



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"DEPRESIÓN Y CARÁCTER EN VIH/SIDA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
YOLANDA ORALIA BECERRA TAPIA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO
REVISORA DRA. LUISA JOSEFINA ROSSI HERNÁNDEZ
ASESOR DE METODOLOGÍA Y ESTADÍSTICA:
MTRO. ISMAEL FERNANDO DÍAZ OROPEZA



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D. F.

2005

m342302



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

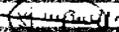
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Yolanda Oralia Bexerra Lopez

FECHA: 29 03 06

FIRMA: 

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. Mario Alfonso Cicero Franco.

Dra. Luisa Josefina Rossi Hernández.

Mtro. Sotero Moreno Camacho.

Dr. Samuel Jurado Cárdenas.

Dra. Georgina Martínez Montes de Oca.

DEDICATORIA



Agradezco a Dios, por darme la vida y la fuerza necesaria para llegar al final de este nuevo objetivo en mi vida, el cual muchas veces creí se truncaría.



A la memoria de mi Mamá, mi Abuelita Emma y mi hermano Bimbo por seguir siendo los ángeles que guían mi camino.



A mis hermanas Claudia y Ady, por que a pesar del tiempo y la distancia continuamos caminando juntas.



A mis sobrinas Arantza, Diana, Claudia y Erika, ya que ustedes han sido, sin quererlo, una motivación en los momentos difíciles.



A Juan José Treviño M. por su valiosa ayuda, la cual ha sido un incentivo para seguir adelante.



A aquellas personas, a quienes encontré en el camino de la vida y han creído en mí como persona y como profesional.



A Rodrigo Olvera F. por el tiempo compartido y por su apoyo incondicional durante la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi Alma Mater, por ser formadora de profesionales comprometidos con la sociedad.



A la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. por haberme dado las herramientas, el tiempo y el espacio para llegar al término de mi segunda carrera.



Al Maestro Sotero Moreno Camacho, por su profesionalismo, su paciencia y dedicación, los cuales me guiaron durante mi formación como estudiante de Psicología y en la realización de este trabajo.



A los miembros del Jurado: Dr. Mario Cicero Franco, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Dra. Luisa J. Rossi Hernández y Dra. Geogina Martínez Montes de Oca por el tiempo dedicado a la revisión del presente trabajo y por sus atinadas observaciones para el mejoramiento del trabajo final.



Al Maestro Ismael Fernando Díaz Oropeza, profesional de la Investigación, por su valiosa intervención, por haber compartido su tiempo y conocimientos en la fase Metodológica y Estadística de esta tesis.



Al Dr. Rafael Sánchez Alavez por sus valiosos comentarios e interés académico durante la realización de la presente investigación.



A las Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales por su apoyo y confianza, al brindar el acceso a las personas que asisten a sus instalaciones:



Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida A.C. especialmente a Javier Martínez Badillo, presidente de la Fundación.



Casa de la Sal: especialmente a Psic. Ma Eugenia Santín y Psic. Rocío Maldonado.



Centro de Atención Profesional a Personas con Sida, en especial al Psic. Martín Luna y Psic. Magdalena Montaña.



Ser Humano Internacional I.A.P. : Psic. Graciela Hernández y T.S. Paola Blas.



Clínica Especializada Condesa: Psic. Tiberio Moreno Monroy.



Hospital General de Zona no. 24 del I.M.S.S.: Dr. Roberto Pedro Antonio Muñoz.



A la Enf. Crisanta Jacobo, quien me permitió el acceso a los pacientes que se encontraban internados en la Unidad de Infectología del Hospital General de México.



A todas aquellas personas que viven con VIH/SIDA por su valiosa colaboración en la presente investigación y quienes me han dado un ejemplo de amor a la vida.

INDICE

JUSTIFICACIÓN	Página 1
---------------------	-------------

CAPITULO I. PERSONALIDAD Y CARÁCTER

1.1. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.

1.1.1 Teorías Psicoanalíticas- Psicofisiológicas.....	2
1.1.2 Teorías Psicoindividuales – Psicosociales.....	7
1.1.3 Teorías Integradoras del Yo- Biopsicosociales.....	8
1.1.4 Teoría Psicoanalítica de Fromm.....	9

1.2 CARÁCTER.

1.2.1 Formación del Carácter	11
1.2.2 Teoría Caracterológica de Erick Fromm.....	16

CAPITULO II. DEPRESIÓN

2.1 Antecedentes Históricos de la Depresión.....	29
2.2 Concepto de Depresión.....	31
2.3 Clasificación de la Depresión	31
2.4 Epidemiología de la Depresión.....	40
2.5 Tratamiento de los síntomas depresivos.....	40
2.5.1 Diagnóstico Diferencial de los síntomas depresivos.....	40
2.5.2 Formas de Intervención y Tratamiento.....	42
2.5.2.1 La Farmacoterapia.....	42
2.5.2.2 Tratamiento Electroconvulsivo (TEC).....	44
2.5.2.3 La Psicoterapia.....	45
2.6 Visión Psicoanalítica de la Depresión: la Melancolía.....	47
2.6.1 ¿Cómo se manifiesta la melancolía?.....	50
2.6.2 El duelo y la melancolía.....	50
2.6.3 El suicidio.....	53

**CAPITULO III.
DIMENSIÓN GENERAL DEL VIH/SIDA**

3.1	Antecedentes.....	55
3.2	Biología General del VIH/SIDA.....	57
3.3	SIDA.....	58
3.4	Historia natural de la infección por VIH/SIDA.....	58
3.4.1	Clasificación de la enfermedad por VIH/SIDA.....	60
3.5	Definición de Infección por VIH/SIDA.....	60
3.6	Formas de Transmisión.....	62
3.6.1	Transmisión Sexual.....	62
3.6.2	Transmisión Sanguínea.....	62
3.6.3	Transmisión Perinatal.....	63
3.7	Epidemiología	64
3.8	Tratamientos actuales.....	68
3.9	Medidas de Prevención.....	70

**CAPITULO IV.
DEPRESIÓN Y VIH/SIDA**

4.1	Antecedentes.....	75
4.2	Reacciones Emocionales y adaptación al hecho de vivir con VIH/SIDA.....	77
4.3	Proceso de Duelo en una persona que vive con VIH/SIDA....	79
4.3.1.	Familia, amigos y pareja.	81
4.4.	La depresión como un trastorno psiquiátrico asociado al VIH/SIDA.....	83
4.5	Tratamiento de la depresión cuando coexiste con la Infección por VIH/SIDA.....	85
4.5.1	La Psicoterapia.....	85
4.5.2	Terapia con medicamentos.....	85

CAPITULO V. PROCESO METODOLÓGICO

5.1	Planteamiento del Problema	88
5.2	Preguntas de Investigación	89
5.3	Objetivo General.....	89
5.3.1.	Objetivos específicos.....	90
5.4	Hipótesis de Investigación.....	90
5.5	Definición Conceptual y Operacional de Variables.....	91
5.5.1	Carácter.....	91
	Depresión.....	93
5.5.2	VIH/SIDA.....	93
5.5.3	Variables Sociodemográficas.....	94
5.5.4	Variables de Clasificación.....	94
5.6	Método.....	95
5.6.1.	Tipo de estudio.....	95
5.6.2	Participantes	96
5.6.3	Escenario.....	96
5.6.4	Instrumentos	97
5.7	Procedimiento.....	102
5.8	Análisis Estadísticos.....	103

CAPÍTULO VI

RESULTADOS.

6.1	Descripción de Variables Sociodemográficas.....	104
6.2	Descripción de Variables de Clasificación.....	106
6.3	Distribución de Frecuencias.....	110
6.3.1	Inventario de Carácter (ICA).....	110
6.3.2	Inventario de Depresión de Beck.....	113
6.4	Medidas de Tendencia Central y Dispersión.....	114
6.4.1	Inventario de Carácter (ICA).....	114
6.4.2	Inventario de Depresión de Beck.....	115
6.5	Confiability y Validez.....	115
6.5.1	Inventario de Carácter.....	115
6.5.2	Inventario de Depresión de Beck.....	115
6.6.	Comprobación de Hipótesis.....	119

CAPÍTULO VII DISCUSIÓN.

7.1 Variables Sociodemográficas	121
7.2 Variables de Clasificación.....	122
7.3 Sintomatología por VIH/SIDA.....	123
7.4 Descripción de las escalas.....	124
7.4.1 Inventario de Carácter	124
7.4.2 Inventario de Depresión de Beck.....	127
7.5 Comprobación de Hipótesis.....	129
7.6 Conclusiones	133

BIBLIOGRAFÍA.

ANEXOS:

- 1) Evaluación Clínica
- 2) Inventario de Carácter (I.C.A.)
- 3) Inventario de Depresión de Beck.

JUSTIFICACIÓN

“El VIH/SIDA está ganando la batalla en el mundo” (Koffi Annan, Secretario General de la O.N.U.) Esta enfermedad se ha convertido en una de las principales pandemias del siglo XXI a nivel mundial. Desde su aparición y hasta la actualidad se ha reportado un incremento en el número de personas infectadas y fallecidas a causa de este virus, siendo la principal forma de transmisión la vía sexual.

El VIH/SIDA constituye una amenaza física y mental, ya que el virus no sólo ataca a la persona en su salud física, sino también en su salud mental. Si no se recibe tratamiento a tiempo, el deterioro en ambos aspectos puede incrementarse. El vivir con VIH/SIDA, involucra no sólo al individuo que la padece, sino a su familia, amigos y pareja., produciendo en todos ellos desconcierto, depresión, angustia, temor, estados de ánimo que pueden llegar a limitar el desenvolvimiento cotidiano, afectando así su calidad de vida.

Recibir la notificación de algo que pone en riesgo la integridad física, sin lugar a dudas representa un impacto a la estabilidad emocional de cualquier ser humano, más aún si la enfermedad de que se trata es incurable. Si a esto se suma que la enfermedad, por su medio de transmisión involucra la intimidad sexual del individuo y que las personas afectadas están sujetas a la estigmatización y marginación social, la descompensación emocional es mayor. Las reacciones del individuo pueden oscilar desde la angustia, hasta problemas de mayor gravedad que requieran de intervención psicológica y/o psiquiátrica.

Existen estudios que han encontrado que la depresión se asocia con la aparición y aceleración de los síntomas del VIH/SIDA. Cuando una persona se encuentra deprimida se produce deterioro en el sistema inmunológico y esto acelera los síntomas.

Asimismo el carácter está determinado por la sociedad, ya que cuando una persona demuestra tener carácter sigue el fin de la educación que se da desde la infancia, esa persona se ha comportado de un modo aprobado por las normas de la sociedad. Pero si en dicha conducta se observa algún acto que no tenga que ver con esas normas, entonces ese individuo no será aceptado por los demás. Existen diversos estudios sobre la formación del carácter y sobre los diferentes tipos de carácter que existen, mismos que se presentan en esta investigación.

En el trabajo de investigación que se presenta, se pretende conocer de qué manera se presentan los síntomas depresivos en las personas que viven con VIH/SIDA, y si éstos pueden ser considerados como factores desencadenantes de los síntomas de VIH. Asimismo, se pretende investigar de qué manera influye el carácter de una persona, o qué tipo de carácter es en el que se presentan determinados síntomas depresivos al conocer un resultado positivo y el asumir todo el proceso que conlleva la enfermedad.

CAPITULO I.

PERSONALIDAD Y CARÁCTER.

1.1.TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD.

De acuerdo a Dicaprio (1989) una teoría de la personalidad es una forma de describir a un ser humano basándonos en la observación y descubrimientos de la investigación experimental. No existe una teoría que sea exacta, tomando en cuenta que la personalidad no es observable, pues nos enteramos de ella a partir de nuestra propia experiencia. Se encuentra influida por estímulos externos y se forman las teorías al conocer una conducta observable. Este autor también menciona que una sola teoría no podría explicar todos los fenómenos dentro del ámbito de la personalidad. Una teoría de la personalidad nos sirve como un modelo que nos ayudará a comprender las causas de determinada conducta y para tener una idea de cuándo podemos considerarla normal o anormal.

Entre las principales teorías de la personalidad encontramos las siguientes:

1.1.1..TEORÍAS PSICOANÁLITICAS –PSICOFILOSÓFICAS:

SIGMUND FREUD.

La estructura de la personalidad que concibió Freud se dividió en ELLO, YO Y SUPERYO. Los tres sistemas luchan por dominar la personalidad.

EL Ello representa los impulsos psicobiológicos, es el depósito de la energía psíquica. En ella encontramos el principio del placer, la satisfacción de nuestras necesidades biológicas lo que nos llevará a la reducción de la tensión. También encontramos los procesos primarios del pensamiento, es decir, las ideas fantásticas e ilógicas que se originan por intensos motivos insatisfechos del id, no sigue reglamentos ni lógica. El id desprecia todo lo que tenga que ver con moralidad o con la realidad.

El **Yo** , también llamado **ego**, está relacionado con el principio de la realidad. Es el encargado de satisfacer las necesidades pero considerando todos los hechos pertinentes en

el proceso de satisfacer estas necesidades. Como la búsqueda total del placer es imposible, existe un continuo conflicto entre el id y el ego. Aquí el pensamiento es un proceso secundario, es decir, la persona debe seguir las leyes de la lógica y aprender las leyes naturales.

El superyo tiene que ver con el principio del deber ser. Se forma en la infancia mediante las ideas moralistas y que son aceptadas por la sociedad. Son enseñadas por los padres principalmente. Nos dice que no debemos satisfacer nuestras necesidades, pero no nos explica el porqué.

Tipos de carácter:

Freud,(1925) llama tipo de carácter a la fijación de una etapa de desarrollo, el cual se manifiesta a través de determinados rasgos. Un tipo de carácter lo interpreta como una personalidad anormal y un rasgo de carácter es el patrón de una conducta. Freud llamó a las etapas de desarrollo psicosexuales porque le dio un papel preponderante a los instintos sexuales en la formación y en el desarrollo de la personalidad. De acuerdo a las zonas del cuerpo que son el centro del placer las dividió en: oral, anal, fálico y genital.

Tipo de personalidad oral.

Encontramos la búsqueda del placer a través de la boca, ya que ésta tiene su origen en el primer año de vida cuando el niño busca llevarse objetos a la boca, chupar, morder, etc. sin embargo, esta necesidad, se ve restringida por los adultos quienes no consideran esta conducta adecuada y la reprimen por medio de castigos y la premian cuando el niño deja de hacerlo. En esta etapa es cuando el niño se da cuenta de que existe la autoridad de que lo limita en la búsqueda del placer. Cuando una persona tiene rasgos orales, se presentan en forma bipolar, es decir, existen conductas producto de una fijación causada por la frustración y por otro lado, el resultado de la fijación causada por la permisividad. Un equilibrio entre éstos polos produce una conducta normal. Un ejemplo de estas conductas,

es en un extremo: el optimismo, la credulidad, la manipulatividad, y del otro extremo: el pesimismo, la desconfianza, la pasividad y el autodesprecio.

Tipo de personalidad anal.

Esta etapa la encontramos desde los 18 meses, hasta los tres años de edad, en los que el niño encuentra el placer en la acumulación, retención y expulsión de la materia fecal. Durante este período el niño aprende sobre el poder de poseer las cosas pero también aprende que debe deshacerse de ellas, lo cual al distorsionarse, puede causar un carácter de obstinación, mezquindad, compulsividad, desorden, desaseo, generosidad excesiva, meticulosidad y puntualidad estricta.

Tipo de personalidad fálica:

Esta etapa se presenta entre los 3 y 6 años de edad, en la cual los genitales son una importante fuente de placer. Es cuando se da cuenta de las diferencias entre los niños y las niñas, se presenta la autoestimulación de los genitales, sin embargo, también estas conductas se ven restringidas por los adultos. En esta etapa encontramos el complejo de Edipo en los niños y el complejo de Electra en las niñas. En el complejo de Edipo encontramos el origen del temor a la castración, la atracción sexual que el niño pretende desarrollar por su madre y la rivalidad que siente tener con su padre por el afecto de la madre. En el complejo de Electra, la niña experimenta un proceso semejante al niño, sin embargo, encontramos que la niña envidia el pene del niño, devaluando su papel femenino. Algunos rasgos patológicos de este tipo de carácter en las mujeres son los trastornos sexuales como la frigidez. En un extremo de este tipo de carácter encontramos la vanidad, el orgullo, la coquetería, la alegría y en el otro extremo se encuentran el odio a sí mismo, la humildad, la timidez, la promiscuidad, la tristeza, etc. Como sucede en las etapas anteriores, si existe un equilibrio entre ambos extremos existirá la normalidad, pero si domina un extremo al otro, aparecerá una personalidad patológica.

Tipo de personalidad genital:

Este tipo de personalidad se presenta durante la pubertad, en donde aparece el desarrollo completo de los instintos sexuales. A diferencia de la etapa fálica, en ésta, la sexualidad alcanza su madurez está definida y enfocada a una persona diferente a la madre o al padre. Los órganos genitales se convierten en las principales fuentes de placer y tensión. En esta etapa no se observan nuevos rasgos, se podría decir, que si en las etapas anteriores existió equilibrio o desequilibrio, los rasgos adquiridos son el resultado de esto, es decir, cada etapa se basa en las precedentes.

CARL GUSTAV JUNG.

Bischof (1994) señala que Jung dentro de su teoría de la personalidad siempre tuvo como característica principal la polaridad, es decir, el hombre lucha siempre entre dos fuerzas opuestas, lo cual crea conflicto, mismo que genera progreso. El conflicto es lo que le da sentido a la vida: regresión contra progresión, inconsciente individual contra inconsciente colectivo, consciente contra inconsciente, extraversión contra introversión, funciones superiores contra funciones inferiores, ánima contra ánimo. La personalidad tiene varios sistemas los cuales son: el ego, el yo, los estados inconscientes y conscientes, las funciones, la persona, la introversión y la extraversión y la culminación de todos ellos en el yo. Jung usa el término *psique* para referirse a la personalidad.

El ego es la estructura del mundo externo del individuo, quien se conoce a sí mismo, piensa, percibe mediante éste. El individuo tiene una lucha entre el consciente y el inconsciente, pero esta lucha es necesaria, sin embargo, no se debe dejar vencer por ninguno de éstos pues implica debilidad. La psique tiene el papel de equilibrar el ego y el inconsciente. El ego cede su lugar al yo aproximadamente cuando el individuo tiene la madurez suficiente y ya se tiene pleno conocimiento del los estados consciente e inconsciente.

El yo no sólo mantiene el equilibrio de la psique, sino que también la estabiliza y esto sucede cuando el hombre ya ha madurado, cuando sus necesidades físicas pasan a segundo término, cuando ya se ha logrado cierta posición dentro de la sociedad, sustituyendo esas necesidades físicas por actividades culturales, por ejemplo. Sin embargo, lograr que la psique llegue a una armonía perfecta es difícil, sólo lo logran pocas personas.

Estado consciente y estado inconsciente.

Las características observables en el ser humano pertenecen al estado consciente. El inconsciente se divide en inconsciente individual y el inconsciente colectivo. En el primero encontramos los fenómenos que se presentan en una persona y sus complejos y en el segundo, los conceptos de arquetipos, la sombra etc. El consciente y el inconsciente fluyen libremente en la vida diaria.

La persona es la máscara que el hombre presenta ante la sociedad, la cual es totalmente distinta a sus pensamientos reales. Es decir, el hombre tiene que desempeñar el papel que la sociedad le impone y esto destruye su autorrealización, lo cual le afectará a su salud mental.

Extraversión-introversión

El yo extravertido manifiesta sus emociones, y prefiere la acción, mientras que en la introversión encontramos todo lo contrario. Para encontrar la autorrealización el hombre debe poseer ambas características balanceadas en forma permanente.

1.1.2. TEORÍAS PSICOINDIVIDUALES-PSICOSOCIALES.

ALFRED ADLER

Para este autor, la verdadera motivación del hombre era llegar a ser superior y dejar atrás sentimientos de inferioridad. Consideró al hombre no como un animal que sólo desea dejarse llevar por los impulsos de la libido, sino que es un hombre socialmente responsable. El hombre está influenciado por la sociedad en cuanto al mantenimiento del bienestar propio y de los demás. La vida para Adler es una continua lucha desde el nacimiento hasta la muerte, en donde existen metas comunes, pero para llegar a estas hay que pasar por muchos obstáculos. Creía que el hombre tiene muchas posibilidades para progresar en la vida, de solucionar sus problemas y con el tiempo llegar a un ajuste casi perfecto.

Los sentimientos de inferioridad se dejan atrás cuando existen los deseos de superioridad, pero no es una superioridad que implique poder sobre otros hombres, sino el ser superior dentro de uno mismo, luchar por superarse. El hombre tiene la capacidad para evitar ser derrotado por las fuerzas superiores, para disponer de su vida como éste lo desee.

KAREN HORNEY

Dicarprio (1989) menciona en su libro que Horney estaba convencida de que la sociedad era capaz de cambiar para mejorar. Creía en la naturaleza positiva del hombre. Ella se consideraba neofreudiana, ya que estaba de acuerdo con algunos postulados de Freud, pero también en desacuerdo con otros. Un ejemplo de esto lo vemos al estar de acuerdo con el determinismo psíquico, en el que la causa y efecto son importantes para entender la dinámica del hombre, sin embargo, no estaba de acuerdo con el *id*, *ello* y *superyo* entre otras cosas. Regresando a lo que pensaba sobre la posibilidad de cambio del hombre, pensaba que esta motivación al cambio le ayudará a vencer su neurosis: “ *todos conservamos la disposición a variar, incluso de manera radical, mientras tenemos vida. La experiencia corrobora esta creencia*”. Pensaba también que la sociedad producía en el hombre la neurosis, ya que el hombre siempre se encuentra luchando por ser “alguien” dentro de la misma.

Bischof (1994) menciona que Horney pensaba que el carácter se forma de acuerdo a las experiencias que tiene el hombre durante toda su vida. Es a lo que llama “estructura del carácter” el cual limita sus habilidades, pero también aumentan su potencialidad. Las primeras experiencias del niño no forman la personalidad, sino que sólo forman parte de un todo a lo largo de la vida.

1.1.3. TEORIAS INTEGRADORAS DEL YO BIOSOCIALES.

GORDON ALLPORT.

Este autor mencionaba que toda teoría de la personalidad debe examinarse desde el punto de vista de la literatura, la filosofía, las ciencias naturales y las ciencias biológicas. “Personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su peculiar ajuste al ambiente” (Allport: 1937). Se podría decir que la contribución de este autor fue principalmente sobre cómo deberían ser las teorías de la personalidad de acuerdo a su criterio. Creía que era necesario eliminar el término de *carácter* pues no estaba relacionado con una definición de personalidad.

Allport (1961) consideraba la motivación importante para que el hombre realice un plan de vida sistematizado. El hombre por lo regular, luchan por metas indefinidas, pero no es su motivación la sexualidad freudiana, más bien éstos son parte de esa estructura motivacional.

CARL ROGERS.

Dentro de su teoría encontramos que el confía en el hombre, en su avance y en su aspecto positivo, es constructora y digna de confianza a diferencia de Freud, quien consideraba al hombre hostil y destructivo. Rogers (1951) integra en su teoría cuatro temas significativos: el yo como mecanismo de experiencias, la autorrealización, la autoconservación y el

automejoramiento. Este autor formuló algunas proposiciones sobre su teoría de la personalidad entre las que encontramos que todos los individuos vivimos en un mundo que siempre cambia y nuestras experiencias pueden ser conscientes o inconscientes. El hombre percibe la realidad mediante la experimentación. Coincide con Allport en cuanto a que la motivación existe en el presente. La persona trata de integrar los sentimientos desagradables y las emociones satisfechas. Cada uno de nosotros sabemos cómo llegar a nuestras metas, aunque para otros, la forma en cómo lo hacemos sea ilógico. Los acontecimientos que amenazan a la personalidad, la hacen dura y rígida. Se puede lograr un cambio en la personalidad, cuando la persona realmente desea tener una faceta nueva. De acuerdo a la confianza que va adquiriendo el individuo, se van dejando atrás modelos de conducta anticuados. El hombre siempre tiene deseos de estima por parte de los demás por lo que esto puede predominar sobre los propios valores.

1.1.4.TEORIA SOCIOANALITICA DE FROMM

Fromm (1961) considera que el hombre es producto de la influencia de la sociedad y la historia. Existen varios tipos de personalidad y las diferencias entre estos tipos se deben a dicha influencia social. El hombre vive en constante contradicción, por ejemplo: vive, pero tiene que morir, desea la paz, pero causa las guerras, existe la riqueza y la pobreza, la libertad y la esclavitud, la soledad y la compañía. El hombre ha desarrollado mecanismos de escape a estas dicotomías. El sadismo es el que trata de destruir, lastimar a otra persona. El masoquista es quien se somete ante la fuerza de una personalidad más fuerte, sin importarle que pueda resultar dañado. El afán irracional de destrucción, es cuando se ataca a cualquier fuerza externa con el fin de huir de un sentimiento de impotencia. Finalmente la personalidad autómatas es apática al cambio, acepta las dicotomías sin luchar por vencerlas. Las orientaciones improductivas de Fromm son los medios sin éxito de tratar la situación humana. Este autor menciona que el amor productivo y el trabajo son los mejores remedios para la condición humana. La orientación improductiva carece de amor, por lo tanto, el hombre tiende a destruir en vez de crear

El aspecto productivo de la personalidad, se refiere a la actitud para relacionarse en todos los campos de la experiencia humana. El hombre es el objeto más importante de esta productividad. Es el amor lo que guía a la orientación productiva y éste es algo que establece una unión con alguien, favoreciendo su propia individualidad. Se dice que cuando existe la orientación productiva el hombre tiende a ser comprensivo y caritativo con los demás, ya que si está bien con él mismo puede estar bien con otras personas

Los juicios de valor tienen gran importancia en la conducta de una persona, la gente es buena o mala. El temperamento y el carácter son diferentes: “el temperamento es la fundamental materia orgánica con que se nace, pero el carácter se forma mediante influencias sociales” Fromm (1961). El carácter está formado en dos partes: el carácter individual con el que nacemos y se forma mediante influencias familiares y el carácter social que se forma a través de influencias de la sociedad.

Los rasgos caracterológicos que dio a conocer este autor , se mencionan más adelante, dentro de la Teoría Caracterológica.

1.2.CARÁCTER.

1.2.1.FORMACIÓN DEL CARÁCTER.

De acuerdo a Allport (1961) el carácter tiene sus antecedentes en la psicología diferencial, entendiendo ésta como “la ciencia de las diferencias esenciales de las funciones y cualidades de la mente”. La psicología diferencial utiliza el método comparativo, en el cual se comparan grupos de personas con respecto a aspectos sociodemográficos como: sexo, edad, estado civil, etc. Sin embargo, Allport también menciona que la psicología diferencial se ve limitada pues esta correlación de los rasgos de cada persona no nos proporciona una imagen de la totalidad de la individualidad, es por esto que se llegó al término de Carácter, ya que éste nos podía definir más precisamente dicha individualidad.

Una característica muy importante del hombre es su individualidad. La psicología diferencial no se ocupa de las variaciones que se dan en lo general. El método comparativo en el estudio de las diferencias psicológicas entre los sexos, entre las razas o entre edades, lo normal es que el investigador compare las marcas medias y la distribución de las marcas de los dos grupos respecto a una función aislada a la vez.

El carácter es un término que se usa como sinónimo de personalidad según este autor. Muchos autores consideran el carácter como alguna fase especial de la personalidad y lo convierten como una subdivisión del todo. Sin embargo, cuando el carácter es considerado de este modo, casi siempre es identificado como el grado de organización eficaz de todas las fuerzas del individuo.

Para este autor, el carácter está determinado por la sociedad, ya que cuando una persona demuestra tener “carácter” es cuando “resiste la tentación”, el respeto a sí mismo, etc., o cuando sigue el fin de la educación que es el del desarrollo del carácter sin, argo, realmente esa persona se ha comportado de un modo aprobado por las normas de la sociedad que desde niño debe aprender. Pero si en dicha conducta se observa algún acto que no tenga que ver con estas normas, se dice que el individuo está ejerciendo su voluntad, pero a éste se le considera como un fenómeno de la personalidad, no al carácter como algo independiente.

Al referirnos a la finalidad de la educación encontramos siempre la palabra “debe”, es decir, el niño debe desarrollarse sin complejos ni conflictos, el niño no debe tener temores. Esto es para Allport el ideal normativo del “ajuste perfecto”, quedando el carácter como algo sujeto a la personalidad, sin un concepto ni un valor propio.

Como el carácter del hombre es determinado por la sociedad, al mismo tiempo impone a éste conductas que lo llevan a frustraciones, le sugiere ciertas maneras de actuar ante sus conflictos internos. Las diferentes sociedades se caracterizan por su inestabilidad y sólo crea más conflictos y frustraciones en el individuo, dando lugar a patologías como la neurosis, que según el psicoanálisis, el individuo que la padece tiene un “yo” restringido por medidas defensivas y esta fue la razón que tuvo el psicoanálisis para interesarse por los problemas del carácter.

Allport divide los rasgos de carácter de la siguiente forma:

1) Rasgos anales de carácter

Dentro de la teoría psicoanalítica de Allport menciona que los instintos anales, bajo la influencia de los conflictos sociales que giran alrededor del aprendizaje de los hábitos higiénicos, cambian su fin y se incorporan al yo. Un ejemplo de estos rasgos los podemos encontrar en la vida actual, en la cual la formación caracterológica anal y el impulso de enriquecerse ofrecen un terreno adecuado para la investigación de las relaciones entre la influencia social y la estructura de los instintos. La función real del dinero es lo que influye en el erotismo anal. Las ideas instintivas referentes a la retención se vinculan a asuntos de dinero o se transforman en un deseo de alcanzar la riqueza, solamente bajo la influencia de condiciones sociales específicas. Las instituciones sociales influyen de manera que modela sus deseos mediante tentaciones y frustraciones. El erotismo anal es importante para la formación del carácter porque es durante el aprendizaje de los hábitos de higiene cuando los niños aprenden a privarse de una gratificación instintiva inmediata a cambio de complacer a sus objetos.

2) Rasgos orales del carácter

Toda actitud de dar o recibir tiene un origen oral. Es decir, una satisfacción oral pronunciada conduce a una notable autoseguridad y optimismo que puede persistir durante toda la vida. Una privación oral en cambio, produce una actitud pesimista y depresiva. Cuando una persona queda fijada a esta etapa mostrará en su conducta futura una falta de cuidado hacia sí misma y necesitará que los demás cuiden de ella.

3) Rasgos uretrales del carácter.

Existe una estrecha relación entre el erotismo uretral y el complejo de castración y esto nos permite comprender que el papel desempeñado por aquel en la formación del carácter no puede aislarse de las diferentes formas en que el complejo de castración influye en la formación del carácter. En esta teoría las niñas tienen envidia de los niños porque ellas no tienen pene. Si la envidia no es intensa puede desaparecer, así como las posibles patologías que conllevan a este sentimiento. Pero si la envidia es intensa, puede desarrollar rasgos patológicos del carácter como la neurosis. En el caso de los niños, el complejo de castración adquiere envidia del un pene más grande y se producen las mismas reacciones que en las niñas.

