	58	51	16	67
20-24	82	11	93	125	21	146	78	11	89	241	46	287	352	56	368	338	50	388
25-29	148	15	163	231	21	252	162	17	179	471	70	541	651	65	716	748	100	848
30-34	157	22	179	240	41	301	167	18	179	444	63	507	759	126	885	809	91	900
35-39	169	18	121	164	30	194	126	20	146	318	67	385	532	83	615	614	86	700
40-44	76	14	90	125	25	150	80	13	93	235	49	287	341	61	402	392	45	437
45-49	42	12	54	68	9	77	55	11	69	137	38	175	239	23	262	270	37	307
50-54	30	9	38	47	8	55	39	5	44	103	18	121	164	29	193	183	28	216
55-59	17	3	20	41	4	45	24	2	26	55	7	62	120	12	132	115	12	127
60-64	10	4	14	24	2	26	20	2	22	33	10	43	78	9	87	61	10	71
65-MAE	2	5	7	15	0	15	17	2	19	20	9	28	56	5	61	56	10	66
SUBTOTAL	681	113	794	1144	164	1308	775	104	879	2098	336	2474	3588	501	3857	2662	436	4147
N.O. DOCUM.	5	0	5	23	7	30	5	0	5	24	3	27	95	19	117	54	4	58
TOTAL	705	122	827	1181	178	1369	793	110	903	2171	421	2892	3502	546	4048	3776	534	4310

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA

CAPITULO 2 "INFECCION POR VIH Y SIDA"

Como puede observarse en el cuadro 3. Los resultados del análisis por tasa indican que los hombres están seis veces más afectados que las mujeres. Uno de cada 637 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad, en comparación con una de cada 4,425 mujeres de este mismo grupo; en el grupo de 35 a 39 años de cada 691 hombres se ha visto afectado, en comparación con una de cada 4,444 mujeres. La razón hombre/mujer es diferente según los grupos de edad. Para los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre 6 y 8 hombres por cada mujer afectada, mientras que es de 2:1 en el grupo de menores de 10 años (Rico. B. 1996).

CUADRO 3

Casos de SIDA por grupo de Edad y Sexo
México, hasta el 1° de Enero de 1996.

GRUPO ETAREO	NUM DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 1° DE ENERO DE 1996						TASA*			RAZÓN
	MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.	FEM	TOTAL	
	NUM	%	NUM	%	NUM	%				
< 1	131	0.6	87	2.4	218	0.8	129	80	109	2/1
1 - 4	127	0.6	91	2.5	218	0.8	31	23	27	1/1
5 - 9	9	0.4	49	1.3	144	0.6	18	10	14	2/1
10 - 14	96	0.4	27	0.7	123	0.5	18	5	12	4/1
SUBTOTAL	449	2.0	254	0.7	703	2.7	29	17	23	2/1
15 - 19	323	1.5	94	2.6	417	1.6	31	18	40	3/1
20 - 24	2229	10.1	415	11.4	2644	10.3	499	95	299	5/1
25 - 29	4554	20.7	602	16.5	5166	20.1	1252	167	712	8/1
30 - 34	4638	21.0	668	18.3	5306	20.6	1569	226	890	7/1
35 - 39	3402	15.4	530	14.5	3932	15.3	1446	225	826	6/1
40 - 44	2216	10.0	374	10.2	2590	10.1	1136	192	665	6/1
45 - 49	1516	6.9	253	6.9	1769	6.9	977	161	567	6/1
50 - 54	950	4.5	172	4.7	1162	4.5	795	135	460	6/1
55 - 59	639	2.9	96	2.6	735	2.9	639	21	356	7/1
60 - 64	35	1.6	57	1.6	412	1.6	450	67	251	6/1
65 - MAS	304	1.4	60	1.6	364	1.4	214	35	116	5/1
SUBTOTAL	21176	95.8	3321	91.0	24497	95.1	797	124	458	6/1
NO DOCUM	472	2.1	74	2.0	546	2.1				6/1
TOTAL	22027	100.0	3647	100.0	25746	100.0	923	87	306	5/1

* TASA POR 1000000 DE HABITANTES.

A través de este capítulo se ha revisado el tema del SIDA, desde los primeros casos de la misma enfermedad hasta la situación actual de la pandemia. Así como cuál es el virus causante de la enfermedad (Virus de Inmunodeficiencia Humana); la infección por el VIH y los signos y síntomas característicos del SIDA, y la clasificación de la enfermedad; los mecanismos de transmisión; el diagnóstico de la infección por el VIH, y finalmente la situación del SIDA en México. Todo ello con el objeto de tener un amplio conocimiento de la enfermedad para poder comprender mejor el padecimiento de los pacientes que se sometieron a la investigación.

CAPITULO 2 "INFECCION POR VIH Y SIDA"

El SIDA es una enfermedad de los últimos tiempos, que ha tomado por sorpresa al mundo entero, pues en poco tiempo se ha disipado a través de los diversos continentes, principalmente por transmisión sexual, siendo en un principio como se vio anteriormente una enfermedad propia de los homosexuales, los hemofílicos y los drogadictos, hasta pasar a ser una enfermedad que afecta a cualquier persona, sin distinguir edad, sexo, preferencia sexual o raza.

Los adelantos científicos de esta época han permitido, por una parte, delimitar los signos y síntomas del SIDA y por otra, el diagnosticar a través de diversas técnicas la infección por el VIH. También se ha logrado la creación de medicamentos que si, no curan el mal, sí han ayudado a propiciar una mejor calidad de vida a estas personas. Por lo mismo, no se ha descartado la idea de que pronto aparezca un sistema eficaz de cura para el SIDA.

Esta enfermedad no sólo se encuentra implicada con aspectos de la salud de una persona, sino que también se encuentra relacionada con aspectos psicosociales y con el autoconcepto de una persona que padece el SIDA o se encuentra infectada por el VIH como se verá en el capítulo siguiente.

CAPITULO 3

"ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

CAPITULO 3 * ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO*

1. ASPECTOS SOCIALES DEL SIDA.

En los años transcurridos desde la identificación del virus del SIDA, la epidemia ha afectado a todos los sectores de la sociedad y a todas las instituciones: familia, empresa, gobierno, ejército y comunidad en general; también ha influido profundamente en la práctica científica, médica y asistencia en el mundo entero.

Por la relación que tiene esta infección con la sexualidad, la sangre, las drogas ilegales y la muerte, el SIDA evoca temores y profundas inhibiciones en el ser humano, además de reacciones mezquinas e irracionales, ya que la identificación del virus y sus formas de transmisión, aún siendo científicamente demostradas, no son suficientes para disipar completamente la sensación de misterio y el temor de las personas.

Por su asociación con determinadas prácticas sexuales y su prolongado período de incubación, el SIDA ha modificado el ejercicio de la sexualidad, el amor y las relaciones humanas, suscitando gran cantidad de debates al respecto. La epidemia ha despertado en la sociedad la conciencia de que existen prácticas sexuales diferentes a aquellas para las cuales fue educada, produciendo en algunos una actitud abierta de comprensión o tolerancia, y en otros aumentando la aversión hacia quienes viven su sexualidad fuera de las normas culturales.

El consumo de drogas encuentra un terreno abonado en sociedades, donde los índices de desempleo son altos, la violencia, la falta de vivienda y el maltrato al menor son frecuentes; el uso de estas sustancias incrementa los riesgos de infección por VIH, al bloquear la capacidad del individuo para asumir decisiones de bajo riesgo y sitúa cada vez más lejos la meta de una sociedad en la cual se fomentan el respeto personal, la dignidad y la formación de individuos capaces de tomar decisiones para llevar una vida sana (Vélez, H. y cols., 1993).

El SIDA ha tenido, para la población general, connotaciones negativas, en tanto que el mayor porcentaje de los pacientes con el síndrome tiene o ha tenido relaciones homosexuales. Tener SIDA implica, de alguna manera, poner al descubierto una forma de vida que es habitualmente estigmatizada. Por otro lado, el contenido emocional asociado al calificativo "contagioso" hace que los pacientes enfrenten un rechazo que está determinado por la información que en la comunidad se tiene acerca de la transmisión del SIDA (Sepúlveda, J., 1989).

Los grupos con mayor proporción de casos de SIDA son los varones homosexuales y bisexuales, toxicómanos de drogas intravenosas, hemofílicos, receptores de productos hematológicos, y compañeros sexuales de personas en estos grupos; lo que los lleva al enfrentamiento de diversos aspectos.

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCION POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

Una característica del estilo de vida de varones homosexuales en medios urbanos es tener varios compañeros sexuales; aunque este patrón es común en algunas áreas y entre algunos individuos, no es la única forma en que los varones homosexuales se relacionan unos con otros; sin embargo, los que escogen el celibato o monogamia, con frecuencia son también estereotipados como "viviendo en la vida rápida". Los varones bisexuales tienen también riesgo de contraer SIDA y pueden haber estado desarrollando actividades homosexuales en secreto, manteniendo una posición decente.

Los toxicómanos de drogas intravenosas son menos notorios que la comunidad homosexual, pero también están sujetos a estereotipos, y no presentan cualidades que los absuelvan a los ojos de la gente; con frecuencia son pobres y provenientes de grupos minoritarios y situaciones sociales caóticas. No pueden abandonar por completo sus hábitos de autodestrucción, a pesar de los esfuerzos de familiares, amigos y profesionales de la salud. Los diagnósticos psiquiátricos son frecuentes entre toxicómanos del opio e incluyen depresión, alcoholismo, personalidad antisocial y trastornos de la cabeza y ansiedad (Rounsaville, Weissman, Kleber y Wilber, 1982, citados por Durham, J. y Lashley, F., 1990).

Los hemofílicos y receptores de productos hematológicos son vistos con frecuencia como "víctimas inocentes" del SIDA y considerados en una clase aparte de homosexuales y toxicómanos de drogas intravenosas. Sin embargo, debido a que el SIDA está estrechamente relacionado con el estilo de vida homosexual y uso de drogas, pueden también sentirse estigmatizados sin razón y no estar dispuestos a participar en las actividades de apoyo del SIDA disponibles en muchas comunidades.

Los niños con SIDA son considerados como "inocentes", pero tratados con el mismo temor que a los adultos con este mal. Los problemas de asistencia al colegio son notables (Durham, J. y Lashley, F., 1990).

Los factores sociales y psicológicos más prominentes en la epidemia del SIDA son por tanto el temor y el estigma; pues son la base de las respuestas devastadoras y discriminatorias que se han presentado en la sociedad, hospitales y profesionales de la salud, agencias de servicio social, gobierno federal y medios de comunicación. Los eventos incluyen rechazo a cuidar a estas personas; uso exagerado de técnicas de aislamiento; asignación de dinero federal "demasiado poco, demasiado tarde"; el incendio de celdas de prisioneros y la confinación solitaria de los presos sospechosos de tener SIDA; desalojo de vivienda; pérdida del trabajo; cancelación del seguro de salud; y abandono por familiares y amigos. Estigmatizar a otros, permite a las personas sentirse superiores, separados de las cualidades percibidas, y menos vulnerables (Strawn 1985 citado por Durham, J. y Lashley, F., 1990).

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

La evaluación del marco social puede ayudar a determinar el fondo a partir del cual se pueden desarrollar ciertos síntomas psicológicos en los pacientes infectados por VIH y enfermos de SIDA, de tal manera que se pueda tomar una actitud terapéutica adecuada que ayude a subsanar las fallas ejercidas por la sociedad en estos pacientes (Sepúlveda, J., 1989).

2. INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE EL DIAGNOSTICO.

Cuando se informa el diagnóstico al paciente es esencial comentárselo directamente. Por los informes y comentarios clínicos con pacientes es obvio que el evitar o diluir los hechos de su diagnóstico origina más dificultades para el ajuste y añade resentimientos y falta de confianza para el trato subsiguiente con los profesionales de la salud.

Muchos de los pacientes que reciben el diagnóstico de SIDA, complejo relacionado con el SIDA (CRS) o linfadenopatía generalizada persistente (LGP) habrán estado enfermos por algún tiempo y quizá hayan recibido comentarios anticipados de los médicos, en particular después de la atención que ha recibido este síndrome por parte de los medios de difusión. Para estas personas, el diagnóstico puede proporcionar un tipo de "alivio" sobre la inseguridad de su alteración prediagnóstica. La incertidumbre se enfoca en seguida sobre el futuro y los métodos de supervivencia. Para otros, la presencia y confirmación de los signos diagnósticos puede llegar de manera muy inesperada, quizá provocando las acciones que con frecuencia se señalan en pacientes con cáncer (Dilley y cols., 1985) y otras enfermedades terminales (Mann y cols., 1984). Ello se debe a que los diagnósticos de SIDA, CRS o LGP son considerados típicamente por los pacientes como terminales, sin importar la extensión de las infecciones o trastornos relacionados (Miller, O. y cols., 1992).

Para las personas a las que se les ha comentado que son seropositivas, es crucial recordar que no es lo mismo que tener LGP, CRS o SIDA. Ser seropositivo significa que se ha expuesto al virus y como resultado se infectó. Una persona en este estado puede describirse como "portador", aunque se presume que es infeccioso para otros a través de las vías conocidas con seguridad de actividades sexuales particulares, sangre y productos hematológicos y el embarazo. En consecuencia, ser seropositivo para VIH significa que tiene una infección, no una enfermedad o afección. Como tal, una prueba de anticuerpos positiva no es un diagnóstico, en el sentido de una enfermedad o afección diagnóstica. La prueba de anticuerpo simplemente proporciona una descripción de infección según estudios de laboratorio.

Cualquiera que sea la naturaleza de la noticia médica que se haya recibido, con frecuencia implicará incertidumbre y un gran choque, que será peor si no hubo indicios anteriores de afección o infección por VIH, o no se indicó que en realidad se estaba estudiando la sangre en busca de anticuerpos. La experiencia con muchas personas en esta situación sugiere que el estado de incertidumbre provocará un deseo de información sobre el padecimiento; además, que desde ese momento una

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

gran parte de ellas asumirán "automáticamente" que van a morir. Algunas han comentado que a pesar de tener muy pocos signos exteriores, o ninguno, de la afección, sienten como si su enfermedad fuera obvia para otros, como si la llevaran a manera de una insignia. Entonces se han aislado del mundo, tomando un papel del paciente con "una enfermedad terminal", hablando y comportándose en una forma que parezca reforzar su sensación de ruina y decadencia (Miller, D., 1989).

El paciente y el médico que se enfrentan al SIDA tienen que confrontarse con tres aspectos que van a determinar el curso de las actitudes de su trabajo y de su interacción. Estos son: la sexualidad, el contagio y la muerte. El significado de cada uno de estos tópicos hace referencia a situaciones socioculturales, psicológicas y médicas que involucran al individuo, a la familia, y a la comunidad (Sepúlveda, J., 1989).

INCERTIDUMBRE.

Para la mayoría de las personas seropositivas la incertidumbre es quizá el aspecto más difícil de la infección o de la enfermedad. Esta puede describirse en dos niveles generales. Primero, se relaciona con la incertidumbre que sienten los seropositivos sobre si en alguna época futura desarrollarán la enfermedad relacionada con su infección o si pueden hacer algo para evitarlo. El segundo nivel se refiere al progreso de la enfermedad una vez diagnosticada.

Al momento de recibir el diagnóstico o un resultado positivo de la prueba de anticuerpo, también es posible observar una gran incertidumbre sobre la reacción del mundo que rodea al paciente hacia su "nuevo" estado relacionado con VIH. Muchas personas han dicho que temen tanto a la respuesta de otros hacia ellos como las posibles consecuencias de una infección o enfermedad, este temor puede crear tanta miseria y sufrimiento psicológico como la infección en sí, en particular si saben que sus patrones, compañeros, amigos o amante son negativos en sus conceptos sobre SIDA y VIH.

La incertidumbre que sienten los pacientes también la experimentan quienes los cuidan y el personal de salud que los atiende. Múltiples estudios sobre quienes cuidan enfermos crónicos han mostrado que tienen índices mayores de depresión y ansiedad que los pacientes a quienes atienden. La razón es que también sufren la enfermedad, sólo que en realidad no la tienen.

