INTRODUCCIÓN

Como ocurre con otras enfermedades crónicas y/o mortales, en las personas afectadas por el virus del VIH se da una serie de factores de diversa índole que toda intervención psicológica debe atender de manera inexcusable. Pero, además de los efectos psicológicos inherentes a una enfermedad caracterizada por su fuerte componente amenazante para la vida del individuo, nos encontramos también con los efectos negativos propios del estigma social y del rechazo que, lamentablemente, aún siguen persistiendo en nuestra sociedad frente a esta dolencia.

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los cuidadores profesionales establezcan objetivos en la atención de los pacientes que comprenden no solo el control de la enfermedad sino también la respuesta psicológica frente a ella.

El interés en este último aspecto ha evolucionado a la par que el tratamiento médico de las enfermedades crónicas. La gran cantidad de aspectos psicológicos que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida. El cuidado, apoyo y la supervivencia incluyen temas específicos que deben tratarse con éxito para lograr este objetivo.

En este sentido, las implicaciones psicológicas que conlleva la enfermedad del VIH en los pacientes que la portan, es analizada a través del presente estudio, que pretende realizar un perfil psicológico de los pacientes, tomando en cuenta sus rasgos de personalidad, rasgos afectivos, ansiedad y depresión.

A continuación, se presenta la estructura del trabajo realizado:

En el ***Primer Capítulo*** se presenta el planteamiento del problema y la justificación de la investigación.

El ***Segundo Capítulo*** corresponde al diseño teórico de la investigación, donde se expone la pregunta científica, los objetivos, hipótesis y la operacionalización de las variables.

En el ***Tercer Capítulo*** se hace referencia al marco teórico con el cual se sustenta la investigación, tomando en cuenta los aspectos más importantes, los cuales profundizan cada una de las variables abordadas e investigadas.

En el ***Cuarto Capítulo*** se presenta la parte operativa de la investigación, la metodología, que consiste en brindar una explicación y descripción de cómo se realizó el estudio, así se describe el área y tipo de investigación, población, muestra, métodos, técnicas e instrumentos, finalmente el procedimiento que se siguió en el estudio.

Posteriormente se presenta la ***Bibliografía*** que incluye el detalle de todos los libros, revistas, periódicos, direcciones electrónicas visitadas, que permitieron profundizar el estudio de la problemática planteada.

Finalmente se detallan los ***Anexos,*** los cuales plasman los instrumentos aplicados en la recolección de datos, los cuales se encuentran organizados en función al orden en el que fueron aplicados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente uno de los mayores problemas de salud en el mundo es la enfermedad del VIH, la cual causa estragos terribles y consecuencias funestas en la salud y bienestar de todas las sociedades, especialmente cuando las tendencias muestran un incremento en los sectores más jóvenes de la población.

En estos últimos tiempos se ha agravado la situación convirtiéndose en una situación de emergencia, pues la complejidad de la civilización que ofrece múltiples amenazas, facilita la soledad de los jóvenes, el abandono de los valores protectores, las dificultades en el plano económico para los logros personales o meramente la subsistencia, el asecho constante de la delincuencia, la violencia y la aculturación, son causantes y generan una serie de problemas en la salud mental de las personas.

Así, el VIH tiene consecuencias directas en el plano psicológico, que en muchos momentos pueden ser tan graves o más que la propia enfermedad: estados depresivos con ideas de suicidio, aumento del nivel de ansiedad acumulado, aislamiento, ruptura de relaciones socio laborales y familiares, trastornos del estado de ánimo, etc. (Infocop, 2007)

Otra investigación en Angola, determinó que los pacientes con VIH presentaban ansiedad, en una categoría alta, con una depresión grave, una autovaloración inadecuada, con actitudes negativas e insatisfacción por la atención recibida (Gamba, Hernández y Bayarre, 2010)

Por otra parte, según los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud (2017) refieren lo siguiente:

> *"Se estima que en todo el mundo viven cerca de 37 millones de personas con el VIH y en 2010 aproximadamente fueron diagnosticadas 2.6 millones como nuevas infecciones. A mediados de 2017, 20,9 millones de personas estaban*

> *recibiendo terapia antirretrovírica en todo el mundo. Sin embargo, solo el 53% de los 36,7 millones de personas que vivían con el VIH estaba recibiendo el tratamiento en 2016 a nivel mundial"* (p.5).

Tomando en cuenta que la presente investigación aborda el perfil psicológico de los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija, se debe entender a los rasgos de personalidad, rasgos afectivos, nivel de ansiedad y nivel de depresión como dimensiones de esta variable.

Entendiéndose como perfil psicológico la valoración psicológica que permite conocer o determinar las características de personalidad de los sujetos y de su problemática. Evaluaciones del estado mental y de la personalidad, sobre todo para conocer mejor o cuando la persona desea conocerse mejor a sí misma a través de instrumentos psicológicos que permiten dar respuesta a inquietudes acerca de su manera de ser, reaccionar o actuar.