4) Rasgos fállicos del carácter

Las personas que tienen este tipo de carácter, son seguras de sí mismas, decisivos. Tienen una fijación con el pene, la cual se debe a un temor a la castración. Este temor también se le llama complejo de castración y es muy fuerte en este tipo de personas, ya que también demuestran orgullo y coraje así como vergüenza y timidez. Sin embargo, el coraje es entendido como una sobrecompensación a la angustia de castración. Consideran el pene, no tanto como un símbolo del amor, sino como una venganza hacia la mujer, venganza a causa del miedo al amor.

Por su parte Wilhelm Reich (1972), refiere que el carácter es una alteración crónica del yo a la que también se llama *rigidez* y *coraza*. Ambas son consideradas como una protección

del yo contra peligros interiores y exteriores, es decir, surgen como resultado de un conflicto entre lo que demanda el instinto y el ambiente frustrante del exterior. Funcionan de acuerdo al principio de placer y displacer, es decir, en situaciones poco placenteras la coraza aumenta y en las que son placenteras, disminuye. Al igual que Allport ya citado anteriormente, Reich considera que en la formación del carácter también está relacionada con la sociedad, ya que al cambiar las condiciones sociales, también cambia dicha formación. En este punto tienen participación los padres y los educadores quienes pretenden mantener una conducta determinada en el niño, ante la amenaza del castigo, es decir, lo reprimen y esto no le permite manifestar sus impulsos.

El resultado de la formación del carácter depende de los siguientes factores:

- a) el momento en el cual se frustró un impulso
- b) el alcance e intensidad de la frustración
- c) contra qué impulsos se dirigió la frustración central
- d) la relación entre tolerancia y frustración
- e) el sexo de la persona que realizó la frustración

Estas condiciones están determinadas por la educación, la moral y la estructura económica de la sociedad en un momento determinado.

Reich (1994) define tres formas de carácter:

a) El carácter histérico.

En este tipo de carácter, existen una conducta sexual evidente, en combinación con la agilidad corporal, entendiéndose esto como la coquetería en el andar, en el hablar y en el caminar, en el caso de las mujeres. En el caso de los hombres se observa suavidad y amabilidad excesiva, movimientos suaves y sexualmente provocadores. Sus reacciones son impredecibles, ya que tienden a cambiar de conducta inesperadamente; un ejemplo de esto lo vemos cuando se deja convencer con mucha rapidez y repentinamente abandona esa convicción y la reemplazará por otra u otras con igual facilidad.

b) El carácter Compulsivo:

Una característica principal de este tipo de carácter es que siempre busca la economía en todo. Es una individuo muy minuciosa y tendiente a coleccionar objetos. También presenta constantemente sentimientos de culpa y de autocompasión, indecisión, duda y desconfianza. En sus relaciones afectivas, controla y frena sus emociones, por lo que sus afectos pueden considerarse como tibios.

c) El carácter Fálico-narcisista:

Las características son: seguridad en sí mismo, arrogante, vigoroso y dominante. En su aspecto físico, tienen un cuerpo atlético, de rasgos duros y marcados. En sus relaciones afectivas la mayoría de las ocasiones domina el aspecto narcisista, es decir, muestran exagerada confianza en sí mismos y superioridad. Tienden a ser agresivos y a dar el primer golpe cuando se consideran amenazados. Los hombres fálico-narcisistas tienen una gran capacidad de erección, pero son orgámicamente impotentes. Sienten desprecio por las mujeres, considerando su pene como un instrumento de agresión y venganza. Esta es la base de su incapacidad para lograr un orgasmo. Sin embargo, son personas atractivas por su aspecto físico. En las mujeres el carácter fálico-narcisista se presenta con poca frecuencia a comparación con el hombre y se caracteriza por la energía y la belleza física. En este tipo de carácter encontramos por lo regular una homosexualidad activa, masculina y femenina, ya que en el hombre existe una identificación y un apego total con el falo y en la mujer la fantasía de tener un pene.

1.2.2 TEORÍA CARACTEROLÓGICA DE FROMM.

De acuerdo con los objetivos principales de la presente investigación se expone la Teoría Caracterológica de Fromm, la cual es importante para conocer el origen de los diferentes tipos de carácter estudiados.

Por su parte, Erich Fromm,(1994) define el carácter como la totalidad de cualidades psíquicas adquiridas a través de los procesos de asimilación. Considera que existe una confusión entre temperamento y carácter por lo que hace una distinción entre ambos, señalando que el temperamento es el modo de reacción y es algo que constituye a un ser humano siendo inmodificable, el carácter en cambio, se forma a través de las experiencias, especialmente de las experiencias adquiridas en la infancia y éste es en cierta forma modificable por nuevos conocimientos y experiencias a lo largo de la vida. Fromm tomó como base para realizar una clasificación de los tipos de carácter, la caracterología de Freud en algunos puntos principales: en el concepto de que los rasgos de carácter son subyacentes a la conducta y que su base fundamental es la relación de la persona con el mundo.

Fromm (1994) menciona también que el hombre pasa por dos procesos: el de asimilación y el de sociabilización. En el primero encontramos la adquisición y asimilación de los objetos y en el segundo, las relaciones con otras personas y consigo mismo. En el último punto, encontramos que es muy importante para el hombre relacionarse con los demás pues de esta forma expresa su carácter y no se encuentra aislado de la sociedad. Las ideas y los juicios de una persona son el resultado de su carácter.

Este autor estableció la *Teoría caracterológica*, la cual surge de la idea de que el individuo se relaciona con el mundo de acuerdo a algunos tipos de orientaciones, mismas que constituyen el carácter. En esta teoría existen dos clasificaciones: la productiva y la improductiva.

La *orientación productiva* se refiere a la actitud para relacionarse en todos los campos de la experiencia humana y Fromm (1994) define esta como el modo de reacción y orientación hacia el mundo ya hacia sí mismo en el proceso de vivir, y el ejemplo más

importante de la productividad es el hombre mismo. En esta orientación , se encuentra el *amor productivo* el que se define como la capacidad de dar, entregarse a los demás y a todo lo que una persona pueda tener una relación con los demás en la cual exista conocimiento, comprensión y responsabilidad, además de comprensión, deseo y entusiasmo para hacer crecer tal relación.

El trabajo, el amor y el pensamiento productivo son posibles si una persona puede estar en paz consigo misma, si se presta atención a sí misma y por lo tanto, será capaz de prestar atención a las demás personas, por lo que la orientación productiva lleva en sí un crecimiento sistemático y racional. El pensamiento productivo separa la inteligencia de la razón, ya que esta ayuda al hombre a captar el mundo por el pensamiento y la inteligencia es la capacidad de manipularlo con la ayuda de las ideas. Cuando el hombre es maleable cuando busca satisfacer su naturaleza , pero si el medio es contrario a esa naturaleza se genera una reacción de cambio. Esta necesidad de satisfacción de la naturaleza humana es fuente de toda la fuerza física que lo mueve en sus pasiones, afectos y ansiedades.

Sin embargo, cuando el hombre ha logrado satisfacer sus necesidades fisiológicas siente soledad, así como la necesidad de unirse a otros seres vivos. También se pueden dar diferentes tipos de unión como la sumisión, en donde se pierde la individualidad para ser parte de algo o alguien, formando una relación sadomasoquista en la que ambas partes son mutuamente dependientes. Su lado opuesto, el amor productivo es lo que va a satisfacer la necesidad de unión con el hombre con su medio dándole al mismo tiempo una sensación de integridad e individualidad.

En la orientación productiva existe una comprensión adecuada del mundo a través de la razón y en la esfera de la acción. Otros aspectos que están vinculados con la necesidad de relación es la situación del hombre como criatura y su necesidad de trascender y esto lo logra a través de lo que crea. Cuando el hombre ha superado su narcisismo, llega a percibir el mundo objetivamente, a sí como las demás personas y a sí mismo. De esta forma se puede decir que ha alcanzado la madurez.(Fromm, 1994).

Orientación Improductiva:

- a) Orientación Receptiva.
- b) Orientación Explotadora. Proceso de asimilación.
- c) Orientación acumulativa.
- d) Orientación Mercantil.

Orientación Productiva: Trabajando.

Orientación Improductiva:

- a) Orientación Masoquista
- b) Orientación Sádica
- c) Orientación Destructiva. Proceso de Socialización.
- d) Orientación Indiferente.

Orientación Productiva: Amando.

Como puede observarse en el cuadro anterior, Fromm distingue cuatro orientaciones en el proceso de asimilación y cuatro en el proceso de socialización, las cuales se describen a continuación:

- a) La orientación receptiva.

En este tipo de orientación el individuo piensa que todo lo bueno que él desea se encuentra fuera de sí mismo y cree que la única manera de lograr lo que desea es recibiendo de esa fuente externa. Son personas muy sensibles al rechazo de los demás, especialmente si se trata de alguien a quien ama. Son leales y muestran gratitud a quien les ha brindado ayuda. Se les hace difícil decir “no”, por lo que se involucran

fácilmente en conflictos. Muestran una gran dependencia hacia otros, pues al encontrarse solos sienten que nada pueden hacer sin que alguien les ayude, les cuesta trabajo tomar decisiones. Se caracterizan por su afición a la comida y a la bebida, compensando con éstas su depresión y ansiedad. Tienen una tendencia de ayudar a otros, sin embargo, lo hacen para lograr sus fines de aseguramiento y dependencia.

b) La orientación explotadora:

Al igual que la orientación receptiva, para estas personas, la fuente de todo bien se encuentra en el exterior, y es imposible realizar algo por sí mismas. Sin embargo, a diferencia del carácter receptivo, el explotador quita las cosas por medio de la violencia o la astucia. Estos sujetos roban las ideas o trabajos intelectuales de otros, aparentando ante los demás que son de ellos, ya que carecen de originalidad y creatividad. De esta manera explotan a quienes son presa fácil para ellos, es decir, quienes se dejan explotar y se hartan de ellos cuando los han exprimido lo suficiente. Todas las personas, tienen valor de acuerdo a la utilidad que tengan o el provecho que se les pueda sacar. En sus relaciones afectivas roban el afecto de la persona que les interesa y sólo se enamoran de quien tiene se encuentra sentimentalmente involucrada con otra persona.

c) La orientación acumulativa.

La persona que posee un carácter acumulativo, tiende a ahorrar, teniendo una inseguridad en todo lo que provenga de afuera. Se protegen de todo lo que implique una salida a todo lo que han guardado y permiten que salga lo menos posible. Es una persona sumamente ordenada y limpia, metódico y rígido. No tolera que las cosas se encuentren fuera de su lugar y esto lo aplica en todos los aspectos de su vida, ya que el ser metódico implica dominar, ordenar y acomodar el medio en el que se encuentra de acuerdo a su forma de pensar. El mundo exterior representa una amenaza para él si se trata de modificar lo que para él está bien. Otra de sus características es su puntualidad excesiva, sus máximos valores son la seguridad y el orden. En sus relaciones afectivas

no busca la intimidad con otra persona, pues esto significa una amenaza para éste. Sólo desea poseerla, sin darle amor. Se encuentran muy apegados a los recuerdos y experiencias del pasado, pensando que todo fue mejor, perdiendo de vista los aspectos valiosos de su vida presente.

d) La orientación mercantil.

Este tipo de carácter, el sujeto se concibe a sí mismo como una mercancía y al propio valor como valor de cambio, si tiene éxito tiene valor, si no lo tiene carece de éste. Su autoestimación depende de esto. Esto trae como consecuencia, que al no sentirse valioso por sus cualidades humanas sino por el éxito en un ambiente de competencia, el cual se encuentra sujeto a variaciones, dicha autoestima se verá afectada y sólo será reafirmada por los demás, causando sentimientos de inseguridad e inferioridad. En la orientación mercantil, el sujeto no se identifica con las cosas que hace, no las hace propias, sin embargo, por la necesidad que tiene de venderlas, deja a un lado sus propios deseos y aspiraciones. También al desear ser reconocido por los demás como una persona exitosa, trata de sustituir dichas aspiraciones por las ideas mercantilistas. Asimismo, considera a las otras personas como mercancías, y le resulta difícil relacionarse con alguna persona, si ésta no le proporciona algún bien material del cual pueda obtener reconocimiento.

Este autor hace una clasificación del carácter de acuerdo a lo que él llama las **orientaciones improductivas** de la orientación productiva. Hace mención de que éstos son “tipos ideales” y no descripciones del carácter de una persona en particular, se puede dar la combinación de una o varias de estas orientaciones, pero una es la que siempre predomina.

En el proceso de socialización Fromm (1994) distingue las cuatro orientaciones ya mencionadas, y se dividen en :

a) Orientación Masoquista.

Implica una actitud de dependencia absoluta. El individuo rehuye su propia libertad, su responsabilidad, individualidad, y autonomía para refugiarse en algo que le da seguridad, despojándose de su yo. Se relaciona con los demás por medio de una dependencia compulsiva para evitar soledad y aislamiento. Tal sometimiento estará presente en todas las facetas de su existencia. No experimentan el sentimiento del yo, la vida les parece algo poderoso que no pueden dominar y en los casos extremos pueden provocar dolor y sufrimiento. Estas conductas van desde una autocrítica hasta la espera de una enfermedad, son impulsos dirigidos contra uno mismo que no siempre son de modo manifiesto. Pareciera que se comportan como si siguieran los consejos de algún enemigo para perjudicarse (Fromm. 1994).

b) Orientación Sádica.

Se caracteriza por el impulso compulsivo de absorber a los demás. En un primer nivel esta tendencia se dirige al sometimiento de los otros, al ejercicio de una forma absoluta de poder que reduce a los sometidos a un papel de meros instrumentos. En otro nivel, existe un impulso de explotar, robar a los demás. También existe el deseo de hacer sufrir o ver sufrir a otra persona. Su objetivo es castigar, humillar, de colocar a los otros en situaciones incómodas. Todo esto los hace aún más peligrosos que los masoquistas. Según las concepciones freudianas, el sadismo encuentra placer en la destrucción, que por lo general se exterioriza en conductas sexuales. “El sádico necesita su objeto del mismo modo que el masoquista no puede prescindir del suyo. La única diferencia está en que en lugar de buscar la seguridad dejándose absorber, es él quien absorbe a otro. En ambos casos se pierde la integridad del yo”. (Fromm, 1994).

c) Orientación Autoritaria.

Este tipo de carácter engloba al sádico y al masoquista porque caracteriza una peculiar actitud hacia la autoridad: por un lado la admira y por el otro, la envidia deseando

poseerla para someter a los demás. Siente una gran admiración por todo lo que significa poder y autoridad. Es posible que reten a la autoridad intentando superar su impotencia, quizá muestran rebeldía, pero superficialmente, porque realmente se sobreponen a su debilidad y a sus deseos masoquistas de sometimiento. Según Fromm, esperan protección de un auxiliador mágico, quien puede ser Dios, los padres o los superiores. A este auxiliador lo hacen responsable de sus actos. Cuando este auxiliador mágico es real, pueden presentarse fenómenos de desengaño que lo llevan a buscar a uno nuevo y en él depositar sus deseos; el ciclo puede repetirse varias veces y el dependiente nunca notará que su error es su actitud fallida y no el auxiliador mágico.

d) Orientación Destructiva.

Fromm menciona que el mundo exterior se experimenta como una amenaza constante y el individuo se siente aislado e impotente, lo que origina una sensación de angustia continua e inconsciente en el individuo que lo lleva a la adopción inevitable de actitudes destructivas. Esta orientación encuentra sus orígenes en tres fuentes principales: los sentimientos de impotencia y aislamiento, la angustia y la frustración de la propia existencia. La destructividad es experimentada inconscientemente como amor, deber, etc. ; esta racionalización es una inhibición de la frustración. En el sadomasoquismo y en la destructividad el hombre trata de superar su sentimiento de indigencia frente al incontrolable poder del mundo exterior, renunciando a su propia individualidad o destruyendo. El individuo entonces, suprime la amenaza del mundo convirtiéndose en un autómatas sin personalidad.

Una vez revisadas las diferentes orientaciones utilizadas por Fromm, es importante mencionar que existen múltiples combinaciones de dichas orientaciones, productivas con improductivas, pero siempre predomina una de ellas.

Moreno Camacho (1997), con base en la teoría Caracterológica de Fromm., llevó a cabo una investigación en la cual presenta una clasificación del carácter. El objetivo principal de este estudio fue la construcción de una escala que midiera la orientación del carácter en

adolescentes Los participantes fueron estudiantes de preparatoria, entre los 15 y 18 años de edad, hombres y mujeres que pertenecían a escuelas públicas. Como el objetivo del estudio fue identificar las orientaciones de carácter en adolescentes se hizo una revisión exhaustiva de la teoría caracterológica de Fromm y se destacó la definición del constructo “carácter” para este autor, así como las diferentes orientaciones que conforman dicho constructo. (Moreno, 1997).

A continuación se presentan las diferentes orientaciones del carácter que el autor describe.

Se conservaron cuatro dimensiones:

Carácter Productivo.

Fromm (1973), lo define como un sujeto que posee y ejerce la capacidad de transformar y elaborar los datos de su experiencia, de tal forma que resulten valores nuevos para sí mismo y para su ambiente. El concepto de productividad se refiere a: la inteligencia, la razón, la imaginación y el desarrollo de la esfera afectiva. El sujeto productivo ama, trabaja, es decir, realiza las acciones que requiere para satisfacer las necesidades de orden fundamental; usa óptimamente los procesos de Amor y Trabajo para lograr su razón, esto es, busca no sólo hacer las cosas, sino porqué hacerlas.

Las características de estos reactivos se ven reflejadas en los reactivos que la conformaron, que se refieren a que el sujeto le gusta compartir todo lo que tiene, celebra y se interesa por el desarrollo de los demás, además reconoce que todos merecen que les demuestre su afecto. (Moreno, 1997).

Carácter mercantilista.

Es el tipo de carácter en el que una persona se experimenta a sí mismo más como una cosa que como una persona, de lo que se genera una socialización dentro de pautas de trueque o de intercambio comercial. Este término fue tomado de la caracterología de Fromm y se considera como producto de la cultura industrial moderna en la que se pierden la individualidad y la calidad humana a través de la materialización del hombre. Como consecuencia de esto, el hombre se trata a sí mismo como objeto y su valor se encuentra sólo por su cotización en el mercado de posibilidades. Esta actividad lo lleva a ser a ver la forma de ajustarse a las leyes de la oferta y la demanda, pero se mantiene inseguro y dependiente de la aceptación del medio. El vacío interior y la superficialidad así como la angustia producida por la vanalidad de su vida, la soledad y la necesidad de llenarse de sistemas de vida artificiales, son el precio que se paga en este tipo de carácter.

Los reactivos que conforman esta dimensión reflejan claramente el concepto, ya que se refieren a que estas personas siempre ven la ganancia que van a obtener de cualquier actividad que realizan, que no les gusta compartir sus pertenencias y que se sienten mal si obtienen algo que ellos no tienen. (Moreno, 1997).

Carácter explotador.

Al igual que la orientación receptiva, para estas personas, la fuente de todo bien se encuentra en el exterior, y es imposible realizar algo por sí mismas. Sin embargo, a diferencia del carácter receptivo, el explotador quita las cosas por medio de la violencia o la astucia. Estos sujetos roban las ideas o trabajos intelectuales de otros, aparentando ante los demás que son de ellos, ya que carecen de originalidad y creatividad. De esta manera explotan a quienes son presa fácil para ellos, es decir, quienes se dejan explotar y se hartan de ellos cuando los han exprimido lo suficiente. Todas las personas tienen valor de acuerdo a la utilidad que tengan o el provecho que se les pueda sacar. En sus relaciones afectivas roban el afecto de la persona que les interesa y sólo se enamoran de quien tiene se encuentra sentimentalmente involucrada con otra persona.

Esta dimensión la reflejan los reactivos que se refieren a que: si hay que realizar un trabajo en equipo buscan la manera de que los demás trabajen por ellos, es mejor que el alumno pierda a que pierda el profesor y que es necesario que el ser humano esté cambiando de planes constantemente. (Moreno, 1997).

Carácter receptivo.

En este tipo de orientación el individuo piensa que todo lo bueno que él desea se encuentra fuera de sí mismo y cree que la única manera de lograr lo que desea es recibéndolo de esa fuente externa. Son personas muy sensibles al rechazo de los demás, especialmente si se trata de alguien a quien ama. Son leales y muestran gratitud a quien les ha brindado ayuda. Se les hace difícil decir “no”, por lo que se involucran fácilmente en conflictos. Muestran una gran dependencia hacia otros, pues al encontrarse solos sienten que nada pueden hacer sin que alguien les ayude, les cuesta trabajo tomar decisiones. Se caracterizan por su afición a la comida y a la bebida, compensando con éstas su depresión y ansiedad. Tienen una tendencia de ayudar a otros, sin embargo, lo hacen para lograr sus fines de aseguramiento y dependencia.

Esta dimensión, refleja el concepto descrito, ya que se refiere a que el sujeto dice que es mejor recibir ayuda que brindarla y que siempre se debe esperar ayuda de los demás. (Moreno, 1997).

Además de las cuatro dimensiones que se conservaron en el análisis factorial, resultaron 3 factores y dos indicadores, estos fueron:

Carácter narcisista.

Es una persona que cifra su orgullo y pertenencias en valores insignificantes. La vanidad es una de sus características más importantes. El concepto de vanidad deriva de la idea de que

se trata de una persona que carece de valores significativos, está vacía. Es pretencioso y cifra sus sueños y deseos en imágenes grandiosas que representan grandes valores aunque no les pertenezcan. El narcisista tiene su vida prendida de alfileres y a cada momento corre el riesgo de que se deshaga, de lo que deriva una ansiedad aún mayor que el orgullo.

En la dimensión del carácter narcisista los sujetos refieren que toda la gente los voltea a ver, que les gusta ser los primeros en todo y que todas las actividades que realizan son con el fin de llamar la atención. (Moreno, 1997).

Carácter Sistemático.

Se trata de una persona que realiza una actividad y que se preocupa por la calidad y forma de realizarla; consigue su objetivo sin emplear medios innecesarios, sino de los que dispone. Es una persona que se caracteriza por la sencillez que tiende a sus objetivos concretamente. Los objetos abstractos y complicados no son utilizados por estos sujetos y hasta pueden sentir aversión hacia ellos.

Esta dimensión la reflejan los reactivos que se refieren a que a los sujetos les gusta ser ordenados, prevé el futuro, siempre concluyen los trabajos que inician y que les resulta fácil la planeación de todas sus actividades diariamente. (Moreno, 1997).

Carácter sociable

Es una persona que tiene disposición a la amabilidad y al afecto hacia los demás, nacidos del interés por ellos y en la carencia de hostilidad y narcisismo. Se puntualiza que la capacidad de relación debe funcionar fuera del clan porque dentro de él pueden realizarse las condiciones de narcisismo encubierto y racionalizado, de modo que pasa inadvertido tras el espíritu de familia, fidelidad y otras racionalizaciones que ocultan la dificultad y repugnancia para establecer lazos con las personas que aparecen como extrañas, diferentes y ajenas.

Los reactivos que reflejan esta dimensión se refieren a los sujetos que les gusta cumplir con los compromisos y normas sociales y les gustan las reuniones donde haya mucha gente y ruido. (Moreno, 1997).

Carácter dinámico.

Este tipo de carácter nos habla de una persona que no es particularmente activa en tomar los valores del exterior, pero tiene la seguridad de permanecer abierta y no ofrecer resistencia. Suele contener una buena dosis de optimismo pues de no ser así, el pesimismo y la ansiedad oscurecerán su esperanza de recibir. Tratándose de una actividad productiva, el carácter dinámico se sitúa dentro de la realidad, no espera bienes fuera de lo objetivamente razonable y establece una discriminación entre lo que verdaderamente desea aceptar y lo que no le interesa o conviene.

Esta dimensión se ve reflejada en los reactivos que la conforman, ya que se refieren a que les gusta intervenir en la toma de decisiones, además de dar soluciones en el grupo al que pertenezcan y externan su opinión aunque ésta sea opuesta a la de los demás. (Moreno, 1997).

Carácter comunicativo.

Un individuo que posee este tipo de carácter se caracteriza por tener seguridad en sí mismo y en los demás. El sujeto comunicativo resulta en cierto modo la antítesis del aislado. La comunicación profunda, en la cual una persona se siente comprendida e identificada con otra, es una de las bases más importantes del amor y de la amistad. Rompe el sufrimiento que aislamiento produce y abre las puertas de la comunicación, tanto de los estados de ánimo como de las producciones intelectuales.

Los reactivos que conformaron este indicador se refieren a que a éstos les gusta que las personas les platicuen sus problemas y además conversan con cualquier persona. (Moreno, 1997).

Este autor, menciona que este trabajo constituye una primera aproximación metodológica (estadística y teóricamente) al estudio de la medición del constructo Carácter de acuerdo con la teoría de Erich Fromm; y que se necesitan estudios posteriores para conformar la existencia de dichas dimensiones.

En el año 2002, Pérez y Bautista llevaron a cabo una investigación con 200 adolescentes de escuelas públicas con el objetivo de conocer y comparar las relaciones padres-hijos, tipo de carácter y conducta adictiva en adolescentes. En este estudio se basó en los tipos de carácter establecidos por Fromm (1994) en su teoría Carectorológica y por Moreno (1997) en su investigación realizada para la construcción del Inventario de Carácter para adolescentes (ICA).

Del estudio llevado a cabo por Pérez y Bautista se conservaron cuatro dimensiones con un nivel de confiabilidad de .6771.

- 1) Carácter Mercantilista.
- 2) Carácter Productivo.
- 3) Carácter Autoafirmativo.
- 4) Carácter Narcisista.

Finalmente, de acuerdo con los objetivos del presente estudio, se tomaron como base, los tipos de carácter establecidos por Fromm, (1994), por Moreno (1997) , por Pérez y Bautista (2002).

CAPITULO II

LA DEPRESIÓN .

2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.

La palabra y los síntomas de la depresión fueron llamados desde su conocimiento como Melancolía. La primera descripción de la melancolía fue hecha por Hipócrates en el siglo IV a.C. Un médico del siglo II describía a las personas melancólicas de la siguiente manera: “adelgazan debido a su agitación y falta de sueño. En una etapa más avanzada se quejan de mil futilidades y desean la muerte”.

En el mismo siglo Plutarco, hizo una descripción de las características de una persona deprimida o melancólica: decía que los dioses la odiaban y la persiguen con su ira. No desea la ayuda de nadie.” Dejen que yo, dice el desdichado, yo el impío, el maldecido, el odiado por los dioses sufra mi castigo”. “Entonces se sienta en la calle, envuelto entre harapos, de vez en cuando se revuelca en la tierra confesando sus pecados, seguramente ha hecho algo que el ser divino no aprobó.”

A principios del siglo XIX, Pinel describió la melancolía de la siguiente forma: “son taciturnos, con un aire pensativo y meditabundo, con aprehensiones sombrías y amor a la soledad”.

Brees (1928) menciona algunos términos que a la fecha se utilizan para describir la depresión: alteración del estado de ánimo, triste, desalentado, se siente inútil, se autocastiga (el maldecido, el odiado por los dioses), con una conducta autodenigrante (envuelto en sucios harapos... se revuelca en la tierra), el deseo de morir, agitación, insomnio (el haber cometido pecados imperdonables)

Desde el punto de vista psicoanalítico Barrio (2003) refiere que a diferencia del duelo, donde se establece con claridad el objeto perdido, la pérdida en el melancólico ejerce sus efectos sobre el propio yo. Esto se debe a que la elección del objeto de estos sujetos, se realiza sobre una base narcisista, de identificación al objeto: el melancólico ama lo que es,

lo que fue o lo que quisiera ser. De aquí, la imposibilidad de retirar la libido del objeto perdido. El amor al objeto debe ser conservado aunque éste ya no se encuentre presente.

El melancólico retrae hacia el yo la libido perteneciente al objeto y queda identificado, de modo que él pasa a ser el objeto perdido. Existe la disminución del amor propio hasta el empequeñecimiento y autorreproches a los que se somete el melancólico. En lugar de establecerse un conflicto entre el yo del sujeto y de la persona amada que lo ha decepcionado o abandonado, el conflicto se establece dentro del propio aparato, entre el yo y el super yo, y por eso se critica sin pudor, se maltrata, y hasta puede consentir su propia destrucción, porque no es su yo, sino su objeto perdido. El melancólico se puede llegar a matar, se suicidará en el intento de asesinar el objeto.

Barrio (2003) establece que en el tratamiento de estos pacientes es importante no interpretar la realidad, puesto que los sujetos tienden a salir de la realidad, es necesario interpretar en transferencia, ya que al estar excluido de la muerte simbólica, invocará ala muerte como único acto posible.

2.2 Concepto de Depresión:

Los investigadores que se han dedicado al estudio de la depresión han llegado a la conclusión de que no existe una definición exacta de ésta. Muchos de ellos, la han caracterizado como tal, por los síntomas que se presentan como son:

- 1.- Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía
- 2.- Un concepto de sí mismo negativo, acompañado de autorreproches y de culpa.
- 3.- Deseos de autocastigo, de morir, de escapar.
- 4.- Sintomatología localizada y generalizada: insomnio, dolor de cabeza, disminución de la libido, retardo psicomotor, pérdida de peso, cansancio.
- 5.- Enfermedad médica no específica: dolor crónico, malestar gastrointestinal, vértigo.

El término de depresión se utiliza para designar un patrón de modificaciones cognoscitivas, emotivas y conductuales, cuya intensidad varía entre leve y grave.

2.3 Clasificación de la Depresión

El DSM IV (1977) establece criterios para considerar cuando se presenta una depresión en alguna de estas tres dimensiones, sin embargo, establece clasificaciones específicas de acuerdo a los síntomas que se presentan.

Si el estado de ánimo o la pérdida de interés persiste durante al menos dos semanas, se puede considerar:

Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante:

- 1) Disminución del interés o capacidad para el placer en casi todas las actividades
- 2) Pérdida o aumento importante de peso.
- 3) Insomnio o hipersomnía.
- 4) Agitación o inhibición psicomotoras
- 5) Fatiga o pérdida de energía
- 6) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos

- 7) Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar.
- 8) Pensamientos de muerte recurrentes, ideación suicida recurrente sin un plan específico o tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Para diagnosticar Episodio depresivo mayor, deben presentarse cinco de estos síntomas en forma simultánea y durar la mayor parte del día. Antes de que se presente este episodio, puede haber un período con síntomas ansiosos y depresivos leves. La duración de un Episodio depresivo mayor también es variable. Si no es tratado, puede durar 6 meses o más.

Si durante al menos dos años ha habido más de dos días con estado de ánimo depresivo en adultos o un año en niños se considera:

Trastorno distímico:

- 1) Se caracteriza por presentar un estado depresivo la mayor parte del día, de la mayoría de los días durante al menos dos años (en niños y adolescentes un año).
- 2) Los síntomas no son tan graves e incapacitantes como los del Episodio depresivo mayor e incluyen dos o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga dificultad para concentrarse y sentimientos de desesperanza.

Si el estado de ánimo está asociado a la muerte de una persona querida y ha durado menos de dos meses, se considera:

Duelo:

Algunos individuos presentan síntomas característicos del Episodio Depresivo Mayor. Se puede diferenciar duelo de Episodio depresivo mayor por lo siguiente:

- 1) la culpa más que por las acciones, recibidas o no por el sobreviviente en el momento de morir la persona querida
- 2) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir , con el sentimiento de que el sobreviviente debería haber muerto con la persona querida
- 3) alucinaciones auditivas o visuales de la persona fallecida.