En estudios estadounidenses se ha demostrado que las personas con enfermedad VIH crónica, pero sin SIDA, tienen índices mucho más elevados de sufrimiento psicológico y psiquiátrico que quienes ya saben que padecen SIDA. La razón es el mayor grado de incertidumbre sobre su futuro (Miller, D., 1989).

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

CHOQUE EMOCIONAL.

La primera reacción del individuo frente al diagnóstico es el choque o aturdimiento. Es este estado inicial se experimentan una gama de sentimientos y vivencias como el temor a revelar una orientación sexual, posiblemente oculta aún para el grupo social, con el consiguiente derrumbamiento de su imagen; el temor de afrontar una enfermedad asociada con conductas estigmatizadas; el temor al rechazo y abandono por parte de su familia, amigos y compañeros y el miedo ante la posibilidad del deterioro físico; todo ello lo lleva a pensar en el suicidio como la única solución del problema. Sin embargo, si al paciente se le proporciona apoyo y compañía por parte del equipo de salud, la familia y los amigos, así como una adecuada asistencia psicológica y médica, el suicidio quedará en la fantasía como una forma de alivio o de control de una enfermedad donde el pronóstico es muy incierto (Vélez, H. y cols., 1993).

Las personas en choque comentan típicamente sentirse confundidas y aturdidas. La mente parece estar en constante movimiento, quizá "afuera". En este estado es casi imposible elaborar bien una lista de prioridades, concentrarse o recordar las cosas con claridad.

Algunos se tornarán muy emocionales cuando reciben la noticia. Es posible, que comiencen a llorar y a "desbaratarse" o sean más agresivos, utilizando un lenguaje ofensivo e incluso la agresión física. Otros quizá respondan guardando silencio, aislándose y dejando de ser comunicativos. Tal vez parezca que se han "desconectado", dificultando a quienes los aman y al personal demostrarles que les interesan y están ahí para ayudarlos, cualquiera que sea la reacción de las personas, es importante recordar que están afrontando un problema que pone en peligro su vida.

El choque es así mismo un estado engañoso y confuso para quienes cuidan seropositivos y pacientes. Ello se debe a que no es posible predecir la forma en que aparecerán las reacciones del choque. Algunos parecen manejar muy bien la noticia al momento que se les comenta, sin signos particulares de sufrimiento externo; es posible que se "desbaraten" uno o dos días después, una vez que han comprendido el impacto y la importancia de la noticia (Miller, D., 1989).

A continuación se muestran algunas reacciones comunes al diagnóstico o a la infección, que fueron observadas por David Miller (1989), en los Estados Unidos:

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

EMOCIONALES

- Aterramiento/silencio "por aturdimiento"/incredulidad
- Confusión/distracción/Inseguridad sobre las circunstancias presentes y futuras.
- Negación ("no pueda ser cierto", "no hay que preocuparse, las cosas irán bien").
- Desesperación ("¡Oh, Dios mío, todo se ha arruinado!").
- Enjojo - hacia el personal de la salud, personas amadas, etc.;; por el impacto en la vida y las circunstancias.
- Temor - de dolor, muerte, incapacidad, pérdida de funciones corporales y mentales, pérdida de la confidencialidad y la privacidad.
- Culpa/autorescrimación - sobre la reacción de la infección o la enfermedad con la actividad sexual, ser homosexual o toxicomano.
- Ansiedad aguda y grave
- Labilidad emocional - pasar con rapidez y en forma no predecible del llanto a la risa (y viceversa).
- Tristeza y preocupación morbida - por el futuro, el trabajo, el amante, la esposa, la familia, la salud.
- Sospecha - sobre las acciones y conducta del personal, las personas amadas, quienes lo ayudan.
- Alivio - al conocer la causa de la enfermedad reciente.

CONDUCTUALES

- Llantó - episódico y a menudo imprevisible.
- Enjojo e irritabilidad - hacia cualquiera, a menudo "despertados" por hechos triviales e importantes (sea físicos, verbales o ambos).
- Aislamiento - distanciamiento de los problemas y circunstancias actuales; resistencia a participar en conversaciones, actividades o planes para tratamiento.
- Autodenigración - retirándose a sí mismo como "merecedor de esta plaga", "inservible", "sucio e indecente".
- Impulsividad - actuar sin pensar en las consecuencias.
- Revisión corporal - en busca de "signos" de mayor infección o deterioro físico.
- Interrogador - para tranquilidad, mayor información.

ALGUNAS REACCIONES DE CHOQUE EMOCIONAL COMUNES

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

INFORMACIÓN.

Por los comentarios con muchos pacientes ha sido obvio que recibieron tal choque por la noticia que no pudieron recordar o pensar claramente algún tiempo; en consecuencia, toda información que se les proporcionó en esa ocasión no se apreció plenamente ni se asimiló.

Sin embargo, muchas otras personas que esperaban se les dijera que eran seropositivos, o que padecían SIDA, han comentado que no se les ofreció información suficiente al momento en que confirmaron sus expectativas. Algunos han dicho que sus preguntas no se respondieron en aquella ocasión, o que la persona que les comentó la noticia "parecía tan apresurada que no quisieron molestarla". Otros se han quejado de que las preguntas se respondieron en un lenguaje médico que no comprendieron. Como resultado, fueron a su casa o permanecieron en el hospital en un estado de angustia y con los temores no resueltos acechándolos, an tanto intentaban aceptar la situación.

Lo anterior denota la necesidad que surge en el paciente tras recibir el diagnóstico o de recibir los resultados de su estado de salud con respecto al SIDA; por lo que es importante alentarlo a que comente o "ventile" sus inquietudes, preocupaciones o temores, ya que quizá se preocupe por preguntas para las que hay respuestas sencillas o directas (Miller, D., 1989).

3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH-SIDA.

La infección por VIH/SIDA representa en los pacientes una reacción catastrófica que pone a prueba su integridad psicológica; de esta integridad dependen la capacidad de superar la crisis, mantener una etapa de transición y establecer una resolución a dicha crisis. Esta reacción catastrófica está vinculada inicialmente con la pérdida de la salud y, por consiguiente, con la muerte (Sepúlveda, J., 1989).

Las reacciones del paciente frente al conocimiento de infección por el VIH o el diagnóstico de SIDA están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de la vida, como son edad, sexo, personalidad, religión, habilidades, antecedentes culturales, salud mental, estilo de vida e inteligencia; por aspectos sociales como la familia, las relaciones interpersonales y habilidades de comunicación y por aspectos relacionados directamente con la enfermedad, como el tipo de medicamentos que recibe, la presencia de las complicaciones clínicas, el tipo de seguridad social y la calidad de asistencia, deterioro físico y psicológico y el tiempo de sobrevivida (Vélez, H. y cols., 1993).

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

Las reacciones psicológicas de los pacientes varían de acuerdo a su historia y patología predominante antes de saberse infectados; sin embargo, existen rasgos de personalidad observables en la mayoría de ellos, como pueden serlo los depresivos y de ansiedad que aparecen asociados a las fases que Kübler Ross describe como propias del proceso que se presenta en pacientes con enfermedades terminales.

Kübler Ross señala un proceso presente en la mayoría de pacientes cuando son informados de padecer una enfermedad incurable y mortal. Estas fases también son perceptibles en pacientes infectados por VIH, aunque con algunos cambios; no hay que olvidar su calidad de asintomáticos, y por el momento, se desconoce si se convertirán en casos de SIDA (Sepúlveda, J., 1989).

Desde el momento de conocer su diagnóstico o resultado, el individuo pasa por diferentes estadios de adaptación que algunos autores han agrupado en cuatro períodos, así: crisis inicial, período de transición, de adaptación y preparación para la muerte.

El modelo propuesta por la Dra. Kübler-Ross describe estadios que no necesariamente siguen una secuencia rígida, sino que pueden repetirse, omitirse o aparecer en desorden (Vélez, H. y cols., 1993).

ESTADIOS PSICOLÓGICOS ANTE EL DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA.

ESTADIO DE NEGACIÓN.

Durante la negación, el paciente anula de su conciencia la realidad patológica que sufre, descrea la información que ha recibido y se resiste a mantener una condición de paciente que afecte su actual modo de vida. Es frecuente en esta etapa la actitud hipomaniaca y de exaltación que facilitan el proceso de negación (Sepúlveda, J., 1989).

La negación actúa como un mecanismo de defensa, protegiendo al individuo de acercarse a una realidad que en ese momento es cómica. Se manifiesta con preguntas tales como: "esto no puede estar sucediéndome a mí", "debe haber un error". En este período es posible que el paciente repita su examen en varios laboratorios y aún acuda a donar sangre, buscando encontrar un error en el diagnóstico (Vélez, H. y cols., 1993).

ESTADIO DE DEPRESIÓN.

El individuo entra en franca depresión, analizando sus pérdidas. La fórmula subjetiva es: "Lo he perdido todo, ahora el mundo no tiene sentido, estoy infectado". En este punto, la pérdida se debe a falta de suministros externos. En estos pacientes se observa que lo esencial es la carencia de suministros internos, y la fórmula es: "Lo he perdido todo porque no soy

CAPITULO 3 * ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO*

merecedor de nada, ni siquiera de vivir". Cuando los pacientes obtienen un resultado positivo, tratan de influir sobre las personas de su contorno para que les devuelvan la autoestima perdida, demostrando su desdicho y forzando su afecto. Así, existe una permanente necesidad de suministros afectivos que puedan elevar su autoestima, caracterizándose por su dependencia y su tipo, que consiste en la elección de una pareja, tendiendo a cambiar de compañía con frecuencia.

Los pacientes se empeñan en tener un "buen entendimiento", siendo incapaces de contribuir a ello, argumentando que "no son entendidos": se sienten desvalidos, sin esperanzas para un futuro próximo, sensación que suele ir en aumento cuando han tomado la decisión de no integrarse a ningún proceso terapéutico, junto a la posibilidad de perder su trabajo, casa, amigos, familia, pareja, etcétera. La mayoría de las veces son pérdidas que ellos han provocado por el monto de angustia y/o culpa que sienten respecto a la infección. Este aislamiento social aparece por periodos que varían desde un par de semanas después de saberse infectados, hasta meses o incluso años; el aislamiento social está íntimamente ligado con las relaciones de tipo afectivo que el paciente haya podido desarrollar y mantener a lo largo de su vida; se caracteriza por miedo injustificado de infectar a otros, lo que ocasiona que se alejen, evitando así cualquier tipo de contacto social normal.

A las pérdidas mencionadas se agrega la fantasía de los cambios que sufrirá su imagen corporal; dejarán de ser individuos sanos, atractivos, disminuirá su actividad sexual, habrán perdido la posibilidad de concebir un hijo y muy probablemente tendrán que enfrentarse o ya se enfrentaron a la pérdida de amigos que murieron o están próximos a morir por SIDA.

Aparece en algunos casos la homofobia como resultado de la culpa que sienten por haber infectado a otros, conciencia su condición de seropositivos. Algunos pacientes presentan ideas suicidas; estas no surgen en el momento de conocer el resultado positivo, sino que aparecen en el transcurso del tratamiento, cuando empiezan a morir por SIDA amigos o personas que creen haber infectado, o bien al percatarse de que son excluidos de la sociedad (Sepúlveda, J., 1989).

El infectado por el VIH/SIDA manifiesta con frecuencia apatía por actividades rutinarias, laborales y familiares, retraimiento, pérdida de la atención, la concentración y la memoria y alteración de las funciones neurovegetativas en general; el cuadro puede obedecer a una depresión reactiva o ser una manifestación primaria del VIH en el sistema nervioso central, todo ello se verá con mayor detenimiento más adelante (Vélez, H. y cols., 1993).

CAPITULO 3 * ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO*

ESTADIO DE IRA Y RABIA.

La ira supone la reacción de sentimientos de culpa que pueden favorecer la aparición de demandas asistenciales y terapéuticas que estén fuera del alcance de los recursos del paciente, que pueden motivar rupturas agresivas con la gente que los rodea, fundamentalmente en el caso de la familia y de sus médicos tratantes. El paciente en esta etapa debe tener la seguridad de que cuenta con un equipo de soporte que lo mantendrá con expectativas de manejo (Sepúlveda, J., 1989).

La rabia es un sentimiento que se presenta frecuentemente en estos pacientes y obedece a las múltiples pérdidas que tiene que afrontar el paciente.

En muchas oportunidades es manifestada contra el equipo de salud, contra familiares y amigos por no conseguir que adopten conductas protectoras frente a la infección; también puede manifestarse contra los programas preventivos por considerarlos ineficaces.

La rabia puede canalizarse también a través de la sexualidad, contaminando así a otras personas y contribuyendo a la expansión de la epidemia. Esta reacción puede verse minimizada si el infectado recibe apoyo, compañía y un trato cálido y amable por parte del equipo de salud, la familia y la sociedad (Vélez, H. y cols., 1993).

ESTADIO DE NEGOCIACIÓN.

Llega un momento en el que el infectado pacta con Dios, con el médico, con la enfermera, con el amigo o con el psicólogo, la ampliación de un período de vida útil para poder terminar las actividades inconclusas, alcanzar metas propuestas y terminar estudios o realizar viajes. El paciente vuelve así a retomar su actividad rutinaria, tanto física como intelectual (Vélez, H y cols., 1993).

ESTADIO DE ACEPTACIÓN.

El paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre el presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá nuevamente, dependiendo de su historia personal y patológica predominante, hacer cambios estructurales en su aparato mental que le permitirán incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentándose de una nueva manera los desafíos del mundo externo (Sepúlveda, J., 1989).

En este momento el paciente manifiesta la adaptación al diagnóstico hablando tranquilamente del proceso de enfermedad y muerte y de las cosas que ha tenido que organizar, como sociedades, testamentos, etc.

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

Este proceso psicológico va a ser alterado por el estado clínico: el asintomático hace este proceso mucho más lento que el enfermo, ya que no está confrontado por la aparición de síntomas (Vélez, H. y cols., 1993).

FASE DE ACEPTACIÓN A LA MUERTE.

Según Freud (citado por Vélez, H. y cols., 1993), no existe representación de la muerte en el inconsciente, ya que carecemos de una experiencia previa, negamos emocionalmente que tendremos que morir un día.

Vemos morir a otros, racionalmente sabemos que vamos a morir, pero al no poder imaginarnos la propia muerte, nos conducimos como si no pudiera ocurrir nunca como realidad inmediata.

Algunos terapeutas dan al infectado mensajes como "no se preocupe que todos vamos a morir" y minimizan el problema a la posibilidad de una muerte accidental, antes de la aparición del SIDA, desconociendo que, a raíz del diagnóstico, la realidad del infectado frente a la muerte es diferente a la realidad del terapeuta.

La muerte es intolerable mientras significa el fin de nuestra existencia individual, pero podemos reconciliarnos con ella y aceptarla si trascendemos de una u otra manera; por eso la persona profundamente creyente acepta la muerte, esto explica algunos comportamientos del paciente hacia las actividades religiosas y la asistencia a grupos de oración. Para algunas personas no basta la religiosidad convencional para despojarse de este temor, ya que sigue siendo un proceso totalmente desconocido. Igualmente las personas no creyentes, pero psicológicamente preparadas para esto, son capaces de aceptarla como parte del ciclo vital. Para otras personas será importante prolongar su existencia a través de obras, escritos, sus hijos, etc. Es recomendable la atención a pacientes infectados por VIH y que padecen la enfermedad del SIDA, por medio de las terapias con un enfoque existencialista, sobre todo de Víctor Frankel y Rollo May (Vélez, H. y cols., 1993).

Además de los estadios por los que puede atravesar un paciente infectado por VIH o que tiene un diagnóstico de SIDA; aparecen otras reacciones psicológicas, las cuales se presentan a continuación.

ANSIEDAD Y ESTRES.

La ansiedad y el estrés son inevitables en quienes padecen de infección por VIH o tienen un diagnóstico de SIDA. Los estrés que afronta cualquiera en una situación que pone en peligro la vida son múltiples y con frecuencia muy complejos. No necesitan surgir simplemente de la forma en que se sienten las personas sobre su salud; en ocasiones, otros generarán o contribuirán al estrés por la naturaleza de sus reacciones personales. Por ejemplo, el temor y el rechazo pueden contribuir de una manera

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

inmensurable a los cargos prácticos, físicas y emocionales de los pacientes. Las personas con SIDA y VIH a quienes se les ha preguntado sobre sus ansiedades han comentado los siguientes puntos:

- El riesgo de infección que ellos implican para otros y que otros representan para ellos.
- Hostilidad y rechazo social, profesional, doméstico y sexual.
- Ser abandonado y quedarse solo en su dolor.
- Incapacidad para modificar sus circunstancias.
- Cómo estar seguro de la mejor salud física posible en el futuro.
- La posible aparición de infecciones repetidas o nuevas.
- La capacidad de su amado, compañero, familiares, amigos, para afrontar sus problemas.
- Resultado final de su infección o enfermedad a corto y largo plazo.
- La disponibilidad de tratamiento médico, dental o ambos.
- Ser identificado como homosexual o toxicómano.
- La posible pérdida de privacidad y confidencialidad.
- Su futura aceptación (o no) social y sexual.
- Una decreciente capacidad para afrontar el futuro.
- La pérdida de independencia física y económica.

Con tantas preocupaciones que surgen por el diagnóstico o un resultado de anticuerpo positivo, no sorprende que en ocasiones haya las reacciones físicas y emocionales abrumadoras. El hecho importante sobre las reacciones de ansiedad es que puede ser que quienes las sufren piensen erróneamente que están empeorando mucho más físicamente por la infección, cuando en realidad es la ansiedad la que origina las complicaciones.

SINTOMAS DE ANSIEDAD.

En un estado de ansiedad la conducta normal se altera en una o más de las siguientes formas:

1. **Agitación y nerviosismo:** Sentirse "tieso", irritable e inquieto.
2. **Gran preocupación:** Algunas veces enfocada en acontecimientos y problemas precisos, en ocasiones con ansiedades vagas, cambiantes, que es difícil restringir.
3. **Síntomas físicos:**
 - Tensión muscular, que origina dolores en tórax, cuello y espalda, cefaleas, agitación y temblor, estómago "anudado".

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

- Agitación intestinal y vesical. que provoca viajes esporádicos o frecuentes al baño.

- Náuseas, y en ocasiones vómitos, y dificultad para digerir la comida. que a veces causa cierta pérdida de peso.

- Aumento de la sudoración.

- Palpitaciones y "golpes" violentos del corazón.

- Vértigos, atolondramiento y posiblemente hormigueo en manos y pies.

- Cierta visión borrosa o "embotada".

- Mayor sensibilidad al ruido, la temperatura, el tacto y luces brillantes.

- Rubores, manchas, exantemas, o ambos.

- Boca seca.

- Ganglios linfáticos crecidos (en ansiedad crónica).

4. **Dificultadas en el sueño:** Problemas para dormirse, despertar temprano y un sueño más alterado (tal vez incluyendo pesadillas).

5. **Fatiga física:** Pérdida del vigor y letargo frecuente, en ocasiones con largos periodos de falta de energía.

6. **Dificultadas cognoscitivas:** problemas para concentrarse, recordar y obtener información; distracción y confusión con facilidad, incluso con labores en apariencia sencillas.

7. **Cambios de ánimo:** Cambios rápidos o repentinos del ánimo, en ocasiones de un extremo a otro - por ejemplo, de la risa al llanto. Algunas personas se tornan extrañamente irritables y es difícil comunicarse con ellas, tal vez tornándose enérgicas y en especial exigentes con quienes aman.

8. **Pérdida del impulso sexual:** Una pérdida temporal del deseo o la función sexual.

ATAQUES DE PÁNICO.

Cuanto más tiempo afronta una persona una ansiedad mayor de lo normal, más vulnerable se torna a la aparición más frecuente de síntomas, cuya intensidad también puede aumentar, y las labores que se llevan a cabo en el trabajo, en la casa y socialmente se tornan más difíciles, menos interesantes y cada vez toma más tiempo terminarlas.

CAPITULO 3 * ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO*

En algunos casos, cuando la ansiedad es una característica crónica (se ha soportado por algún tiempo a un grado alto), ocurrirán episodios de ansiedad aguda en "ondas" repentinas, abrumadoras, caracterizando los síntomas físicos mencionados a un grado extremo, junto con gran alarma y pánico sobre lo que está sucediendo ("me estoy desmoronando: voy a perder el conocimiento o a tener un ataque cardíaco y morir"). Estos episodios se denominan "ataques de pánico" y como pueden afectar tanto físicamente, la persona queda con una sensación de gran cansancio emocional, mental y físico. Los ataques de pánico pueden durar unos minutos a unas dos horas. Aunque es una experiencia muy angustiante, no causarán daño físico importante. Sin embargo, al ser tan molestos, es posible que las personas con ansiedad teman que ocurran nuevamente, de tal forma que evitarán las situaciones en que pueden presentarse, más típicamente las que suceden fuera de la casa o el hospital. En consecuencia, muchas personas con gran ansiedad se tornan gradualmente más caseras o incluso se recluyen en cama.

La variedad de síntomas que acompañan a la ansiedad intensa tienen particular importancia en el contexto de VIH, ya abrumado de temores, simplemente por la similitud son síntomas de la enfermedad VIH, como diarrea, náuseas, sudoración, pérdida de peso, fatiga y exantema. No sorprende que muchas personas que piensan erróneamente que están infectadas y muchos que son seropositivos a VIH, interpreten estos síntomas como signos de declinación de su salud; se "confirman" sus peores temores - están "cuesta abajo", hacia el SIDA. Con frecuencia empeorarán entonces los síntomas de ansiedad, contribuyendo más a "confirmar" sus preocupaciones. Este ciclo se ha denominado en alguna otra parte como "seudo SIDA". Se ve más comúnmente en el "preocupado sano" y ha llevado en algunos casos a una desesperación suicida (Miller, D., 1989).

Se deben vigilar así los datos objetivos y subjetivos de ansiedad durante toda la enfermedad; se debe informar a los personas con SIDA que probablemente presentarán ansiedad, pero no hay razón para temer niveles incapacitantes; es importante preguntar a los individuos cómo manejan usualmente la ansiedad. Sus antiguos métodos pueden ya no estar disponibles o ser destructivos para la salud. La orientación, educación, relajación, entrenamiento, ejercicio y la medicamentación ansiolítica son métodos posibles para la reducción de la ansiedad (Durham, J. y Lashley, F., 1990).

DEPRESIÓN.

La depresión es una de las reacciones psicológicas más comunes en seropositivos VIH, en especial en el período siguiente al descubrimiento de la infección (como se manejó con anterioridad), hay muchas razones para que ocurra, pero algunas de las más comunes incluyen:

- La "inevitabilidad" aparente de la declinación física y la futura mala salud.
- La falta de una curación, que origina un sentimiento de desesperanza e impotencia.

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

- Las limitaciones que la infección, la enfermedad, o ambas, pueden causar en el estilo de vida de una persona; por ejemplo, con la disminución del funcionamiento físico, menor aceptabilidad social, restricciones profesionales y las limitaciones que la infección coloca en la expresión sexual.
- Rechazo social, profesional, emocional o sexual, actual o anticipado.

La depresión clínica es diferente en grado y duración a la depresión diaria. Hay varios síntomas de depresión que es útil buscar. Las personas deprimidas sufren algunas de las siguientes alteraciones:

1. **Depresión del ánimo:** Más de 90% de los deprimidos comentan que se sienten tristes y abatidos, miserables, desalentados, sin esperanza y propensos a llorar. Los personas deprimidas comentarán con frecuencia que su ánimo cambia con gran rapidez, con crisis de llanto incontrolable seguidas repentinamente de periodos de relativa calma (y viceversa). Suele ser fácil descubrir a las personas con depresión del ánimo. Con frecuencia se verán infelices y quizá con una postura de decaimiento, descuidados y menos bien vestidos de lo usual para ellos. Sin embargo, estos signos exteriores no son siempre una guía segura, ya que algunas personas esconderán su depresión detrás de una fachada sonriente -se conocen como "deprimidos sonrientes". Por otra parte, es posible que algunos estén tan deprimidos que será muy improbable cualquier expresión de emoción y quizá comentan sentirse "vacíos" o "estéiles" de cualquier sentimiento.

2. **Pérdida de interés o de placer en actividades que antes disfrutaban:** Las personas deprimidas con frecuencia se ven planas y apagadas y comentan que no pueden encontrar algún interés en actividades que previamente disfrutaban o les interesaban. Ello incluye pasatiempos u otras actividades domésticas; quizá pierdan el interés en comer, el sexo, estar con amigos y en el trabajo.

3. **Sentimientos de inutilidad y culpa:** Muchas personas deprimidas llegarán a rechazar cualquier logro pasado o actividad actual, como "nada especial" y, en lugar de enfocarse en las cosas que han logrado, lo harán más exclusivamente en equivocaciones, errores de juicio y "fracasos" anteriores. Algunas personas pueden obsesionarse mucho con cosas que han ido mal en el pasado y terminar culpándose de estos acontecimientos aunque no hayan tenido que ver con el resultado final. En el contexto del SIDA, en particular, muchos comenzarán a sugerir que "merecen" su infección o enfermedad y que su situación actual es "prueba" de su inutilidad y culpa original.

CAPITULO 3 * ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO*

4. **Baja autoestimación:** Acompañado a la inutilidad y culpa antes descritas se encuentra el sentimiento de ser un fracaso constante, indigno, incompetente e inadecuado para tratar con las responsabilidades que puedan haber tomado "mal guiados" durante los años. Estas personas evitarán hacer negocios o contactos sociales futuros, porque pueden decir que son indignos o incapaces de lograr lo mejor de esas oportunidades.
5. **Desesperanza:** Las personas deprimidas pueden decir que son simplemente incapaces de llevar a cabo incluso las labores diarias más rutinarias, como comer, vestirse, cuidar de sí mismas, bañarse y otras actividades domésticas. Muchos responden a la depresión en diferentes formas, por supuesto, pero quienes han tenido las más altas expectativas de actividad personal en el pasado pueden ser en particular propensos a una sensación de desesperanza, por lo general por tendencias no realistas o perfeccionistas. Es fácil ver por qué una persona es esta categoría con frecuencia responderá a la depresión con una sensación constante de ruina y tristeza, sugiriendo que es posible que nada salga bien en el futuro. Las altas demandas personales anteriores, reforzaron, en el contexto de este nuevo sentimiento de desesperanza, la sensación actual de culpa e inutilidad.
6. **Pensamientos suicidas:** Las personas deprimidas por largo tiempo, o cuya depresión puede ser cada vez mayor, con frecuencia considerarán el suicidio como la única forma posible de salir de sus circunstancias actuales. Es importante considerar que, en la mayor parte de los casos, los *pensamientos de suicidio son una respuesta común, normal y temporal a noticias inevitables que ponen en peligro la vida.*
7. **Ansiedad:** Hasta 70% de las personas deprimidas comentan que también sienten ansiedad, con los síntomas físicos y mentales. Puede presentarse en forma de inquietud, agitación, llanto, lamentos, etc., o con los ataques de pánico más graves e incapacitantes.
8. **Dificultades del pensamiento:** Las personas deprimidas comentan con frecuencia que cada vez tienen más problemas con la concentración y la memoria, junto con indecisiones y dudas para hablar y actuar que no son características de su conducta normal. Otras formas en las que la depresión puede cambiar el pensamiento incluyen sumergimiento en las posibilidades negativas de futuras acciones, vivir en la autoduda hasta el grado de la meditación obsesiva, y pensar con mayor lentitud que antes.
9. **Obsesiones y paranoia:** Con frecuencia, a medida que las personas se tornan más deprimidas pueden mostrar preocupaciones obsesivas, a veces con una "respuesta ritualista". Suelen acompañarse de la falta de esperanza sobre su estado y la posibilidad de que aparezca la futura infección o enfermedad. La

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

diferencia crucial entre la preocupación comprensible y un trastorno obsesivo es la capacidad de la persona afectada para conservar en su mente alternativas: las obsesionadas están "abrumadas" mentalmente sólo con un tipo de pensamiento, en tanto que quienes se preocupan "razonablemente" tendrán alguna perspectiva sobre la situación y podrán discutir posibilidades y alternativas con cierto grado de convicción. En casos raros, las personas deprimidas pueden mostrar signos de paranoia, quizá culpando a otros de sus circunstancias actuales y, por ejemplo, sugiriendo que su trastorno es el resultado de algún complot para desacreditar a su grupo social o a ellos mismos en particular.

10. **Otros síntomas:** Aunado a estos signos clásicos de depresión, algunas personas pueden comentar que el tiempo parece transcurrir con más lentitud, que nada parece suceder con la rapidez suficiente y que todos los demás son muy lentos. La depresión grave también puede incluir una sensación de despersonalización en la que los muy deprimidos comenzarán a sentirse fuera de la realidad, como si estuvieran observando de cierta distancia sin participar emocionalmente.

11. **Pérdida de energía:** Las personas deprimidas comentarán con frecuencia que se sienten "agotadas" de energía y constantemente letárgicas y cansadas, con frecuencia hasta el grado de no poder afrontar actividades normales que las no deprimidas considerarían incidentales o mínimas en términos de esfuerzo físico y mental.

12. **Retardo y agitación:** Los deprimidos con frecuencia comentarán que se sienten físicamente más lentos o desmañados y en casos graves quizá dejen de moverse del todo, tal vez permaneciendo como si estuvieran en un trance. Caminarán con lentitud y gran esfuerzo y hablarán en un monótono monosílabo.

13. **Pérdida del apetito y el peso:** En la depresión es muy común una pérdida de interés en el alimento -cuando los que sufren comen, lo describirán como un esfuerzo (quizá mencionando que los alimentos que consumen son como "algodón" - voluminosos y sin sabor).

14. **Trastornos del sueño:** Un 80% a 90% de los deprimidos describen alteraciones del sueño. Esta categoría incluye a quienes tienen problemas para dormirse, despiertan a mitad de la noche, temprano por la mañana, o ambos. Además, muchos personas deprimidas comentarán que no se sienten descansadas o frescas después de dormir y ello, por supuesto, contribuirá a su sensación general de fatiga y malestar. Otros trastornos del sueño comentados incluyen mayor modorra y sueño durante el día y pesadillas vívidas.

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO "

15. **Pérdida del impulso sexual:** Es un signo inicial muy común de depresión y puede originar problemas con los compañeros, en particular si han tenido una actividad sexual frecuente o regular. Por supuesto, una pérdida del impulso sexual puede originar más problemas sobre la autoestimación y es importante considerar que en cualquier trastorno psicológico o físico es uno de los síntomas iniciales más comunes. El impulso sexual suele regresar a medida que mejora el ánimo.

16. **Síntomas corporales:** Algunas personas deprimidas experimentarán cambios en su funcionamiento corporal aparte de los comentados; es posible que se quejen de cefaleas, dolores en la nuca, calambres musculares, boca seca, falta de respiración, palpitaciones, indigestión y náuseas, dolor bajo de espalda, sudoración, agitación o temblor físico fino, agitación vesical e intestinal, estreñimiento, visión borrosa y dolores tipo reumático.

DEPRESIÓN COMO UNA REACCIÓN.

Es importante recordar que si bien todas las personas pueden experimentar algunos de estos síntomas, es muy raro que tengan todos ellos. Si se supone que la mayoría de las personas con infección o enfermedad VIH que sufren depresión la tienen directamente como resultado de conocer su situación, o de las reacciones (o falta de ellas) de otros conocidos (amigos, familiares, etc.), es útil considerar la depresión como una reacción; la depresión reactiva es muy diferente de la "endógena", más grave y crónica (e incapacitante).