Si el estado de ánimo depresivo se da en respuesta a un estresante psicosocial identificable y no cumple con los criterios para ninguno de los trastornos anteriores, considerar:

Trastorno adaptativo, con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo:

- 1) la aparición de síntomas emocionales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante (pérdida de trabajo, divorcio, etc.) y se expresan de la siguiente forma: malestar mayor, deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica.
- 2) Los síntomas no persisten más de 6 meses después del cese del estresante, de lo contrario, puede considerarse crónico.

Si el estado de ánimo depresivo es clínicamente significativo y no se cumplen con los criterios para ninguno de los trastornos descritos anteriormente, se considera:

Trastorno depresivo no especificado.

Incluye los síntomas depresivos que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos depresivos del DSM-IV indicados anteriormente. Entre algunos de estos trastornos encontramos el

- 1) Trastorno depresivo menor: es cuando existe un estado de ánimo depresivo y al menos un síntoma característico del Episodio Depresivo Mayor.
- 2) Trastorno depresivo breve recidivante: períodos recurrentes de estado de ánimo depresivo que cumplan con 5 de los 9 síntomas del Episodio depresivo mayor donde cada período tiene una duración inferior a dos semanas.
- 3) Trastorno mixto ansioso-depresivo: estado de ánimo disfórico persistente durante un mes, acompañado de falta de concentración, trastornos de sueño, llanto fácil, anticipación del peligro, desesperanza, baja autoestima. Los síntomas deben provocar deterioro social o laboral.
- 4) Trastorno disfórico menstrual: estado de ánimo depresivo, ansiedad, labilidad afectiva, durante la última semana antes del inicio de la menstruación. Estos

síntomas deben ser lo suficientemente graves para interferir en las actividades diarias de la persona.

Por su parte Beck, (1976), realizó una investigación con 50 pacientes deprimidos y 30 no deprimidos, que se encontraban en psicoterapia. Se trató de determinar los síntomas más frecuentes. Los resultados obtenidos de esta investigación, los clasificó en: manifestaciones emocionales, cognoscitivas, motivacionales y físicas.

Manifestaciones emocionales

Son las que se refieren a los cambios en los sentimientos de la persona o a los cambios en su conducta externa:

Animo Abatido:

Leve: el sujeto se siente triste, este sentimiento fluctúa en el transcurso del día y el paciente puede incluso sentirse alegre.

Moderada: es poco probable que la persona pueda salir de su tristeza, aunque otros traten de alegrarla. Cualquier mejoría sólo es temporal.

Intensa: los pacientes mencionan que se sienten tan tristes que no pueden evitarlo ni soportarlo

Sentimientos negativos hacia sí mismos:

Leve: la persona menciona que se siente decepcionado de sí mismo, además de que siente que le ha fallado a todos.

Moderada: el desagrado hacia sí mismo es más intenso, provocando un gran disgusto hacia la propia persona.

Intensa: la persona puede llegar a odiarse a sí misma.

Indiferencia afectiva:

Leve: los pacientes refieren no sentir el mismo afecto hacia sus seres queridos y sin embargo, se sienten más dependientes de ellos.

Moderada: la falta de interés puede llegar hasta la indiferencia.

Intensa: la deficiencia en el interés por los demás puede llegar hasta la apatía. Sólo puede encontrar aspectos negativos en sus familiares y amigos.

Manifestaciones cognoscitivas.

En este tipo de manifestaciones encontramos las que se relacionan con la autovaloración y las distorsiones en la imagen corporal.

Baja valoración de sí mismo.

Leve: la persona piensa que sus errores se deben a su incapacidad para hacer bien las cosas, se compara con otras personas, llegando a la conclusión de que es inferior. Se puede llegar a una mejoría, al hablar con él o ella, haciéndole ver que no todo lo que hace está mal.

Moderada: existe una exageración en la comisión de los errores. Al reflexionar sobre el pasado y el presente, el paciente cree que todo lo que ha hecho ha estado mal. Se niega a hacer cosas que antes realizaba, argumentando que ya no lo puede hacer.

Intensa: el paciente llega al punto más bajo, considerándose como inútil, inepto y fracasado. Nadie logra que abandone tales pensamientos.

Indecisión.

Leve: la persona se da cuenta de que le cuesta mucho trabajo tomar decisiones. Revisa las posibles consecuencias de su decisión, ya que si toma la decisión equivocada, esto le causará una gran incertidumbre. Busca que otra persona confirme sus decisiones.

Moderada: esta dificultad para tomar decisiones se extiende a casi todas sus actividades. La incapacidad para tomar decisiones apropiadas puede causar daños a su alrededor.

Intensa: cuando una persona se encuentra muy deprimida considera que no es capaz de tomar decisiones, ni siquiera en los asuntos de menor importancia, como el qué ropa ponerse, por lo tanto, no intentan hacer algo. Duda de todo lo que hace o dice.

Distorsión de la imagen corporal:

Leve: la persona se preocupa por su aspecto físico, buscando solamente defectos al mirarse frente a un espejo.

Moderada: existe un aumento en la preocupación por su aspecto físico. Cuando una persona sufre de depresión por lo regular, frunce el ceño y por lo tanto la apariencia de la cara es más desagradable y en ocasiones la persona se siente vieja y con arrugas.

Intensa: la preocupación por el aspecto físico es exagerada, llegando al punto de pensar que tiene un aspecto repulsivo y cree que por esa razón la gente lo rechaza, aumentando más su depresión.

Manifestaciones motivacionales.

En este tipo de manifestaciones encontramos las que se refieren a los deseos, e impulsos del sujeto.

Parálisis de la voluntad:

Leve: el sujeto se da cuenta de que ya no tiene el deseo de realizar actividades que anteriormente le agradaban. Hacen las cosas mecánicamente y por costumbre.

Moderada: esta pérdida de deseo e interés se extiende a casi todas las actividades, incluso en aquellas como el comer, aarse, peinarse. Sin embargo, si hace un esfuerzo o se ve presionado, tiende a realizar dichas actividades.

Intensa: en esta fase, a pesar de sentirse presionado, el paciente siente que ha perdido totalmente la voluntad para realizar la actividad más mínima.

Deseos de evasión y aislamiento.

Leve: la persona tiende a posponer actividades que considera difíciles. Escapa de aquellas que impliquen esfuerzo o responsabilidad.

Moderada: la evasión se extiende a la mayoría de las actividades que realiza la persona y es más intensa.

Intensa: en esta fase se observa un retraimiento muy marcado en el paciente al grado de no desear levantarse de la cama deseando sólo dormir e incluso morir.

Deseos suicidas.

Leve: se expresan deseos de morir. La actitud del paciente es pasiva, pues afirma que no haría nada por quitarse la vida, sólo quisiera estar muerto.

Moderada: existe un riesgo de que la persona en realidad intente suicidarse, ya sea directamente o indirectamente, arriesgándose en actividades en las que pueda perder la vida, como el manejar a exceso de velocidad.

Intensa: aunque el paciente presenta retardo psicomotor los deseos por dejar de vivir son más grandes. Puede llegar a consumar el suicidio. Ven como única salida y término a su sufrimiento a la muerte.

Manifestaciones neurovegetativas y físicas.

Pérdida del apetito:

Leve: el sujeto ya no disfruta de sus comidas y presenta pocos deseos de comer.

Moderada: es posible que se pierda todo deseo por tomar alimentos, incluso el paciente puede olvidarse de hacerlo.

Intensa: la persona tiene una pérdida de peso grave por la falta de alimentación. Sin embargo, ya no existe la necesidad de comer. A veces es necesario obligar a la persona a comer, con pocas probabilidades de éxito.

Trastornos del sueño.

Leve: en esta etapa, el individuo duerme menos de lo que dormía antes de la depresión. Se despierta antes de la hora usual. En otros pacientes se observa todo lo contrario, ya que duermen demasiado.

Moderada: la persona puede despertarse dos o tres horas antes de lo habitual, además de que su sueño es superficial y no reparador, ya que se despierta muy cansado. En ocasiones se ve en la necesidad de tomar algún fármaco para poder dormir

Intensa: el paciente sólo duerme unas cuantas horas y no logra conciliar el sueño durante toda la noche.

Disminución de la libido:

Leve: existe una ligera disminución en el deseo sexual y en la respuesta a estímulos sexuales.

Moderada: la persona responde sólo a estímulos sexuales intensos.

Intensa: se experimenta una gran aversión hacia las actividades sexuales, y se ha perdido totalmente el interés por este tipo de actividades. Incluso, tienden a sentirse agredidos e incomprendidos cuando se encuentran frente a estímulos sexuales dirigidos a su persona.

Fatigabilidad.

Leve: el cansancio se presenta en varias ocasiones a lo largo del día acompañado de pesimismo y tristeza. Puede ser que durante el día se observe mejoría.

Moderada: el cansancio se presenta desde que la persona se despierta y aumenta con las actividades que realiza diariamente.

Intensa: el cansancio es notorio, a pesar de que el individuo se esfuerza por realizar sus actividades normales, como el vestirse. Casi no tiene fuerza física.

Flach, (1978) y Beck (1976) coinciden en el hecho de que las personas confunden la depresión con un estado de ánimo de tristeza. Por ejemplo, cuando se sienten solas o momentáneamente tristes.

Flach (1978), denomina a la depresión como *reacciones depresivas*, dividiéndolas en agudas y crónicas.

Reacción depresiva aguda.

Comprende un cambio en el estado de ánimo, en el que se experimenta dolor intenso, sin embargo, la persona, se recupera después de un corto período, que puede durar desde horas hasta semanas. Sin embargo, varía mucho la reacción de una persona a otra, aún tratándose del mismo acontecimiento. Los episodios depresivos agudos sirven de escape a los sentimientos intensos, como la pérdida de un ser querido.

Reacción depresiva crónica.

Esta es difícil de identificar debido a que su duración es más larga y porque parece ser parte del temperamento y personalidad del individuo, más que un estado de ánimo. La clave de la depresión crónica es su persistencia y porque no desaparece por sí sola, como es el caso de la depresión aguda. Es difícil definir cuando se produce una depresión crónica, ya que es posible que no se presente inmediatamente después del evento traumático, es posible que se hayan bloqueado sentimientos que debían haberse producido en esos momentos. Cuando sucede esto, se dice que se siente admiración por la persona que actuó de manera tranquila ante tal acontecimiento, sin embargo, la depresión puede aparecer meses, e incluso años después, cuando se presenta alguna situación difícil para la persona. Puede ser de menor intensidad que la que se presentó inicialmente, sin embargo, se presentan los síntomas que debieron presentarse entonces.

Flach (1978) también menciona que una persona que sufre depresión aguda se encuentra en mejores condiciones de enfrentar sus emociones y sentimientos, los cuales puede expresar de una mejor manera. En cambio, quienes presentan una depresión crónica no tienen dicha capacidad. La depresión trae como consecuencia las enfermedades llamadas "psicosomáticas", las cuales se consideran por este autor como una respuesta a la tensión. Dicha tensión es la que más contribuye al desarrollo de trastornos cardiovasculares, como la hipertensión, el asma, la colitis, la gastritis, las úlceras y otras enfermedades crónicas.

Beck (1976) también menciona en su obra que existen las depresiones endógenas y exógena o reactiva, diferenciándose cada una de ellas en que la primera se considera que proviene de factores internos y fisiológicos. Es ocasionada por algún trastorno biológico

en el organismo humano, por ejemplo podemos mencionar psicopatologías como la psicosis maniaco depresiva. Algunos autores como Gillespie menciona que en este tipo de depresión interviene la herencia, es decir los antecedentes familiares de psicosis. La depresión exógena o reactiva se distingue de la endógena ya que ésta es producida por causas externas al individuo, como la muerte o separación de un ser querido, la pérdida de un trabajo, etc.

2.4. Epidemiología de la depresión:

De acuerdo a datos obtenidos en el DSM-IV (1997), la depresión es uno de los padecimientos psiquiátricos más frecuentes. Según estimaciones realizadas, la prevalencia del Episodio depresivo mayor en un año es del 5% en la población general. La prevalencia estimada del Trastorno distímico en un año es del 5.4%. Los trastornos depresivos y la sintomatología depresiva se asocian a una significativa morbilidad en relación a la disminución en la actividad, aumento de días de incapacidad laboral. También existe un alto porcentaje de suicidios causados por la depresión.

Beck y otros autores (1983) menciona que al menos un 12% de la población adulta ha presentado o presentará un episodio depresivo de importancia clínica como para necesitar tratamiento. Un informe realizado por Katz, Friedman y Schuyler (1973) en el Instituto de Salud Mental sobre los trastornos depresivos manifiesta que la depresión es la causa del 75% del total de hospitalizaciones en instituciones psiquiátricas y que a lo largo de un año, un 15% de los adultos entre 18 y 74 años puede sufrir síntomas depresivos de importancia.

2.5 Tratamiento de los Síntomas Depresivos..

2.5.1 Diagnóstico Diferencial.

Los investigadores que se han dedicado al estudio de la depresión, consideran que es importante realizar una revisión profunda de los síntomas que presenta una persona en un momento dado, para dar un diagnóstico adecuado.

Flach (1978) menciona que en la psiquiatría moderna se sigue considerando al paciente como “enfermo”, lo cual puede subestimar el grado en que en realidad es una víctima de un padecimiento determinado, como es en este caso, la depresión. Además las propias clasificaciones pueden tener un impacto muy fuerte en las perspectivas de mejoramiento. Por ejemplo el diagnosticar a una persona con un “trastorno esquizo-afectivo” o una “psicosis maniaco depresiva” transmiten un mensaje de que se padece una patología muy grave e incurable. Los conceptos de diagnóstico también pueden ser erróneos cuando se interpretan en sentido equivocado de que pacientes que no encajan en categorías específicas como alucinaciones, modificaciones en el estado de ánimo, etc., son necesariamente sanos, lo cual está muy alejado de la verdad.

Reich (1972) estableció que los tipos de personalidad y el carácter pueden constituir un problema para el individuo y la sociedad como un grave trastorno emocional. Fromm, (1994), también menciona los tipos de personalidad como los mercantilistas, explotadores, etc. Tienen una necesidad inmensa de controlar a los demás , de inducir sentimientos de culpa y dependencia, la insensibilidad, elementos que no constituyen un problema menor que la esquizofrenia, en realidad, a veces es mayor.

El empleo cuidadoso de un diagnóstico proporciona un base sólida para determinar un tratamiento médico y/o psicológico eficaz. Un informe sobre el paciente que considere una cuidadosa evaluación de las emociones y síntomas de la depresión, tiene una importante función que desempeñar en la psiquiatría y en la psicología, ya que permite al profesional de la salud seleccionar con más exactitud el tratamiento adecuado para el paciente apropiado, en el momento oportuno, especialmente cuando se está tratando de reforzar la psicoterapia con medicamentos antidepresivos o aliviar estados intensos de depresión mediante un tratamiento de choques eléctricos, los cuales se tratarán más adelante.

De acuerdo al DSM-IV, en todos los sujetos con síntomas depresivos, es necesario antes de dar un diagnóstico por ejemplo de Episodio depresivo mayor, descartar la depresión debida a los efectos de una enfermedad médica o al consumo de sustancias. También hay que

considerar el duelo y las reacciones psicológicas a una enfermedad médica, como la depresión causada por un diagnóstico de cáncer. Si un paciente con una enfermedad médica y estrés elevado, cumple todos los criterios de un trastorno depresivo, se da este diagnóstico, una vez que se ha determinado que no existe vinculación entre la enfermedad médica y el estado de ánimo.

Dentro del DSM-IV, se incluye el llamado Algoritmo del estado de ánimo depresivo, el cual está organizado de tal manera que guían al psicólogo y/o psiquiatra para ofrecer un diagnóstico adecuado. Este algoritmo se dirige en primera instancia a los diagnósticos que implican un tratamiento inmediato, se dirige también a enfermedades depresivas crónicas como Episodio depresivo mayor. Finalmente el algoritmo contempla tres padecimientos que los médicos de atención primaria atienden con frecuencia: Duelo, Trastorno adaptativo y Trastorno depresivo no especificado. El algoritmo puede considerarse como un instrumento útil dentro de la práctica médica y psicológica.

2.5.2. Formas de Intervención y Tratamiento.

Existen varias formas de tratamiento para la depresión. Se mencionarán las más utilizadas: La Farmacoterapia, el Tratamiento Electroconvulsivo y la Psicoterapia.

2.5.2.1. La Farmacoterapia.

Beck, (1983) fue uno de los autores que aportó importantes investigaciones al estudio y tratamiento de la depresión. Junto con otros científicos realizó una investigación bibliográfica y de campo sobre las sustancias que se han utilizado desde 1955 hasta la fecha. Por ejemplo, en este mismo año, se administraba iproniácida a los pacientes, sin embargo, la imipramina administrada a los pacientes deprimidos pareció mucho más eficaz, que en los pacientes con esquizofrenia. A partir de 1957 aparecieron dos tipos de medicamentos que favorecieron la producción de nuevos fármacos:

1.- Los compuestos *Tricíclicos*: imipramina, y amitriptilina.

2.- Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO): tranilcipromina y la fenelcina.

En las investigaciones realizadas por Beck, se comprobó que al comparar la amitriptilina con la imipramina, la primera resultó significativamente superior a la segunda

Dentro de los tratamientos farmacológicos encontramos el del Litio, el cual se utiliza en los estados maniacos y de la psicosis maniaco-depresiva, en forma de sal o iones de litio. Tiene una acción profiláctica y curativa, por lo que los investigadores lo han estudiado como agente preventivo en la manía y en la depresión. Sin embargo, al compararlo con la imipramina resultó esta última más eficaz en el tratamiento de la depresión.

Efectos colaterales de los Fármacos.

Los efectos colaterales más comunes de los medicamentos tricíclicos están relacionados con sequedad en la boca, estreñimiento, aumento de la sudoración, también se ha registrado agitación e insomnio al iniciar la administración de amitriptilina, vómito, somnolencia, trastornos visuales leves. Para la atención de estos efectos colaterales, se puede administrar en el caso de molestias gastrointestinales se pueden prescribir alimentos ricos en fibra. También se puede substituir un medicamento por otro cuando se considere conveniente.

Dosificación y administración de los medicamentos antidepresivos:

Beck (1976) ha propuesto la siguiente administración:

1) En lo que se refiere a medicamentos tricíclicos se debe iniciar con dosis bajas y si no se observa alguna mejoría, se debe ir aumentando la dosis hasta alcanzar la eficacia necesaria. Debido a los efectos sedantes, es mejor administrarlos por la tarde. Una vez que el paciente ha mejorado, se puede reducir la dosificación. El tratamiento de mantenimiento debe continuar durante 3 a 6 meses para evitar una recaída y no debe ser interrumpido bruscamente, sino poco a poco.

2) Los medicamentos IMAO, deben iniciarse con bajas cantidades e ir aumentando la dosis hasta alcanzar la mejoría. La dosificación de mantenimiento es de 10 a 20 mg. al día. Se debe seguir el mismo criterio para ir reduciendo las dosis que se utiliza en los medicamentos tricíclicos.

3) El carbonato de litio se debe administrar bajo la supervisión de un médico que tenga experiencia en su empleo y conozca sus efectos colaterales. Antes de su empleo, es necesario que el paciente se realice un minucioso examen de laboratorio, como el de sangre, orina, electrocardiograma, etc.

2.5.2.2. Tratamiento electroconvulsivo.(TEC)

Este tipo de tratamiento también es utilizado con pacientes esquizofrénicos y consiste en lo siguiente: produce una tensión o una sacudida por estimulación cortical directa, sigue un periodo de latencia y después una serie de contracciones. La respiración se detiene, aumenta la tensión de bióxido de carbono en la sangre y disminuye la tensión de oxígeno. El TEC produce cambios neurovegetativos que pueden ser controlados por medicamentos específicos como los anticolinérgicos.

Efectos bioquímicos y psicológicos del TEC.

Este tipo de tratamiento produce el aumento de serotonina, especialmente en el tallo cerebral, el cual se cree que se relaciona con el estímulo eléctrico. Sin embargo, produce un deterioro en la memoria, que puede variar desde el olvido de los nombres o fechas hasta el estado de una intensa confusión. Esta falta de memoria puede prolongarse varias semanas después de terminar el tratamiento. No obstante, se observa mejoría después del tratamiento, incluso acelera dicha mejoría en el paciente.

2.5.2.3. La Psicoterapia.

Beck , Rush y otros autores (1983) mencionan que si bien el tratamiento farmacológico colabora en el tratamiento de la depresión, por sí mismo, no ha podido evitar la tasa de frecuencia de ésta, es más, ha aumentado, incluyendo el aumento en el número de suicidios. Al respecto se puede decir, que muchos de los pacientes que utilizan los fármacos los han utilizado en sus intentos por quitarse la vida. De aquí deriva la importancia que tiene el que el paciente lleve una terapia psicológica además de la psiquiátrica. Sin embargo, también es importante definir formas específicas de terapia y determinar su efectividad.

La psicoterapia es recomendable según estos autores por las siguientes razones:

- a) Aunque los fármacos son más económicos que una terapia psicológica, existen pacientes que no responden a la medicación
- b) Muchos pacientes no desean tomar medicamentos por conocer sus efectos colaterales.
- c) Se puede dar el caso en el que el paciente dependa totalmente del medicamento y esto puede impedir la utilización de sus propios recursos psicológicos para hacer frente a la depresión.

Al realizar un recuento de la gama de terapias que existen dentro de la Psicología y Psiquiatría, cada una trata de manera diferente al paciente. Por ejemplo, el psicoanalista tendrá a su paciente en el sofá durante un tiempo indeterminado, ya que este tipo de terapias es larga. El terapeuta de grupo se reúne semanalmente con siete u ocho personas que expresan sus sentimientos y emociones. El que se dedica a la psicoterapia breve, tratará de lograr la mejoría de su "cliente" en diez sesiones. El psiquiatra administra tratamientos antidepresivos o ansiolíticos, sin prestar demasiada atención a los componentes psicológicos de la persona. Se concentra en el medicamento que puede cambiarle si no está dando resultado el que le dio anteriormente. El terapeuta gestaltista por ejemplo lo estimula a que dé puñetazos a una almohada. Las terapias de relajación ayudan a reducir el estrés y

la tensión. Se hace referencia a esto, con el fin de tener en cuenta la diversidad de enfoques terapéuticos que existen para hacer frente a la depresión.

Por su parte Beck (1976) ha propuesto una estructura de psicoterapia, basándose en varios autores como Appel, Campbell, etc., y que están generalmente aceptados.

Tranquilización.:

Es importante decirle al paciente que su depresión desaparecerá con el tiempo y con la disposición que tenga de curarse, ya que la cooperación que se obtenga del paciente es muy importante para acelerar su mejoría. También el terapeuta debe tranquilizar a la persona sobre sus temores, como la mínima satisfacción de sus necesidades. Es importante también comentar al paciente sobre los aciertos que ha tenido a pesar de su depresión. Al respecto Flach (1978) refiere que algunos pacientes piensan en lo poco o nada que puede hacer un terapeuta para arreglar sus problemas familiares, económicos, etc.

Catarsis.

En esta etapa de la terapia es conveniente que el paciente exprese sus sentimientos, sus temores, las situaciones en su vida que le están molestando. Es importante que lllore si así lo desea porque después de que ocurre éste se observa un notable alivio de los síntomas. Sin embargo, cuando el paciente se encuentra demasiado deprimido puede sentir que el haber expresado sus emociones, sólo lo hizo sentirse peor.

2.6 . VISION PSICOANALITICA DE LA DEPRESIÓN: LA MELANCOLÍA

La contribución que han hecho algunos psicoanalistas a la depresión ha sido de gran importancia, ya que ha reforzado los conocimientos psiquiátricos y psicológicos ya mencionados. La psiquiatría clásica sostenía que los trastornos afectivos tienen su origen en factores orgánicos, sin embargo, también reconoce que el factor psicológico es esencial. De ahí su interés por dividir la depresión o melancolía en endógenas, cuyo origen es orgánico y las psicógenas, causadas por estímulos externos o internos del individuo.

Sobre estas bases psiquiátricas surgió la investigación psicoanalítica que giró principalmente en la melancolía, (término utilizado en psicoanálisis para referirse a la depresión), pues esta se consideraba el cuadro más frecuente en los pacientes.

Dentro de este trabajo mencionaremos autores que han realizado investigaciones documentales y prácticas dentro de su trabajo profesional. Al realizar la presente investigación bibliográfica se observó que los trabajos de estos autores se encuentran relacionados entre sí, además de que sustentan algunas de sus investigaciones en trabajos ya realizados anteriormente por alguno de ellos. Los resultados de dichas investigaciones nos ayudan a entender cómo se desarrolla la melancolía en una persona, ya que si ésta presenta depresión en alguna etapa de su vida, tienen que analizarse antecedentes y fenómenos que se dieron en su más temprana infancia, como lo veremos más adelante.

Mencionaremos en primer lugar a Karl Abraham, notable psicoanalista citado por Garma, Angel (1978). Dentro de la obra del primero, *Bases para la exploración y el tratamiento psicoanalítico de las psicosis mamiacodepresivas y estados análogos* en 1946, encontramos dos estudios realizados con pacientes con un cuadro de neurosis obsesiva en el cual la persona luchaba contra tendencias ambivalentes de amor y odio hacia sí mismo y hacia los demás; es decir, al sentir que no podía querer a la gente, se sentía obligado a odiarlos, entonces surgían ideas como: “la gente no me quiere, me odia por mis defectos”. El segundo trabajo de Abraham fue realizado en 1916 basado en las *Tres disertaciones sobre una teoría sexual* de Freud.

Abraham menciona que una de las primeras organizaciones de la libido pregenitales se le llamó “oralcanibalística” en la cual una de las principales zonas erógenas se encuentra en los labios y la finalidad consiste en introducir un objeto querido dentro de la boca y del tubo digestivo, lo cual conduce al orgasmo. Garma (1978) cita en su libro a un paciente que durante su pubertad tuvo una atracción intensa hacia la leche, la bebía del vaso, haciendo como si la tomara del pecho de la madre. También mencionaba que para él querer a alguien significaba comer algo bueno, actitud que fue denominada como canibalística, término utilizado ya por Freud.

Introyección de los objetos “buenos y malos”

Melanie Klein (1994) dentro de sus investigaciones coincide con estos autores al afirmar que el niño, en sus primeros meses de vida tiene impulsos por devorar el pecho de la madre. Desde esta etapa el *yo* introyecta objetos “buenos” y “malos”, siendo el pecho de la madre el significado de ambos, ya que es bueno cuando lo tiene y disfruta de éste, pero es malo cuando le es negado. Aquí sucede un fenómeno en el que el niño se ve obligado a renunciar pronto al pecho, y éste expresa su rechazo al destete, con tristeza o enojo que según estudios realizados por esta autora, tiene las mismas causas que la perturbación de la melancolía del adulto y que la depresión infantil tiene también algunas ideas suicidas. Por lo tanto podemos darnos cuenta de que el proceso fundamental de la melancolía es la pérdida del objeto amado: “la pérdida verdadera de un objeto real, o alguna situación similar que tenga el mismo significado da por resultado la instalación del objeto dentro del *yo*. Debido aun exceso de impulsos canibalísticos en el sujeto, esta introyección se malogra y la consecuencia es la enfermedad” (Klein, 1934). Sin embargo, este objeto amado tiene que estar considerado como un todo y la pérdida puede considerarse como total.

Posteriormente a esta pérdida, el niño continúa introyectando objetos “buenos” y “malos” y así lo sigue haciendo hasta la edad adulta. Cada cambio que realiza el sujeto con relación al objeto, lo lleva a sensaciones de ansiedad y se producen modificaciones en los mecanismos de defensa. La ansiedad es producida por los peligros que le esperan al objeto

una vez que se ha introyectado, pues en el interior no está totalmente a salvo puesto que también es considerado (por el sujeto como un lugar venenoso donde el objeto amado moriría. Esta sensación se debe a que el sujeto se da cuenta de su propia incapacidad para protegerlo de los objetos que ha internalizado como “perseguidores”. Esta es una situación fundamental para la angustia ante la pérdida del objeto amado, es decir, la destrucción y la expulsión del objeto inician el mecanismo de la depresión.

Klein (1994) y Garma (1978) coinciden en que durante los primeros años, el niño crea dos imágenes de sus padres en interior: una buena y otra mala y esto es en relación de la conducta de los padres hacia el niño. Cuando sus tendencias son agresivas, son dirigidas a la madre mala y cuando son de amor son dirigidas a la madre buena. Sin embargo, la cultura le exige reprimir esas tendencias a la madre mala porque sólo tiene que pensar en la existencia de una madre buena. Para conservar a sus padres buenos, el niño crea su *superyo*, el cual tiene las características de los padres buenos. Sin embargo, cuando se internalizan los padres, comienzan a surgir las ideas agresivas contra ellos, lo que lleva a un miedo de que los objetos malos los persigan.

El *superyo* tiene un papel muy importante en este proceso, es decir, la cultura, lo que la sociedad nos exige. Como vimos anteriormente, se obliga al bebé a abandonar el pecho materno a cierta edad, a pesar de que éste no desea que así ocurra. De la misma forma el *superyo* determina cuales pueden ser los objetos “buenos” o “malos”, creando un conflicto en el sujeto, quien ya ha internalizado algunos objetos “malos” como “buenos” y viceversa. Todos estos factores se combinan para producir en el *yo* la sensación de ser presa de exigencias que le parecen imposibles y comienzan a surgir contradicciones y ansiedad en su interior.

Sin embargo, cada paso en el desarrollo emocional, intelectual y físico es utilizado por el *yo* para vencer a la melancolía. Es decir, conforme el niño va adquiriendo habilidades y destrezas, esto aumenta la creencia en que él puede controlar sus impulsos negativos y de dominar a los objetos “malos” que ha internalizado, consiguiendo la disminución de la ansiedad. Cuando sucede esto, se puede decir que se ha superado la neurosis infantil. Sin

embargo, cuando no se confía en haber adquirido estas habilidades y destrezas, dicha patología continúa hasta llegar a la edad adulta, llegando a desarrollarse una psicosis maniaco-depresiva.

2.6.1.¿Cómo se manifiesta la melancolía?

Después de haber revisado la forma en la cual se produce la melancolía en el sujeto, continuamos con el proceso que continúa a la introyección de los objetos. Todos conocemos el estado de ánimo de una persona depresiva, sus autorreproches, su tristeza, el odio hacia el ello, hacia los objetos, etc. De acuerdo a los estudios realizados por Klein (1940), se siente odio por el objeto malo, sin embargo, el odio por el *superyo* es mayor pues éste provoca los sentimientos de culpa así como la ansiedad que caracterizan a la melancolía. El *superyo* provoca la destrucción del objeto amado, así como la duda sobre su bondad. Después de que se produce la destrucción del objeto bueno, el *yo* desea repararlo, unir todos los pedazos en medio de su desesperación y dolor. Los síntomas que se derivan de los ataques de los objetos malos internos y los del *ello* contra los buenos, constituyen una guerra interna en la que el *yo* se identifica con los sufrimientos de los objetos buenos. Todo lo anterior también lleva al sujeto a un estado depresivo. Es por esta razón que la depresión se relaciona con la paranoia, ya que el sujeto se ve en la necesidad de estar luchando continuamente de los perseguidores u objetos malos que amenazan a los buenos.

2.6.2.El Duelo y la melancolía.

Anteriormente estudiamos cómo ocurre la pérdida del objeto amado desde el destete. Garma (1978) refiere que Freud llamó aquel estado psíquico en el que se encuentra una persona después de haber sufrido la pérdida de algún ser querido. Klein (1940) relata cómo ocurre este fenómeno en el interior del sujeto, quien no solamente acoge dentro de sí a la persona que ha perdido, sino que también reincorpora sus objetos buenos que se hicieron parte de su mundo interno desde su infancia: “siempre que se experimenta la pérdida de la persona amada, esta experiencia conduce a la sensación de estar destruido. Se reactiva

entonces la posición depresiva temprana.... Entre todas estas emociones se reavivan en las capas mentales más profundas los temores a ser robado y castigado por los padres, es decir, todos los temores de persecución”.

El dolor que se experimenta durante el duelo, se debe principalmente a la reconstrucción ansiosa del mundo interno y del mundo externo que parecen resquebrajarse con la pérdida.

Sin embargo, el mayor peligro para el sujeto en duelo es tener sentimientos en contra de sí mismo y de la persona querida perdida. Una de las situaciones en las que se expresa el odio contra la persona perdida es cuando se siente triunfo ante su muerte. Por ejemplo, cuando el niño desea que sus padres malos mueran y casualmente muere uno de ellos o ambos, la muerte es considerada entonces como una victoria y al mismo tiempo como un motivo para sentirse culpable. Garla (1978) llama a este fenómeno como “mania”. Cuando termina la melancolía surge la manía, la celebración del triunfo.

Garma (1978) hace una diferenciación entre el melancólico que se encuentra en duelo por la pérdida de un ser querido a causa de la muerte, y el melancólico que ha perdido a alguna persona por un rompimiento en una relación afectiva, en donde también existe la pérdida de un objeto amado o bueno. Cuando ocurre la pérdida en ambos casos, el sujeto en duelo trata de aliviarse pensando en las cualidades de la persona perdida y de esta forma la idealiza. Sin embargo, la relación del melancólico con el objeto es ambivalente pues cuando surge el odio hacia ésta, se derrumba su creencia en ella y cambia ese proceso de idealización. Se fortalece la confianza en la persona perdida sólo cuando se obtiene confianza en el mundo externo y en la ayuda que recibe de éste. Cuando un sujeto llora, las lágrimas el sujeto alivian sus tensiones y expresa sus sentimientos; asimismo en su interior se liberan sus sentimientos buenos y malos. En este momento los objetos internalizados están más controlados por el yo.

Continuando con Garma (1978), el melancólico que sufre por una pérdida afectiva, (no de muerte la otra persona. En una relación afectiva existe una identificación de la otra persona con el yo, es decir, se realiza la citada internalización del objeto), en muchas ocasiones se siente culpable de la situación. “Genéticamente en el melancólico los lamentos son

acusaciones". Esto lo hace en lugar de dirigir los reproches a la persona amada. Sin embargo, tiene que existir en el sujeto melancólico necesariamente condiciones libidinales previas para poder llevar a cabo esta elaboración psíquica. Es decir, es necesario que haya existido una gran fijación por el objeto y al mismo tiempo el individuo también tiene que tener cierta labilidad. De acuerdo a Garma, esta condición sólo resulta cuando la elección del objeto se realiza sobre una base narcisística, es decir, el sujeto busca un objeto o una persona que se le parezca y al cual pueda darle toda la importancia que podría darse a sí mismo. Aquí observamos nuevamente la regresión a la situación "oralcanibalística" que se da en el niño pequeño cuando trata de devorar el objeto amado. El narcisismo continúa cuando el sujeto se atormenta a sí mismo, resultando placentera esta conducta. El melancólico puede llegar a desear la destrucción del objeto perdido, mediante la destrucción de sí mismo, mediante el suicidio del cual hablaremos más adelante..

Podemos decir que el duelo se ha superado o que se trata de un duelo normal cuando el dolor se ha experimentado con intensidad y la desesperación alcanza su máximo nivel. Entonces surge el amor por el objeto y el sujeto en duelo siente que la vida interna y externa seguirán existiendo a pesar de todo y que el objeto perdido puede seguir existiendo internamente la posición depresiva infantil, que se ha revivido con la pérdida del objeto querido se modifica y se vence por medio de métodos similares a los que usó el yo en la infancia. Reinstalan dentro de sí sus objetos buenos, incluyendo a sus padres buenos. Cuando sucede esto, vemos personas que han sublimado su dolor, dedicándose a actividades altruistas, o que se vuelven más tolerantes ante otras personas, etc. Sin embargo, hay un aspecto de suma importancia en la superación del duelo, y es el haber establecido en sus primeros años una buena imagen materna dentro de su interior, de esto depende que el duelo se considere normal o anormal. Ya se mencionó cuándo sucede un duelo normal; sin embargo, se considera duelo patológico cuando el sujeto no fue capaz en su temprana infancia de establecer objetos buenos y de sentir seguridad en su mundo interno. Se podría decir, que nunca superaron la posición depresiva infantil.

2.6.3. El Suicidio

Al inicio de este apartado se trató el tema de la neurosis infantil en la que el niño tiene tendencias a acabar con sí mismo, como lo ocurre con los adultos. De acuerdo a Ricoeur (1970), Freud consideraba el instinto de muerte inherente al ser humano, pero no como una tendencia a la destructividad, sino a una compulsión repetitiva, relacionada al funcionamiento y regulación de los procesos psíquicos. Por ejemplo, un sobreviviente de guerra, revive continuamente la situación que vivió y aparece fijado a su traumatismo.

La pulsión de muerte está relacionada con el principio del placer en la medida en que los fenómenos de placer y displacer se relacionan con la cantidad de excitación experimentada en el alma “correspondiendo el displacer a un aumento en la cantidad de excitación y el placer a su disminución”. Freud en 1920 escribió *Más allá del principio del placer* en el que mencionaba entre otras cosas a “Eros, pulsión de muerte, compulsión de repetición....”.

Hemos visto, como el hombre tiende a regresar a sus estados primitivos, a las sensaciones que tenía en la primera infancia, lo cual para el psicoanálisis de Freud, es una tendencia del ser humano a reproducir sus estados y sus primeros objetos aparece unida a una fuerza universal, que va mucho más allá de la psicología, la psiquiatría o cualquier otra ciencia: “se trata de una fuerza cósmica irresistible que se propone reducir, lo más organizado a lo menos organizado, lo vital a lo inanimado”. Todo ser viviente aspira a la muerte de acuerdo a su tendencia interna: “el organismo no solo quiere morir, sino morir a su manera”.(Laplanche:1970).

Sin embargo, Klein (1974) de acuerdo a los resultados de sus investigaciones difiere de Freud argumentando que el suicidio sí tiene que ver con la destructividad. El suicidio se dirige al objeto introyectado, pues con este hecho, el yo no sólo intenta matar a los objetos malos, sino que también intenta salvar a los objetos amados internos o externos. Cuando piensa en el suicidio, el sujeto tiene también el propósito de terminar con su *ello*, al que más odia.

“Cuando el sujeto comete un suicidio, su propósito puede ser el de reparación de sus relaciones con el mundo externo, porque él desea librar el objeto bueno que ese mundo representa y con el cual el *yo* está identificado, de aquella parte de su *yo* que está identificada con sus objetos malos y con su *ello*.” . Estas son algunas causas que ocasionan el estado mental del melancólico con el cual interrumpe la relación con el mundo externo.

El sujeto tiene una dependencia tal con el objeto introyectado, que se constituye en peligrosa y torturante y desea librarse de él, sin embargo, su identificación con este es demasiado profunda para poder renunciar a éste.

CAPÍTULO III.

DIMENSIÓN GENERAL DEL VIH/SIDA

3.1 ANTECEDENTES DEL VIH/SIDA

¿De dónde surgió este virus que hace 50 años ni siquiera existía? Hasta la fecha existen muchas hipótesis sobre la aparición del VIH. Una de ellas es que este virus derive de las mutaciones de un virus que infectaba a los simios verdes de África central: el paso al hombre podría haber sucedido a través de las rituales inoculaciones de sangre de los simios, o bien a través del consumo del cerebro de estos animales. Otras hipótesis sugieren que sería el fruto de una mutación de un germen tras el desarrollo de vacunas experimentales a partir de suero de animales. Tras haber sido manipulados estos sueros se inoculaban en voluntarios residentes en zonas de África central sin haber sido correctamente purificados. Un estudio publicado en la revista Nature en 1999, menciona que puede haberse identificado la fuente original del VIH-1 en una subespecie de chimpancés que habita en el Oeste de África ecuatorial. Se sugiere que este virus pudo haberse introducido al ser humano cuando los cazadores de los chimpancés se expusieron a sangre contaminada por algunos de ellos que se encontraban infectados, además de que al consumir la carne de éstos también pudo existir el contagio. Es importante mencionar que ésta es una práctica habitual en el oeste de África ecuatorial. (Llordachs 2000).

En 1981, en Estados Unidos comienza a hablarse de una nueva enfermedad surgida de un caso clínico relacionado con el Sarcoma de Kaposi, un tumor poco frecuente en la piel, el cual se asociaba a padecimientos virales, bacterianos y parasitarios. Este nuevo tumor dejó sorprendidos a médicos y científicos quienes plantean muchas hipótesis sobre su origen, entre ellas y la más aceptada fue la que hablaba de una enfermedad causada por un virus llamado *citomegalovirus*.

Con la difusión de la enfermedad comienzan a registrarse casos de lo que hoy conocemos como SIDA entre los farmacodependientes. Madura la convicción de que este virus se podía transmitir por vía sexual y sanguínea, al igual que el de la hepatitis B. En 1982 en este mismo país aparecen nuevos casos y en dos años se duplica el número hasta llegar a

Europa. El desarrollo de la enfermedad en 8 sujetos hemofílicos tratados con hemoderivados en 1982 refuerza la teoría del origen viral de ésta, que desde entonces se llamó oficialmente Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. Entonces se limitaba esta enfermedad a hemofílicos, homosexuales y heroínómanos. Sin embargo, hasta el final de 1983 se conocen los primeros casos de mujeres contagiadas y el primer caso de transmisión a través de una transfusión sanguínea, lo que indica que el riesgo no se limitaba a grupos sociales marginados, ya que la enfermedad también se puede contraer por vía heterosexual.

En este mismo año, Luc Montagnier del Instituto Pasteur de París, después de una investigación con material obtenido de los ganglios linfáticos de uno de los afectados, descubrió al responsable de esta enfermedad, el cual fue descrito como retrovirus, el cual posee entre otras características el poseer ciertas enzimas que anulan las acciones inmunológicas que pueden funcionar como barreras hacia la célula que será atacada. Simultáneamente, el investigador norteamericano Robert Gallo, logró aislar el virus llamándolo HTLV-III, : virus linfotrópico T humano tipo III. (Villagrán, 2001).

En 1985 la muerte del actor Rock Hudson rompe la barrera del silencio sobre la epidemia; se lanzan las primeras grandes campañas de prevención y se comienza a hablar de los preservativos. Unos años más tarde, el campeón de baloncesto Magic Johnson declara que es seropositivo, dando de este modo el valor necesario a la gente común para hablar de la enfermedad y haciendo que aumente el número de solicitudes de realización de la prueba de detección del virus.(Llordachs, 2000).

Es hasta 1986 en que se propone unificar la denominación de este virus por el de Human Immunodeficiency Virus: HIV o VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). Una vez caracterizado el virus causante del SIDA, y a través de muy diversas investigaciones, se han reconocido dos agentes etiológicos: VIH-1 y VIH-2, genéticamente diferentes, ya que el primero es el responsable de la pandemia a nivel mundial y el segundo es endémico de África Oriental.

3.2. BIOLOGÍA GENERAL DEL VIH.

La infección por VIH, causa una destrucción selectiva de los elementos del sistema inmune, fundamentalmente a los linfocitos T, pero también ocurrirá con cualquier otra célula que exprese el marcador inmunológico CD4 (Cluster Designation 4) como parte de su estructura celular. Como sabemos un virus no tiene metabolismo, y se considera que no es un ser vivo, pero si entra en una célula que si tiene vida, se comporta como tal. Este virus al entrar en la célula se replica, es decir, hace muchas copias de si mismo. Es un parásito.

El proceso de destrucción se presenta de una manera continua, por lo que el número total de células CD4 tendrá una tendencia a disminuir progresivamente, lo que conducirá a que se desarrolle un estado de inmunodeficiencia, que favorecerá la presencia de numerosas infecciones por diversos tipos de gérmenes sobretodo por los llamados "oportunistas". El proceso de la replicación viral y la disminución de la cifra de los linfocitos T CD4+ ocurren en forma simultánea.(Caballero, 1998).

Los niveles elevados de ARN-VIH-I son indicativos de mal pronóstico en individuos que viven con este virus; varios estudios han demostrado que estos estudios pretenden predecir de forma independiente el riesgo de progresión clínica y/o muerte y proporcionan información pronóstica adicional a la cuenta de células de tipo CD4+ en las personas asintomáticas.(Caballero, 1998).

Una persona puede tener el VIH y no presentar síntomas, ya que como se mencionó anteriormente, este virus evoluciona lentamente en el organismo, se introduce en la célula, se reproduce y destruye las defensas. Durante ese proceso se van creando en el organismo los anticuerpos que sólo se detectan después de tres meses de haber adquirido el virus . A este período se le llama "de ventana".

3.3 SIDA.

El significado de las siglas es el siguiente:

Síndrome: conjunto de signos y síntomas que se presentan simultáneamente.

Inmuno: se refiere al sistema inmunitario del que depende la capacidad de defensa que tiene o desarrolla el organismo contra los agentes infecciosos para combatir enfermedades.

Deficiencia: indica la falta o carencia, en este caso se refiere a la debilidad del sistema inmunológico, el cual funciona de manera deficiente.

Adquirida: quiere decir que no es una condición genética o hereditaria, sino que se obtiene después de la concepción, a consecuencia de acciones específicas.

El SIDA es la etapa final del proceso de infección. El daño causado por el virus al sistema inmunológico es de tal magnitud que la capacidad de respuesta del sistema se ve tan disminuida que permite la presencia de las infecciones oportunistas. Estas infecciones ponen en peligro la vida de los pacientes que han llegado a la fase de SIDA. Por ejemplo, si una persona presenta gripa, éste se puede complicar en neumonía y ésta es la causa de su muerte. Es decir, nadie muere de SIDA, sino de la complicación de las infecciones oportunistas. Los síntomas generales son los siguientes: pérdida de peso, sudoraciones nocturnas, inflamación de ganglios, diarreas frecuentes, infecciones de transmisión sexual, candidiasis, presencia de Sarcoma de Kaposi, entre otras. (CONASIDA 2000).

3.4 HISTORIA NATURAL DEL VIH/SIDA.

Cuando el VIH entra en el organismo, pasa por diversos periodos, hasta llegar a la etapa de SIDA, los cuales podemos clasificar de la siguiente manera:

- 1) *Periodo Asintomático.* Después de que existe una respuesta de las defensas del organismo, el virus se escapa del ataque de las células citotóxicas, gracias a la alta velocidad de replicación viral. La reproducción diaria de viriones es de 100,000,000,000 virus/día que representa el 30% total del virus contenido en el organismo del huésped y con un grado de mutación elevado. Mientras ocurre esto, en el paciente pueden existir síntomas mínimos o nulos, pueden existir adenomegalias en diferentes sitios sin otras manifestaciones clínicas. Los linfocitos CD4 generalmente están discretamente disminuidos o normales, existiendo un

descenso lento. Como ya se ha mencionado, una persona puede encontrarse en este período hasta 10 años después de la infección

2) *Período de síntomas menores:* en este período existe un período leve de la inmunidad celular suficiente para que la persona presente infecciones producidas por gérmenes comunes de manera frecuente. A continuación se mencionan algunas condiciones clínicas que incluyen infecciones comunes recurrentes e infecciones poco habituales en adultos jóvenes. Pueden existir alteraciones en las funciones mentales superiores (cognición, aprendizaje, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.) detectables sólo mediante pruebas psicológicas que traducen la afectación del Sistema Nervioso Central por el VIH. Se pueden mencionar las siguientes infecciones para esta etapa: candidiasis vulvovaginal frecuente y persistente, candidiasis vaginal o genital recurrente, displasia cervical o carcinoma cervical *in situ.*, enfermedad inflamatoria pélvica, Herpes Zoster, leucoplasia pilosa (pequeños nódulos en el cuero cabelludo), neumonía, entre otras.

3) *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:* existe una elevada disminución en los linfocitos CD4 y la replicación viral se encuentra sin control alguno, la carga viral es elevada. Clínicamente existe la presencia de infecciones oportunistas de gérmenes habituales de la piel o mucosas como la *cándida albicans* o por infecciones de gérmenes poco usuales en el sujeto. A continuación se mencionan algunas manifestaciones definitorias de SIDA. Los síntomas de afección del SNC, por VIH pueden ser más evidentes en esta etapa, presentándose la demencia asociada al VIH. Los síntomas que pertenecen a esta etapa son entre otros: candidiasis bronquial, candidiasis esofágica, cáncer cervical invasivo, herpes simple: úlceras crónicas con más de un mes de duración, bronquitis, esofagitis, linfomas, tuberculosis, sarcoma de Kaposi, neumonía, toxoplasmosis cerebral, etc. (Estrada, 2000).

3.4.1 Clasificación de la enfermedad por VIH.

La clasificación más comúnmente utilizada a nivel internacional es la elaborada por los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de E.U. en 1993. Existen tres estadios clínicos definidos por las letras A, B, y C. La primera corresponde al período asintomático, la B, al de síntomas menores y la C a la etapa de SIDA. A esta letra se le agrega un número (1,2,3) según el conteo de linfocitos CD4. El no. 1: más de 500 linfocitos/mm³. El no. 2: entre 499 a 200 y el no. 3: menos de 200. Es importante mencionar que una persona con menos de 200 linfocitos CD4 se considera un paciente con SIDA. (Estrada, 2000).

3.5. Definición de Infección por VIH/SIDA.

Existen diversas etapas a partir de que una persona es infectada por el VIH, las cuales varían si es una persona adulta o menor de 13 años. Las principales etapas de esta infección son: infección aguda, período asintomático o latencia clínica y SIDA.

La etapa asintomática o de latencia, dura aproximadamente 10 años. Durante este tiempo existe actividad viral constante y no se producen manifestaciones clínicas, es decir, que puedan ser observables, por lo que la mayoría de las personas que están infectadas no saben que lo están y se les llama portadores asintomáticos o que viven con VIH. La única forma de saber que tienen el virus es a través de una prueba de laboratorio (Elisa) que detecta los anticuerpos que existen en la sangre contra el virus y estos anticuerpos sólo se detectan después de 3 meses después de que sucedió la infección. Una persona asintomática puede transmitir el virus a otra persona, aunque no tenga manifestaciones de la enfermedad. Para poder confirmar que una persona realmente tiene VIH, es necesaria una prueba confirmatoria llamada Western Blot. Es decir, si una persona tuvo un resultado positivo o reactivo en su prueba de Elisa, es necesario realizar la prueba confirmatoria para tener una seguridad de que la persona es portadora del Virus. Cuando la prueba de Elisa arroja un resultado negativo, no es necesario realizar prueba confirmatoria.

Una persona que vive con VIH, poco a poco va presentando algunas manifestaciones que principalmente se observan en la piel, en la boca, problemas gastrointestinales, inflamación de los ganglios y manifestaciones neurológicas. Estas manifestaciones se van agravando conforme avanza el daño que causa el VIH en el organismo, hasta que se llega la etapa de

la infección que se conoce como SIDA . Existen pruebas de laboratorio que miden el estado inmunológico de una persona (carga viral y conteo de CD4). Además nos podemos dar cuenta de que una persona ha llegado a la etapa de SIDA al detectar la presencia de enfermedades que se asocian al SIDA y que fundamentalmente son cánceres o infecciones oportunistas.

Existen diferentes factores que facilitan que una persona desarrolle más rápido SIDA, entre los que se encuentran: bajo estado nutricional, presencia de otras infecciones, cantidad de virus, nivel de carga viral y la ausencia de tratamientos para prevenir infecciones o para atacar al virus. La velocidad con que se desarrolla el SIDA en una persona infectada por el VIH depende de manera importante del nivel de carga viral. Se han observado tres categorías de pacientes: (Uribe, 2000).

- a) *Progresores Normales*: son aquellas personas que en ausencia de tratamiento tardan en promedio 10 años en desarrollar SIDA. Representan del 70% al 80%.
- b) *Progresores rápidos*: aquellos que desarrollan SIDA en un promedio de 2.5 años. Representan del 15% al 20%.
- c) *Progresores lentos o no progresores*: (7% a 12%), son aquellos que tardan más de 10 años en presentar la enfermedad.

Como sucede con otras infecciones virales como la gripa, la hepatitis, o la poliomielitis; el SIDA no es curable. Se ha avanzado de manera importante en la búsqueda de medicamentos que permitan controlar la enfermedad y se han desarrollado diversos antirretrovirales, (de los que se hablará más adelante), que son medicamentos que tratan de evitar que el virus se replique, se retrasen los síntomas y este virus siga causando daño a las células del cuerpo humano, por lo que en la actualidad el SIDA es tratable, se controla, pero no se cura.

Sin embargo, en el periódico La Jornada (febrero 2004) menciona que según un estudio publicado por la revista *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome*, muchas de las enfermedades que sufren los pacientes que viven con VIH en tratamiento antirretroviral son causados por motivos ajenos a la propia infección. Se realizó una investigación con 3,000 pacientes, de los cuales 272 fallecieron durante el tiempo de estudio. Las complicaciones más graves fueron las relacionadas con el hígado, como la hepatitis, la cirrosis hepática, mientras que las causas de muerte más frecuentes fueron las de origen cardiovascular, las

mismas que sucedieron en personas no infectadas. Concluyeron entonces que el riesgo de morir por una de las enfermedades típicas del sida, es similar al riesgo de morir por una enfermedad no relacionada con la infección por VIH. Este estudio concluye que es probable que con la medicación antirretroviral se esté presenciando la transformación de la infección por VIH en una enfermedad crónica como la hipertensión, la diabetes, o las enfermedades cardíacas. (la Jornada, Letra S. Febrero 2004).

3.6 FORMAS DE TRANSMISIÓN

3.6.1. Transmisión Sexual.

Esta forma de transmisión es la responsable del más del 80% de los casos en todo el mundo (Uribe, 2000). Por esta vía puede haber transmisión de mujer a hombre, de hombre a hombre y excepcionalmente de mujer a mujer.

El riesgo es mayor en las relaciones hombre-hombre, debido a que durante el coito rectal existen frecuentes laceraciones en la mucosa. En el caso contrario, la vagina es una estructura muscular cubierta por un epitelio más resistente que no es frecuente que se lesione durante el coito. Sin embargo, en una relación sexual hombre-mujer, ésta última tiene de 2 a 4 posibilidades de infectarse que un hombre, debido a su mayor vulnerabilidad biológica. Asimismo, existe una serie de cofactores que aumentan el riesgo de la infección, como son: la presencia de otras Infecciones de Transmisión Sexual o la presencia de menstruación durante la relación sexual. Además el coito rectal en las relaciones heterosexuales es tan riesgoso como en las de HSH. (hombres que tienen sexo con otros hombres).

3.6.2 Transmisión Sanguínea:

El VIH puede ser transmitido a través de la sangre y de sus derivados, siempre y cuando estos se hayan obtenido de una persona portadora de este virus. Cuando se transfunde a una persona con sangre contaminada, el riesgo de adquirir la infección es del 70% al 90%. En nuestro país , en 1990 aproximadamente el 70% de las personas infectadas lo adquirieron por esta vía. Sin embargo, el Sector Salud, tomó medidas a partir de 1991 y se observó una disminución importante de esta categoría en nuestro país. (Uribe, 2000).

Las agujas contaminadas con sangre infectada por VIH, también constituyen un mecanismo de transmisión de mayor importancia entre los usuarios de drogas intravenosas (UDI), los cuales comparten agujas entre sí. También es posible que se transmita al personal de salud, como médicos, enfermeras, químicos, que manejan sangre o que sufran un piquete accidental con agujas, pero en estos casos la posibilidad de desarrollar la infección es menor del 0.5%. Además este sector ha instrumentado medidas universales de protección : uso de cubrebocas, guantes, batas, recipientes para residuos biológicos peligrosos, uso adecuado de material punzocortante , etc. con el fin de evitar accidentes de tipo laboral.

No existen casos de que el virus se transmita por picaduras de insectos como los mosquitos y las chinches, ni por vacunas producidas con suero humano.

3.6.3. Transmisión Perinatal

Actualmente existen diferentes estudios para afirmar que el producto puede infectarse durante el embarazo de una madre portadora del virus, a la hora del parto o a través de la leche materna. Sin embargo, si la madre lleva a cabo su tratamiento antirretroviral existe la posibilidad de que al nacer, el niño se encuentre sano. Cuando nace el bebé, tiene los anticuerpos de la madre. Los anticuerpos IGA son los primeros que empieza a producir, es decir , son sus anticuerpos y no los de la madre. Entonces, con su plasma, se realiza una prueba de antígeno y en ésta se detecta si los anticuerpos que tiene son de éste o de su madre. Si son los anticuerpos del niño (IGA negativo) entonces se puede decir que el niño es negativo al VIH, pero si estos anticuerpos IGA son positivos , se deduce que el niño es positivo a este virus.

Esta prueba se debe hacer al bebé desde que nace hasta los 2 años de edad, ya que los anticuerpos IGA pueden aparecer en diferentes períodos de la edad del niño, y es hasta esta edad cuando dejan de existir los anticuerpos de la madre en su hijo. Es importante mencionar que si un niño resulta negativo a esta prueba, es necesario realizar seguimiento hasta que cumpla dos años de edad.

3.7 EPIDEMIOLOGÍA

Las cifras estimadas de casos de VIH/SIDA en el mundo de acuerdo al programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) señalan la existencia de 39.4 millones de personas afectadas por esta pandemia, de los cuales, 37.2 son adultos de 15 años ó más y 2.2 millones son menores de 15 años.

El número de personas que viven con VIH/SIDA continúa creciendo en diversas regiones, de forma más evidente en África Subsahariana, donde los países de la región meridional africana presentan la prevalencia más alta. Las epidemias de Asia y el Pacífico, así como de Europa Oriental siguen creciendo, con cifras de personas que viven con VIH/SIDA cada vez más altas.

Se registraron aproximadamente 14,000 nuevos casos diarios por infección de VIH a nivel mundial en el año 2003. Más del 95% en países de medianos y bajos ingresos.

El nuevo informe del Dr. Peter Piot, Director ejecutivo de ONUSIDA del 23 de noviembre del 2004 reporta 39.4 millones de personas contagiadas por el VIH a nivel mundial: 37.2 millones de adultos y 2.2 millones de menores de 15 años.

Nuevas infecciones por VIH en 2004:

Total:	4.9 millones
Adultos:	4.3 millones
Menores de 15 años:	640 ,000

Defunciones a causa del SIDA:

Total:	3.1 millones
Adultos:	7.5 millones
Menores de 15 años:	510,000

Los datos representados en este cuadro, están basadas en la mejor información disponible y definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

En América Latina y el Caribe son más de dos millones de personas que viven con VIH, incluyendo a las 200, 000 que contrajeron VIH el año pasado (UNAIDS, 2004). Al menos

95 mil personas murieron de SIDA en el mismo período y 240 000 contrajeron la infección, siendo el más alto número de víctimas mortales a escala regional después de África Subsahariana. Este país alberga más del 60 % de todas las personas que viven con el virus, es decir, aproximadamente 25.4 millones. Brasil es el país que tiene la gran mayoría de personas que viven con VIH en América Latina y el Caribe. La epidemia en este país se ha propagado a todas las regiones. Al principio afectó a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), y luego a usuarios de drogas intravenosas, pero actualmente la epidemia se ha vuelto más heterogénea en donde los hombres y mujeres heterosexuales están cada vez más afectados. En la mayoría de los países de este continente las formas de transmisión coexisten en medio de importantes niveles de comportamientos de riesgo: un inicio de actividad sexual precoz, relaciones sexuales sin protección con parejas múltiples y el uso material de inyección no estéril.

El VIH en México.

En el caso de México, este país tiene una población de 98.2 millones, de las cuales 160,000 personas viven con VIH. Ocupa el lugar número 77 a nivel mundial y el lugar número 23 en América Latina y el Caribe. Jorge Saavedra, director General del CENSIDA, dio a conocer que en México se tienen registrados 90 mil 43 casos acumulados desde la aparición del primer caso de esta enfermedad en el año de 1982 hasta noviembre del año 2004. La principal vía de transmisión es la sexual, es decir, nueve de cada diez infectados contrajeron el virus de esta forma y se concentra en grupos heterosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres. Del total de casos, el 85% corresponde a hombres y 15% a mujeres, éste último porcentaje equivale a 14 mil 606, hasta el 23 de noviembre del año 2004.. (Centro Nacional para el Control y Prevención del SIDA[CENSIDA], 2004).

El nuevo informe del ONUSIDA/OMS, Resumen de la epidemia mundial de SIDA, en diciembre de 2004, señala que las mujeres están cada vez más afectadas: constituyen cerca de la mitad de los 37.2 millones de adultos entre 15 y 49 años que viven con el VIH en el mundo.

El factor de riesgo principal para que las mujeres contraigan el VIH es el comportamiento de riesgo generalmente encubierto de sus parejas masculinas. Las mujeres son físicamente más vulnerables a la infección por el VIH y a las ITS, que los varones debido a que sus genitales internos poseen las características adecuadas para la reproducción y alojamiento de bacterias y virus.

Con 13 mil 582 acumulados, el Distrito Federal ocupa el segundo lugar en el País de incidencia de *sida*, ya que tiene una tasa de 154 casos por cada 100 mil habitantes, según estadísticas del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-*sida* (Censida).

El primer lugar lo ocupa Baja California Sur, con una tasa acumulada de 215 casos de *sida* por cada 100 mil habitantes, según cifras del 2004.

A nivel nacional, Censida tiene registrados 71 mil 153 casos acumulados de *sida*, lo que representa una tasa de 68 infectados por 100 mil mexicanos.

El Informe de Trabajo 2003, de la Secretaría de Salud del DF, revela que en el 2002 se reportaron en la República Mexicana 3 mil 762 defunciones por *sida*, de los cuales, 480 fueron en el DF. (Inzunza, A., 2004).

Casos de SIDA por cada 100 mil habitantes:

Baja C.Sur	215
Distrito Federal	154
Campeche	142
Baja C. Norte	137
Yucatán	103

Casos de Sida en México, por edad: (15 de noviembre del 2004)

Edad	Número	Porcentaje
<15 años	2,191	2.5%
15 años o más	86,875	97.5%
Edad ignorada	977	(1.1%)
Total	90,043	100.0%

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Nota: La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

El número acumulado de SIDA en México es de 51 millones, ocupando el 3er. lugar en América después de Estados Unidos y Brasil. (UNAIDS 2003). Constituye la 4ª. Causa de muerte entre los hombres, la 7ª en mujeres, especialmente en gente joven entre 25 y 34 años de edad.