DEPRESIÓN MANIFIESTA POR AISLAMIENTO.

La depresión en este contexto puede resultar de sentir que el final está próximo; que las personas en quienes confiaba para tener amor y afecto, apoyo, o ambos, ya no desean saber de él; que ahora el virus ha controlado su vida y su futuro; que las cosas nunca serán iguales. Por otra parte, es posible que el paciente esté deprimido porque en realidad carece de recursos físicos, económicos, u otros, para hacer las cosas que previamente daban significado a su vida (como viajar, bailar, trabajar, o cualquiera otra). De igual forma, la depresión puede deberse a la confusión y las presiones al parecer interminables relacionadas con aprender a comprender su situación (el habersele comentado que es seropositivo puede hacer que el paciente y sus circunstancias parezcan muy vulnerables, inestables, o ambas). La confusión es un debilitador experto de la confianza y el control y origina un gran rápido desesperanza y depresión.

Es comprensible que muchas personas deprimidas encuentran que simplemente desean aislarse. En muchas formas, la depresión se considera más útilmente como un tipo de aislamiento y si se imagina que la persona deprimida es alguien que está aislado emocional y físicamente del mundo que le rodea, será más fácil comprenderlo. Muchas personas que están afrontando una enfermedad o infección que pone en peligro su vida

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

desearán separarse de otros, a fin de protegerlos o como intento para afrontar su situación sin distracciones molestas de otros.

Cuando los pacientes intentan proteger a quienes aman no dejándoles saber lo que realmente sienten, pueden evitar todo comentario sobre el tema de VIH o SIDA y terminar mucho peor emocional y psicológicamente. Se debe a que han embotellado sus temores y ansiedades tanto que crecieron fuera de proporción con su importancia original. En el esfuerzo para ocultar las preocupaciones, se tornan en una presión tan intensa o que con frecuencia hay el peligro de perder el sentido de perspectiva de las circunstancias y la recuperación (emocional y quizá física) se retarda espectacularmente.

Otro aspecto importante sobre la depresión es que cada vez hay más pruebas que sugieren que puede originar una alteración de la función inmunológica. Este trastorno funcional quizá no cause problemas en personas con salud normal, pero en quienes padecen una enfermedad inmunológica los resultados pueden ser importantes.

Es una observación bien conocida que las personas deprimidas son más sensibles a dolencias comunes e irritantes (como los resfriados y problemas bronquiales) y que la frecuencia de trastornos cardiovasculares y otros más importantes es más alta. Además, a la mayoría de las personas deprimidas les toma relativamente más tiempo recuperarse de enfermedades o infecciones concurrentes y, más importante, quizá pierdan la voluntad de regresar a un estado de relativa normalidad física. Un hecho tal vez igual de importante, es que las personas deprimidas perderán la motivación para hacer cualquier esfuerzo por resolver sus problemas o colocarlos en una perspectiva manejable y ello no sólo prolonga su sufrimiento, sino que también puede tener grandes desventajas prácticas (Miller, D., 1989).

TRATAMIENTO.

La depresión se trata en dos formas diferentes: por medios psicológicos y con fármacos. En la depresión leve con factores precipitantes claros, suelen ser útiles los tratamientos psicológicos solos. En la depresión más grave, si bien son eficaces los métodos psicológicos, con frecuencia es más fácil y cómodo para el paciente una combinación de fármacos y asesoría (Miller, D. y cols., 1992).

ESTADOS OBSESIVOS.

Es fácil encontrar pruebas de trastorno obsesivo en el contexto de la epidemia de SIDA y VIH.

En un nivel individual, es importante diferenciar el grado de preocupación y problemas que las personas seropositivas podrían experimentar una vez que han aprendido del o sobre "el riesgo" de la infección, y por otro lado, los estados obsesivos que pueden surgir en

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCION POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

personas que no han sido capaces de ajustarse al conocimiento y a su vulnerabilidad personal. Por ejemplo, las personas que sufren de una meditación obsesiva tendrán pensamientos *involuntarios* (no controlables) o cuadros mentales de enfermedad, declinación, muerte o ambas una y otra vez, en ocasiones "plagándolos" estos pensamientos durante muchas horas temibles, sin alivio. Este sufrimiento se complica porque nada parece alejar los pensamientos o las imágenes - y las distracciones pasadas no parecen funcionar, sin importar qué tan intensamente traten de resistir a sus pensamientos de preocupación.

Otras formas de meditación obsesiva incluyen control mental, en el que, por ejemplo, las personas revisan una y otra vez sus experiencias sexuales pasadas con frecuencia con un detalle asombroso, a fin de intentar y determinar si alguno de estos compañeros pasados mostraba signos de mala salud. Otra forma común de control mental incluye a las personas tratando de conocer si han hecho algo, accidentalmente, que pudiera haber expuesto al virus a sus amigos, familiares o personas amadas (Miller, D., 1989).

Estos pensamientos pueden ocupar todas las horas de un día, dejando exhausto y con ansiedad a quien los sufre. Pueden originar un gran sufrimiento en las relaciones, en particular, porque ningún grado de estímulo o esfuerzo por parte de quien los sufre parece distraerlos de los pensamientos que los desesperan. Una dificultad más es el acondicionamiento de estos estados con depresión grave.

Otro estado obsesivo incluye las meditaciones antes descritas que ocurren con (o con más propiedad, conducen a) actividad *compulsiva*, como revisar, repetir o contar. Típicamente, un trastorno compulsivo obsesivo incluye pensamientos involuntarios (relacionados con VIH) que originan tal ansiedad en la persona que los piensa, que ocurre una actividad compulsiva a fin de reducir la ansiedad. Por ejemplo:

"El Sr. K, un hemofílico joven con infección VIH, empezó a preocuparse rápidamente por la posibilidad de desarrollar SIDA. Las noticias habían alimentado sus temores, con historias pavorosas y pesimistas, y aunque intentaba resistir el impacto y la preocupación que generaban esos temores, simplemente se desmoronó por ellas y atormentado pasaba horas buscando en su cuerpo signos de Sarcoma de Kaposi o lesiones cutáneas causadas por otras infecciones. Si se le interrumpía en cualquier momento durante sus dilatas sesiones de examen (que también incluían contar todas las pecas y lunares del cuerpo, por si había una adicional), tenía que regresar al principio y comenzar otra vez".

Hay otro tipo de estado obsesivo que ha aparecido en el contexto de VIH la obsesión relacionada con el impulso de encontrar la curación para la infección o la enfermedad. Por ejemplo, para algunas personas puede incluir una devoción servil a un cierto método de expiración emocional diseñada para reducir el estrés y optimizar el desarrollo inmunológico. Con otros, puede crearse la tiranía del pensamiento positivo a toda costa, considerando cualquier "lapso" de

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

preocupación y tristeza como un fracaso crucial. También hay la vigilancia servil de seguir regímenes y dietas de salud "anticáncer" o "antisida", que pueden interpretarse como una forma de conducta obsesiva.

Es importante recordar que cabe esperar cierto grado de obsesividad en el periodo inmediato después de recibir un resultado de anticuerpo positivo, o el diagnóstico de una enfermedad relacionada con VIH. Esta preocupación obsesiva por lo general disminuirá más o menos bastante a medida que aumente el conocimiento de las circunstancias y crezca la confianza en la toma de decisiones personales y en el tratamiento. Cuando las consecuencias incluyen un estado obsesivo genuino, se resolverá durante un tiempo, sin intervención, casi en el tercio de los pacientes (Miller, D., 1989).

SUICIDIO.

Es importante recordar que los pensamientos de suicidio son una respuesta común y normal a noticias inevitables que ponen en peligro la vida. Muchos pacientes pueden sentir genuinamente que la dignidad de una muerte autodeterminada es muy preferible a la posibilidad de declinación del individuo. En la experiencia de muchos médicos y asesores que trabajan en el campo de la infección y enfermedad VIH: el suicidio es también un fenómeno raro.

Hay muchas indicaciones sobre la posibilidad de suicidios en seropositivos y en sus (seropositivos) amados y compañeros. Los estudios de personas que han intentado suicidarse destacan los siguientes motivos detrás de sus intentos:

- Separación, divorcio o duelo "marital" recientes.
- Pérdida inminente de un ser amado.
- Vivir solo.
- Aislamiento social.
- Problemas económicos.
- Mala salud física.
- Falta de empleo o retiro (reciente).
- Discusiones violentas recientes con algunas relaciones.
- Enfermedad incapacitante incurable.
- Depresión.
- Dependencia al alcohol, drogas, o ambos.
- Síndromes cerebrales orgánicos.
- Intentos anteriores de suicidio (especialmente violentos en el último año).
- Advertencias o comentarios sobre suicidios.
- Preparación de medios, notas de suicidio, elaboración de testamento, planes de seguro.

Muchas de las personas comentan que los pensamientos de suicidio se alejaron en gran parte cuando recibieron gran información sobre las circunstancias a las que se enfrentarán ante un resultado seropositivo o diagnóstico de SIDA. Sin embargo, a pesar de un basto adelanto en los

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

últimos años en las formas en que se asesora e informa a los seropositivos sobre el significado de VIH en su vida, no es raro aún que muchas personas se queden en gran parte a "obscuras" sobre su estado de salud y sus implicaciones.

Por supuesto, en el periodo de choque inclusive inmediatamente después de la identificación de la seropositividad personal, puede ser más probable que ocurra un acto impulsivo de suicidio o tal vez un periodo de alcoholismo intenso. Es obvio que una gran parte de los intentos del suicidio ocurren en el contexto de una depresión crónica, y es razonable conservar una vigilancia amable en quienes están deprimidos precisamente por esta razón.

La expresión de ideas suicidas no necesariamente es una indicación del deseo de suicidarse. Para muchas personas, un comentario de la muerte autodeterminada es una forma de indicar el deseo de un control personal pleno sobre la vida, en el contexto de la frustración, enojo e incertidumbre que rodea a su infección y enfermedad o ambas.

En otros casos, cuando las ideas suicidas no se basan simplemente en un deseo de autodestrucción, quizá reflejen el deseo de no ser una carga o presión en la vida de sus seres amados. Algunos pueden hablar de suicidio como un medio de "probar" la disposición de quienes los aman y los cuidan, para "prepararlos" si el hecho se hace más tenaz.

Algunas personas, sintiéndose inseguras del "cuadro total" de su situación, pueden introducir el tema del suicidio como una "prueba" de "percepciones verdaderas" de su futuro para quienes los cuidan. Tracer a colación el tema puede tomarse como medio para forzar que se abran los hechos. Muchas personas, con infección, enfermedad o ambas, temen un futuro con dolor, y el comentario de suicidio puede indicar un deseo de evitar el dolor y la indignidad de una declinación futura o terminal. Muchos desarrollarán (con frecuencia con gran detalle) planes para suicidios si su enfermedad llega a cierta etapa, más allá de la cual se temerán en gran parte dependientes de otros. Elaborar estos planes incluye un grado de autodeterminación y planeación que en sí puede ayudar al paciente a sentir que aún tiene un grado importante de dominio personal.

Si importar el motivo real que sustenta una discusión de suicidio, es muy importante *tomarlo seriamente*. Muchos miembros del personal de salud han comunicado que los intentos de suicidio pueden presentarse después de la percepción por parte de los pacientes de que sus preocupaciones sobre la muerte se rechazaron o se consideraron triviales, resultando en un intento impulsivo encaminado a demostrar que están realmente decididos (inclusive cuando es posible que no lo hayan hecho cuando se llevó por primera vez a la persona). En tanto se toma seriamente esta conversación, hay que permanecer calmado no caer en pánico hacia la histeria o la alarma conspicua. Estas reacciones no ayudan a que las personas se sientan seguras sobre sus capacidades para afrontar o su sentido de perspectiva. Hay que tener cuidado para comprender, cuando

CAPITULO 3 * ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCION POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO*

sea posible, por qué el paciente está platicando sobre la muerte autoinfligida, y hay que utilizar esta información como base para una contrapráctica constructiva sobre los cuidados futuros y la atención apropiados (Miller, D., 1989).

4. RESPUESTAS EMOCIONALES DE LA FAMILIA.

Las reacciones de la familia a un diagnóstico de SIDA son difíciles de predecir debido a que participan un gran número de factores. Cada familia se compone de personas que tienen relaciones diferentes con el enfermo. Los padres presentan reacciones distintas con mayor probabilidad que hijos, esposos o primos. La naturaleza de la relación y el papel que la persona con SIDA desempeña en la vida de cada miembro familiar puede variar (Durham, J. y Lashley, F., 1990).

La familia juega un papel muy importante en la aceptación de la enfermedad por parte del infectado, pero generalmente conoce el diagnóstico mucho tiempo después de realizado, cuando la situación psicológica del paciente frente a la infección o la enfermedad ha mejorado. La aparición de síntomas puede acelerar el momento en que la familia conozca el diagnóstico del paciente. En ese momento son muchas las situaciones que el grupo familiar debe resolver frente a la aparición del SIDA dentro de su núcleo. Entre ellos:

Temor al contagio: En poblaciones donde la familia es un sistema relativamente integrado, la actitud de sus miembros puede ser la de cuidar y apoyar para resarcir la culpa y restablecer una relación que ha estado rota por mucho tiempo. Esta actitud puede incluir, sin embargo, sentimientos de ambivalencia hacia el enfermo. Por un lado la obligación moral de quererle, cuidarlo y suministrarle apoyo, y por otro, el temor al contagio, lo cual lleva a la familia a extremar medidas de limpieza, distanciándola del contacto con el paciente, quien puede aceptar este manejo por temor de sentirse infectante.

Enfrentar la posibilidad del estigma social: Las familias experimentan también el temor a ser discriminadas, rechazadas, o señaladas, no sólo por el SIDA, sino por la asociación de esta enfermedad con la homosexualidad, que igualmente contiene connotaciones de "anormalidad". Para evitar los estigmas sociales asociados con el SIDA, las familias afectadas se han visto en la obligación de elaborar un "diagnóstico creíble" para disfrazar la enfermedad y defenderse del ostracismo.

Enfrentar la muerte de un ser querido: Los diferentes miembros de la familia pueden vivir el mismo proceso psicológico que se describió para el infectado, es decir, shock e incredulidad, negación, rabia igualmente dirigida con el médico o al infectado, o aun contra ellos mismos. Pueden experimentar además culpa acompañada de sentimientos de fracaso o impotencia.

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO "

Por todo lo anterior, es importante fortalecer la integridad familiar y la solidaridad requerida para enfrentar en familia una enfermedad con estas características, suministrando apoyo terapéutico a nivel individual y grupal (Vélez, H. y cols., 1993).

5. INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO.

A través del presente capítulo se han mostrado una serie de factores que pueden influir en el estado emocional de una persona al recibir un resultado de anticuerpo positivo o un diagnóstico de SIDA; debido al rechazo, la estigmatización y el temor al contagio expresado por la sociedad hacia el paciente, así como el pensar de inmediato en una enfermedad mortal. Lo cual, lo lleva a atravesar por una crisis existencial que lo puede conducir a una serie de reacciones psicológicas, incertidumbre, choque emocional, ansiedad, depresión, estados obsesivos y finalmente a pensar en el suicidio.

Por todo ello se ha deseado realizar una investigación en donde se pueda vislumbrar el efecto que tiene el ser sero positivo o portador asintomático en el autoconcepto de una persona. A continuación se resumen algunos de los trabajos realizados en los últimos años; aunque el interés en cuanto a la investigación de la temática no ha sido muy extenso y ha tenido poco acercamiento.

KELERSTEIN CHAPPER DAN. "POSIBLES EFECTOS DEL AUTOCONCEPTO EN LA RELACIÓN CON EL DESARROLLO DEL SIDA". TESINA. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. MÉXICO, D.F. 1991.

En este trabajo, haciendo énfasis en el autoconcepto, se pretendió delinear un método de investigación que posibilitará el determinar la influencia de esta área psicológica sobre el desarrollo fisiopatológico de los sujetos infectados con el virus de inmunodeficiencia humana.