La National AIDS Commission ha estado trabajando durante muchos años , en colaboración con varias Organizaciones no Gubernamentales (ONG), quienes han tenido un papel importante en la lucha contra esta enfermedad, mediante la implementación y programas encaminados hacia la prevención de esta epidemia y la atención de personas que viven con VIH/SIDA.

Los casos conocidos hasta el 30 de diciembre de 2002, se encuentran en los siguientes grupos: heterosexual con el 20.2%, homosexual representando el 20.2%, bisexual 20.2%, vía perinatal: 0.7%, hemofílicos: 0.2, Usuarios de Drogas intravenosas: 0.1%.

ACTUALIZAR

Cabe mencionar que estas cifras se incrementan en virtud de la incorporación de una cantidad importante de casos como resultado del Programa de Corrección de Subregistro.

Sin embargo, existe una situación preocupante: nueve de cada 10 capitalinos infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana no lo saben, según estimaciones de la Secretaría de Salud local y el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-*sida* (Censida).

Censida tiene ubicados 13 mil 582 casos de VIH-*sida* en el DF, mientras a nivel nacional hay acumulados 71 mil 153 casos.

El cálculo de quienes desconocen estar contagiados se basa en el número de enfermos de VIH-*sida* que llegan a los hospitales en etapa terminal, en las actas de defunción de personas que no recibieron tratamiento porque desconocían la enfermedad y por estudios piloto en poblaciones, según informa la coordinadora del Programa VIH-*sida* de la Ciudad de México, Carmen Soler, y médicos de Censida.

Aún así, no se tienen claras las dimensiones de la enfermedad porque el subregistro sigue siendo importante.

Soler explica que la base de datos del Registro Nacional de Casos de Sida manejado por la Dirección General de Epidemiología del gobierno federal no habla de la epidemia en su totalidad, sino que se conforma únicamente con los reportes de los médicos. "En teoría, cada vez que un médico de este país y de esta ciudad atiende un caso de VIH lo tendría que notificar, pero hay muchos médicos que no lo hacen."

3.8 TRATAMIENTOS ACTUALES.

El uso de la Terapia antirretroviral (ARV) combinada ofrece beneficios claros sobre la calidad y expectativas de vida de las personas con infección por VIH, lo que ha cambiado su perspectiva como un padecimiento crónico y tratable. Su manejo es similar al de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, etc., sin embargo en la infección por VIH el tratamiento inicial y su mantenimiento adecuado a lo largo del tiempo tienen una gran importancia en la evolución y respuesta del paciente a terapias futuras.

Los objetivos de la terapia ARV, son principalmente reducir la carga viral (CV), hasta un nivel no detectable y mejorar el grado de inmunosupresión mediante la elevación de las

cuentas de las células CD4+ durante el mayor tiempo posible, con el fin de mejorar la expectativa y la calidad de vida de las personas que se han infectado. El tratamiento una vez iniciado debe mantenerse indefinidamente. (CENSIDA, 2004).

En cuanto al inicio de la terapia ARV, en la actualidad no se ha establecido un criterio definido. Se ha recomendado iniciar el tratamiento a partir del conteo de linfocitos CD4+ por arriba de 350 células. La tendencia sugiere un inicio más tardío, pero sin arriesgar una recuperación inmunológica adecuada y el desarrollo de eventos relacionados con el SIDA que pueden poner en peligro la vida del individuo. Esto es porque existen riesgos que se asocian al uso prolongado del tratamiento como son : el impacto en la calidad de vida de la persona y la posibilidad de un mal apego al tratamiento a largo plazo con el consiguiente desarrollo de resistencia.

La cuenta de linfocitos T CD4+ y la CV son considerados como predictores independientes de la progresión clínica, además de definir el riesgo de padecer infecciones oportunistas y esto debe tomarse en cuenta para tomar la decisión de iniciar tratamiento ARV.(CENSIDA 2004).

La participación del paciente en el manejo de la infección es decisivo y tiene relación con el éxito de la terapia ARV. Debe estar consciente de que debe asumir un compromiso ya que se trata de un tratamiento prolongado.

La morbi-mortalidad en los pacientes que viven con VIH/SIDA, se modificó desde 1996 con la inclusión de los inhibidores de proteasa (IP) y más recientemente con la inclusión de esquemas ahorradores de IP con inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN): Efavirenz (EFV), y Nevirapina (NVP), así como combinaciones con tres inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleósidos (ITRAN): Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Abacavir (ABC). Todas estas combinaciones conforman los esquemas que se denominan "Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) los cuales tienen un seguimiento máximo de seis años.

Se pueden realizar todas las combinaciones posibles, lo cual aportará opciones terapéuticas para el inicio de tratamiento en personas que nunca han recibido ARV, ofreciendo varias alternativas dependiendo del estadio clínico de la enfermedad, de la CV y el conteo basal de células CD4+, así como de la presencia de enfermedades concomitantes como el virus de la hepatitis B, tuberculosis, virus de la hepatitis C, diabetes mellitus, etc. Y de las

preferencias del paciente en cuanto a horarios, la simplicidad del régimen terapéutico, la dosificación por día, el número de tabletas y los efectos colaterales.

El éxito del tratamiento ARV requiere un alto grado de apego por parte de la persona, ya que existen estudios que muestran que cifras por arriba del 95% se asocian a una respuesta virológica e inmunológica óptima, así como un menor riesgo de progresión de la enfermedad.

En enero de 2005, la OMS hará público un informe oficial sobre los progresos realizados por los países hacia la consecución del objetivo de la iniciativa Tres millones para 2005, eso es, suministrar tratamiento a tres millones de personas para final de 2005. La meta es conseguir el acceso universal al tratamiento.

Como sabemos, después de que una persona se infecta con Virus de Inmunodeficiencia Humana, pueden pasar de 8 a 10 años sin presentar síntomas de la enfermedad, conocida como *Sida*. Luego de este tiempo, el sistema inmunológico empieza a deteriorarse paulatinamente hasta llevar a la muerte. Si el afectado no es atendido de manera adecuada, durante esta etapa de la enfermedad, el paciente tendrá frecuentes hospitalizaciones.

La coordinadora del Programa VIH-*Sida* de la Ciudad de México, enfatizó la importancia de un diagnóstico temprano que brinde opciones de calidad de vida como es el tratamiento de antirretrovirales. Soler comenta que alrededor del 50 por ciento de los pacientes que llegan en etapas avanzadas se recuperan con tratamientos antirretrovirales. En promedio, el costo mensual del tratamiento por paciente cuesta al Gobierno capitalino de 3 a 12 mil pesos. Hasta el 2003, la Clínica de Especialidades Condesa había otorgado gratuitamente medicamentos a 2 mil 430 personas.

3.9 MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Gracias a la información que existe en la actualidad extraída de los casos de VIH/SIDA. Se han propuesto diferentes métodos preventivos en cada forma de transmisión, así como algunos modelos de prevención.

En cuanto a los métodos preventivos en las diferentes formas de prevención se propone lo siguiente:

Por vía sanguínea: se ha recomendado utilizar sangre previamente analizada con la etiqueta “sangre segura” cuando se transfunde a una persona. Si una persona tiene sospecha o es portador de VIH, no debe donar sangre, órganos o tejidos, con mayor razón, si no ha pasado el período de ventana. Asimismo, es importante tomar en cuenta que no se deben compartir instrumentos punzocortantes como agujas, cortaúñas, etc. Y en el sector salud, quienes trabajen con este tipo de instrumental, deben seguir las Medidas Universales de Protección: uso de cubrebocas, bata, bolsas de residuos biológicos peligrosos, etc.

Por vía Perinatal: Actualmente existe el Programa de Prevención por Transmisión Materno Infantil del VIH, del gobierno del D.F., en el que se ofrece consejería a las mujeres embarazadas con el fin de que se realicen la prueba de VIH, mencionando los beneficios que existen para el futuro bebé, como ya se mencionó anteriormente. Es importante mencionar que un hijo de madre infectada no debe recibir leche materna.

Asimismo, se debe asesorar a una mujer que tiene sospecha o que vive con VIH y que desea embarazarse sobre los riesgos, cuidados y tratamientos antes de decidir un embarazo.

Por vía sexual. se sugiere la monogamia (sólo con tu pareja), la práctica del sexo seguro basado en evitar el intercambio de líquidos corporales (semen, fluidos vaginales y sangre). Se propone el ejercicio de la sexualidad más allá de la genitalidad, revalorando los juegos eróticos sin riesgo, como caricias, etc.(CONASIDA, 1999). Así como de sexo protegido en el que se tienen relaciones sexuales con penetración ya sea anal, oral o vaginal en los cuales se propone el uso de métodos de barrera como el condón masculino o femenino. También es importante evitar tener contacto sexual sin protección con desconocidos, personas con múltiples parejas sexuales. Es recomendable el uso correcto del condón.

Las acciones educativas deben ir más allá de la información y sus objetivos prioritarios serán por un lado motivar a las personas a que cambien su comportamiento de riesgo y por otro entrenar las habilidades necesarias para este fin, lo que obliga al profesional de la salud a tener doble rol: el rol clínico y el rol pedagógico.

En 1994, dentro de la Revista de Psicología General y Aplicada, se propuso un Programa llamado PRECEDE, en el que se consideran “factores predisponentes” citando como tales :

la información, las actitudes, los valores las creencias. Existen también actitudes que pueden predisponer el no uso de medidas preventivas como el no considerarse en riesgo, pensar que con el condón "no se siente lo mismo", es difícil de usar, además de que muchas mujeres, especialmente casadas, así como homosexuales, no se atreven a pedirselo a su pareja. El condón es sin duda un instrumento valioso, sin embargo, la gente se sigue infectando, especialmente los jóvenes. Tienen la información, saben utilizarlo, pero no se ha logrado un cambio de actitudes, ya que no lo utilizan en sus prácticas sexuales.

Es necesario realizar programas preventivos que tengan más aceptación entre los jóvenes, ya que no resulta la demostración del uso del condón, ni los talleres tradicionales. En una investigación realizada en Barcelona en el año de 2003, se concluyó que es importante escuchar antes de hablar, intentando conocer al máximo la demanda exacta, la dificultad real, dando soluciones útiles y prácticas. Trabajar cada vez menos las habilidades técnicas del manejo del preservativo (cómo colocarlo) y pasar a trabajar las habilidades sociales sobre su uso (cómo sacar el preservativo del bolsillo, cómo proponerle su uso a la pareja, qué hacer si te dice que no, etc.)

La coordinadora del Programa VIH-*sida* de la Ciudad de México, Carmen Soler, destaca que la responsabilidad de infectarse con el virus es una cuestión personal y no de pareja: "Lo que tenemos que entender es que cada individuo somos responsables de nuestra propia prevención y no tenemos por qué depositarla en una pareja" La comunicación entre una pareja es la clave para evitar el contagio con el VIH, insiste Soler, sobre todo cuando se tiene la duda de que el hombre o la mujer tiene relaciones con otra persona.

Jorge Saavedra, Director General de CENSIDA aclaró que en México, aunque la incidencia de la enfermedad es mayor en hombres, este año (2004) se abordará el problema desde una perspectiva de género, haciendo énfasis en la erradicación del machismo como uno de los principales factores de riesgo. "Tenemos 21 años de epidemia en México y no lo habíamos hecho. En 1991 la campaña fue dirigida a familia y Sida, en 1992 y 1993 a mujeres, y estuvimos lanzando la primera radionovela dirigida a ellas en el 91. Durante una charla informativa, una mujer nos preguntó, 'todo está bien, pero díganme cómo le pongo el cascabel al gato, es decir el condón a mi marido', de manera que tenemos que entrarle al tema y empezar".

El profesor titular de Biología Molecular y Titular de la Facultad de Medicina de la UNAM exhortó a la población que tiene prácticas sexuales sin protección a que se realicen la prueba. En el año 2003, la secretaría de Salud local realizó 22 mil 762 exámenes de VIH, de las cuales, mil 72 resultaron positivas, es decir, el 4.7 por ciento. Sobre el bajo porcentaje de personas que acudieron a realizarse la prueba, la coordinadora del Programa VIH-*SIDA* de la Ciudad de México, Carmen Soler reconoció que no es demasiado, pero hay un avance paulatino, ya que en el 2001, cuando inició el programa, las personas que acudieron a realizarse el diagnóstico eran centenas.

"Lo que estamos tratando de crear es esa cultura, que tiene mucho que ver con romper el miedo, romper el estigma y estar dispuesto a afrontar un resultado positivo porque hay mucha gente que todavía le cuesta". La funcionaria ha hecho hincapié en el impacto positivo que brinda la prueba, pues en caso de obtener un resultado negativo, el consejero puede trazar estrategias de prevención. Y si el resultado es positivo, se promueve un estilo de vida a base de una correcta alimentación, ejercicio y un tratamiento antirretroviral, que brinda de manera gratuita la Clínica de Especialidades Condesa, perteneciente al Gobierno Capitalino. Soler comentó que uno de los objetivos es hacer visible esta epidemia entre la población, luchando porque la transmisión ya no sea silenciosa.

"Todavía en México mucha gente piensa, ¡no! ¡a mi no!, yo no soy de esos grupos, yo no tengo riesgo. Es muy fácil ampararse en esa falsa protección cuando no conoces las dimensiones (...) hay que entender que todo los que tienen vida sexual activa están en riesgo", puntualizó la especialista. (Izunza, A., 2004).

Carmen Soler y especialistas como el director del Instituto Mexicano de Sexología, Juan Luis Álvarez-Gayou Jurguenson, coinciden en que esto es producto no de la desinformación, sino de una falta de cultura y educación sexual entre la población.

Álvarez-Gayou menciona también que el machismo, su negación por usar el condón y la falta de posicionamiento de la mujer para exigir relaciones sexuales protegidas; los mitos de que el VIH sólo le da a ciertos grupos y que por eso los heterosexuales y los casados no tienen por qué cuidarse, y la falta de sensibilización y educación en los jóvenes sobre la sexualidad responsable, así como el no quererse practicar la prueba como si el

desconocimiento los salvara de un contagio, siguen permitiendo que los contagios se sigan dando. Parece mentira que a más de 10 años de aparecido se sigue pensando que el Sida es un problema de gays y que yo heterosexual o casado no estoy en riesgo.

Las poblaciones que no han sido sensibilizadas es donde se está extendiendo el problema y tiene mucho que ver con los jóvenes, quienes se siguen resistiendo al uso del condón.

Asimismo, Alvarez- Gayou argumenta que "los chavos y chavas piensan en el condón como un método para evitar el embarazo y pocas veces lo asocian con el aspecto de protección. Les preocupa más un embarazo que las infecciones de transmisión sexual y no piensan en protegerse de ellas."

Esto, afirma el especialista, tiene que ver con la educación sexual. En ese sentido, resaltó que Censida destina la mayoría de su presupuesto a medicamentos y sólo 12 millones de pesos para campañas educativas en todo el país.

Pero además, afirma, que los adolescentes saben mucho de condones, pero no los usan porque no es sólo cuestión de información, sino también de responsabilidad y valores, y la responsabilidad no se aprende con conferencias ni con discursos aterradoros, sino desde la primera edad. Por eso, señala: "planteamos la necesidad imperiosa de establecer campañas de educación de la sexualidad desde el preescolar, pero programas que no sean nada más dar información, sino la transmisión de valores como el respeto, la tolerancia y el amor".

Bajo este esquema, asegura, en una generación (15 años) se tendría un cuadro diferente respecto del VIH y embarazos no deseados, ya que los niños que están actualmente en preescolar crecerían siendo más responsables. Con relación a la ideología machista menciona que mientras ésta exista, las jóvenes no se atreverán a pedirle al novio que use el condón por temor a ser rechazadas.

Falta educar a los hombres, dijo, pero también a las mujeres para que sean más 'empoderadas', firmes y que sepan cuidarse por encima de todo.

CAPÍTULO IV. DEPRESIÓN Y VIH/SIDA.

4.1 ANTECEDENTES.

El VIH/SIDA es una de las enfermedades consideradas como mortales, pero a diferencia del cáncer de pulmón, cérvico uterino, etc. Éste además de amenazar la vida, repercute de manera definitiva en las relaciones interpersonales, ya que ha propiciado reacciones muy diversas, desde el hostigamiento hacia los grupos más afectados, hasta el rechazo total de la persona que vive con VIH/SIDA.

Uno de los desenlaces del VIH/SIDA es la muerte, ya que desafortunadamente no se ha encontrado cura para este mal. En la persona afectada por el virus, influyen simultáneamente tres aspectos: los efectos del virus en el organismo, el estado de ánimo de la persona y la presión social, que en conjunto conforman un impacto emocional de importancia.

Desde la aparición del VIH en el mundo, los investigadores de diversos países se han dedicado a estudiar los efectos del VIH, en el ámbito en el que se desarrollan los pacientes así como la forma en que esta enfermedad influye en su estado de ánimo.

Mayne, T. y cols. (1996) realizaron un estudio en el que comprobaron que la depresión se relaciona con el incremento de la mortalidad en pacientes que viven con VIH/SIDA. Algunos síntomas de depresión como fatiga, pérdida del apetito, desórdenes del sueño etc., en este estudio fueron independientes de medidas clínicas como el conteo de CD4.

Otro estudio realizado por Keith, K, y cols. (1995) en la Universidad de California, demostró que el diagnóstico de la depresión clínica entre personas infectadas con VIH puede complicarse con el aumento de síntomas de VIH.

Henderson (2000) realizó un estudio con personas adultas, mayores de 45 años que viven con VIH/SIDA en U.S. National Institute on Aging. Los resultados obtenidos de dicho estudio mostraron que los avances con tratamiento antirretroviral prolonga la vida de los pacientes, sin embargo, la falta de apoyo social es importante. Además de que tienen otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus, artritis, problemas cardíacos y cambios en la memoria. La falta de apoyo social y el incremento de estas enfermedades aumentó el número de suicidios, el rápido deterioro en su vida social y profesional.

En este mismo año Lesserman, J. , y cols. (2000) realizaron una investigación en la que los efectos del estrés en 82 hombres gay asintomáticos al VIH. Fue un estudio longitudinal en el que se observaron a los pacientes entre 6 meses y 5 años en Carolina del Norte. Los resultados obtenidos de estos estudios demostraron que a mayor estrés y falta de apoyo social, se aceleró el curso de la infección por VIH. Se tomaron en cuenta: edad, educación, raza, conteo de CD4, consumo de tabaco y tratamiento antirretroviral.

Asimismo, otra investigación realizada por Kilborne A. (2002) en Pittsburg, encontró un aumento en los síntomas de VIH/SIDA en pacientes deprimidos.

Icrovics, J.R.(2001) en la Universidad de Yale llevaron a cabo un estudio en el cual encontraron que las mujeres que viven con VIH, presentan mayor depresión que mujeres que tienen otras enfermedades crónicas. La depresión es más significativa en mujeres que tienen un número menor en su conteo de CD4. Se encontró que el 54% de personas presentaron síntomas depresivos mayores y el 21% presentó síntomas menores. Mujeres entre 16 y 55 años reportaron mayor mortalidad. Los resultados indican la importancia de un adecuado diagnóstico y tratamiento de la depresión, especialmente en el grupo de mujeres, ya que esto puede impedir la progresión de la infección por VIH así como la mortalidad.

4.2 REACCIONES EMOCIONALES Y ADAPTACIÓN AL HECHO DE VIVIR CON VIH/SIDA

Desde el momento que a una persona se le informa que se encuentra infectada por el VIH, que tiene SIDA, así como otra enfermedad mortal, toda su identidad sufre cambios. Sin embargo, esta enfermedad tiene además una serie de consecuencias sociales relacionadas con la discriminación, que agravan estos trastornos. Se pueden presentar trastornos psicológicos: desde una reacción de negación e incredulidad, seguida de ansiedad y depresión incluso ideas de suicidio.

Cuando se realiza consejería previa a la prueba de VIH, se explora con el paciente sobre su conciencia de riesgo y la posibilidad de que su resultado sea positivo y cómo afrontará esta situación. Además en esta primera entrevista se pueden observar algunos rasgos de personalidad del paciente, y el tipo de reacción que el paciente experimentará.

Cuando se informa de un resultado positivo, por lo general el paciente reacciona con las siguientes expresiones: “¡no es posible!, ¿no está equivocado el resultado?, ¿ya lo checó bien?”. “tenía la esperanza de que el resultado sería negativo”, “es mi culpa”, entre otras. Es posible que estas expresiones inmediatas vayan acompañadas de enojo o agresión o la persona se bloquee y ya no escuche lo que se le esté diciendo.

Posteriormente el paciente experimenta un proceso de negación que puede ser prolongado en el que éste se mantiene sin cambiar sus hábitos de vida, entre los que están aquellos que perjudican su salud o la de los otros con relación a él. Producto de la negación, pueden provocarse cambios externos en el ánimo de la persona, pudiendo pasar rápidamente de un estado depresivo a la sensación de omnipotencia e incluso agresividad. Es común que aparezcan tendencias destructivas que se manifiestan en la agresión a otras personas, romper cosas, mantener relaciones sexuales sin protección, etc., así como tendencias autodestructivas como el aumento de ingesta de alcohol o drogas, dejar de alimentarse, suspender los medicamentos, etc. (CONASIDA, 1998).

Asimismo, la persona se encuentra confundida, pues no sabe qué hacer precisamente con su situación actual, se pregunta cuánto tiempo le queda de vida, qué cambios sufrirá su organismo, si contará con el apoyo de su familia, etc. Por lo anterior es muy importante que una persona que vive con VIH/SIDA, cuente con apoyo psicológico, con el fin de que pueda expresar sus emociones, así como afrontar las situaciones personales, físicas, familiares y sociales ante el hecho de vivir con VIH. Con base a este apoyo psicológico, el paciente podrá tomar alternativas desde una lógica que rompa la confusión para facilitarle el discernimiento y la toma de decisiones propias.

La manera como un individuo se adapta a la enfermedad depende de tres factores de acuerdo a Belda, J. Y Martínez R. (2003).

- 1) Factores derivados de la sociedad, como la opinión de ésta con relación a los individuos que desarrollan esta enfermedad. El paciente que vive con VIH, necesita apoyo de la sociedad, de su familia, amigos y pareja, para poder sobrellevar su enfermedad. El conocimiento de la seropositividad de una persona lleva en muchos casos al abandono de ésta por parte de familiares y amigos. También son despedidos del trabajo o se sienten marginados por los propios compañeros.
- 2) Factores derivados del propio paciente, tales como la capacidad de afrontar los problemas, estabilidad emocional, su personalidad.
- 3) Factores derivados de la enfermedad, como son las manifestaciones clínicas del paciente, su adherencia al tratamiento, etc. El paciente debe asumir que se enfrenta a un padecimiento que actualmente no tiene cura, por lo tanto, deben existir cambios en su estilo de vida, trabajo, amigos, etc.

4.3 PROCESO DE DUELO EN UNA PERSONA QUE VIVE CON VIH/SIDA

Las personas que han desarrollado SIDA o se encuentran viviendo con VIH, presentan diversas actitudes ante esta enfermedad que por el simple hecho de considerarse incurable, representa para el individuo un impacto importante en todos los aspectos de su vida así como en su estabilidad emocional. Si a esto se suma que la enfermedad se encuentra sujeta a discriminación y a estigmatización, la descompensación emocional provocada es mayor.

Aceptar que se tiene que vivir con VIH, resulta difícil. Es necesario que la persona afectada pase por un proceso que va desde la negación hasta la aceptación. A continuación se describen reacciones de personas con SIDA con base al modelo propuesto por Kubler Ross en 1969 quien trabajó con personas en fase terminal de cáncer y SIDA. (Díaz, O. 2002) :

- ❖ Negación y Aislamiento. Se presenta como una reacción al diagnóstico de la enfermedad y durante el curso de ésta. Funciona como un amortiguador que permite a la persona movilizar otras defensas.
- ❖ Ira. Se observan sentimientos de rabia, ira, envidia, resentimiento y conducta hostil que reflejan la inconformidad del paciente con su situación. La ira se puede desplazar en varias direcciones y tomar formas de agresión física o verbal, negarse a recibir medicamentos o cualquier tipo de ayuda, y ser demasiado demandante.
- ❖ Pacto. Es un intento de posponer los hechos, suelen pedirse y prometerse cosas. Dichas promesas se relacionan con sentimientos de culpa.
- ❖ Depresión. Los sentimientos de ira y resentimiento son sustituidos por una sensación de pérdida. Existen sentimientos de tristeza y pena respecto a la pérdida de actividades que la persona realizaba o ante la posibilidad de una muerte próxima.
- ❖ Aceptación. La persona es capaz de expresar sus sentimientos. Contempla su muerte como una expectativa y llega a aceptarla con tranquilidad.

Foucault (1998) por su parte, menciona que la enfermedad en una persona requiere de la llega hasta los límites más lejanos, como el pensamiento, el cual puede contener ideas relacionadas con la impresión de ser atravesado por campos y fuerzas misteriosamente invisibles. Esta comprensión entendida desde su punto de vista como aquella que reúne, capta y penetra. El objetivo es restituir mediante la comprensión la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, es decir, la forma en que se vive como individuo, como enfermo.

La conciencia que el individuo tiene de su enfermedad es rigurosamente original. El paciente siempre está consciente de su enfermedad, sea ésta física o mental; el médico no es el que sabe absolutamente todo referente a la enfermedad del paciente, y éste tampoco es ignorante de lo que le sucede, ya que reconoce que se encuentra enfermo y separa esta realidad de la conciencia y el universo de los otros.

Foucault (1998) también menciona que la forma en que el sujeto acepta o niega su enfermedad y la forma en la que la interpreta constituye una de las dimensiones esenciales de la enfermedad. Establece un proceso por el cual pasa el individuo cuando se encuentra enfermo:

- En su esfuerzo por contenerla y no reconocerse en la enfermedad, el paciente le da un sentido de un proceso accidental y orgánico. Mantiene su enfermedad en los límites de su cuerpo: omite o niega cualquier alteración de la experiencia psicológica, no da importancia más que a lo orgánico. Lejos de ocultar su enfermedad la exhibe, pero sólo en sus formas fisiológicas.
- Reconoce que el proceso patológico se conflictúa con su personalidad. Pero en una forma paradójica encuentra en su historia, en los conflictos con su medio, en las contradicciones de su situación actual, su origen, pero al mismo tiempo ve en el comienzo de su enfermedad la explosión de una nueva existencia que altera profundamente el sentido de su vida con el riesgo de amenazarla.
- Sin embargo, esta situación paradójica no se puede mantener siempre: los elementos morbosos se desligan de su contexto normal y constituyen un mundo autónomo

enterrándose a sí mismos. Sin embargo, la conciencia continúa existiendo de manera marginal.

- Cuando existe una enfermedad en su fase terminal, el individuo se encuentra sumergido en el mundo de su padecimiento. Considera el universo que va a abandonar como una realidad extraña y lejana. En esta situación, en el que los acontecimientos, las palabras escuchadas, su medio ambiente, es percibido como algo irreal. No obstante, se encuentra consciente de su enfermedad, como un inmenso sufrimiento frente a un mundo reconocido ahora como inaccesible.

Fernández, C. (2003), menciona que el depresivo, el suicida es un asesino tímido que queriendo acabar con lo que le duele, al tenerlo inmerso en su yo, de manera inconsciente se equivoca y se autoasesina. En el caso del SIDA, considera que es una enfermedad que simboliza la manera en que la sociedad vive colectivamente el miedo y la muerte. El SIDA es un mecanismo de auto-agresión, una depresión del sistema inmunitario. Esta enfermedad es considerada como una inmuno-melancolía, ya que las células que atacan son asesinas que atacan aquello que se obtiene hereditariamente: el sistema inmunológico.

4.3.1 Proceso de Duelo en la Familia, Amigos y Pareja.

Por otro lado Worden, W. (1991) menciona que al morir una persona a causa del SIDA, su familia ,amigos e incluso personas que aún viven con VIH, se consideran como sobrevivientes. Este autor menciona algunas características asociadas al SIDA que podrían afectar al proceso de duelo.

- ♦ Transmisión. Las parejas sexuales del fallecido pueden sentirse preocupadas por su propia salud. Es posible que experimenten síntomas físicos considerados como normales en un proceso de duelo como: fatiga, insomnio y dolores de cabeza, los cuales pueden ser confundidos como síntomas de la enfermedad. El sentimiento de vulnerabilidad y el miedo pueden llevar a los sobrevivientes a enojarse con el fallecido.

La culpa es otro aspecto relacionado con el contagio. Algunos sobrevivientes se sienten culpables por haber transmitido el virus a su pareja y presentan dificultad para establecer nuevas relaciones con otras personas.

- Estigma. Una muerte relacionada con el SIDA, es una pérdida de la que muchas personas no quieren hablar, por lo que algunas personas tienen miedo de que se les rechace si se conoce la causa de la muerte. Esto les hace mentir atribuyendo la muerte al cáncer o cualquier otra enfermedad
- ◆ Falta de apoyo social. A causa del estigma del SIDA, algunas personas que tenían alguna relación sentimental con el fallecido, en especial si éste era homosexual, se encuentran además de lo ya citado anteriormente, a la desaprobación de una relación de este tipo.
- ◆ Muertes prematuras. Muchas personas que han muerto a causa del SIDA son jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y 35 años de edad. En los amigos y contemporáneos del fallecido puede haber un aumento en la conciencia de mortalidad personal y en la ansiedad relacionada con ella.
- Pérdidas múltiples. En varios grupos de personas, muchas personas han perdido a nos cuantos amigos y otros seres significativos a causa del SIDA.
- Enfermedad larga y desfiguración experimentan la debilitación de su capacidad física y mental, a causa de las infecciones oportunistas. **Personas. Las personas sobrevivientes al SIDA, que tenían un aspecto juvenil y atractivo, pueden tener un semblante muy diferente, observándose muy deteriorados.**
- Complicaciones neurológicas. Varios estudios han encontrado que al hacer las autopsias, más del 80% de los pacientes con SIDA sufrían algún tipo de daño en el sistema nervioso central. En la mayoría de las veces el daño conduce a cambios en la conducta del paciente. Este deterioro se parece al que se presenta en la enfermedad del Alzheimer y de la misma manera, una vez que avanza la demencia la familia y los amigos tienen la percepción de estar perdiendo a la persona que tuvieron un día y estas pérdidas pueden producir una respuesta de duelo temprana

4.4 LA DEPRESION COMO UN TRASTORNO PSIQUIATRICO ASOCIADO AL VIH/SIDA.

Como hemos visto, el VIH afecta a los diferentes sistemas del organismo, y en el Sistema Nervioso Central, este virus afecta de diversas formas.

Se producen algunas alteraciones como: manías, delirios, psicosis y depresión entre las más importantes. Algunos de los síntomas que se han observado en los pacientes son una triada compuesta por enlentecimiento motor, lentitud en procesos mentales y apatía.