En el trabajo se incluyó una revisión de los más importantes contribuciones sobre el tema del autoconcepto; y sobre el desarrollo y características de la epidemia del SIDA, incluyéndose vías de contagio, grupos de riesgo y etapas de la enfermedad. Así como se mostró la literatura más reciente sobre la enfermedad psicosomática y sobre la influencia de la psique en los procesos vitales. Posteriormente se realizó una descripción de la prueba Tennessee para medir autoconcepto; y como conclusión se propuso un diseño de investigación a utilizar y la forma en que serían empleados los diferentes instrumentos, se señalaron hipótesis que surgieron a partir del problema así como la forma en que deberían analizarse los datos (Chapper, K., 1991).

CAPITULO 3 " ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO"

BALMER, D.H. "HACIA UNA TEORÍA UNIFICADA PARA LA CONSEJERÍA EN VIH/SIDA". IGLESIA DE AUXILIO NORUEGO ,NAIROBI, KENYA, 1991.

Introducir una teoría unificada para la consejería en el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA). Los datos, provistos de la consejería de VIH/SIDA se han basado ampliamente en la consejería de teoría de la conducta, la cual ha tenido como principal objetivo la prevención de la infección por VIH y el soporte psicosocial para el ya infectado. Esto argumentó que la futura consejería de intervención podría ser redirigida de un estar centrado en la enfermedad, a un estar centrado en una aproximación a la persona. Esta redirección puede ser facilitada al adoptar el autoconcepto como una medida central para la evaluación de cambio. Esto es argumentado por varias ideas que podrían ser seleccionadas de la teoría conductual, la teoría psicoanalítica, y de la teoría humanística de consejería. Estas ideas podrían ser amalgamadas dentro de una teoría unificada que proviera de una fundación teórica, en la cual una consejería de intervención comprensiva podría ser basada (PsyELIT Database Copyright 1992 American Psychological Assn. all rights reserved).

PERKEL, ADRIÁN. K; STREBEL, ANNA; JOUBERT, GINA. "LA PSICOLOGÍA DE LA TRANSMISIÓN DEL SIDA: RESULTADOS DE INTERVENCIÓN". U. DEL CAYO OESTE . BELLVILLE, SUR ÁFRICA 1991.

Se examinaron aspectos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en cerca de 885 estudiantes (edades entre 18-25 años) usando una versión modificada de la Organización Mundial de la Salud registrando el conocimiento, creencias, actitudes, y prácticas, tan bien como un registro de una dimensión psicológica considerada como importante en la mediación entre el conocimiento de SIDA y la conducta de cambio. Los sujetos con bajo autoconcepto en el área sexual fue más probable que hubieran tenido sexo, más probable que hubieran tenido sexo con otros que con su pareja regular, y fue más probable haber tenido sexo inseguro. Estos sujetos también tuvieron menor probabilidad de tener buen conocimiento acerca del SIDA y fue más probable que tuvieran una actitud negativa hacia el uso del condón. Un pobre autoconcepto fue relacionado a una baja probabilidad de cambio de conducta en prácticas sexuales. La intervención necesita asegurar que manifestación de prácticas inseguras como una forma de proceder con ansiedades básicas este encausado dentro de una dirección diferente, para realimar conductas positivas. (PsyELIT Database Copyright 1992 American Psychological Assn. all right reserved).

CAPITULO 3 * ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA Y EL AUTOCONCEPTO*

**BALMER, D.H. "EL PROPÓSITO DE REVISIÓN DE LA CONSEJERÍA EN
VIH/SIDA". IGLESIA DE AUXILIO NORUEGO, NAIROBI, KENYA, 1992.**

Argumentos en la Organización Mundial de la Salud/ Programa Global de Consejería en SIDA. Aproximados a personas con SIDA han fracasado porque están centrados en la enfermedad, una aproximación centrada en la persona se necesita adoptar, y que podría concentrarse en mejorar el autoconcepto del individuo y la autoestima, y en ayudar a las personas con SIDA a continuar participando en la sociedad (PsychLit Database Copyright 1993 American Psychological Assn. all rights reserved).

**CRAWFORD, ROBERT. "LOS LIMITES DE EL SI-MISMO Y LO INSANO DE
OTROS: REFLEXIONES EN SALUD, CULTURA Y SIDA". U. WASHINGTON,
TACOMA, ESTADOS UNIDOS, 1994.**

Se argumenta que la salud es el concepto clave en la formación de la identidad para la moderna y contemporánea clase intermedia y que lo insano llega a ser representado como lo otro de éste si-mismo. Los términos salud e insano deben ser entendidos ambos en su significado biomédico y en su significado metafórico implícito. Lo insano, contagioso, desviación sexual, y minoría adictiva "otros" (todos considerados en un simbolismo negativo del SIDA) han llegado a ser imágenes movilizadas como parte de una política cultural de reconstrucción del si-mismo en conformidad con mandatos intensivos para el propio control. La expulsión del significado insano de el si-mismo, un acto que ronda los límites de la identidad, encuentra esta proyección como localización física en la figura de las personas con VIH/SIDA (PsychLit Database Copyright 1994 American Psychological Assn. all rights reserved).

Como se aprecia con anterioridad el Autoconcepto es un aspecto psicológico del ser humano, que debe ser abordado en el tratamiento de una persona que ha recibido un resultado de anticuerpo seropositivo o un diagnóstico de SIDA, ya que el tener una enfermedad de éste tipo crea una serie de cambios en la vida de una persona, llevándolo obviamente a cambiar la visión que tiene de sí mismo.

A continuación se presenta la investigación realizada en el presente trabajo, el método empleado, los resultados obtenidos, las discusiones y las conclusiones a las que se llegó, así como las limitaciones y sugerencias propuestas para realizarse una nueva investigación.

CAPITULO 4

"MÉTODOS"

MÉTODO.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La presente investigación tiene como finalidad intentar responder a la siguiente interrogante ¿cuáles son los posibles efectos en el autoconcepto ante el conocimiento de ser seropositivo?

Como se ha observado a lo largo de una serie de investigaciones una persona que se encuentra infectada por el virus del SIDA se enfrenta a una serie de circunstancias provenientes principalmente del rechazo psicosocial ante dicha enfermedad; lo cual ha provocado que estas personas tengan una serie de alteraciones en su comportamiento y en su modo de relacionarse con los demás, pero principalmente el saberse infectadas por el VIH les ha afectado a ellas como personas. Por lo que el psicólogo es un profesionalista que juega un papel muy importante en el tratamiento de estos pacientes, ayudándolos a poder sobrellevar mejor su padecimiento; así, tras el desarrollo de la investigación, se pretende aportar una nueva serie de conocimientos que sirvan como apoyo a su tratamiento.

HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

1. El conocimiento de ser seropositivo produce algún cambio en el autoconcepto.
2. El conocimiento de ser seronegativo no produce cambio alguno en el autoconcepto.
3. Las personas seropositivas presentan un autoconcepto diferente en comparación con las personas seronegativas.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.

H₀: No existen cambios en el autoconcepto al tener conocimiento de ser seropositivo.

H₁: Existen cambios en el autoconcepto al tener conocimiento de ser seropositivo.

H₀: No existen cambios en el autoconcepto al tener conocimiento de ser seronegativo.

H₁: Existen cambios en el autoconcepto al tener conocimiento de ser seronegativo.

CAPITULO 4 "MÉTODO"

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de personas seropositivas y las personas seronegativas.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de personas seropositivas y las personas seronegativas.

Debido a que El Diferencial Semántico de Jorge la Rosa es multidimensional se plantean otras hipótesis:

DIMENSIÓN SOCIAL.

A) SOCIABILIDAD AFILIATIVA.

Ho: No existen cambios en la sociabilidad afiliativa al tener conocimiento de ser seropositivo.

Hi: Existen cambios en la sociabilidad afiliativa al tener conocimiento de ser seropositivo.

Ho: No existen cambios en la sociabilidad afiliativa al tener conocimiento de ser seronegativo.

Hi: Existen cambios en la sociabilidad afiliativa al tener conocimiento de ser seronegativo.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la sociabilidad afiliativa de personas seropositivas y las personas seronegativas.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en la sociabilidad afiliativa de personas seropositivas y las personas seronegativas.

B) SOCIABILIDAD EXPRESIVA.

Ho: No existen cambios en la sociabilidad expresiva al tener conocimiento de ser seropositivo.

Hi: Existen cambios en la sociabilidad expresiva al tener conocimiento de ser seropositivo.

Ho: No existen cambios en la sociabilidad expresiva al tener conocimiento de ser seronegativo.

Hi: Existen cambios en la sociabilidad expresiva al tener conocimiento de ser seronegativo.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la sociabilidad expresiva de personas seropositivas y las personas seronegativas.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en la sociabilidad expresiva de personas seropositivas y las personas seronegativas.

CAPITULO 4 "MÉTODO"

C) ACCESIBILIDAD.

Ho: No existen cambios en la accesibilidad al tener conocimiento de ser seropositivo.

Hi: Existen cambios en la accesibilidad al tener conocimiento de ser seropositivo.

Ho: No existen cambios en la accesibilidad al tener conocimiento de ser seronegativo.

Hi: Existen cambios en la accesibilidad al tener conocimiento de ser seronegativo.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la accesibilidad de personas seropositivas y las personas seronegativas.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en la accesibilidad de personas seropositivas y las personas seronegativas.

DIMENSIÓN EMOCIONAL.

A) ESTADO DE ANIMO.

Ho: No existen cambios en el estado de ánimo al tener conocimiento de ser seropositivo.

Hi: Existen cambios en el estado de ánimo al tener conocimiento de ser seropositivo.

Ho: No existen cambios en el estado de ánimo al tener conocimiento de ser seronegativo.

Hi: Existen cambios en el estado de ánimo al tener conocimiento de ser seronegativo.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en el estado de ánimo de personas seropositivas y las personas seronegativas.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en el estado de ánimo de personas seropositivas y las personas seronegativas.

B) SENTIMIENTOS INTERINDIVIDUALES.

Ho: No existen cambios en los sentimientos interindividuales al tener conocimiento de ser seropositivo.

Hi: Existen cambios en los sentimientos interindividuales al tener conocimiento de ser seropositivo.

CAPITULO 4 "MÉTODO"

Ho: No existen cambios en los sentimientos interindividuales al tener conocimiento de ser seronegativo.

Hi: Existen cambios en los sentimientos interindividuales al tener conocimiento de ser seronegativo.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en los sentimientos interindividuales de personas seropositivas y las personas seronegativas.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en los sentimientos interindividuales de personas seropositivas y las personas seronegativas.

CJ) SALUD EMOCIONAL.

Ho: No existen cambios en la salud emocional al tener conocimiento de ser seropositivo.

Hi: Existen cambios en la salud emocional al tener conocimiento de ser seropositivo.

Ho: No existen cambios en la salud emocional al tener conocimiento de ser seronegativo.

Hi: Existen cambios en la salud emocional al tener conocimiento de ser seronegativo.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la salud emocional de personas seropositivas y las personas seronegativas.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en la salud emocional de personas seropositivas y las personas seronegativas.

DIMENSIÓN OCUPACIONAL.

Ho: No existen cambios en relación a la ocupación al tener conocimiento de ser seropositivo.

Hi: Existen cambios en relación a la ocupación al tener conocimiento de ser seropositivo.

Ho: No existen cambios en relación a la ocupación al tener conocimiento de ser seronegativo.

Hi: Existen cambios en relación a la ocupación al tener conocimiento de ser seronegativo.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la ocupación de personas seropositivas y las personas seronegativas.

CAPITULO 4 "MÉTODO"

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la ocupación de personas seropositivas y las personas seronegativas.

DIMENSIÓN ÉTICA.

Ho: No existen cambios en la ética al tener conocimiento de ser seropositivo.

Hi: Existen cambios en la ética al tener conocimiento de ser seropositivo.

Ho: No existen cambios en la ética al tener conocimiento de ser seronegativo.

Hi: Existen cambios en la ética al tener conocimiento de ser seronegativo.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la ética de personas seropositivas y las personas seronegativas.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en la ética de personas seropositivas y las personas seronegativas.

DIMENSIÓN INICIATIVA.

Ho: No existen cambios en la iniciativa al tener conocimiento de ser seropositivo.

Hi: Existen cambios en la iniciativa al tener conocimiento de ser seropositivo.

Ho: No existen cambios en la iniciativa al tener conocimiento de ser seronegativo.

Hi: Existen cambios en la iniciativa al tener conocimiento de ser seronegativo.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la iniciativa de personas seropositivas y las personas seronegativas.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en la iniciativa de personas seropositivas y las personas seronegativas.

VARIABLES.

Las variables son las siguientes:

VARIABLES INDEPENDIENTES: Son los resultados seronegativos y seropositivos.

VARIABLE DEPENDIENTE: Es el autoconcepto.

CAPITULO 4 "MÉTODO"

CRITERIO DE INCLUSIÓN: Con objeto de tener un mayor control del estudio se decidió que las personas que conformaron la muestra tuvieran una edad como mínimo de 18 años de edad, considerándose que a partir de dicha edad ya se ha formado el autoconcepto en una persona.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

SEROPOSITIVO: Significa que la persona se ha expuesto al VIH y como resultado se ha infectado. Puede describirse como "portador" asintomático, sin embargo es infeccioso para otros a través de las vías conocidas: actividades sexuales particulares, sangre y productos hematológicos, y el embarazo (Miller, D., 1989).

SERONEGATIVO: Significa que la persona no ha estado en contacto con el virus, o que no ha sido infectada por el VIH (Del Río, C., 1994).

VARIABLE DEPENDIENTE.

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

CRITERIO DE INCLUSIÓN.

EDAD: tiempo transcurrido desde el nacimiento (Fontanillo, E. y Remondo, M., 1961).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Detectar o no la presencia de anticuerpos VIH en la sangre al someterse a una prueba de SIDA.

VARIABLE DEPENDIENTE: Medición del autoconcepto a través del Diferencial Semántico del Autoconcepto de Jorge la Rosa, antes y después de darle a conocer a la persona su resultado de la prueba de anticuerpos VIH a la que se ha sometido.

SUJETOS.

La investigación se llevó a cabo con 200 personas (hombres y mujeres) cuyas edades se encontraban comprendidas de los 18 años de edad en adelante.

CAPITULO 4 "MÉTODO"

MUESTREO.

El muestreo se realizó de forma intencional, ya que las personas fueron seleccionadas a partir de tener una edad de 18 años como mínimo y el asistir a CONASIDA para someterse a la prueba de detección de anticuerpos de VIH.

La población de donde se obtuvo la muestra fue del Consejo Nacional para la Prevención y control del SIDA (CONASIDA) ubicado en la Zona Sur del Distrito Federal.

TIPO DE ESTUDIO.

En el trabajo desarrollado se utilizó un estudio de campo de tipo exploratorio, debido a que se desarrolló la investigación sin tener una expectativa sobre las conclusiones a que se llegaría.

DISEÑO.

El tipo de diseño que se utilizó fue antes-después, pues se aplicó el Diferencial Semántico del Autoconcepto de Jorge La Rosa antes y después de prepararse a las personas los resultados de la prueba de detección de anticuerpos VIH.

Los sujetos fueron divididos en dos grupos, una vez que se realizaron las dos aplicaciones a cada uno de ellos. Los grupos fueron formados a partir de los resultados de la prueba de detección de anticuerpos VIH, un grupo de seropositivos y un grupo de seronegativos.

Realizándose así una comparación entre los dos grupos formados y además una comparación entre las aplicaciones pretest-postest de cada grupo.

GRUPO	ASIGNACIÓN	OBSERV. ANTES	RESULT. PRUEBA	OBSERV. DESPUES
1	Intencional	O ₁	Negativo	O ₁
2	Intencional	O ₂	Positivo	O ₂

INSTRUMENTO.

DIFERENCIAL SEMÁNTICO DEL AUTOCONCEPTO DE JORGE LA ROSA.

En 1986, Jorge La Rosa llevó a cabo una investigación que tuvo como objetivo construir y validar escalas multidimensionales, para medir Locus de Control y Autoconcepto (siendo la última de nuestro interés).

CAPITULO 4 "MÉTODO"

La escala de autoconcepto está construida en el formato diferencial semántico; su fundamentación teórica se basa en los trabajos realizados por dos grandes investigadores en el área de la psicología, Rogelio Díaz Guerrero y Santiago Ramírez, quienes se han dedicado básicamente al estudio de las características de la personalidad del mexicano.

La escala es el resultado de cinco estudios piloto y una aplicación final, involucrando un total de 2,626 sujetos de ambos sexos (estudiantes preparatorianos y universitarios). El instrumento se encuentra constituido de 64 adjetivos distribuidos de forma aleatoria, con sus respectivos antónimos (Ver Anexo 1).

La Rosa utilizó la prueba t de student para verificar el poder discriminativo de los reactivos y los resultados mostraron niveles de discriminación satisfactorios ($p = 0.001$). Los datos obtenidos con la aplicación de la escala fueron sometidos a los análisis factoriales con rotación varimax y oblicua para verificar la validez de constructo de la misma; decidiéndose elegir la rotación varimax porque representaba estructuras conceptuales más claras. Sus factores o dimensiones básicas son: social, emocional, ocupacional, ética e iniciativa (Ver Anexo 2).

La dimensión social se encuentra representada en tres factores: sociabilidad afiliativa (alfa de .85), sociabilidad expresiva (alfa de .85) y accesibilidad (alfa de .65). La dimensión emocional se presenta de una manera tripartita también: estado de ánimo (alfa de .86), sentimientos interindividuales (alfa de .81) y salud emocional (alfa de .76). Los coeficientes de consistencia interna de las demás escalas son para dimensión ocupacional (alfa de .89), la dimensión ética (alfa de .77) y la dimensión de iniciativa (alfa de .71). Finalmente la consistencia interna de la escala total por alfa de Cronbach de .94, lo que posibilita una medida global de la autoestima.

La *dimensión social* se refiere al comportamiento del individuo en la interacción con sus semejantes y goza de una gran universalidad porque abarca tanto las relaciones con sus familiares y amigos como la manera en que una persona realiza sus interacciones con sus jefes o subalternos, conocidos o no. La subdimensión *sociabilidad afiliativa* especifica en el polo positivo el estilo afiliativo de relacionarse con los demás; la *sociabilidad expresiva* se refiere a la comunicación o expresión del individuo en el medio social y finalmente la *accesibilidad* define el aspecto positivo, la persona accesible a la cual se aproximan los demás con confianza porque podrán contar con su comprensión.

La *dimensión emocional* abarca los sentimientos y emociones de uno, considerados de un punto de vista intraindividual, interindividual y del punto de vista de su sanidad o no. La subdimensión *estados de ánimo* caracteriza la vida emocional intraindividual, o sea, los estados de ánimo experimentados en la subjetividad; la subdimensión *sentimientos interindividuales* considera que el "otro" es el objeto de los sentimientos personales, los sentimientos hacia los demás son en gran parte resultado

CAPITULO 4 "MÉTODO"

del proceso de la socialización; y la subdimensión *salud emocional* enfoca los aspectos intraindividuales e interindividuales desde el punto de vista de su sanidad o no productores de salud mental. Con respecto a los estados de ánimo una persona feliz, alegre y optimista es una persona bastante sana y al contrario se puede decir de un individuo deprimido, triste y frustrado que es menos sano; consideraciones semejantes se pueden realizar en relación a los sentimientos interindividuales.

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 profesionalista.

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.

La *dimensión iniciativa* se refiere a si la persona tiene o no la iniciativa en diferentes campos de la actividad humana. Característica de personalidad que se aplica al estilo como el individuo desempeña sus actividades u ocupación (La Rosa, J., 1984).

PROCEDIMIENTO.

Durante el presente trabajo se procedió, en primer instancia, a la aplicación del pretest a las personas que asistieron por primera vez a realizarse una prueba de detección de anticuerpos VIH a COHASIDA, cuyos edades fueron como mínimo de 18 años y contaban con una escolaridad. A continuación se llevó a cabo una segunda aplicación del instrumento a las mismas personas, inmediatamente después que habían recibido su resultado de la prueba (seropositivo o seronegativo). Para ambas aplicaciones se utilizó un consultorio y el instrumento fue contestado en forma privada e individual.

La aplicación del pretest y postest se realizó en un periodo comprendido de Junio de 1995 a principios de Febrero de 1996; ello se debió a que se tuvieron que aplicar 600 instrumentos para obtener una muestra de 200 personas a las que se les había aplicada un pretest-postest, pues varios pacientes ya no regresaban a una segunda entrevista o el resultado de la prueba había sido entregado por otra persona diferente a el aplicador, no pudiéndose realizar una segunda aplicación del Diferencial Semántico; además fue difícil obtener un número considerado de personas cuyo resultado fuese seropositivo.

Una vez obtenida la muestra requerida se procedió a dividirla en dos grupos; las personas que habían obtenido un resultado seropositivo (31 individuos) y las personas que habían obtenido un resultado seronegativo (169 individuos). Llevándose a cabo, posteriormente, la calificación de los pretest y postest de cada persona, depositándose los datos en tablas.

CAPITULO 4 "MÉTODO"

Al haberse realizado la calificación de los instrumentos, finalmente, se procedió al análisis estadístico de los datos obtenidos. Se hizo una comparación entre los datos obtenidos del pretest-postest del grupo de personas seronegativas, y una comparación entre la aplicación del pretest-postest de las personas seropositivas; así como la comparación entre los datos obtenidos de ambos grupos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos, después de haber calificado las dos aplicaciones (antes y después de informar a las personas un resultado seronegativo o seropositivo), se utilizó el paquete estadístico SPSS; tanto para realizar una comparación intragrupal como entre grupos independientes, por medio de la *t* de Student.

CAPITULO 5
"RESULTADOS"

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

RESULTADOS.

DATOS DEMOGRÁFICOS.

La muestra de la presente investigación se integra de 200 personas, las cuales fueron divididas en dos grupos, de acuerdo al resultado obtenido después de haberse sometido a la prueba de detección de anticuerpos VIH (resultado seronegativo o resultado seropositivo).

El grupo constituido por las personas que obtuvieron un resultado seronegativo; se conforma de 169 individuos con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 54 años, en donde el promedio de edad del grupo es de 25 años y existe un predominio de personas que tienen una edad de 23 años (Tabla 1).

Las personas pertenecientes al grupo en su mayoría son del sexo masculino (111 hombres), existiendo sólo 58 personas del sexo femenino. Con respecto a la escolaridad, se encuentran desde personas con estudios de primaria hasta niveles de posgrado; con un promedio de nivel medio superior y siendo en su mayoría personas con un grado de estudios de nivel superior (Tabla 2).

El grupo que se encuentra formado por las personas que obtuvieron un resultado seropositivo, está compuesto de 31 hombres; en donde la edad mínima es de 18 años y la edad máxima es de 49 años, con un promedio de edad de 28 años, y encontrándose más personas de 19 años, 22 años y 23 años de edad (Tabla 3).

Con respecto a la escolaridad, los individuos poseen una escolaridad de secundaria hasta un nivel de posgrado; mostrándose un promedio de escolaridad de nivel medio superior y siendo en su mayoría personas con grado de secundaria (Tabla 4).

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

Tabla 1. Edades del grupo de personas con resultado seronegativo.

EDAD	FRECUENCIA
18	6
19	14
20	11
21	17
22	11
23	29
24	12
25	5
26	7
27	11
28	12
29	4
30	4
31	5
33	5
35	5
38	1
39	2
41	1
45	2
49	2
50	1
54	1
Total	169
Media	25.450
Modo	23.000
Desviación Standard	6.528

Tabla 2. Escolaridad del grupo de personas con resultado seronegativo.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA
Primaria	6
Secundaria	18
Técnico	12
Medio Superior	42
Superior	84
Postgrado	7
Total	169

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

Tabla 3. Edades del grupo de personas con un resultado seropositivo.

EDAD	FRECUENCIA
18	1
19	3
21	2
22	3
23	3
24	2
25	1
26	2
28	2
29	2
30	1
32	1
37	2
38	1
41	1
43	2
45	1
49	1
Total	31
Medio	28.581
Medo	19.00
Desviación Standard	8.747

Tabla 4. Escolaridad del grupo de personas con un resultado seropositivo.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA
Secundaria	10
Técnico	3
Medio Superior	7
Superior	6
Postgrado	2
Total	31

RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

GRUPO DE PERSONAS CON RESULTADO SERONEGATIVO.

Los resultados obtenidos al realizar una comparación entre la aplicación del Diferencial Semántico de Jorge La Rosa; antes de que la persona se sometiera a la prueba de detección de anticuerpos VIH y después de saber que su resultado es seronegativo, son los siguientes:

Sociabilidad Afiliativa.

Durante la realización de la comparación antes-después con respecto a la subdimensión sociabilidad afiliativa; no se encuentra diferencia estadísticamente significativa (t student = -1.15 $a/2 = .252$), por lo que se acepta la hipótesis nula "No existen cambios en la sociabilidad afiliativa al tener conocimiento de ser seronegativo". Más sin embargo; se puede apreciar, un incremento en la media de la aplicación posterior al conocimiento de ser seronegativo el resultado de la prueba de detección de anticuerpos VIH (Tabla 5).

Sociabilidad Expresiva.

En cuanto a la subdimensión sociabilidad expresiva, no se encuentra diferencia estadísticamente significativa (t student = -1.47 $a/2 = .144$) entre la comparación antes-después, con lo cual se acepta la hipótesis nula "No existen cambios en la sociabilidad expresiva al tener conocimiento de ser seronegativo". Aunque, hay un incremento en la media posterior al conocimiento de ser seronegativo (Tabla 5).

Accesibilidad.

Con respecto a la subdimensión social accesibilidad se encuentra una diferencia estadísticamente significativa (t student = -2.65 $a/2 = .009$) entre la comparación antes-después; así se acepta la hipótesis alterna "Existen cambios en la accesibilidad al tener conocimiento de ser seronegativo". Una t student negativa y una media posterior mayor, indica un incremento en la accesibilidad después de saber una persona que su resultado es seronegativo (Tabla 5).

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

Tabla 5. Comparación intragrupal del grupo de personas con resultado seronegativo en la dimensión social.

DIMENSIÓN SOCIAL	Media anterior al resultado	Media posterior al resultado	t (Student)	a/2	Desviación Standard	Error Standard
Sociabilidad	56.4675	56.9822	-1.15	.252	5.828	.448
Afiliativa	36.8678	37.5325	1.47	.144	5.873	.452
Expresiva						
Accesibilidad	27.1361	27.9349	2.65	.007	3.912	.301

Estados de Animo.

La comparación antes-después con respecto a la subdimensión emocional estado de ánimo, indica que la diferencia obtenida es estadísticamente significativa ($t \text{ student} = -3.22$ $a/2 = .002$), con lo que se acepta la hipótesis alterna "Existen cambios en el estado de ánimo al tener conocimiento de ser seronegativo", una $t \text{ student}$ negativa y una media posterior mayor, indican la presencia de un mejor estado de ánimo después de conocer un resultado seronegativo (Tabla 5).

Sentimientos Interindividuales.

La diferencia entre los resultados obtenidos en la comparación antes-después, en razón a la subdimensión emocional sentimientos interindividuales, es estadísticamente significativa ($t \text{ student} = -3.32$ $a/2 = .001$); con ello se acepta la hipótesis alterna "Existen cambios en los sentimientos interindividuales al tener conocimiento de ser seronegativo". La $t \text{ student}$ negativa y una media posterior mayor manifiestan que una persona al saber que tiene un resultado seronegativo en la prueba tiende a presentar mejores sentimientos interindividuales (Tabla 5).

Salud Emocional.

La comparación realizada con respecto a la subdimensión emocional salud emocional es estadísticamente significativa ($t \text{ student} = -3.67$ $a/2 = .000$); con esto se acepta la hipótesis alterna "Existen cambios en la salud emocional al tener conocimiento de ser seronegativo". Al tener una $t \text{ student}$ negativa y una media posterior mayor, se indica que las personas que conocen su resultado seronegativo tienen una mejor salud emocional (Tabla 6).

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

Tabla 6. Comparación Intragrupal del grupo de personas con resultado seronegativo en la dimensión emocional.

DIMENSION EMOCIONAL	Media anterior al resultado	Media posterior al resultado	t Student	a/2	Desviación Standard	Error Standard
Estado de Animo	40.0828	41.4438	- 3.22	.002	5.492	.427
Sentimientos Interindividuales	33.0947	34.1124	- 3.32	.001	3.987	.307
Salud Emocional	38.6923	40.6154	- 3.67	.000	6.812	.524

Ocupacional.

De acuerdo a los resultados obtenidos en relación a la dimensión ocupacional, la diferencia no es estadísticamente significativa (t student = -1.10 a/2 = .273); por lo tanto, se acepta la hipótesis nula "No existen cambios en relación a la ocupación al tener conocimiento de ser seronegativo". Sin embargo, existe un incremento en la media posterior al conocimiento del resultado (Tabla 7).

Ética.

Los resultados obtenidos en cuanto a la dimensión ética, indican que hay una diferencia estadísticamente significativa (t student = -1.93 a/2 = .056) en la comparación realizada; es decir, se acepta la hipótesis alterna "Existen cambios en la ética al tener conocimiento de ser seronegativo". La t student negativa y una media posterior mayor, muestran que los individuos que obtienen un resultado seronegativo llegan a mostrar mejor ética (Tabla 7).

Iniciativa.

La comparación realizada en relación a la dimensión iniciativa manifiesta diferencia estadísticamente significativa (t student = -2.77 a/2 = .006), con lo que se acepta la hipótesis alterna "Existen cambios en la iniciativa al tener conocimiento de ser Seronegativo". Al tener una t student negativa y una media posterior mayor, se manifiesta que las personas que se someten a una prueba de detección de anticuerpos VIH y obtienen un resultado seronegativo, tienen a tener una mayor iniciativa para realizar alguna actividad (Tabla 7).

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

Tabla 7. Comparación intragrupal del grupo de personas con resultado seronegativo en la dimensión ocupacional, la dimensión ética y la dimensión iniciativa.

DIMENSIÓN	Media anterior al resultado	Media posterior al resultado	t Student	d/2	Desviación Standard	Error Standard
Ocupacional	44.9645	45.4201	1.10	.273	5.384	.414
Ética	34.6982	35.3195	1.93	.056	4.194	.323
Iniciativa	24.5385	25.5266	2.77	.006	4.641	.357

GRUPO DE PERSONAS CON UN RESULTADO SEROPositIVO.

Los resultados de las comparaciones realizadas de la aplicación del Diferencial Semántico de Jorgo La Rosa, antes y después de tener conocimiento de un resultado seropositivo en la prueba de detección de anticuerpos VIH, se presentan a continuación:

Sociabilidad Afiliativa.

Los resultados obtenidos de la comparación realizada antes y después con respecto a la subdimensión sociabilidad afiliativa, no muestran diferencia estadísticamente significativa (t student = 1.23, $d/2 = .230$), por lo que se acepta la hipótesis nula "No existen cambios en la sociabilidad afiliativa al tener conocimiento de ser seropositivo"; apesar de que la media obtenida posterior al conocimiento de ser seropositivo es menor en comparación con la media obtenida antes del resultado (Tabla 8).

Sociabilidad Expresiva.

Con respecto a la subdimensión sociabilidad expresiva la comparación realizada no indica una diferencia estadísticamente significativa (t student = .20, $d/2 = .344$), aceptándose la hipótesis nula "No existen cambios en la sociabilidad expresiva al tener conocimiento de ser seropositivo". Al observar las medias obtenidas, se puede apreciar una media posterior menor en comparación a la media anterior al conocimiento del resultado (Tabla 8).

Accesibilidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos en relación a la subdimensión social accesibilidad, se puede decir que no hay diferencia estadísticamente en la comparación antes-después (t student = 11.91, $d/2 = .913$); con lo cual se acepta la hipótesis nula "No existen cambios en la accesibilidad al tener conocimiento de ser seropositivo". Aunque sí se

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

aprecia en las medias obtenidas un decremento en la accesibilidad de los individuos al tener conocimiento de su resultado (Tabla 8).

Tabla 8. Comparación Intragrupal del grupo de personas con resultado seropositivo en la dimensión social.

DIMENSION SOCIAL	Medio anterior al resultado	Medio posterior al resultado	t Student	o/2	Desviación Standard	Error Standard
Sociabilidad	58.4194	56.6129	1.23	.230	8.207	1.474
Accesibilidad	36.3226	36.1290	.20	.844	5.419	.973
Accesibilidad	27.6774	22.5906	.11	.913	4.908	.882

Estado de Animo.

Según los resultados obtenidos en relación a la subdimensión emocional estado de ánimo, no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa (t student =.27 o/2 =.792), con lo cual se acepta la hipótesis nula "No existen cambios en el estado de ánimo al tener conocimiento de ser seropositivo". Sin embargo, al observar las medias obtenidas, hay un decremento en el estado de ánimo al tener conocimiento al tener conocimiento del resultado seropositivo (Tabla 9).

Sentimientos Interindividuales.

Ante los resultados obtenidos con respecto a la subdimensión emocional sentimientos interindividuales, se puede decir que no existe una diferencia estadísticamente significativa (t student =.28 o/2 =.785); con ello se acepta la hipótesis nula "No existen cambios en los sentimientos interindividuales al tener conocimiento de ser seropositivo". Aunque, al apreciar las medias se observa un decremento en los sentimientos interindividuales en las personas al tener conocimiento de su resultado (Tabla 9).

Salud Emocional.

Con respecto a los resultados obtenidos de acuerdo a la salud emocional, no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa (t student =.25 o/2 =.805); aceptándose la hipótesis nula "No existen cambios en la salud emocional al tener conocimiento de ser seropositivo". Empero, se nota una diferencia entre las medias obtenidas, siendo menor la salud emocional al tener un resultado positivo (Tabla 9).

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

Tabla 9. Comparación intragrupal del grupo de personas con resultado seropositivo en la dimensión emocional.

DIMENSION EMOCIONAL	Medio anterior al resultado	Medio posterior al resultado	t Student	q/2	Desviación Standard	Error Standard
Estado de Animo	40.3548	39.9677	.27	.792	8.106	1.456
Sentimientos Interindividuales	34.7742	34.5484	.28	.785	4.566	.820
Salud Emocional	41.8065	41.4194	.25	.805	8.640	1.552

Ocupacional.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la dimensión ocupacional, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (t student = .07 $q/2 = .946$); por tanto, se acepta la hipótesis nula "No existen cambios en relación a la ocupación al tener conocimiento de ser seropositivo". Sin embargo, se aprecia un decremento en la media posterior al tener conocimiento de ser seropositivo (Tabla 10).

Ético.

En cuanto a la dimensión ética, no se observa una diferencia estadísticamente significativa (t student = .97 $q/2 = .338$); con lo cual se acepta la hipótesis nula "No existen cambios en la ética al tener conocimiento de ser seropositivo". Aunque en la media obtenida después del conocimiento de ser seropositivo se observa que hay un decremento (Tabla 10).

Iniciativa.

Respecto a los resultados ante la dimensión iniciativa, no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa (t student = 1.17 $q/2 = .250$). Pero la media obtenida después de saber un resultado positivo es menor (Tabla 10).

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

Tabla 10. Comparación intragrupal del grupo de personas con resultado seropositivo en la dimensión ocupacional, la dimensión ética y la dimensión iniciativa.

DIMENSIÓN	Medio anterior al resultado	Medio posterior al resultado	t Student	a/2	Desviación Standard	Error Standard
Ocupacional	44.8387	44.7419	.07	.246	7.935	1.425
Ética	34.9677	33.7742	.97	.338	6.819	1.225
Iniciativa	24.8387	23.7742	1.17	.250	5.053	.907

COMPARACIÓN DEL GRUPO DE PERSONAS SERONEGATIVAS CON EL GRUPO DE PERSONAS SEROPOSITIVAS.

En seguida se presentan los resultados que se obtuvieron al comparar a los pacientes del grupo de personas seronegativas y el grupo de las personas seropositivas, una vez que contaban con el conocimiento de su resultado obtenido al someterse a la prueba de detección de anticuerpos VIH.

Sociabilidad Afiliativa.

Con respecto a los resultados obtenidos en relación a la subdimensión sociabilidad afiliativa, se puede decir, que no existe una diferencia estadísticamente significativa ($t \text{ student} = .21 \text{ a/2} = .836$), aceptándose la hipótesis nula "No existen diferencias estadísticamente significativas en la sociabilidad afiliativa entre personas seronegativas y personas seropositivas". Sin embargo, existe una diferencia entre las medias, siendo menor la media obtenida en el caso de las personas seropositivas (Tabla 11).

Sociabilidad Expresiva.

En relación a la subdimensión sociabilidad expresiva, no existen una diferencia estadísticamente significativa ($t \text{ student} = .73 \text{ a/2} = .469$), lo que indica la aceptación de la hipótesis nula "No existen diferencias estadísticamente significativas en la sociabilidad expresiva entre personas seronegativas y personas seropositivas". Aunque, se aprecia una media menor en relación a las personas que obtuvieron un resultado seropositivo (Tabla 11).

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

Accesibilidad.

Los resultados obtenidos sobre la subdimensión social accesibilidad, no muestran una diferencia estadísticamente significativa (t student = .47 $\alpha/2 = .640$); así se acepta la hipótesis nula "No existen diferencias estadísticamente significativas en la accesibilidad entre personas seronegativas y personas seropositivas". Pero, la media de las personas seropositivas es menor en comparación a la media de las personas seronegativas (Tabla 11).

Tabla 11. Comparación Intergrupal entre el grupo de personas con resultado seronegativo y el grupo de personas con un resultado seropositivo en la dimensión social.

DIMENSIÓN SOCIAL	Media del grupo de personas seronegativas.	Media del grupo de personas seropositivas.	Valor t	$\alpha/2$	t Student	$\alpha/2$
Sociabilidad Afectiva	56.9022	56.6129	1.30	.229	.21	.836
Sociabilidad Expresiva	37.5325	36.1290	1.02	.223	.73	.469
Accesibilidad	22.9349	22.5806	1.31	.223	.47	.640

Estado de Animo.

En esta subdimensión emocional, no se manifiesta en los resultados obtenidos una diferencia estadísticamente significativa (t student = .83 $\alpha/2 = .409$), aceptándose la hipótesis nula "No existen diferencias estadísticamente significativas en el estado de ánimo entre personas seronegativas y personas seropositivas". Por otra parte, se aprecia al comparar las medias obtenidas de ambos grupos una media menor en el grupo de personas seropositivas (Tabla 12).

Sentimientos Interindividuales.

Ante los resultados obtenidos con respecto a la subdimensión emocional sentimientos interindividuales, se puede decir, que no existe una diferencia estadísticamente significativa (t student = -.32 $\alpha/2 = .747$); aceptándose así la hipótesis nula "No existen diferencias estadísticamente significativas en los sentimientos interindividuales entre personas seronegativas y personas seropositivas". Aunque, existe una media mayor en el grupo de personas seropositivas en comparación con el grupo de personas seronegativas (Tabla 12).

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

Salud Emocional.

Los resultados obtenidos en la subdimensión salud emocional, indican que no existe una diferencia estadísticamente significativa (t student = $-.38$ $\alpha/2 = .706$), se acepta la hipótesis nula "No existen diferencias estadísticamente significativas en la salud emocional entre personas seronegativas y personas seropositivas". A pesar, de que al observar las medias de cada uno de los grupos, la media del grupo de personas seropositivas es mayor (Tabla 12).

Tabla 12. Comparación Intragrupal entre el grupo de personas con resultado seronegativo y el grupo de personas con resultado seropositivo en la dimensión emocional.

DIMENSIÓN EMOCIONAL	Media del grupo de personas seronegativas	Media del grupo de personas seropositivas	Valor F	$\alpha/2$	t Student	$\alpha/2$
Estado de Animo	41.4438	39.9677	1.05	.817	.93	.409
Sentimientos Interindividuales	34.1124	34.5484	1.16	.643	.32	.747
Salud Emocional	40.6154	41.4124	1.10	.674	.38	.706

Ocupacional.

En relación a la dimensión ocupacional, los resultados no muestran una diferencia estadísticamente significativa (t student = $.46$ $\alpha/2 = .648$); así la hipótesis nula se acepta "No existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la ocupación entre personas seronegativas y personas seropositivas". Pero, existe diferencia entre las medias de cada grupo, siendo menor la media de las personas seropositivas (Tabla 13).

Ético.

Los resultados obtenidos, no manifiestan una diferencia estadísticamente significativa (t student = 1.46 $\alpha/2 = .145$), por lo tanto, se acepta la hipótesis nula "No existen diferencias estadísticamente significativas en la ética entre personas seronegativas y personas seropositivas". Sin embargo, la media obtenida en el grupo de personas con un resultado seropositivo fue menor al compararse con la media del grupo de personas con un resultado seronegativo (Tabla 13).

CAPITULO 5 "RESULTADOS"

Iniciativa.

De acuerdo con los resultados obtenidos, no existe una diferencia estadísticamente significativa ($t \text{ student} = 1.70$ $\alpha/2 = .091$), siendo aceptada la hipótesis nula "No existen diferencias estadísticamente significativas en la iniciativa entre personas seronegativas y seropositivas". Empero, se encuentra una diferencia a nivel de las medias obtenidas en ambos grupos, donde la media del grupo de personas con un resultado seropositivo es menor (Tabla 13).

Tabla 13. Comparación intergrupar entre el grupo de personas con resultado seronegativo y el grupo de personas con un resultado seropositivo en la dimensión ocupacional, la dimensión ética y la dimensión iniciativa.

DIMENSION	Medio del grupo de personas seronegativas	Medio del grupo de personas seropositivas	Valor F	$\alpha/2$	t Student	$\alpha/2$
Ocupacional	45.4201	44.7412	1.20	.471	.46	.648
Ética	35.3195	33.7742	1.50	.084	1.46	.145
Iniciativa	25.5266	23.7742	1.19	.480	1.70	.091

DISCUSIÓN.

Después de la revisión realizada a los resultados obtenidos, se aprecia que sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la comparación antes-después del grupo de personas seronegativas, en la subdimensión social accesibilidad, en la dimensión emocional (estado de ánimo, sentimientos interindividuales y salud emocional), en la dimensión ética y en la dimensión iniciativa.

Por lo anterior, se puede decir que una persona que se somete a una prueba de detección de anticuerpos VIH, obteniendo un resultado seronegativo, presenta cambios en su autoconcepto, y se vuelve una persona más accesible con los demás; también su estado de ánimo y los sentimientos hacia las otras personas son más positivos, teniendo un mejor equilibrio emocional; se encuentra más acorde con sus valores personales y posee una mayor disposición para realizar alguna actividad.

En el resto de las dimensiones (subdimensiones sociabilidad afiliativa y sociabilidad expresiva y la dimensión ocupacional) no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa, por lo cual no se puede realizar una generalización hacia el resto de la población; aunque se manifiesta un incremento en cada una de las dimensiones al tener la persona un conocimiento de su resultado seronegativo. Se presentan con una mayor disposición a relacionarse con otras personas y se vuelven más comunicativos; y sienten que tienen una mayor capacidad para realizar alguna tarea.

El que una persona presente un cambio favorable en su autoconcepto, al tener conocimiento de que su resultado es seronegativo, se puede explicar a partir del hecho que la persona atraviesa por un momento de incertidumbre en el cual se enfrenta a sí mismo con la posibilidad de haber contraído una enfermedad considerada hasta el momento como mortal, por lo cual, todas las expectativas futuras se encuentran en peligro de derrumbarse, y al saber que se ha librado de esto, la persona vuelve a ver claro el camino a seguir manifestando ver la vida de una manera más positiva, en comparación a como era su vida antes de atravesar por esta situación.

En relación a las comparaciones intragrupalas realizadas en el grupo de personas con un resultado seropositivo, no se obtuvieron datos significativos estadísticamente; sin embargo, a nivel de comparación entre las medias obtenidas se observa un decremento después de tener conocimiento de ser seropositivo el resultado. El hecho de que las diferencias obtenidas no sean estadísticamente significativas, se pudo deber a que la muestra seleccionada no fue significativa en relación a la población de la que fue tomada y debido a que el muestreo que se realizó no fue aleatorio.

El grupo de personas que se sometió a la prueba de detección de anticuerpos VIH y obtuvo un resultado seropositivo, desde un punto de vista cualitativo presenta un cambio en su autoconcepto, aunque este cambio no es considerable. Esto pudo deberse a que los pacientes presentaron un choque emocional al recibir su resultado, ya que la aplicación del postest se realizó inmediatamente después de proporcionar el resultado al paciente. David Miller (1989) menciona "Al momento de recibir el diagnóstico o un resultado positivo de la prueba de anticuerpo, es posible observar una gran incertidumbre sobre la reacción del mundo que rodea al paciente hacia su nuevo estado relacionado con VIH. Muchas personas han dicho que temen tanto a la respuesta de otros hacia ellos como a las posibles consecuencias de una infección o enfermedad, este temor puede crear tanta miseria y sufrimiento psicológico como la infección en sí, en particular si saben que sus patrones, compañeros, amigos o amante son negativos en sus conceptos sobre SIDA y VIH".

Los individuos se muestran menos sociables, con dificultad para interactuar con los demás, siendo menos comunicativos y menos comprensibles ante las otras personas. En relación a esto David Miller (1989) menciona que los pacientes infectados por VIH pasan por estados de depresión lo que conlleva a la pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente se disfrutaban, tener sentimientos de inutilidad y culpa, baja autoestimación, y sensación de agotamiento físico. Además es comprensible que muchas personas deprimidas encuentren que simplemente desean aislarse, y las personas que están afrontando una enfermedad o infección que pone en peligro su vida desearán separarse de otros, a fin de protegerlos o como intento para afrontar su situación sin distracciones molestas de otros. Desde el momento en que reciben su resultado seropositivo una gran parte de las personas asumirán "automáticamente" que van a morir. Algunas han comentado que a pesar de tener muy pocos signos exteriores, o ninguno, de la infección sienten como si su enfermedad fuera obvia para otros, como si la llevaran a manera de insignia. Entonces se han aislado del mundo tomando un papel del paciente con "una enfermedad terminal", hablando y comportándose en una forma que parezca reforzar su sensación de ruina y decadencia.

Emocionalmente, se caracterizan por tener menos ánimo y sentimientos poco favorables hacia los demás, existiendo un menor equilibrio emocional. Sepúlveda (1989) manifiesta "Los individuos con un resultado seropositivo, se sienten desvalidos, sin esperanzas para un futuro próximo, sensación que suele ir en aumento cuando han tomado la decisión de no integrarse a un grupo terapéutico, junto a la posibilidad de perder su trabajo, casa, familia, amigos, pareja, etc. La mayoría de las veces son pérdidas que ellos mismos han provocado por el monto de angustia y la culpa que sienten respecto a la infección. El aislamiento social se caracteriza por miedo injustificado de infectar a otros, lo que ocasiona que se alejen, evitando así cualquier tipo de contacto social normal".

Las personas se sienten poco capaces para realizar alguna actividad, así como no tienen la misma iniciativa para realizar alguna actividad. Por otra parte, sienten que sus acciones van menos acorde con sus valores personales. Vélez, H. y sus colaboradores (1993), indican "El infectado por VIH manifiesta con frecuencia apatía por actividades rutinarias, laborales y familiares, retraimiento, pérdida de atención, concentración y memoria; y alteraciones de las funciones neurovegetativas en general".