La depresión relacionada con la enfermedad acompañada o no de ansiedad, es el trastorno psicológico más frecuente en los pacientes con VIH. Los trastornos depresivos usualmente pueden confundirse con el inicio del llamado Complejo SIDA-Demencia (AIDS demencia complex), ya que éste se caracteriza por que la persona presenta poca capacidad de concentración, pérdida de memoria, aislamiento social, irritabilidad, apatía, falta de preocupación o cuidado de sí mismo, sentimientos de culpa, labilidad emocional y cambios de personalidad. Estos sentimientos pueden estar acompañados de sensación de impotencia, acompañada o no de ansiedad, es el trastorno psicológico más frecuente en los pacientes con VIH pérdida del control, enojo, tristeza y miedo.(Project Inform's Depression , 2003). Es muy difícil distinguir ambos y de hecho, pueden estar sucediendo al mismo tiempo. Asimismo , los trastornos de ansiedad son muy frecuentes, la emoción que más se ha observado en las personas con infección de VIH, es la inseguridad con respecto al futuro y el miedo a la enfermedad. La ansiedad puede manifestarse en forma de un ataque de pánico o de agresividad, que generalmente se dirige hacia los cuidados médicos que se consideran no efectivos, percepción verdadera o falsa de discriminación, etc. La depresión relacionada con la enfermedad (Belda, J. , Martínez R. 2003).

Es muy importante tener en cuenta que existe una alta tasa de suicidios entre pacientes que viven con VIH/SIDA, y que la ceguera junto con la depresión son los desencadenantes más frecuentes de la misma.(Belda, J. , Martínez R. 2003). Por esta razón es muy importante que estos pacientes se encuentren bajo una vigilancia estricta, especialmente si tienen ideación suicida o han tenido intentos de suicidio. Por esta razón es necesario tener en cuenta su estado psicológico, además del físico.

Con los cambios de tratamiento muchas personas pueden experimentar los sentimientos arriba citados junto con las múltiples sensaciones de pérdida de control. La depresión influye de forma importante en la calidad de vida, progresión de la discapacidad y en la capacidad de recibir una buena atención médica. Con la aparición de los inhibidores de proteasa, que podrían controlar la infección por VIH y prolongar la vida, el tratamiento de un trastorno depresivo grave tiene aún mayor importancia, ya que la falta de tratamiento para la depresión puede derivar en falta de adherencia a la terapia con medicamentos y potenciar los efectos debilitadores de la enfermedad. (Proyect Inform's Depresión, 2003).

Estudios realizados en depresión y VIH han sugerido que el mismo VIH, causa la depresión, que los cambios cerebrales y del conocimiento relacionados con el VIH (conocidos como trastornos cognitivos y motores menores y demencia asociada al VIH) pueden causar depresión o que los medicamentos contra la enfermedad pueden causar cambios de humor. En fases tempranas de la infección los síntomas de la depresión pocas veces coexisten con los del VIH, sin embargo a medida que progresa la infección, los síntomas se pueden atribuir al virus mismo, con lo cual cuesta separarlo de un trastorno depresivo. (Elliot, A. 2003).

4.5 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN CUANDO COEXISTE CON EL VIH.

Los métodos más eficaces para tratar la depresión en una persona que vive con VIH/SIDA consiste en una combinación de psicoterapia y medicamentos.

4.5.1 La Psicoterapia

La psicoterapia dirigida a estos pacientes se ha basado en distintos modelos: terapia de apoyo, terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo, entre las más destacadas. Algunos de los temas que se tratan en la terapia Psicológica son: la pérdida de relaciones, autonomía personal, proceso de duelo, trabajo, miedos, pareja, sexualidad, apariencia, salud, familia así como estigma y discriminación. Muchos pacientes se preguntan ¿cuánto tiempo me queda de vida?, ¿de qué manera me iré deteriorando físicamente? ¿cuáles son los efectos secundarios de los medicamentos? , entre otros cuestionamientos.

El psicoterapeuta debe tener la información y preparación necesaria para contestar a todas estas preguntas y a guiar a la persona para que tome sus propias decisiones.

La terapia de grupo es la que más se ha utilizado con los pacientes que viven con VIH/SIDA en varios contextos y es muy efectiva. En este tipo de terapia (independientemente del modelo utilizado) se reúnen varias personas con el terapeuta, se comentan experiencias, se confrontan percepciones erróneas de la enfermedad. Todo lo anterior ayuda a mejorar el humor y la calidad de vida de los participantes en la terapia.

4.5.2. Terapia con Medicamentos.

La terapia con medicamentos para personas que viven con VIH y un trastorno depresivo grave, puede ser ligeramente diferente de la terapia que recibe la población adulta en general, ya que las primeras con frecuencia responden de forma diferente a los medicamentos. Normalmente son más

sensibles a ellos, ya que los efectos secundarios de los antidepresivos pueden contraponerse con los de los antirretrovirales.

Es recomendable que el tratamiento antidepresivo comience tomando menos cantidad y aumentar la dosis lentamente. Además los individuos que se encuentran tomando varios medicamentos antirretrovirales o se encuentran en fase avanzada de la enfermedad, toman a menudo varios medicamentos con lo que aumenta la probabilidad de interacciones entre los mismos. Los efectos secundarios también pueden presentarse en forma distinta, siendo beneficiosos algunos de ellos, mientras que otros pueden agravar los síntomas actuales propios de la infección por VIH o las enfermedades relacionadas con el virus. Diversos estudios clínicos abiertos han estudiado la eficacia de los medicamentos antidepresivos en las personas con VIH, sin embargo, los datos obtenidos aún son confusos como resultado de las complicaciones derivadas de las enfermedades oportunistas (Elliot, A. 2003).

Los trastornos depresivos graves han sido tratados en forma eficaz con fluoxetina, imipramina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina y testosterona. La imipramina mostró una respuesta antidepresiva eficaz similar a la observada en personas deprimidas sin otros problemas de salud. También se observó un alto nivel de abandono de la medicación con imipramina y en algunos estudios se observó que existieron efectos secundarios leves y poco frecuentes con la fluoxetina y la sertralina. Lo anterior sugiere que la fluoxetina y la sertralina, son más tolerables por los pacientes y podrían tener mayor efectividad con esta población en particular. (Elliot, A. 2003).

El profesional de la salud que inicie un tratamiento antidepresivo en un paciente con el VIH, debe tener en cuenta los síntomas relacionados con esta infección al seleccionar un medicamento.

Los nuevos medicamentos antidepresivos como la venlafaxina, la nefazodona y la mirtazapina aún tienen que investigarse con más profundidad, ya que al parecer tienen diversas ventajas comparados con los ya mencionados, ya que pueden tener mejor tolerancia, con menos efectos secundarios, resultado en una menor incidencia de abandono

como resultado de los efectos secundarios y en un aumento de la adherencia al tratamiento.

Un estudio realizado en la Universidad de Columbia (Cornelland, 2000), con mujeres VIH positivas demostró que el tratamiento antidepresivo con sertralina y fluoxetina administrado durante ocho semanas tuvo un impacto positivo. La medición de la depresión se realizó mediante el Inventario de Depresión de Beck a la cuarta y octava semana observándose que los avances durante este tiempo fue significativo en las pacientes.

Por su parte, Fernández C. (2003), psicoanalista que trabaja con pacientes que viven con VIH/SIDA, menciona que el SIDA, el Estrés y la Depresión constituyen tres formas clínicas de melancolía. Se declara en contra de que el tratamiento para atender la depresión sea sólo farmacológico, ya que se le resta importancia al aspecto psicológico. Propone el psicoanálisis como un tratamiento adecuado, pudiendo el paciente tomar medicamento o no.

CAPITULO V

PROCESO METODOLÓGICO

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH se ha constituido como un problema de salud pública debido al impacto que ha tenido en la sociedad por sus formas de transmisión y el aumento en el número de personas infectadas.

Existe un aspecto que tiene mucha importancia en el estado de ánimo de la persona que vive con VIH/SIDA: la depresión. Desde el momento que a una persona se le informa que se encuentra infectada por este virus, basta para que toda su identidad sufra cambios, ya que para muchas personas SIDA es sinónimo de muerte y el hecho de asumir esta realidad puede causar algún tipo de depresión.

El SIDA es un evento traumático y estresante para el individuo que la padece y es por lo tanto un estímulo que produce un conjunto de reacciones fisiológicas y emocionales que afectan la vida de la persona en los ámbitos donde se desenvuelve: su trabajo, su familia, sus amistades, su vida sexual, etc. Socialmente las personas que viven con VIH/SIDA son estigmatizadas, es decir, son catalogadas a base de prejuicios e ignorancia de otras personas, pues a pesar de que actualmente existe información sobre sus formas de transmisión, continúa existiendo discriminación hacia quienes se encuentran infectados. Todo esto reduce la importancia de lo que una persona infectada piensa o siente, como resultado de juicios de otros acerca de sus características personales. Además de lo anterior, existe un doble estigma: el que se refiere por un lado a la enfermedad que padecen y por otro lado, el que el VIH aún se identifica con un grupo que ha sido socialmente marginado como es el de los homosexuales, cuando vemos en la realidad que este virus se ha propagado entre grupos heterosexuales también.

La depresión puede aparecer por estos acontecimientos adversos. Dicha depresión puede tener un origen interno (factores bioquímicos o endógenos) o externo (acontecimientos que ocurren en el exterior que afectan el estado de ánimo de la persona también llamada como depresión exógena). Sin embargo, es muy importante considerar la coexistencia de factores psicológicos que exacerbaban los sucesos. Se consideran factores precipitantes de la depresión las carencias y frustraciones que van más allá de los límites de la tolerancia del individuo, a su carácter y a su personalidad. El ser una persona depresiva implica susceptibilidad a todo aquello que constituya una amenaza y ponga en peligro su autoestima. Lo anterior aunado a vivir con VIH, constituye una situación difícil de afrontar.

5.2 Preguntas de Investigación.

- 1.- ¿Sufren depresión las personas que viven con VIH/SIDA?
- 2.- ¿Quiénes sufren mayor depresión: los hombres o las mujeres que viven con VIH/SIDA?
- 3.- ¿En qué forma influye el carácter narcisista de una persona infectada para que se presenten síntomas depresivos?
- 4.- ¿El carácter mercantilista en una persona conduce a un aumento en los síntomas depresivos?

5.3 Objetivo General

Analizar si existe relación entre el carácter de una persona que vive con VIH/SIDA y la depresión.

5.3.1. Objetivos específicos

- 1.- Identificar si existen estados depresivos en las personas que viven con VIH/SIDA sintomáticos ó asintomáticos.
- 2.- Identificar si los hombres o las mujeres que viven con VIH/SIDA presentan sintomatología depresiva.
- 3- Conocer si el carácter narcisista de una persona infectada tiene relación con la presencia de algún cuadro depresivo.
- 4.- Determinar si tipo de carácter mercantilista se relaciona más con la depresión.

5.4 Hipótesis de Investigación

H1 Las personas que viven con VIH/SIDA sintomáticos reportan mayor sintomatología depresiva que los asintomáticos.

H2 Las mujeres que viven con VIH/SIDA reportan mayores síntomas depresivos que los hombres.

H3 El carácter narcisista de una persona tiene relación con la existencia de síntomas depresivos.

H4 Las personas que viven con VIH/SIDA con carácter mercantilista tienen mayores síntomas de depresión.

5.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

5.5.1 CARÁCTER

De acuerdo a Moreno (1977) y a Pérez y Baustista (2002), definen a este término de acuerdo a la teoría caracterológica de Fromm (1973) como la totalidad de cualidades psíquicas adquiridas a través de los procesos de socialización y asimilación.

La medición de esta variable se llevó a cabo mediante el Inventario de Carácter para Adolescentes creado por el Maestro Sotero Moreno en 1977 el cual puede ser aplicado también a adultos. Contiene 41 reactivos de acuerdo a la teoría de Fromm e incluye 4 tipos de carácter:

Carácter mercantilista.

Es el tipo de carácter en el que una persona se experimenta a sí mismo más como una cosa que como una persona, de lo que se genera una socialización dentro de pautas de trueque o de intercambio comercial. Este término fue tomado de la caracterología de Fromm y se considera como producto de la cultura industrial moderna en la que se pierden la individualidad y la calidad humana a través de la materialización del hombre. Como consecuencia de esto, el hombre se trata a sí mismo como objeto y su valor se encuentra sólo por su cotización en el mercado de posibilidades. Esta actividad lo lleva a ser a ver la forma de ajustarse a las leyes de la oferta y la demanda, pero se mantiene inseguro y dependiente de la aceptación del medio. El vacío interior y la superficialidad así como la angustia producida por la vanalidad de su vida, la soledad y la necesidad de llenarse de sistemas de vida artificiales, son el precio que se paga en este tipo de carácter.

Carácter productivo.

Fromm (1994), lo define como un sujeto que posee y ejerce la capacidad de transformar y elaborar los datos de su experiencia, de tal forma que resulten valores nuevos para sí mismo y para su ambiente. El concepto de productividad se refiere a: la inteligencia, la

razón, la imaginación y el desarrollo de la esfera afectiva. Una persona productiva es aquella que ama, conservando la individualidad y las actitudes que implican el síndrome del amor: conocimiento, comprensión, la solicitud, el respeto y la aceptación de los demás. El sujeto también trabaja para satisfacer las necesidades de orden fundamental.

Carácter autoafirmativo.

Se trata de un sujeto que tiende a aprovecharse de su dotación natural y de su experiencia para resolver satisfactoriamente las situaciones problemáticas. Cuando se encuentran en una situación problemática encuentran la respuesta más conveniente y la solución más adecuada al problema sin involucrar emociones e impulsos así como también tratan de no inhibirse ante el temor que anulan la eficacia a la acción. Todo esto les hace sentir seguridad en sí mismos.

Carácter narcisista.

Es una persona que cifra su orgullo y pertenencias en valores insignificantes. La vanidad es una de sus características más importantes. El concepto de vanidad deriva de la idea de que se trata de una persona que carece de valores significativos. Es pretencioso y cifra sus sueños y deseos en imágenes grandiosas que representan grandes valores aunque no les pertenezcan. El narcisista tiene su vida prendida de alfileres y a cada momento corre el riesgo de que se deshaga, de lo que deriva una ansiedad aún mayor que el orgullo.

5.5.2 DEPRESIÓN:

Beck (1983) menciona que la depresión se caracteriza cuando un individuo tiende a percibirse a sí mismo, a sus expectativas y a sus experiencias en un sentido negativo. Estas concepciones negativas se ponen de manifiesto en el modo como el paciente malinterpreta sistemáticamente sus experiencias de acuerdo con los contenidos de su pensamiento. Los síntomas son: tristeza, pasividad, culpabilidad, falta de placer y tendencia al suicidio. Se establece un círculo vicioso: los pensamientos negativos y desagradables, la pasividad, etc., se refuerzan mutuamente.

El instrumento para medir la depresión en los participantes se realizará mediante el Inventario de Depresión de Beck, el cual contiene 21 ítems e incluye los cuatro componentes de la depresión: conductual, afectivo, cognoscitivo y fisiológico.

5.5.3 VIH/SIDA:

Es una infección producida por la entrada del Virus de la Inmunodeficiencia humana al organismo. Este virus ataca las células de defensa del organismo y lo deja desprotegido ante hongos, parásitos, virus y bacterias. Cuando una persona ha adquirido la infección, se dice que es portadora, que vive con VIH; no presenta síntomas pero puede contagiar a otra persona. Este estado puede durar varios años. Cuando el sujeto presenta los síntomas se dice que es una persona con SIDA. Esta representa la etapa final de la enfermedad el paciente no muere de SIDA, sino a causa de las enfermedades "oportunistas", ya que se encuentra debilitado de su sistema inmunológico.

El criterio de medición que se utilizó para la sintomatología y grado de infección por VIH/SIDA en una persona, así como para medir las variables Sociodemográficas y de Clasificación, fue mediante la aplicación de un instrumento llamado "Evaluación Clínica" el cual fue elaborado tomando como referencia la "Guía para la Atención Médica de Pacientes con infección por VIH/SIDA en Consulta externa y en Hospitales" elaborada en CONASIDA.

5.5.4 Variables Sociodemográficas:

- 1.- **Edad.** Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista. Variable que se evaluará en años.
- 2.- **Sexo.** Constitución orgánica que distingue a un hombre de una mujer y viceversa.
- 3.- **Estado Civil.** Condición de cada persona con relación a los derechos civiles. Se dividió esta variable en: soltero y casado, los cuales son las dos únicas condiciones civiles en la actualidad.
- 4.- **Escolaridad.** Grado máximo de estudios. Se medirá en 10 niveles: primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, preparatoria o bachillerato completo o incompleto, licenciatura completa o incompleta, técnico y otros.
- 5.- **Ocupación.**- Se refiere al trabajo u oficio en el que se ocupa el tiempo.

5.5.5 Variables de Clasificación:

- 1.- **Orientación sexual.** Variable que considera tres niveles: heterosexual; cuando existe atracción sexual hacia personas del sexo opuesto. Homosexual; cuando existe dicha atracción hacia las personas del mismo sexo y Bisexual, cuando la atracción se encuentra dirigida hacia hombres y mujeres.
- 2.- **Tiempo de vivir con VIH.** Se refiere a la cantidad de meses o años que un individuo sabe que lleva viviendo con el virus. (desde el momento que se le dio la noticia). Esta variable se mide desde un mes hasta más de 3 años.
- 3.- **Personas que viven con VIH/SIDA que tienen pareja y si ésta vive con el virus.** Es importante conocer si una persona que vive con esta enfermedad tiene pareja y si ésta lo ha contraído o no.
- 4.- **Tratamiento recibido para VIH/SIDA.** Variable que se refiere al tipo de tratamiento que se ha llevado hasta el momento de la entrevista para atacar al virus. Se menciona: ninguno, médico, psicológico, otros y dos o más de los anteriores.

5.- Diagnóstico, tratamiento de alguna infección de transmisión sexual. se incluyen siete ITS.: sífilis, herpes genital, chancroide, clamidiasis, gonorrea, hepatitis B, y condiloma acuminado.

6.- Tipo de tratamiento o ayuda que ha recibido en caso de haber respondido haber sido diagnosticado con alguna de las infecciones mencionadas. Se considera tratamiento o ayuda médica, psicológica, otros y dos ó más de los anteriores.

7.- Servicios de salud con los que cuenta: se refiere a los servicios médicos a los que acude la persona cuando enferma, se incluyen servicios de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE o de salud pública como la SSA y otros, tratándose de consultorios o clínicas particulares, así como Asociaciones Civiles dedicadas al tratamiento de VIH e ITS.

8.- Calidad de los servicios de salud a los que acude. La pregunta incluye aseveraciones como: adecuada, algo adecuada, ni adecuada ni inadecuada, poco adecuada.

9.- Sintomatología por VIH/SIDA. Se enlistan una serie de síntomas que caracterizan a alguna etapa de la infección con el fin de conocer si éstos se han presentado e incrementado en la última semana. Los síntomas se clasifican en: síntomas generales, aparato digestivo, cavidad bucal, piel, aparato respiratorio y órganos sexuales externos.

10.- Asintomático: Ausencia de síntomas clínicos asociados a la infección por VIH en una persona que vive con el virus.

5.6 METODO

5.6.1 Tipo de estudio.

El presente estudio se clasifica de la siguiente manera:

- a) En cuanto a la evolución del fenómeno estudiado el estudio es Transversal, ya que sólo se medirán las variables en un momento determinado, sin fines de dar un seguimiento.

- b) Con relación al tipo de comunidad es Descriptivo, pues se pretende describir un tipo de población determinado en función de un grupo de variables. Además de que se consideran hipótesis que se refieren a la búsqueda sistemática de asociaciones entre varias variables dentro de una misma población
- c) Se trata de un estudio no experimental pues no se existe manipulación o cambios en las variables por parte del investigador. Méndez R. I. Et al. (1993).

5.6.2 Participantes.

Se entrevistó a 100 personas: 83 hombres y 13 mujeres mediante un muestreo no probabilístico por cuotas, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación. (Hernández, 2003).

Los criterios de inclusión a la muestra fueron los siguientes: personas que viven con VIH/SIDA, de diferente orientación sexual, de 14 años en adelante, con tratamiento o sin éste, que acuden a las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales que ofrecen servicios médicos y psicológicos a quienes padecen esta enfermedad.

5.6.3 Escenario:

Los instrumentos se aplicaron a usuarios de Instituciones públicas como: Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario Cuauhtémoc, Clínica Especializada Condesa, Hospital General de Zona no. 24 del I.M.S.S y Hospital General de México. También participaron personas que acuden a Organizaciones no Gubernamentales como: la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA. A.C., la Casa de la Sal A.C., Ser Humano A.C. y Centro de Atención Profesional a personas con Sida (Cappsida).

5.6.4 Instrumentos.

a) Inventario de Carácter (ICA)

Esta escala se encuentra basada en la teoría de Erich Fromm. Fue construida en el año de 1977 en la Facultad de Psicología de la UNAM, por el Maestro Sotero Moreno Camacho. Consta de 41 reactivos que se basan en la teoría de Erich Fromm de acuerdo con los cuatro tipos de orientación que son :

- 1) carácter receptivo
- 2) carácter explotador
- 3) carácter acumulativo
- 4) carácter mercantilista.

Participaron 738 personas adolescentes de preparatoria entre 15 y 18 años de edad: 47% hombres y 53% mujeres de escuelas públicas. Se obtuvieron finalmente 10 tipos de carácter que son:

- 1 . Carácter productivo
- 2 . Carácter mercantilista.
- 3 Carácter explotador
- 4 Carácter receptivo.
- 5 Carácter narcisista.
- 6 Carácter sistemático.
- 7 Carácter autoafirmativo.
- 8 Carácter sociable.
- 9 Carácter dinámico.
- 10 Carácter comunicativo.

Para la realización del presente estudio no se utilizaron las dimensiones descritas en su totalidad. Se tomaron como base las dimensiones o tipos de carácter estructurados por Pérez y Bautista (2002), de acuerdo a una investigación llevada a cabo con 200 estudiantes adolescentes entre los 15 y 18 años de edad. Dichos investigadores realizaron un análisis

factorial con rotación Varimax y con índice de Confiabilidad (alpha de Cronbach) de .6771, estructurándose las siguientes dimensiones:

Carácter Mercantilista:

Esta dimensión cuenta con 4 reactivos, un alpha de .7197 y los reactivos son:

No. en la escala

- 17 Siempre trato de ver cuál es la ganancia que voy a obtener en lo que voy a realizar.
- 23 Mis pertenencias son sólo mías.
- 40 Es necesario que el ser humano esté cambiando constantemente sus decisiones
- 41 La gente debe cambiar sus planes constantemente.

Carácter Productivo:

Esta dimensión cuenta con 6 reactivos, con un alpha de .6057:

No. en la escala:

- 10 Me agrada que las personas me platicuen sus problemas.
- 28 Me gusta enterarme de los problemas de la gente que me rodea.
- 30 Generalmente atiendo lo que sucede a mi alrededor.
- 32 Cuando una persona obtiene un logro se lo festejo.
- 34 Me intereso por el desarrollo y felicidad de otros.
- 8 Me gusta ser ordenado.

Carácter autoafirmativo:

Este tipo de carácter cuenta con 8 reactivos, con un alpha de .7302:

No. en la escala:

- 19 Me siento capaz de realizar cualquier trabajo.
- 20 Me siento capaz de dar solución a cualquier problema que se me presente.
- 24 Siempre re que inicio algo pienso que todo saldrá bien.
- 25 Me agrada cumplir con los compromisos sociales.
- 33 Generalmente concluyo los trabajos que inicio.
- 1 Siempre pienso que las cosas que inicio me van a salir bien.
- 7 Me resulta fácil hacer planes para dar solución a un problema.
- 16 Cuando una persona lleva a cabo una actividad la reviso varias veces hasta estar seguro de que está bien.

Carácter narcisista:

Este tipo de carácter cuenta con 18 reactivos, con alpha de .6529 :

No. en la escala

- 37 Es mejor recibir ayuda que brindarla.
- 38 Siempre se debe esperar ayuda de los demás.
- 31 Me es fácil compartir lo que tengo.
- 6 La mayoría de mis actividades las realizo con el fin de llamar la atención.
- 11 No me es difícil inventar historias.
- 13 Todas las personas merecen que les demuestre mi afecto.
- 18 Cuando doy una opinión siempre estoy seguro de ésta.
- 27 Me gustan las reuniones donde haya gente y ruido.
- 35 Me siento mal cuando alguien obtiene algo que yo no tengo.
- 29 Ofendo a las personas que trato con regularidad.
- 2 Me gusta intervenir en la toma de decisiones de mi grupo.
- 26 Muchas normas sociales van con mi manera de pensar.,

- 22 Me gustaría tener la oportunidad de crear una obra de arte.
- 13 Externo mi opinión aunque ésta sea opuesta a la de los demás.
- 4 Cuando estoy platicando con alguna persona, mi conversación la mantiene interesada.
- 3 Cuando estoy frente a un grupo de personas siempre voltean a verme.
- 9 Planeo diariamente mis actividades.
- 12 Establezco conversación con cualquier persona.

b) Inventario de Depresión de Beck.

Este inventario de depresión (BDI) es la medida basada en el autorreporte y uno de los más utilizados. El BDI, ha llegado a ser el estándar mediante el cual se evalúa la validez de otras escalas. Esta escala tiene una excelente validez de constructo. Contiene 21 ítems e incluye 4 componentes de la depresión: conductual, afectivo, cognoscitivo y fisiológico. La escala es breve y fácil de administrar y está disponible en varias formas para diferentes poblaciones, culturas y grupos de edad. El creador de la escala Aaron Beck ha hecho importantes contribuciones a la teoría de la depresión. Aunque los ítems fueron diseñados originalmente para medir la intensidad de los síntomas depresivos, la escala es usada principalmente como herramienta de tamizaje para determinar presencia o ausencia de depresión. En México, al igual que en otros países, el BDI ha sido traducido y ha ganado una gran popularidad tanto en la práctica clínica como en la investigación realizada por psicólogos y psiquiatras.}

Méndez (1995) menciona que este inventario está basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrastados con los que los pacientes psiquiátricos no deprimidos mencionaban ocasionalmente. Esto vino a consolidar los 21 síntomas y actitudes que comprende el inventario, mismos que son cuantificados con valores numéricos del 0 al 3, siendo lo máximo que se puede obtener: 63.

Las actitudes y síntomas valuados en la escala son: estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, auto-disgusto, auto-acusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de la libido. Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos.

Este instrumento está diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad mínimo. Su aplicación puede ser autoadministrada o en forma oral.

Méndez (1995) llevó a cabo una traducción y estandarización del Inventario de Depresión de Beck en el que establece las normas de calificación para la población mexicana y en dichas normas se apoyó el presente estudio tomando en cuenta los siguientes valores y niveles de depresión.:

NIVEL DE DEPRESIÓN	PUNTAJE
Mínima	0 a 9
Leve	10 a 16
Moderada	17 a 29
Grave o Severa	30 a 63

c) Evaluación Clínica.

Esta evaluación fue elaborada de acuerdo a la sintomatología incluida en la Guía para la Atención Médica para la atención de pacientes con VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales, elaborada por el Dr. Samuel Ponce de León representante del Comité de Aspectos Clínicos del Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA,

(CONASIDA) . Esta guía se basó en la primera guía presentada por los entonces miembros de este mismo comité, los doctores Guillermo Ruiz y Samuel Ponce de León entre otros.

En esta evaluación se pregunta al paciente sobre los últimos síntomas que ha presentado en general, en su Aparato Digestivo, en la Cavidad Bucal, en la Piel, en el Aparato Respiratorio, en su sistema Nervioso y en sus genitales externos. Las respuestas pueden ser “sí” o “no”.

5.7 PROCEDIMIENTO:

Los instrumentos fueron autoadministrados . En los casos en los que la persona se encontraba incapacitada para escribir (por encontrarse bajo la administración de suero, fallas en la visión o alguna otra causa de salud que no le permitiera escribir) se aplicaron en forma oral. Los instrumentos fueron aplicados en forma grupal e individual.

5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Por medio del presente análisis se obtuvieron los resultados de la investigación realizada con las personas que viven con VIH/SIDA que acuden a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que brindan servicios médicos y psicológicos a los usuarios.

Las pruebas estadísticas que se aplicaron en el presente estudio fueron las siguientes:

- 1) Se utilizó una distribución de Frecuencias, para las variables sociodemográficas y variables de clasificación, así como para la sintomatología por VIH/SIDA, pues estas escalas son de tipo nominal y ordinal y constituyen un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías.

- 2) Para las escalas: Inventario de Carácter (ICA) y el Inventario de Depresión de Beck se utilizaron medidas de tendencia central como la Media y Mediana. Las medidas de dispersión utilizadas fueron la varianza, desviación estándar, asimetría y curtosis. Ambos inventarios tienen un nivel de medición intervalar, son cuantitativas, por lo tanto se pueden medir. Las medidas de tendencia central y dispersión se utilizaron para describir los datos.
- 3) .Para medir la validez de constructo de ambos instrumentos se llevó a cabo el Análisis Factorial de Componentes principales. La validez de constructo se refiere al grado en el que una medición se relaciona
- 4) Se aplicó el Test de Kaiser Meyer Olkin, el cual forma parte del análisis factorial. Se utilizó para observar correlaciones y si éstas son significativas o no. Este test determina cual es la matriz de correlación.
- 5) Se aplicó el test de Esfericidad de Bartlet con el fin de comparar y correlacionar variables.
- 6) Con el fin de medir la confiabilidad de ambos inventarios se llevó a cabo un análisis de Consistencia Interna (Alpha de Cronbach).
- 7) Para la comprobación de hipótesis y relación entre variables se utilizaron pruebas de correlación de Pearson y prueba T de student.

CAPÍTULO VI.

RESULTADOS.

6.1 Descripción de las Variables Sociodemográficas.

Dentro de la muestra de personas que viven con VIH/SIDA predominan los hombres en comparación con las mujeres. Durante la investigación realizada, se observó que quienes acuden a las instituciones gubernamentales y no gubernamentales para su atención médica y/o psicológica son en su mayoría hombres, como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Sexo

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	83	83 %
Mujeres	17	17 %
Total	100	100 %

En general son personas jóvenes, con una edad promedio de 32.4 años, con un rango de edad que se encuentra entre los 26 y 33 años. Encontramos que también que en su mayoría son solteros. Se dividió esta variable en: soltero y casado, las cuales son las dos únicas condiciones civiles en la actualidad. (ver tabla 2 y 3).

Tabla 2. Edad

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
14 – 17 años	2	2 %
18 – 25 años	19	19 %
26 – 33 años	35	35 %
34 – 41 años	31	31 %
42 ó más	13	13 %
Total	100	100 %

Tabla 3. Estado Civil

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	77	77 %
Casado	23	23 %
Total	100	100 %

En cuanto a la escolaridad de estas personas, encontramos que tienen un alto nivel de escolaridad, siendo el nivel profesional y preparatoria los que predominaron. (tabla 4) Asimismo, la actividad que desempeñan se relaciona con su nivel profesional, es decir, encontramos ingenieros, abogados, contadores, entre otros. En menor porcentaje se observan técnicos, choferes, comerciantes, etc. Durante la investigación también se encontró, aunque en menor cantidad, a personas desempleadas y jubiladas a una edad temprana, es decir, algunas personas han tenido que jubilarse de sus trabajos a los 35 años aproximadamente por problemas de salud. Esta misma situación la encontramos en las personas que se encuentran desempleadas. (tabla 5).