Cuando una persona recibe un resultado seropositivo, ha confirmado todas sus sospechas de estar infectado por el virus del SIDA, las expectativas futuras se han derrumbado, hay una mayor incertidumbre ante lo que vendrá después; y las esperanzas de estar libre de una muerte segura han desaparecido.

Con respecto a las comparaciones intergrupales realizadas entre el grupo de personas con un resultado seronegativo y el grupo de personas con un resultado seropositivo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas; sin embargo se observa una diferencia en las medias obtenidas. En relación a la dimensión social (sociabilidad, afiliativo, sociabilidad expresiva y accesibilidad), en la subdimensión emocional estado de ánimo, y en las dimensiones ocupacional, ética e iniciativa; se aprecia una media menor en el grupo de personas seropositivas. Esta diferencia se explica, debido a que el tener un resultado seropositivo crea un deterioro en la persona; mientras que una persona que tiene un resultado seronegativo presenta un mejoramiento en su persona.

En relación a las subdimensiones emocionales sentimientos interindividuales y salud emocional en las medias obtenidas, se observa una media mayor en el grupo de personas seropositivas en comparación al grupo de personas seronegativas; sin embargo, no se puede decir algo al respecto pues las diferencias obtenidas no fueron estadísticamente significativas.

El hecho de que los resultados no hayan sido estadísticamente significativos se puede deber a que el muestreo que se realizó no fue significativo en el caso del grupo de personas seropositivas, pues el grupo es pequeño en comparación al grupo de personas seronegativas.

CONCLUSIONES.

Al realizar la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1.- Las personas que se someten a una prueba de detección de anticuerpos VIH, y obtienen un resultado seronegativo, presentan un cambio positivo en el autoconcepto al tener conocimiento de su resultado:

- A) Se muestran más accesibles hacia las otras personas.
- B) Presentan un mejor estado de ánimo.
- C) Poseen una salud emocional más satisfactoria.

D) Tienden a realizar conductas, que van más de acuerdo con sus principios éticos.

E) Se muestran con una mayor iniciativa para la realización de alguna actividad.

- 2.- Las personas que se someten a una prueba de detección de anticuerpos VIH y obtienen un resultado seropositivo, no presentan cambios importantes en su autoconcepto al tener conocimiento de su resultado.
- 3.- El autoconcepto que presentan las personas que obtienen un resultado seronegativo, no es diferente al autoconcepto que presentan las personas que obtienen un resultado seropositivo al realizarse la prueba de detección de anticuerpos VIH.

LIMITACIONES.

Una limitante que se presentó en el trabajo realizado, es que los pacientes que acudían a realizarse la prueba de detección de anticuerpos VIH, recibían el resultado por otra persona que no se encontraba vinculada con la investigación o ya no acudían a la entrega de su resultado; por lo que no fue posible la realización de la segunda aplicación del Diferencial Semántico de Jorge La Rosa, con lo que se perdió el seguimiento de dichos pacientes.

La otra limitante importante que se presentó durante la realización de la investigación, fue la formación del grupo de personas seropositivas, ya que se requirió de varios meses de espera para reunir al grupo; lo cual llevó a que el tiempo de la realización del presente trabajo fuera prolongado.

La aplicación del Diferencial Semántico de Jorge La Rosa, inmediatamente después de recibir un resultado seropositivo, no permitió que las personas tuvieran un tiempo para asimilar su resultado y con ello poder encontrar diferencias significativas en el autoconcepto.

SUGERENCIAS.

En caso de realizar investigaciones, con la finalidad de observar cambios en el autoconcepto de una persona ante el conocimiento de ser seropositivo; se sugiere que la aplicación anterior al conocimiento del resultado se realice permitiendo transcurrir un período de tiempo, para permitir que el individuo logre asimilar que se encuentra infectado por el VIH y con ello se puedan observar cambios significativos en su autoconcepto.

Para la realización de posteriores investigaciones, se sugiere que se utilice otro tipo de diseño de investigación, pues el estudio requirió de mucho tiempo para su realización, debido a que fue difícil reunir una muestra considerable de individuos a los cuales se les realizaría una aplicación del Diferencial Semántico de Jorge La Rosa antes y después de conocer su resultado.

Por otra parte, se sugiere que se realice una investigación, en donde se haga una comparación entre un grupo de personas que se someta a una prueba de detección de anticuerpos VIH, obteniendo un resultado seropositivo y un grupo de personas que no se haya realizado la prueba; con la finalidad de que se pueda obtener una mayor diferencia entre ambos grupos, y así se tenga la posibilidad de encontrar una diferencia que pueda ser estadísticamente significativa.

Finalmente, se sugiere para la realización de una posterior investigación en donde se seleccione a un grupo de personas que reciban un resultado seropositivo y se realice una aplicación del Diferencial Semántico de Jorge La Rosa, una semana después de conocer el resultado; y posteriormente una segunda aplicación del test.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

- Acuña, L.A. (1991). Estructura factorial del inventario de Roles Sexuales de Bern en México: Roles Sexuales y su relación con el Autoconcepto. Tesis de Maestría en Psicología General Experimental. México, UNAM.
- Cruz, Ma. (1992). Estudio comparativo del Autoconcepto en cuatro circunstancias reproductivas diferentes: Embarazo normal, embarazo de alto riesgo, esterilidad y oclusión tubaria bilateral. Tesis de Licenciatura en Psicología. México, UNAM.
- Chapper, K. (1991). Posibles efectos del Autoconcepto en relación con el desarrollo del SIDA. Tesina de Licenciatura en Psicología. México, UNAM.
- Del Río, C. (1994). Guía para la Atención Psicológica de personas que viven con VIH/SIDA, Grupo FOGRA, México.
- Denser, J.L. (1992). AIDS and the heterosexual. Library of Congress Catalog Card. USA.
- Durham, J. y Lashley, F. (1990). Pacientes con SIDA. Cuidados de Enfermería. El Manual Moderno. México.
- Epstein, S. (1973). The Self-Concept Revisited or A Theory of a Theory. American Psychologist 28:404-16.
- Frías, Ma. y Terrazas, H. (1991). Estudio Correlativo entre Tennessee y El Test Diferencial Semántico de Jorge La Rosa. Tesis de Licenciatura en Psicología. México, UNAM.
- Fontanillo, E. y Remondo, H. (1981). Diccionario Anaya de la Lengua. Ediciones Generales Anaya. Madrid, España.
- La Rosa, J. (1980). Escalas de Locus de Control y Autoconcepto, Construcción y Validación. Tesis de Doctorado de Psicología Social. México, UNAM.
- Markus, H. and Wurf, E. (1987). The dynamic Self-Concept: A social psychological perspective. Annual Review of Psychology, 38:299-337.
- Merle, S. y Völbarding, P. (1994). Manejo Médico del SIDA. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México.
- Miller, D. (1989). Viviendo con SIDA y HIV. El Manual Moderno. México.
- Miller, D; Weber, J; Green, J. (1992). Atención de pacientes de SIDA. El Manual Moderno. México.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

- Oñate, Ma.P. (1989). El Autoconcepto. Formación, Medida e Implicaciones en la Personalidad. Ediciones Narcea. Madrid, España.
- PsycLIT Database Copyright American Psychological Assn.
- Rico, B.(1996).Separata de la revista SIDA-ETS. Vol. 1-3. México.
- Sepúlveda, J.(1989).SIDA, Ciencia y Sociedad en México. Fondo de Cultura Económica. México.
- Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J., Restrepo, J., Velázquez, G. y Darío, R.(1993).Fundamentos de Medicina. SIDA un enfoque integral. CB Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia.

ANEXO

ANEXO I

FECHA: _____

NOMBRE: _____ SEXO: (F) (M) EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____ REGISTRO: _____ TEST (1) (2)

A continuación encontrará un conjunto de adjetivos que sirven para describirte. Ejemplo:

Flaco (a)	muy	bastante	poco	ni flaco	poco	bastante	muy	Obeso (a)
	flaco	flaco	flaco	ni obeso	obeso	obeso	obeso	

En el ejemplo de arriba se puede verificar como hay siete espacios entre "flaco" y "obeso". El espacio, cuanto más cerca está de un adjetivo, indica un grado mayor en que se posee dicha característica. El espacio central indica que el individuo no es flaco ni obeso.

Si usted se cree "muy obeso", pondrá una "x" en el espacio más cercano de la palabra obeso; si se percibe como "bastante flaco" pondrá la "x" en el espacio correspondiente; si no se percibe flaco ni obeso pondrá la "x" en el espacio de en medio. O, si es el caso, en otro espacio.

Conteste en los renglones de abajo, como en el ejemplo de arriba, tan rápido como le sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión.

Acuérdese que, en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. Conteste, aquí, COMO USTED ES Y NO COMO LE GUSTARÍA SER. Gracias.

YO SOY

Introverso (a)	_____	Extroverso (a)
Amoroso (a)	_____	Odioso (a)
Callado (a)	_____	Comunicativo (a)
Accesible	_____	Inaccesible
Rencoroso (a)	_____	Noble
Comprensivo (a)	_____	Incomprensivo (a)
Incumplido (a)	_____	Cumplido (a)

YO SOY

Leal _____
 Desagradable _____
 Honesto (a) _____
 Afectuoso (a) _____
 Mentiroso (a) _____
 Tratable _____
 Frustrado (a) _____
 Temperamental _____
 Animado (a) _____
 Irrespetuoso (a) _____
 Estudioso (a) _____
 Corrupto (a) _____
 Agresivo (a) _____
 Feliz _____
 Tranquilo (a) _____
 Capaz _____
 Impulsivo (a) _____
 Inteligente _____
 Apático (a) _____
 Verdadero (a) _____
 Abundante (a) _____
 Responsable _____
 Amargado (a) _____
 Estable _____

Desleal
 Agradable
 Deshonesto (a)
 Seco (a)
 Sincero (a)
 Intratable
 Realizado (a)
 Calmado
 Desanimado (a)
 Respetuoso (a)
 Perezoso (a)
 Recto (a)
 Pacífico (a)
 Triste
 Nervioso (a)
 Incapaz
 Reflexivo (a)
 Inepto (a)
 Dinámico (a)
 Falso (a)
 Divertido (a)
 Irresponsable
 Jovial
 Valiente

YO SOY

Amable	_____	Grasero (a)
Conflicto (a)	_____	Conciliador (a)
Eficiente	_____	ineficiente
Egoísta	_____	Generoso (a)
Cariñoso (a)	_____	Frío (a)
Decente	_____	Indecente
Ansioso (a)	_____	Sereno (a)
Puntual	_____	Impuntual
Tímido (a)	_____	Desenvuelto (a)
Lento (a)	_____	Rápido (a)
Deshinibido (a)	_____	Inhibido (a)
Pesimista	_____	Optimista
Amigable	_____	Hostil
Reservado (a)	_____	Expresivo (a)
Deprimido (a)	_____	Contento (a)
Simpático (a)	_____	Antipático (a)
Sumso (a)	_____	Dominante
Honrado (a)	_____	Deshonrado (a)
Deseable	_____	Indeseable
Solitario (a)	_____	Amigüero (a)
Trabajador (a)	_____	Flojo (a)
Fracasado (a)	_____	Trunfador (a)
Miedoso (a)	_____	Audaz
Tiemno (a)	_____	Rudo (a)

YO SOY

Pedante _____
Educado (a) _____
Melancólico (a) _____
Cortés _____
Romántico (a) _____
Pasivo (a) _____
Sentimental _____
Atento (a) _____
Sociable _____

Sencillo (a) _____
Malcriado (a) _____
Alegre _____
Descortés _____
Indiferente _____
Activo (a) _____
Insensible _____
Desatento (a) _____
Insociable _____

VERIFIQUE SI CONTESTO EN TODOS LOS RENGLONES. Gracias.

ANEXO 2
 REACTIVOS DE CADA UNA DE LAS DIMENSIONES.

Tabla 1. Reactivos pertenecientes a la subdimensión social 1.
 (Sociabilidad Afiliativa)

SOCIAL 1	No. DE REACTIVO	ADJETIVOS
	17	Inrespetuosa (a) - Respetuosa (a)
	32	Amable - Grosero (a)
	37	Discreto - Indiscreto
	44	Amigable - Hostil
	47	Simpático (a) - Antipático (a)
	50	Discreto - Indiscreto
	56	Pequeño - Grande
	57	Educado (a) - Maltratado (a)
	59	Cortés - Discortés
63	Atento (a) - Desatento (a)	

Tabla 2. Reactivos pertenecientes a la subdimensión social 2.
 (Sociabilidad Expresiva)

SOCIAL 2	No. DE REACTIVO	ADJETIVOS
	1	Intraínteligente (a) - Extravertido (a)
	3	Callado (a) - Comunicativo (a)
	20	Abundante (a) - Divertido (a)
	40	Intímido (a) - Desenvuelto (a)
	42	Desinhibido (a) - Inhibido (a)
	45	Reservado (a) - Expresivo (a)
	51	Soñoliento (a) - Atento (a)
64	Sociable - Insoportable	

Tabla 3. Reactivos pertenecientes a la subdimensión social 3.
 (Accesibilidad)

SOCIAL 3	No. DE REACTIVO	ADJETIVOS
	4	Accesible - Inaccesible
	6	Comprendible (a) - Incomprendible (a)
	9	Desagradable - Agradable
13	Tratable - Intratable	

Tabla 4. Reactivos pertenecientes a la dimensión emocional 1.
(Estado de Animo)

EMOCIONAL 1	No. DE REACTIVO	ADJETIVOS
		14
	16	Animado (a) - Desanimado (a)
	21	Feliz - Triste
	30	Amargado (a) - Jovial
	43	Pesimista - Optimista
	45	Dapfímido (a) - Contante (a)
	53	Fracasado (a) - Triunfador (a)
	59	Melancólico (a) - Alegre

Tabla 5. Reactivos pertenecientes a la dimensión emocional 2.
(Sentimientos interindividuales).

EMOCIONAL 2	No. DE REACTIVO	ADJETIVOS
		2
	11	Afectuoso (a) - Seco (a)
	34	Carinoso (a) - Frio (a)
	55	Buena (a) - Rudo (a)
	60	Romántico (a) - Indiferente
	67	Sentimental - Irresistible

Tabla 6. Reactivos pertenecientes a la subdimensión emocional 3.
(Salud Emocional).

EMOCIONAL 3	No. DE REACTIVO	ADJETIVOS
		5
	15	Temperamental - Cálmodo
	20	Agresiva (a) - Pacífica (a)
	22	Tranquila (a) - Nerviosa (a)
	24	Impulsiva (a) - Reflexiva (a)
	31	Estable - Voluble
	33	Conflictiva (a) - Conciliador (a)
	35	Egocéntrica - Generosa (a)
	38	Ansioso (a) - Sereno (a)

Tabla 7. Reactivos pertenecientes a la dimensión ocupacional.

OCUPACIONAL	No. DE REACTIVO	ADJETIVOS
	7	Incumplido (a) - Cumplido (a)
	18	Estudioso (a) - Perezoso (a)
	23	Cánchaz - Incanchaz
	25	Inteligente - Inapto (a)
	29	Responsable - Irresponsable
	34	Eficiente - Ineficiente
	39	Puntual - Impuntual
	52	Floja (a) - trabajador (a)

Tabla 8. Reactivos pertenecientes a la dimensión ética.

ÉTICO	No. DE REACTIVO	ADJETIVOS
	8	Legal - Dúscal
	10	Honesto (a) - Dishonesto (a)
	12	Mentiroso (a) - Sincero (a)
	19	Corrupto (a) - Recto (a)
	27	Verdadero (a) - Falso (a)
	49	Honrado (a) - Dishonrado (a)

Tabla 9. Reactivos pertenecientes a la dimensión iniciativa.

INICIATIVA	No. DE REACTIVO	ADJETIVOS
	26	Apático (a) - Dinámico (a)
	41	Lento (a) - Rápido (a)
	48	Sumiso (a) - Dominante
	54	Miedoso (a) - Audaz
	61	Pasivo (a) - Activo (a)