Tabla 4. Escolaridad.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	5	5 %
Primaria completa	10	10 %
Secundaria incompleta	7	7 %
Secundaria completa	17	17 %
Preparatoria	24	24 %
Profesional	28	28 %
Técnico	8	8 %
Sin instrucción	1	1 %
Total	100	100 %

Tabla 5. Ocupación.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	16	16 %
Pensionado	5	5 %
Estudiante	7	7 %
Profesionista	20	20 %
Obrero	8	8 %
Desempleado	13	13 %
Hogar	6	6 %
Otros	25	25 %
Total	100	100 %

6.2 Descripción de las Variables de Clasificación

En relación a su orientación sexual, se encuentra que la mitad de la muestra se compone de personas homosexuales, sin embargo, existe un importante porcentaje de heterosexuales y bisexuales. Cabe aclarar que dentro del grupo heterosexual se encontró a las 17 mujeres que forman parte de la muestra y diez hombres de la misma.

Tabla 6 Orientación Sexual

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Heterosexual	27	27 %
Homosexual	53	53 %
Bisexual	20	20 %
Total	100	100 %

La mayor parte de los entrevistados tienen más de tres años viviendo con el virus, continuando con aquellos que padecen esta enfermedad en un rango de 1 a 3 años. (tabla 7).

Tabla 7. Tiempo de vivir con VIH/SIDA.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
1 mes a 3 meses	15	15 %
4 meses a 6 meses.	11	11 %
7 meses a 12 meses.	5	5 %
1 año a 3 años.	26	26 %
Más de 3 años.	43	43 %
Total	100	100 %

Se encontró que la mitad de tienen pareja (tabla 8), y es importante mencionar que de estas parejas, el 50% de éstas ha adquirido el virus. También se encontró que la existe una importante cantidad de parejas que no se han contagiado del virus. (tabla 9).

Tabla 8. Personas que viven con VIH/SIDA que tienen pareja.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	51	51 %
No	49	49 %
Total	100	100 %

Tabla 9. ¿Su pareja vive con VIH/SIDA?

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
No tiene pareja	49	49 %
Sí vive con VIH/SIDA	25	25%
No vive con VIH/SIDA	20	20 %
No sabe	6	6 %
Total	100	100 %

Cabe destacar que del total de la muestra, sólo 4 personas no se encuentran bajo algún tipo de tratamiento por el momento, encontrando que los demás han iniciado tratamiento médico y psicológico. (tabla 10).

Tabla 10. ¿Ha recibido tratamiento o se encuentra actualmente en tratamiento?

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	96	94 %
No	4	6 %
Total	100	100 %

La mayoría de las personas encuestadas se encuentran bajo tratamiento médico. En el rubro de 2 o más , se observó en las encuestas que el 31% ha recibido tratamiento psicológico complementando el tratamiento médico, como puede observarse en la tabla 11. En el rubro de “otros” se observa a una persona que acude con un sacerdote cuando se siente triste o deprimido.

Tabla 11. Tipo de Tratamiento recibido para VIH/SIDA.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	4	4 %
Médico	57	57 %
Psicológico	7	7 %
Otros	1	1 %
2 o más de los anteriores.	31	31 %
Total	100	100 %

Los pacientes que viven con VIH/SIDA, se encuentran ante la posibilidad de contraer alguna infección de transmisión sexual (ITS), por lo que fue importante preguntar sobre la presencia de alguna Infección de Transmisión Sexual a lo largo de la vida de estas personas, el 64% sí ha presentado alguna de éstas, predominando el Condiloma Acuminado, un menor porcentaje reporta dos o más ITS. Del total de la muestra, 36 personas no han presentado alguna infección de este tipo.(tabla 12).

Tabla 12. Diagnóstico de alguna Infección de Transmisión Sexual.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	36	36 %
Sífilis	8	8 %
Herpes Genital	8	8 %
Clamidia	1	1 %
Gonorrea	11	11 %
Hepatitis B	4	4 %
Condiloma Acuminado	18	18 %
2 o más de las anteriores	14	14 %
Total	100	100 %

Como se puede observar en la tabla 13, la totalidad de las personas que han padecido alguna ITS, han recibido algún tipo de tratamiento hasta la fecha, lo cual nos muestra el interés de las personas en tratar estas infecciones.

Tabla 13 ¿ Ha recibido tratamiento o se encuentra en tratamiento para ITS.?

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
No ha presentado ITS.	36	36 %
Sí	64	64 %
No	0	0 %
Total	100	100 %

Un alto porcentaje de personas que viven con VIH, y que han presentado alguna ITS, han recibido tratamiento médico. Al referirnos a 2 o más tipos de tratamiento, 17 personas mencionaron que además de recibir atención médica, acudieron a psicoterapia.(tabla 14).

Tabla 14. Tipo de tratamiento recibido para ITS.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
No ha presentado ITS.	36	36 %
Médico	45	45 %
Psicoterapia	2	2 %
2 o más.	17	17 %
Total	100	100 %

En relación a los servicios de salud con los que cuentan los entrevistados, se encontró que la mayoría acude al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Secretaría de Salud. En el rubro de otros, las personas contestaron que acuden a las organizaciones no gubernamentales que apoyaron en esta investigación. Se puede observar que 14 individuos no cuentan con algún tipo de servicio de salud. (tabla 15).

Tabla 15. Servicios de Salud con los que cuentan.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
I.M.S.S.	39	39 %
I.S.S.S.T.E.	6	6 %
Secretaría de Salud.	34	34 %
Otros (ONG's)	7	7 %
Ninguno	14	14 %
Total	100	100 %

Como puede observarse en la tabla 16 , en relación a la calidad de los servicios a los que acuden los usuarios, es considerada como muy adecuada, y en menor porcentaje como algo adecuada.

Tabla 16. Calidad de los Servicios de Salud.

Categorías	Frecuencias	Porcentaje
Muy adecuada	56	56 %
Algo adecuada	27	27 %
Ni adecuada ni inadecuada	5	5 %
Poco adecuada	8	8 %
Nada adecuada	4	4 %
Total	100	100 %

En cuanto a la sintomatología por VIH/SIDA, se clasificaron los 11 síntomas definitorios de la infección (fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, diarrea, candidiasis, lesiones violáceas o Sarcoma de Kaposi en la boca y en la piel , leucoplasia pilosa, tos , fallas en la memoria y falta de concentración) hallándose que sólo una persona presentó los 11 síntomas y el resto de la muestra presentó un promedio de 2.9 y un rango de 0 a 2 síntomas. Es decir, el grupo no presenta la totalidad de sintomatología por VIH/SIDA, como se puede ver en la tabla 17.

Tabla 17. Sintomatología por VIH/SIDA.

No. Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
0-2	47	47 %
3-5	42	42 %
6-8	10	10 %
9-11	1	1 %
TOTAL	100	100 %

6.3 Distribución de Frecuencias.

6.3.1. Inventario de Carácter (ICA).

De acuerdo a Moreno Camacho (1997) , a Pérez y Bautista (2002) se consideraron los 4 tipos de carácter con los que cuenta cada uno de ellos y se describen a continuación

Carácter Mercantilista:

Considerando los 4 reactivos que describen este tipo de carácter:

- 1.- Siempre trato de ver cual es la ganancia que voy a obtener en lo que voy a realizar.
- 2.- Mis pertenencias son sólo mías.
- 3.- Es necesario que el ser humano esté cambiando constantemente sus planes.
- 4.- La gente debe cambiar sus planes constantemente.

Se observan los siguientes porcentajes:

Tabla 18. Carácter mercantilista.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	24	24 %
Indeciso	32	32 %
En desacuerdo	44	44 %
Total	100	100 %

La mayor parte de las personas encuestadas (44 %) mostraron no estar de acuerdo con los ítems de este tipo de carácter y en un menor porcentaje a aquellos que sí están de acuerdo con el carácter mercantilista., 32 % mencionaron estar indecisos.

Carácter Productivo:

Se tomaron en cuenta los 6 reactivos que conforman este tipo de carácter:

- 1.- Me agrada que las personas me cuenten sus problemas.
- 2.- Me gusta enterarme de los problemas de la gente que me rodea.
- 3.- Generalmente atiendo lo que sucede a mi alrededor.
- 4.- Cuando una persona obtiene un logro se lo festejo.
- 5.- Me intereso por el desarrollo y felicidad de otros.
- 6.- Me gusta ser ordenado.

Se encontraron los siguientes valores:

Tabla 19. Carácter productivo.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	84	84 %
Indeciso	6	6 %
En desacuerdo	10	10 %
Total	100	100 %

En la investigación realizada se encontró que un alto índice de individuos se inclinan hacia este tipo de carácter, mientras que una minoría refieren estar en desacuerdo e indecisos con el carácter productivo.

Carácter Autoafirmativo:

Se tomaron en cuenta los 8 reactivos correspondientes a este tipo de carácter:

- 1.- Me siento capaz de realizar cualquier trabajo.
- 2.- Me siento capaz de dar solución a cualquier problema que se me presente.
- 3.- Siempre que inicio algo pienso que todo saldrá bien.
- 4.- Me agrada cumplir con los compromisos sociales.
- 5.- Generalmente concluyo los trabajos que inicio.
- 6.- Siempre pienso que las cosas que inicio me van a salir bien.
- 7.- Me resulta fácil hacer planes para dar solución a un problema.
- 8.- Cuando llevo a cabo una actividad la reviso varias veces hasta estar seguro de que está bien.

Los porcentajes de la muestra quedaron de la siguiente forma:

Tabla 20. Carácter autoafirmativo.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	77	77 %
Indeciso	6	6 %
En desacuerdo	17	17 %
Total	100	100 %

En el momento de la entrevista se observó que la mayor parte de las personas contestaron estar de acuerdo con los reactivos de este tipo de carácter. Un bajo porcentaje se perfiló en contra de este carácter y sólo 6 personas se encontraron indecisas.

Carácter Narcicista:

Para llevar a cabo la presente investigación se consideraron los 18 reactivos que pertenecen a este tipo de carácter:

- 1.- Es mejor recibir ayuda que brindarla.
- 2.- Siempre se debe esperar ayuda de los demás.
- 3.- Me es fácil compartir lo que tengo.
- 4.- La mayoría de mis actividades las realizo con el fin de llamar la atención.
- 5.- No me es difícil inventar historias.
- 6.- Todas las personas merecen que les demuestre mi afecto.
- 7.- Cuando doy una opinión siempre estoy seguro de ésta.
- 8.- Me gustan las reuniones donde haya gente y ruido.
- 9.- Me siento mal cuando alguien obtiene algo que yo no tengo.
- 10.- Ofendo a las personas que trato con regularidad.
- 11.- Me gusta intervenir en la toma de decisiones de mi grupo.
- 12.- Muchas normas sociales van con mi manera de pensar.
- 13.- Me gustaría tener la oportunidad de crear una obra de arte.
- 14.- Externo mi opinión aunque ésta sea opuesta a la de los demás.
- 15.- Cuando estoy platicando con alguna persona, mi conversación la mantiene interesada.
- 16.- Cuando estoy frente a un grupo de personas siempre voltean a verme.
- 17.- Planeo diariamente mis actividades.
- 18.- Establezco conversación con cualquier persona.

Se observaron los siguientes resultados:

Tabla 21. Carácter narcicista.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje.
De acuerdo	3	3 %
Indeciso	2	2 %
En desacuerdo	95	95 %
Total	100	100 %

En la tabla se observa que sólo dos individuos mostraron tendencia hacia el carácter narcicista, así como quienes se encontraban indecisos. Como se observa, un alto porcentaje de estas personas (95 %) estuvieron en desacuerdo con los ítems del tipo de carácter narcicista.

6.3.2 Inventario de Depresión de Beck.

De acuerdo a Méndez (1995) se obtuvieron los datos con base a las normas de calificación para la población mexicana en general contenidos en la misma obra, la cual especifica lo siguiente:

- Depresión Mínima:** de 0 a 9 puntos.
Depresión Leve: de 10 a 16 puntos.
Depresión Moderada: de 17 a 29 puntos.
Depresión Grave o Severa: de 30 a 63 puntos.

Los porcentajes obtenidos de las respuestas al Inventario son los siguientes:

Nivel de Depresión	Puntaje	Porcentaje
Depresión Mínima	34	34 %
Depresión Leve	26	26 %
Depresión Moderada	28	28 %
Depresión Grave	12	12 %
Total	100	100 %

Como se indica en la tabla, la mayor parte de las personas que conforman la muestra, presentan una depresión mínima. Posteriormente encontramos que la depresión leve y moderada tienen porcentajes similares (26% y 28% respectivamente) y un bajo porcentaje ha presentado depresión grave hasta el momento de la encuesta (12%).

6.4 Medidas de tendencia central y de dispersión.

6.4.1 Inventario de Carácter (ICA)

Se encontró que el puntaje del ICA fue:

Medidas	Valor
Media (\bar{x})	75.87
Desviación Estándar (s)	10.7
Varianza (s^2)	115.872
Asimetría	.296
Curtosis	.428

La tabla anterior muestra que los datos se distribuyeron por encima de la media y esto lo observamos con la desviación estándar obtenida, misma que es elevada. La varianza del inventario ICA es homogénea a la de Beck como se puede observar en el cuadro correspondiente y también es elevada. La distribución tiene una simetría positiva y una curtosis positiva.

6.4.2 Inventario de Depresión de Beck.

Al llevar a cabo las medidas de tendencia central y de Dispersión del Inventario de Depresión de Beck, se obtuvieron los siguientes valores:

Medida	Valor
Media (\bar{x})	15.39
Desviación Estándar (s)	10.8
Varianza (s^2)	118.766
Asimetría	.524
Curtosis	-.327

Los datos se distribuyeron de la siguiente forma: la distribución es normal, muestra una desviación estándar y varianza considerables. La varianza del inventario de Beck es similar a la del ICA. Presenta una asimetría positiva y una curtosis negativa.

6.5 Confiabilidad y Validez.

6.5.1 Inventario de Carácter (ICA).

- Para obtener la **Confiabilidad** de este instrumento , de acuerdo a los 41 reactivos de la prueba y la población encuestada (100 personas), se realizó un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach) con un nivel de confiabilidad de: .8013, lo cual nos indica que el instrumento **es confiable en la presente investigación.**
- Para medir **validez** en este inventario se llevó a cabo un Análisis Factorial de Componentes Principales con rotación Varimax .
- Se realizó una matriz de correlación con el fin de obtener el grado de relación entre los reactivos de la escala obteniendo como resultado que todos los reactivos se correlacionaron positivamente entre sí.
- Se aplicó el Test de Kaiser Meyer Olkin (KMO), obteniéndose un puntaje de .625
- Se realizó el test de esfericidad de Bartlett obteniéndose los siguientes datos:

Ji cuadrada (χ^2) 1641.789

Grados de libertad (gl): 820

- Se aplicó el método de rotación por Varimax encontrándose un valor Eigen de 7.3, que explica un 18 % de la varianza total.
- Los datos anteriores son estadísticamente significativos y nos indican que el instrumento en esta investigación tiene **Validez.**

6.5.2 Inventario de Depresión de Beck.

- Para obtener la **Confiabilidad** de este instrumento, de acuerdo a los 21 reactivos y a las 100 personas investigadas, se llevó a cabo el análisis de consistencia interna de Alpha de Cronbach, obteniéndose un índice de confiabilidad de .9182.
- Con el fin de medir la **Validez** de este inventario, se llevó a cabo un análisis factorial de Componentes Principales.
- Se obtuvo la matriz de correlación, en la cual se observó que se correlacionan positiva y significativamente todos los ítems de este instrumento.

- Se aplicó el test de Kaiser Meyer Olkin (KMO), obteniéndose un puntaje meritorio de .875.
- Se realizó el test de esfericidad de Bartlett obteniéndose los siguientes datos:

Ji cuadrada (χ^2) : 965.824
Grados de libertad (gl) : 210

- Se aplicó el método de rotación por Varimax , obteniéndose un valor eigen de 8.2 que explica el 39.3% de la varianza total.
- Se obtuvieron 5 factores que están contenidos en los 21 ítems, mediante el método de rotación Varimax a 11 iteraciones, se consideraron los factores cuyas cargas factoriales fueron más altas.
- El número de factores extraído depende de las características de las muestras clínicas y no clínicas estudiadas. (Méndez 1995).
- Para la clasificación de los factores se consideraron los criterios establecidos por Méndez, (1995) en relación a los niveles de depresión.
- De la Matriz de Componentes Rotados surgieron estos 5 factores. Los criterios que se incluyeron para clasificar estos factores se basaron en la investigación realizada por Beck en 1976 con 50 pacientes deprimidos y 30 no deprimidos que se encontraban en psicoterapia. Se trató de determinar los síntomas más frecuentes. Los resultados obtenidos de esta investigación los clasificó en: m anifestaciones emocionales, c ognoscitivas, m otivacionales y físicas.
- **Factor 1 (sin depresión) Manifestaciones emocionales y cognoscitivas.**
 En este factor no existe depresión en los individuos. Esto se observó en los inventarios cuyas respuestas fueron circuladas en ceros. Se encuentran reactivos que indican la ausencia de algún cambio en sus sentimientos, así como en relación a su autovaloración e imagen corporal.

Este factor cuenta con 5 ítems con un alpha de .8344

No. en la escala

- 2 No me encuentro desanimado con respecto a mi futuro.
- 3 No me siento como un fracasado
- 6 No siento que esté siendo castigado
- 7 Me siento igual que siempre acerca de mí mismo.
- 14 No me siento devaluado.

Factor 2 (Depresión Mínima) Manifestaciones emocionales y cognoscitivas.

Dentro de este factor encontramos una depresión mínima. Existen cambios mínimos en cuanto a sus sentimientos, así como en lo referente a su imagen personal y a su estado de ánimo. (Beck, 1976).

Este factor comprende 6 reactivos, con un alpha de .8343

No. en la escala

- 4 No disfruto tanto de las cosas como antes
- 8 Soy más crítico de mí mismo de lo que solía ser.
- 10 Ahora lloro más que antes
- 11 Me siento más inquieto o tenso de lo usual.
- 12 Ahora me encuentro menos interesado en otras actividades que antes
- 13 Me resulta difícil tomar decisiones ahora que antes.

Factor 3 (Depresión Leve) Manifestaciones emocionales, físicas y cognoscitivas.

Encontramos que las personas muestran cambios leves en las manifestaciones emocionales. Se observan modificaciones en las facultades físicas y en su imagen corporal, así como en su autovaloración.

(Beck, 1976).

Cuenta con 5 reactivos , con un alpha de .7782

No. en la escala

- 1 Me siento triste
- 15 Tengo menos energía de la que solía tener.

- 17 Estoy más irritable de lo usual.
- 19 No puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 20 Me canso más fácilmente que antes.

Factor 4 (Depresión Moderada) Manifestaciones Neurovegetativas y físicas.

En este nivel de depresión, se manifiestan cambios en relación a la disminución de las capacidades físicas del individuo.(Beck, 1976)

Cuenta con 3 ítems, con un alpha de .6770

No. en la escala

- 16 Duermo la mayor parte del día
- 18 Mi apetito es mucho menor que antes.
- 19 Me encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora.

Factor 5 (Depresión Severa) Manifestaciones emocionales y motivacionales.

Existe un nivel de depresión en el que la persona experimenta cambios drásticos en lo que se refiere a sus sentimientos, conducta externa, deseos e impulsos.(Beck, 1976)

Este factor cuenta con 2 reactivos, con un alpha de .6901

No. en la escala.

- 5 Me siento culpable todo el tiempo
- 9 Me mataría si tuviera oportunidad.

6.6. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

Hipótesis no. 1

HI Las personas que viven con VIH/SIDA sintomáticos reportan mayor sintomatología depresiva que los asintomáticos.

Se llevó a cabo la correlación de Pearson ($r = 0.20$), mediante la cual **se acepta la hipótesis de investigación** al .05. **La correlación entre los síntomas definitorios de infección por VIH y la sintomatología depresiva es débil.**

Hipótesis no. 2

Hi Las mujeres con VIH/SIDA, reportan mayores síntomas depresivos que los hombres.

Se aplicó la prueba T de student de muestras pareadas ($t = -2.19$, $df = 16$, $p = 0.5$), por lo que **se acepta la hipótesis alterna**: la diferencia no es estadísticamente significativa. **No existe diferencia significativa en cuanto a sintomatología depresiva entre hombres y mujeres.**

Hipótesis no. 3.

Hi. El carácter narcisista en una persona que vive con VIH tiene relación con la existencia de síntomas depresivos.

De acuerdo al método de correlación de Pearson ($r = 0.764$), **se acepta la hipótesis nula**. El coeficiente no es significativo: 0.764 es mayor que 0.05, cuyo nivel es el mínimo para aceptar la hipótesis de investigación. **El carácter narcisista en una persona que vive con VIH, no tiene relación con la existencia de síntomas depresivos.**

Hipótesis no. 4

Hi Las personas que viven con VIH/SIDA con carácter mercantilista tienen mayores síntomas de depresión.

Se aplicó el método de correlación de Pearson ($r = 0.40$), por el cual se acepta la hipótesis nula. El coeficiente no es significativo: 0.40, es mayor que 0.05 cuyo nivel es el mínimo para aceptar la hipótesis de investigación. Las personas que viven con VIH/SIDA, con carácter mercantilista no tienen mayores síntomas de depresión.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

7.1 Variables sociodemográficas.

Durante la investigación realizada se observó que quienes acuden a las instituciones gubernamentales y asociaciones civiles son en su mayoría hombres, lo cual concuerda con las estadísticas nacionales, en las que se menciona que esta enfermedad constituye la 4ª. causa de muerte entre hombres y la 7ª en mujeres (UNAIDS, 2004). Este mismo organismo menciona que la infección se presenta en personas jóvenes entre 25 y 34 años de edad. En la investigación realizada se encontró que el rango coincidió con estos datos, pues el porcentaje de personas que viven con el virus se ubican en una edad de 26 a 33 años, con una edad promedio de 32.4 años, es decir, el promedio de edad de los entrevistados se encuentra dentro de la media del grupo etáreo más afectado por la epidemia en México. Asimismo, se observa también que en su mayoría son solteros.

En cuanto a la escolaridad de estas personas, se observó que éstas tienen un alto nivel, siendo el profesional y preparatoria los que predominan. Asimismo, la actividad que desempeñan se relaciona con su nivel profesional, es decir, existen ingenieros, abogados, contadores, entre otros. Durante la investigación también se encontró, aunque en menor cantidad, a personas desempleadas y pensionadas a una edad temprana, es decir, algunas personas han tenido que ser pensionadas en su trabajo a los 35 años aproximadamente por problemas de salud. Esta misma situación se presenta en las personas que se actualmente están desempleadas.

7.2 Variables de Clasificación.

En relación a su orientación sexual, la mitad de la muestra se compone de personas homosexuales, sin embargo, en la otra parte está conformada por heterosexuales, lo cual confirma lo establecido por UNAIDS (2004), cuyos datos mencionan que esta infección se concentra en hombres que tienen sexo con otros hombres y heterosexuales. Sin embargo en la presente investigación se observa que también existe un importante porcentaje de personas bisexuales que han adquirido el virus, lo cual coincide con las cifras establecidas por CONASIDA (2004). Cabe destacar que dentro del grupo de heterosexuales (27 personas) se encontraron las 17 mujeres que componen parte de la muestra. Los diez sujetos restantes son hombres.

El tratamiento antirretroviral ofrece beneficios claros sobre la calidad y expectativas de vida en las personas con infección por VIH, pues se ha convertido en un padecimiento crónico y controlable. Cabe destacar que del total de la muestra, sólo 4 personas no están bajo algún tipo de tratamiento, encontrando que los demás han iniciado tratamiento médico y psicológico. Es importante mencionar que también existen personas que han complementado su tratamiento médico con la psicoterapia. Es importante agregar que se entrevistó a todas las personas cuando habían terminado su consulta con el médico o salían de una sesión individual o grupal con un psicoterapeuta en las instituciones públicas y asociaciones civiles.

En los pacientes que viven con VIH/SIDA, existe la posibilidad de contraer alguna Infección de transmisión sexual (ITS) a consecuencia del deterioro en su sistema inmunológico, falta de protección en las relaciones sexuales, etc., por lo cual fue necesario preguntar sobre la presencia de alguna de éstas durante el tiempo que han vivido con el virus. El 64% de los entrevistados han presentado alguna Infección de Transmisión sexual, encontrándose que el Condiloma Acuminado es la infección que predomina, siguiendo con aquellos que han adquirido dos o más de éstas. Es importante destacar que todas las personas que han presentado esta infección y otras, como gonorrea, herpes genital y hepatitis B, han acudido al servicio médico para su

tratamiento. Lo anterior muestra el interés de las personas en atender dichas infecciones. Asimismo, también han complementado su tratamiento médico con la psicoterapia.

En relación a los servicios de salud con los que cuentan los entrevistados, la mayoría acude al Instituto Mexicano del Seguro Social, en especial al Hospital General de Zona no. 24, y a los Servicios de Salud del Distrito Federal, específicamente a la Clínica especializada Condesa, al Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario Cuauhtémoc y al Hospital General de México. No obstante, aún contando con estos servicios, varias de estas personas y las que no cuentan con algún servicio médico, acuden a las asociaciones civiles como la Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida, Casa de la Sal, Ser Humano IAP. y Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA, en donde también se ofrecen servicios médicos, psicológicos, legales y albergue a aquellas personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana. En dichas organizaciones se cobran cuotas mínimas y se ofrecen medicamentos y tratamientos antirretrovirales. Lo anterior confirma lo señalado por la UNAIDS (2003), cuando menciona que las Organizaciones no gubernamentales han tenido un papel importante en la lucha contra esta enfermedad mediante la implementación de programas encaminados hacia la prevención de la epidemia y a las personas que viven con VIH/SIDA. Sin embargo, estas organizaciones se sostienen de donativos económicos y medicamentos que la sociedad civil aporta para apoyar su tarea.

7.3 Sintomatología por VIH/SIDA.

Con el fin de lograr una mayor precisión en cuanto a la sintomatología por VIH/SIDA, se consultó la Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y Hospitales (2000). De todos los síntomas sobre los que se cuestionó a los usuarios, se clasificaron 11, los cuales definen la infección por VIH: fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, diarrea, candidiasis, lesiones violáceas o Sarcoma de Kaposi en la boca y en la piel, leucoplasia pilosa, tos, fallas en la memoria y falta de concentración. Sólo una persona presentó los 11 síntomas y el resto

de la muestra se ubica en un promedio de 2.9, es decir, con un rango de 0 a 2 síntomas. Es decir, el grupo no presenta la totalidad de sintomatología por VIH/SIDA. Por lo tanto y con base en los datos obtenidos, se puede deducir que la muestra no ha tenido estos síntomas debido a que la mayoría de las personas se encuentran bajo tratamiento médico y psicológico.

Como se mencionó anteriormente, el hecho de que las personas que viven con el VIH, lleven a cabo tratamiento médico, ha incrementado la posibilidad de que esta enfermedad sea tratada como un padecimiento crónico como es el caso de la diabetes y la hipertensión entre otras, sin embargo, en la infección por VIH, el tratamiento inicial y su mantenimiento adecuado a lo largo del tiempo tienen una gran importancia en la evolución y respuesta del paciente a terapias futuras (CENSIDA, 2004).

7.4 Descripción de las Escalas.

En este apartado, se discuten los resultados obtenidos por la muestra total en cada una de las escalas utilizadas en la investigación.

7.4.1 Inventario de Carácter (ICA).

Uno de los principales aspectos en el presente estudio fue el conocer el tipo de carácter que define a las personas que viven con VIH/SIDA, ya que este grupo de personas tiende a ser vulnerable a lo que la sociedad opina de ellos. El carácter entonces, está determinado por esta sociedad, pues una persona debe comportarse de un modo aprobado por las normas que ha establecido. Pero sin en dicha conducta se observa algún acto que no tenga que ver con estas normas, se dice que el individuo está ejerciendo su voluntad y a éste se le considera como un fenómeno de la personalidad y no al carácter como algo independiente. (Allport, 1964). Asimismo, una persona que vive con VIH/SIDA, se encuentra sujeta a la estigmatización y marginación social y esto puede repercutir en su estado de ánimo y en la estructura de la personalidad.

Los resultados muestran que las personas involucradas en la investigación, presentan en el siguiente orden los diferentes tipos de carácter definidos por Fromm (1968).

Carácter Productivo (84 %):

Fromm (1974) consideró el tipo de carácter productivo, como aquel que define a un sujeto que posee y ejerce la capacidad de transformar y elaborar los datos de su experiencia, de tal forma que resulten valores nuevos para sí mismo y para su ambiente. El concepto de productividad se refiere a la inteligencia, la razón; la imaginación y el desarrollo de la esfera afectiva. Una persona productiva es aquella que ama, conservando la individualidad y las actitudes que implican el síndrome del amor: conocimiento, comprensión, la solicitud, el respeto y la aceptación de los demás. El sujeto también trabaja para satisfacer las necesidades de orden fundamental. Las personas que viven con VIH/SIDA que participaron en la investigación, se identifican con este tipo de carácter en especial porque cuentan con redes de apoyo que les han beneficiado en los aspectos médico y psicológico. En este aspecto, el papel del médico y del psicólogo es de importancia, ya que durante el proceso de la enfermedad se exhorta a los pacientes a considerar su padecimiento como una oportunidad para llevar una vida más sana y al propósito de nuevos proyectos. Por este motivo se observa en estas personas un cambio en la perspectiva de vida, adquieren más valor las personas y el medio que les rodea. Tienden a establecer lazos afectivos importantes con los demás.

Carácter Autoafirmativo (77 %):

Se trata de un sujeto que tiende a aprovecharse de su dotación natural y de su experiencia para resolver satisfactoriamente las situaciones difíciles. Cuando se encuentran en una situación problemática encuentran la respuesta más conveniente y la solución más adecuada a esta situación sin involucrar emociones e impulsos, así como también tratan de no inhibirse ante el temor que anula la eficacia a la acción. Todo esto les hace sentir seguridad en sí mismos. (Fromm, 1994).

En el momento de la entrevista, la mayor parte de la muestra contestó estar de acuerdo con los reactivos de este tipo de carácter. Los entrevistados se identificaron con el carácter autoafirmativo ya que estas personas cotidianamente se enfrentan a la problemática de vivir con esta enfermedad, lo cual implica llevar un largo tratamiento médico para contrarrestar los efectos de este padecimiento, además de la discriminación

social de la que son objeto. Por otro lado, la red de apoyo juega un papel muy importante, ya que entre más grande sea esta red, mayor seguridad en los pacientes para dar respuesta a las diferentes situaciones que se les presentan.

Carácter mercantilista (24 %):

Las personas que formaron parte de la presente investigación se experimentan a sí mismos más como personas que como una cosa. El término de mercantilismo fue tomado de la caracterología de Fromm (1994) y se considera como producto de la cultura industrial moderna en la que se pierde la individualidad y la calidad humana a través de la materialización del hombre. Tomando en cuenta que regularmente las personas que viven con VIH/SIDA, son discriminadas, existe la posibilidad de que como consecuencia de esto, consideren sus relaciones interpersonales como una situación de compra-venta, especialmente cuando se trata de la obtención de sus medicamentos, sin embargo, esta conducta no se observa en la mayor parte de los entrevistados. Una persona con carácter mercantilista siente vacío interior y angustia producida por la vanalidad de su vida además de que la soledad lo lleva a la necesidad de llenarse de sistemas de vida artificiales como por ejemplo, establecer relaciones superficiales con los demás, con el fin de obtener algo a cambio. Las personas que presentan este tipo de carácter experimentan por lo regular este tipo de emociones, además de que muchas veces se muestran dependientes de la aceptación del medio.

Carácter Narcisista (4 %)

Es importante observar el bajo porcentaje que se encontró dentro de la muestra en relación a quienes se identificaron con el tipo de carácter narcisista. Lo anterior lleva a la conclusión de que estas personas no cifran su orgullo y pertenencias en valores insignificantes, ya que como se mencionó anteriormente, adquieren una nueva perspectiva de su propia vida y tratan de retroalimentar sus vivencias con otras personas que también se encuentran enfermas.

Las personas que estuvieron de acuerdo con los reactivos del inventario, son aquellas que coinciden con la caracterología de Fromm (1994). Son quienes carecen de valores significativos. Son pretenciosas y cifran sus sueños y deseos en imágenes grandiosas que representan grandes valores aunque no les pertenezcan. El narcisista tiene su vida prendida de alfileres y a cada momento corre el riesgo de que se deshaga, de lo que deriva una ansiedad aún mayor que el orgullo. Lo anterior es peligroso en un paciente que vive con VIH/SIDA, ya que es posible que esta ansiedad se encuentre acompañada de un estado de ánimo depresivo (Flach, 1978).

7.4.2 Inventario de Depresión de Beck.

Se han llevado a cabo diferentes investigaciones en las cuales se ha encontrado que las personas que viven con VIH/SIDA son más vulnerables que otras, incluso con diagnósticos diferentes, como diabetes, cáncer, etc. a presentar algún tipo de depresión durante el proceso de la enfermedad. Como se sabe, el vivir con VIH/SIDA, ha sido estigmatizado por la sociedad debido a que su principal causa de transmisión es por medio de relaciones sexuales sin protección. (UNAIDS, 2004). Desde el momento que a una persona se le informa sobre un diagnóstico de seropositividad al VIH, su estado de ánimo se ve afectado ya que este diagnóstico implica la presencia de una enfermedad y que ésta es considerada como incurable.

En el presente estudio existió el interés de investigar si las personas que viven con VIH, especialmente quienes presentan síntomas se encuentran en posibilidades de padecer algún tipo de depresión en determinado momento de su vida. Tomando en consideración el Inventario de depresión elaborado por Beck y a los niveles de depresión en la población, mexicana establecidos por Méndez (1995) se encontró que la mayoría de los entrevistados se ubicaron dentro de una Depresión Mínima, siguiendo con una Depresión moderada y Leve, es decir, no existe sintomatología depresiva de gravedad en la muestra con excepción de 12 personas. Lo anterior confirma lo que ha referido CENSIDA (2004), en relación a que la participación del paciente en el manejo

de la infección es decisivo y tiene relación con el éxito de la terapia antiviral. Es importante que el paciente esté consciente de que debe asumir un compromiso ya que se trata de un tratamiento prolongado.

Como se mencionó con anterioridad, las personas entrevistadas, se encontraban esperando consulta médica o salían de ésta. También se entrevistó a quienes salían de una sesión psicoterapéutica (grupal o individual), la cual contribuye a la adaptación de su nueva situación. Es importante recordar que la mayoría de estas personas se encuentran asintomáticas al VIH, especialmente aquellas a quienes se considera como pacientes ambulatorios.

En relación al hecho de que la mayor parte de los entrevistados hayan obtenido una depresión leve o moderada, además de encontrarse a sintomáticos se debe a que los éstos se encuentran bajo tratamiento médico y/o psicológico, cuentan con redes de apoyo (institución, ONG's, pareja, amistades, etc), son personas productivas y que en su mayoría trabajan en su área profesional. Además existe la situación de que más de la mitad de la muestra tiene más de un año viviendo con el virus, lo cual ha permitido que exista mejor adaptación y ajuste ante este hecho.

Por otro lado, fue posible obtener la participación de algunas personas que estaban hospitalizadas o recibiendo la administración de suero y en quienes eran más evidentes los síntomas por VIH/SIDA. Al realizar la aplicación de los cuestionarios, se obtuvo el mayor índice de sintomatología depresiva entre estos pacientes. Para algunos de éstos no fue posible autoadministrar los cuestionarios, por lo que fue necesario realizar las preguntas verbalmente, sin embargo, había individuos quienes se encontraban demasiado enfermos y contestaron estos instrumentos en forma escrita. No obstante, también se observó depresión severa en algunos pacientes ambulatorios, quienes a pesar de encontrarse realizando su vida normal, refirieron estar deprimidos, sentirse culpables, etc. Sin embargo, sería importante considerar la historia personal y las circunstancias particulares en las que se encontraban en ese momento estas personas.

7. 5. Comprobación de Hipótesis.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la comprobación de las hipótesis se concluye lo siguiente:

Hipótesis 1:

Las personas que viven con VIH/SIDA sintomáticos reportan mayor sintomatología depresiva que los asintomáticos.

En la presente investigación existió una débil relación entre síntomas definitorios de VIH/SIDA con sintomatología depresiva. En la mayoría de las personas entrevistadas. No existe relación entre ambas variables. Es posible que la causa principal sea el hecho de que la mayoría de los entrevistados tienen más de tres años viviendo con el virus, y además se encuentran bajo tratamiento médico y han presentado poca o nula sintomatología por VIH hasta el momento, además de que muchos de éstos están en proceso de terapia psicológica complementando dicho tratamiento médico.

Las personas que mostraron mayor tendencia a un estado depresivo, fueron algunas que se encontraban hospitalizadas, tenían poco tiempo de haberseles diagnosticado la enfermedad (aproximadamente días o algunos meses), no se han sometido a algún tratamiento médico y quienes presentaban mayores síntomas por VIH/SIDA. Por lo que se confirman los estudios realizados por Keith y cols. (1995) quienes llevaron a cabo diversas investigaciones que demostraron que en el diagnóstico de la depresión entre personas que viven con VIH, puede complicarse con el aumento de síntomas de VIH. Asimismo, Kiborne A. (2002) encontró en sus estudios un aumento de síntomas de VIH, cuando se encuentra presente la depresión.

Hipótesis 2:

Las mujeres que viven con VIH/SIDA reportan mayores síntomas depresivos que los hombres.

Se llevaron a cabo dos estudios por Ivorics (2002) en los que se concluyó que las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva que los hombres, especialmente

cuando su conteo de CD 4 es bajo, por lo cual es importante un adecuado diagnóstico de la depresión, especialmente en el grupo de las mujeres. En el presente estudio, se observó que no existe diferencia significativa en cuanto a sintomatología depresiva entre hombres y mujeres. Es importante mencionar que en la presente investigación se dificultó la búsqueda de mujeres que viven con VIH/SIDA. Como se mencionó anteriormente en las diferentes instituciones y organizaciones acude un número mayor de hombres en relación al de las mujeres. Además se confirma el hecho de que esta infección se presenta en su mayoría en hombres (UNAIDS, 2004). Sin embargo, es necesario que se amplíen las investigaciones en mujeres en futuras investigaciones.

Hipótesis 3:

El carácter narcisista de una persona que vive con VIH/SIDA tiene relación con la existencia de síntomas depresivos.

Una persona narcisista cifra su orgullo y pertenencias en valores insignificantes. El concepto de vanidad deriva de la idea de vacío, es decir, la persona está carente de valores significativos (Fromm, 1974). Ninguno de sus valores tiene la suficiente importancia para fincar su autoestima. Cada momento corre el riesgo que su vida se deshaga, de lo que deriva una ansiedad y depresión aún mayor que el orgullo. Flach (1978) también menciona que una persona que no se encuentra en condiciones de enfrentar sus emociones y sentimientos, como es el caso de una persona narcisista. Este autor, refiere que se trata de un caso de depresión aguda.

Asimismo, Flach (1978) refiere que en muchas ocasiones la ansiedad se presenta acompañada de un estado de ánimo depresivo que se caracteriza por malestar mayor, deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica. Este tipo de depresión es difícil de identificar debido a que su duración es más larga y porque parece ser parte del temperamento y personalidad del individuo, más que un estado de ánimo.

En el presente estudio se propuso que una persona narcisista que vive con VIH/SIDA, se encuentra en la posibilidad de presentar síntomas depresivos. El resultado de dicha investigación nos indica que tal aseveración no es aceptada, ya que el porcentaje de personas que presentaron este tipo de carácter fue del 3% y éstos no presentaron algún

tipo de sintomatología depresiva. Lo anterior nos lleva a confirmar que quienes constituyeron la muestra no se identifican con este tipo de carácter, ya que se perfilan hacia las características de un sujeto productivo y autoafirmativo. Además no presentan síntomas depresivos de importancia debido a los tres factores que ya se han mencionado: fortalecimiento de las redes de apoyo, el apego a su tratamiento antirretroviral y el tiempo de vivir con el virus.

Hipótesis 4:

Las personas que viven con VIH/SIDA con carácter mercantilista tienen mayores síntomas de depresión.

Aquella persona con carácter mercantilista, es quien se concibe como un objeto, más que como una persona, según Fromm (1994). Trata a las otras personas como objetos, por lo que se transforma en un valor de cambio que no es estimado por sus valores intrínsecos, sino por su valor cotizable en el mercado de posibilidades. En este tipo de carácter la persona es insegura y dependiente de la aceptación de su medio. El vacío interior y la superficialidad, así como la angustia producida por la soledad y la necesidad de aturdirse constantemente de sistemas de vida artificiales, son el precio que se paga con este tipo de carácter. Al realizar una revisión del DSM IV (1977), se observa que los síntomas de la depresión son similares a las actitudes que presenta una persona con el tipo de carácter mercantilista, ya que presentan una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía, un concepto negativo de sí mismo.

Beck (1976), menciona este tipo de actitudes como indiferencia afectiva en la que la persona no siente el mismo afecto hacia sus seres queridos y sin embargo, se sienten más dependientes de ellos.

En la presente investigación se trató de comprobar si las personas que viven con VIH con el tipo de carácter mercantilista de alguna forma presentaban síntomas depresivos. Sin embargo, se encontró que no existe tal relación, ya que las personas que tienen este tipo de carácter (el 24%), no han sufrido algún tipo de depresión hasta el momento. Lo anterior confirma el hecho de que quienes se identifican con este tipo de carácter se

definen como aquellos en los que se confirman los tres factores importantes para no presentar depresión: fortalecimiento de las redes de apoyo, apego al tratamiento antirretroviral, así como el tiempo de vivir con VIH/SIDA

CONCLUSIONES

El VIH/SIDA se ha convertido en una pandemia en la que cada día se incrementan las cifras de personas afectadas. Los jóvenes ocupan un lugar importante en la adquisición de este virus, especialmente quienes se encuentran alrededor de los 32 años.

El grupo más afectado hasta la fecha es el de los homosexuales (hombres que tienen sexo con otros hombres: HSH), sin embargo, se ha incrementado el número de heterosexuales y bisexuales, como se mostró en el presente estudio.

Es importante enfatizar que la muestra estudiada recibe tratamiento médico, psicológico, antirretroviral, además de cuenta con apoyo social e institucional, lo cual reduce sus posibilidades de padecer depresión de importancia. Asimismo, el hecho de vivir con el VIH, durante más de tres años, ha contribuido a la adaptación a un modo de vida diferente. Lo anterior también se debe al apego que los pacientes han tenido al tratamiento médico y psicológico, lo cual reduce de manera importante los síntomas definitorios de la enfermedad, así como de algún grado de depresión.

Los participantes que presentan depresión mínima, leve y moderada son a sintomáticos por la presencia de los factores mencionados en el párrafo anterior. Los pacientes con depresión grave son sintomáticos al VIH/SIDA, debido a que se encuentran hospitalizados y posiblemente a condiciones de su historia personal y situaciones particulares de vida. Además de que aún no han asumido o aceptado el hecho de vivir con VIH/SIDA, . Lo anterior también pudo observarse en algunos pacientes considerados como ambulatorios.

Se proponen a continuación nuevas líneas de investigación:

a) Es conveniente analizar que se encontraron niveles bajos de depresión en el momento que se llevó a cabo la aplicación de los inventarios, así como la predominancia del

carácter autoafirmativo y productivo, sin embargo, esta situación pudiera cambiar. Se propone realizar un estudio longitudinal o prospectivo con el fin de hacer un seguimiento de los participantes.

- b) Ampliar la muestra en el grupo de mujeres.
- c) Investigar qué sucede en distintas fases del proceso psicosocial de infección por VIH/SIDA: detección, diagnóstico, fase asintomática, sintomática y situación terminal con la presencia de la depresión.
- d) Depresión relacionada con condiciones neuropsicológicas: tratamiento antirretroviral, síntomas físicos, enfermedades específicas.
- e) Realizar un estudio con personas con VIH sin tratamiento antirretroviral, médico y/o psicológico.
- f) Estudiar en este tipo de muestras los mecanismos de ajuste, estrategias de afrontamiento y la respuesta ante el VIH, lo cual puede ser útil para el trabajo futuro con personas con VIH/SIDA.
- g) Investigar el tipo de carácter que se presenta en las diferentes fases de la enfermedad, al inicio, en las etapas sintomáticas, asintomáticas, así como en la situación terminal.
- h) Es importante que se lleve a cabo un estudio comparativo con pacientes hospitalizados y ambulatorios con el fin de conocer el nivel de depresión y el carácter que existe en cada uno de los grupos.
- i) En la presente investigación se conservaron los tipos de carácter que basados en la teoría caracterológica de Fromm, obtuvieron el Mtro. Sotero Moreno (1997) y Pérez y

Bautista (2002), sin embargo, se requieren estudios posteriores para confirmar la existencia de dichas dimensiones.

- j) Es conveniente que las Universidades Públicas como la U.N.A.M. establezca coordinación con clínicas, hospitales e institutos del Sector Salud, con el fin de que éstas ofrezcan apoyo a la investigación de sus estudiantes. Lo anterior se propone debido a que para la aplicación de los instrumentos fue necesario llevar a cabo diferentes y tardados trámites administrativos y burocráticos obteniendo como resultado el difícil o imposible acceso al lugar donde se encontraban los pacientes. Esta situación se presentó específicamente en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud y en el Hospital Gabriel Mancera del IMSS.

En cambio, en las ONG's existe una mayor apertura hacia la investigación de los estudiantes de la U.N.A.M en este caso, con el único requisito de que se presenten los resultados obtenidos a las autoridades que permitieron el acceso a sus instalaciones para la aplicación de los instrumentos a los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Allport, G.W. y Fenichell, O. (1961). Psicología y Psicoanálisis de los rasgos de carácter.
Buenos Aires: Paidós.
- 2.- Beck A.(1976). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión. México: Merk Sharp & Dahme
International.
- 3.- Beck A., Rush, A. (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión. España: . Desclee
- 4.- Belda J., Martínez R. (2003). Factores psicosociales en el SIDA: apoyo social. SESIDA
4. 5-8.
- 5.- Bimbela, P. (1994). SIDA y comportamientos preventivos: el Modelo PRECEDE.
Revista de Psicología General y Aplicada. 47 (2), 151-157.
- 6- Bischof,, L.S. (1994). Interpretación de las Teorías de la personalidad. México: Trillas.
- 7.- Bower, B. (1992). Depresión, early death noted in VIH Cases. Science News. 142. p.
53.
- 8.-Caballero N. (1998). La infección por VIH/SIDA en el niño .UNAM: _Facultad de
Estudios Superiores Zaragoza .
- 9.-Centro Nacional para el Control y Prevención del SIDA. (2003). Sección de
Epidemiología. (En Red). Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/index.html>.
- 10.- Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. (1998). Guía para la Atención
Psicológica de Personas que viven con VIH/SIDA. (No. De publicación: ISBN 968-811-
744-7.) México, D.F. México: Secretaría de Salud.

- 11.- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.(2004). Guía de Manejo del Tratamiento antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA. (No. De publicación ISBN 970-721-012-5). México, D.F., México: Secretaría de Salud.
- 12.- CONASIDA, Estrada, A. (2000). SIDA.Bases sobre el conocimiento del VIH/SIDA. (No. De Publicación: ISBN 9688-753-8) México, Distrito Federal. México: Secretaría de Salud.
- 13.- CONASIDA, Uribe, Z. (2000). SIDA. Bases sobre el conocimiento del VIH/SIDA. No. De publicación: ISBN 9688 753-8) México, Distrito Federal. México: Secretaría de Salud
- 14.- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, (1998). Guía para la atención psicológica de personas que viven con VIH/SIDA. (No. De publicación ISBN 968811246-1). México: Secretaría de Salud.
- 15.- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (2000). Guía para la Atención Médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales.(no. de publicación ISBN 968-811-744-7). México: Secretaría de Salud.
- 16.- Cornelland. (2000). Depressed HIV patients Respond to Antidepressant Therapy. Outcomes and Accountability Alert. 5.
- 17.- Díaz. O. I. (2002). Transformación de una familia afectada por el VIH/SIDA desde la perspectiva de una de sus integrantes. Tesis de Maestría. Universidad de las Américas.A.C.
- 18.- Di Carpio N. S. (1989). Teorías de la Personalidad. México: Mc. Graw Hill.
- 19.- Elliot, A. (2003). Psychopharmacology in VIH positive patients: research perspective. Psychopharmacol. Buil 32. 404-408.
- 20.- Estrada A.J.(2000). SIDA. Bases sobre el conocimiento del VIH/ITS. Curso abierto y a distancia sobre SIDA e ITS. Capítulo V. No. de publicación ISBN 9688-753-8 México, D.F., Editado por Glaxo Wellcome.
- 21.- Fernández C. (2003). Sida, estrés y depresión. Tratamiento psicoanalítico. México: Grupo Cero.
- 22.- Flach F. (1978). La fuerza secreta de la Depresión. México: Lasser Press Mexicana S.A.
- 23.- Focault, M. (1988). Enfermedad Mental y Personalidad. México: Paidós.

- 24.- Fromm E. (1961) ¿Tener o ser?. México: Fondo de Cultura Económica.
- 25.- Fromm, E.(1994). Ética y Psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica.
- 26.- Garma, A. (1978). El Psicoanálisis: Teoría, Clínica y Técnica. Buenos Aires: Paidós.
- 27.- Hall C., y Lindey G. (1974). La teoría personológica. México: Buenos Aires.
- 28.- Harold, A. P. y Tomas W. (1977).DSM IV. Atención Primaria. Barcelona: Masson S.A.
- 29.- Henderson C.W. (2000). Olders persons with HIV/AIDS Face greater olds of Depression, Suicide. AIDS Weekly., (p. 8).
- 30.- Hernández, S. (2003). Metodología de la Investigación. México: Mc. Graw Hill.
- 31.-Icrovics. J. R. (2001). Depression can Hansten HIV progression in Women. Women's Healt Weekly. (p. 15).
- 32.- Izunza, A. (2004). Periódico Reforma, 25 de julio de 2004.
- 33.- Kilborne A. (2002). Aumento de los síntomas depresivos en pacientes deprimidos y no deprimidos. Journal of Generazl Medicine. (p.38).
- 34.- Klein, M. (1974): Psicoanálisis de las perturbaciones psicológicas. Buenos Aires: Horne
35. - Klein, M. (1994): Obras completas. Amor, culpa y reparación. Argentina: Paidós.
- 36 - _Laplanche, J. (1970). Vida y Muerte en Psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- 37.- Ledford S. B. (1994). Interpretación de las Teorías de Personalidad. México: Trillas.
- 38.- Lesserman, J. , Jackson, E.D. et. al . (2000). Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support. Advances in Mind, Body medicine. 16. (p. 263).
- 39.-Llordarchs, R. (2000). La historia del VIH/SIDA. Saludalia. Sección de Temas de Salud . (En Red). Disponible en: http://saludalia.com/web_saludalia/temas de safuld.
- 40.- Mayne, T. (1996). Depression linked to increased HIV mortality. Behavioral Healt Treatment. 2. (p.5)

- 41.- Méndez, R.I. (1993). El protocolo de Investigación. México: Trillas.
- 42.- Méndez, S. (1995). Traducción y Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para la población mexicana. Tesis de Licenciatura. UNAM: Facultad de Psicología.
- 43.- Mizuno, Y. (2003). Psychological and sociomedical aspects of AIDS/HIV. AIDS Care. 15 (5) 689-698.
- 44.- Moreno, C.S.(1997). Inventario de Carácter para Adolescentes (ICA). Una alternativa de medición. Tesis de Maestría. UNAM: Facultad de Psicología.
- 45.- Pérez, S.J. y Bautista G.M. (2002). Relaciones Padres e Hijos, Carácter y Conducta Adictiva. Tesis de Licenciatura. UNAM: Facultad de Psicología.
- 46.- Project Inform's Depression. (2003). La depresión y el VIH. (En Red.). Disponible en : <http://www.projetinform.org>.
- 47- Reich , W. (1972). Análisis del Carácter. Buenos Aires: Paidós.
- 48.- Ricoceur, P. (1970). Freud: una interpretación de la Cultura. México: Siglo XXI
- 49.- Uribe, Z. (2000). SIDA. Bases sobre el conocimiento de VIH/ITS. Curso abierto y a distancia sobre el SIDA e ITS. Capítulo I. No. de publicación ISBN 968811-753-8. México, D.F. Glaxo, Wellcome.
- 50- UNAIDS. (2004). Situación de la Epidemia de SIDA. En Red..Disponible en: http://www.unaids.org/wad2004/EPI_pdf.
- 51- Villagrán, G. (2001). El individuo y la familia frente al SIDA. Tesis de Doctorado. UNAM: Facultad de Psicología.
- 52- Worden, W. (1991). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. México: Paidós.

ANEXOS

EVALUACIÓN CLÍNICA

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de preguntas que debe contestar con sinceridad. No hay respuestas buenas ni malas. La información que nos proporcione es confidencial y los datos que se encuentren serán utilizados única y exclusivamente para fines estadísticos.

Muchas gracias por su colaboración

1.- Edad : _____

2.- Sexo :
 Masculino Femenino

3.- Edo. Civil:
 Soltero Casado

4.-. Escolaridad:
 Primaria incompleta
 Primaria completa
 Secundaria incompleta
 Secundaria completa
 Preparatoria o bachillerato
 Profesional
 Técnico
 Sin instrucción.

5- Ocupación _____

6.- Orientación sexual:
 Heterosexual
 Homosexual
 Bisexual

7. ¿ Tiene hijos ? _____ ¿ Cuántos ? _____

8. ¿ Actualmente tiene pareja ? Si () No ()

9. ¿ En caso afirmativo ¿ cuánto tiempo tiene con su pareja ? _____

10.- ¿Con qué servicios de salud cuenta ud.?

- IMSS
- ISSSTE
- SSA
- Otros.
- Ninguno

11.- ¿Le han diagnosticado alguna infección de trasmisión sexual alguna vez en su vida?

- sí
- no

12- En caso afirmativo ¿Qué tipo de infección le detectaron?

- Sífilis
- Herpes genital
- Chancroide
- Clamidiasis
- Gonorrea
- Hepatitis B.
- Condiloma Acuminado
- 2 o más de las anteriores.

13.- ¿Ha recibido tratamiento para esta (s) infección (es)?

- sí
- no

14-¿Qué tipo de tratamiento o ayuda ha recibido hasta la actualidad?:

- a) Médico
- b) Psicológico
- c) Psiquiátrico
- d) Otros
- e) Dos o más de los anteriores.

15.- ¿Cómo considera la calidad de los servicios de salud a los cuales acude?

- Muy adecuada
- Algo adecuada
- Ni adecuada ni inadecuada
- Poco adecuada
- Nada adecuada

16. ¿ Se ha realizado la prueba de VIH/SIDA?

- sí
- no

17. ¿Conoce cuáles fueron los resultados?

- sí
- no

18. Si tiene pareja, ¿ vive con VIH ?

Si () No () No sabe ()

19. ¿Aproximadamente hace cuanto tiempo le detectaron VIH? a ud.? _____

20. ¿Ha recibido tratamiento o se encuentra actualmente en tratamiento?

- sí
- no

21. ¿Qué tipo de tratamiento o ayuda ha recibido hasta la actualidad?

- Médico
- Psicológico
- Psiquiátrico
- Otros
- Dos o más de los anteriores

A continuación se presenta un listado de síntomas. Señale cual de estas ha presentado durante la última semana , incluyendo el día de hoy.

SINTOMA	SI	NO
<i>Síntomas Generales</i>		
22. Fiebre		
23. Sudoraciones nocturnas		
24. Pérdida de peso		
<i>Aparato digestivo</i>		
25. Disfagia (dificultad para tragar)		
26. Diarrea		
<i>Cavidad bucal</i>		
27. Candidiasis		
28. Gingivitis (inflamación de encías)		
29. Lesiones violáceas (Sarcoma de Kaposi)		
30. Leucoplasia pilosa (coloración blanquecina)		
<i>Piel</i>		
31. Herpes Zoster (varicela)		
32. Exantemas (sarampión, varicela acompañados con fiebre)		
33. Foliculitis(pequeños abscesos en el pelo)		
34. Dermatitis seborréica (comezón y caspa)		
35. Lesiones violáceas (Sarcoma de Kaposi)		
<i>Aparato Respiratorio</i>		
36. Tos		
37. Disnea (dificultad para respirar)		
<i>Sistema Nervioso</i>		
38. Fallas en la memoria		
39. Falta de concentración		
40. Dolor de cabeza		
41. Convulsiones		
<i>Organos sexuales externos</i>		
42. Ulceras crónicas o recurrentes		
43. Condilomas múltiples recurrentes		

INVENTARIO DE CARÁCTER (I.C.A.)

Escriba en el paréntesis el número que vaya mejor con su forma de ser, pensar y sentir. Las opciones de respuesta son:

- (1) De acuerdo
- (2) Indeciso
- (3) En desacuerdo

- 44. () Siempre pienso que las cosas que inicio me van a salir bien.
- 45. () Me gusta intervenir en la toma de decisiones de mi grupo.
- 46. () Cuando paso frente a un grupo de personas siempre voltean a verme.
- 47. () Cuando estoy platicando con una persona mi conversación la mantiene interesada.
- 48. () Me gusta ser siempre primero en todo.
- 49. () La mayoría de mis actividades las realizo con la intención de llamar la atención.
- 50. () Me resulta fácil hacer planes para dar solución a un problema.
- 51. () Me gusta ser ordenado.
- 52. () Planeo diariamente mis actividades.
- 53. () Me agrada que las personas me platiquen sus problemas.
- 54. () No me es difícil inventar historias.
- 55. () Establezco conversación con cualquier persona.
- 56. () Todas las personas merecen que les demuestre mi afecto.
- 57. () Externo mi opinión aunque ésta sea opuesta a las de los demás .
- 58. () Mis amigos consideran que yo soy siempre el primero en todas las actividades que realizamos.
- 59. () Cuando llevo a cabo una actividad la reviso varias veces hasta estar seguro de que esté bien.
- 60. () Siempre trato de ver cual es la ganancia que voy a obtener en lo que voy a realizar.
- 61. () Cuando doy una opinión siempre estoy seguro de ésta.
- 62. () Me siento capaz de realizar cualquier trabajo.
- 63. () Me siento capaz de dar solución a cualquier problema que se me presente.
- 64. () Tengo dificultades para integrarme a un grupo desconocido.
- 65. () Me gustaría tener la oportunidad de crear una obra de arte.
- 66. () Mis pertenencias son sólo mías.
- 67. () Siempre que inicio algo pienso que todo saldrá bien.
- 68. () Me agrada cumplir con los compromisos sociales.
- 69. () Muchas normas sociales van con mi manera de pensar.
- 70. () Me gustan las reuniones donde haya gente y ruido.
- 71. () Me gusta enterarme de los problemas de la gente que me rodea.
- 72. () Ofendo a las personas que trato con regularidad.
- 73. () Generalmente atiendo a la gente que trato con regularidad

- 74. () . Me es fácil compartir lo que tengo.
- 75. () . Cuando una persona obtiene un logro se lo festejo.
- 76. () . Generalmente concluyo los trabajos que inicio.
- 77. () . Me intereso por el desarrollo y felicidad de otros
- 78. () . Me siento mal cuando alguien obtiene algo que yo no tengo.
- 79. () . Trabajar es reconfortante.
- 80. () . Es mejor recibir ayuda que brindarla.
- 81. () . Siempre se debe esperar ayuda de los demás.
- 82. () . Es mejor que el alumno pierda a que pierda el profesor.
- 83. () . Es necesario que el ser humano esté cambiando constantemente sus decisiones.
- 84. () . La gente debe cambiar sus planes constantemente.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, circule el número que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante la última semana, **incluyendo el día de hoy**.

85. 0. No me siento triste
 1. Me siento triste.
 2. Me siento triste todo el tiempo.
 3. Me siento tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo.
86. 0. No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro.
 1. Me siento más desanimado con respecto a mi futuro que antes.
 2. No espero que las cosas me resulten bien.
 3. Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando.
87. 0. No me siento como un fracasado.
 1. Siento que he fracasado más de lo que debería.
 2. Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso total.
88. 0. Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan.
 1. No disfruto tanto de las cosas como antes.
 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.
89. 0. No me siento particularmente culpable.
 1. Me siento culpable con respecto a muchas de las cosas que he hecho o debí hacer.
 2. Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.
90. 0. No siento que esté siendo castigado.
 1. Siento que tal vez seré castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.
91. 0. Me siento igual que siempre acerca de mí mismo.

1. He perdido la confianza en mí mismo.
 2. Estoy desilusionado de mí.
 3. No me agrado.
92. 0. No me critico ni me culpo más de lo usual.
 1. Soy más crítico de mí mismo de lo que solía ser.
 2. Me critico por todas las fallas y errores.
 3. Me critico por todo lo malo que sucede.
93. 0. No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
 1. Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no los llevo a cabo.
 2. Me gustaría matarme.
 3. Me mataría si tuviera oportunidad.
94. 0. No lloro más de lo usual.
 1. Ahora lloro más que antes.
 2. Ahora lloro por cualquier cosa.
 3. Siento ganas de llorar pero no puedo.
95. 0. No me siento más inquieto o tenso de lo usual.
 1. Me siento más inquieto o tenso de lo usual.
 2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto.
 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente
96. 0. No he perdido interés en otras personas o actividades.
 1. Ahora me encuentro menos interesado en otras personas o actividades que antes.
 2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades.
 3. Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.
97. 0. Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre.
 1. Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.
 2. Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes.
 3. Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión
98. 0. Me siento devaluado.
 1. No me siento tan valioso o útil como antes.

2. Me siento menos valioso comparado con otros.
3. Me siento francamente devaluado
99. 0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía de la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.
3. No tengo suficiente energía para hacer nada.
100. 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño
- 1ª Duermo más de lo usual
1b Duermo menos de lo usual.
2ª. Duermo mucho más de lo usual.
2b Duermo mucho menos de lo usual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día.
3b Me despierto 1 o 2 horas mas temprano y no me puedo volver a dormir.
101. 0. No estoy más irritable de lo usual.
1. Estoy más irritable de lo usual.
2. Estoy mucho más irritable de lo usual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.
102. 0 No he sentido ningún cambio en mi apetito.
1 Mi apetito es menor que lo usual
2. Mi apetito es mayor que lo usual
3. Tengo ganas de comer todo el tiempo.
103. 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre
1. No puedo concentrarme tan bien como siempre.
2. Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo.
3. No puedo concentrarme en nada.
104. 0. No estoy más cansado o fatigado de lo usual.
1. Me canso o fatigo más fácilmente que antes.
2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer.

3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer.

- 105.
- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo.
 - 1. Me encuentro menos interesado en el sexo que antes.
 - 2. Me encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora.
 - 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