En este sentido los rasgos de personalidad son bastante complejos, porque abarcan una gran variedad de comportamientos distintos, así también cada rasgo interactúa con todos los demás rasgos del mismo individuo y son alterados en cierto punto.

Los rasgos afectivos, se constituyen en una dimensión del individuo que designa un conjunto de fenómenos psíquicos, sentimientos, emociones, deseos, pasiones, aspiraciones y creencias, los mismos que ocurren en la mente del hombre y se expresan a través del comportamiento emocional.

Por otra parte, la ansiedad es un estado subjetivo de temor que se caracteriza por un sentimiento de alerta, de estar en guardia y que se vive como anticipación de lo peor.

Así también la depresión es un estado que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar, afecta la forma de cómo una persona se valora a sí misma y la forma en que piensa.

En este marco, el impacto del diagnóstico de VIH es diferente para cada persona. Las

variables de personalidad, red social y su estilo de afrontamiento son claves para analizar el impacto psicológico de vivir con VIH. Sus experiencias de vida, la clase social, el grupo de pertenencia, el nivel de formación/educación, el género, el acceso a la información y al tratamiento médico generan saberes específicos para enfrentar su vivencia del diagnóstico.

Los sucesos vitales – como el diagnóstico de VIH - son hechos relevantes y decisivos en la constitución de la vida de la persona, afectando el proceso evolutivo. Por ello, es necesario analizar la valoración que la persona realiza del suceso en relación con su capacidad para afrontarlo, en función de su personalidad, nivel de autoestima y de apoyo social.

Relacionado con el problema de la infección por VIH, es necesario pensar al individuo en relación a su contexto, la etapa del ciclo vital que está viviendo y las circunstancias en que contrajo el virus. Si bien cada caso es particular, existen una serie de preocupaciones comunes en relación a tener el virus que acompañará a la persona a lo largo de su vida, como el estigma y la discriminación y la adherencia al tratamiento, pero hay otros miedos y preocupaciones que varían según la edad.

Las consecuencias directas que tiene la enfermedad en el plano psicológico y social de los pacientes con VIH, en muchos momentos pueden ser tan graves o más que la propia enfermedad, así se manifiestan: estados depresivos con ideas de suicidio, aumento de la violencia familiar por el nivel de estrés y ansiedad acumulados, ruptura de relaciones socio-laborales y familiares, aislamiento, falta de recursos sociales (alternativas laborales adaptadas, prestaciones económicas en situación de crisis), incumplimiento de la adherencia al tratamiento por falta de información o trastornos del estado de ánimo, etc. (Infocop, 2007).

En España, un estudio realizado con pacientes con VIH/SIDA reveló que los pacientes cero positivos muestran un perfil psicológico con mayor grado de ansiedad estado y rasgo y niveles de depresión significativamente más altos que los otros grupos, así como una autoestima significativamente menor. Asimismo, los pacientes con infección

por VIH manifiestan mayor preocupación por su salud, percepción de apoyo social significativamente menor que la de los pacientes oncológicos y también mayor grado de interferencia de la enfermedad en sus vidas. Por lo que también se llega a concluir la necesidad de un abordaje terapéutico específico para los pacientes con VIH que tenga en consideración su perfil diferencial respecto a otras enfermedades consideradas como graves (Edo y Ballester, 2016).

Otro estudio realizado en Perú, da cuenta que las vivencias del impacto psicológico que sufren las personas VIH positivo, el estudio de caso concluyó que la mayoría de los participantes coincidió en que no es fácil aceptar su situación, la noticia de que son VIH POSITIVO, conlleva a un desorden psicológico, sus estados de ánimo frecuentemente recaen en la desesperación y depresión; sus relaciones de pareja no son las mismas, pensar en su futuro no es agradable debido a las dificultades en la búsqueda de trabajo, miedo a morir en cualquier momento, aislamiento de la familia. De igual forma su vida se intimida en un giro radical, porque la discriminación se hace presente en su diario vivir (Suazo, 2019).

Actualmente a nivel nacional, se tienen los siguientes datos:

> *"Unas 22.000 personas viven con el HIV y menos de 1.000 personas han muerto por el SIDA. Sin embargo, los nuevos infectados al año pasaron de 1000 en 2010 a 1.4000 en 2018, es decir que el número de nuevos infectados con este flagelo en el país se incrementó un 22% entre 2010 y 2018, según el último informe anual global del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSida), presentado ayer en Sudáfrica con datos actualizados hasta 2018"* (ElDeber, 2019, pp.2-3).

De esta forma, Bolivia se transformó en el segundo país con mayor aumento de nuevos infectados detrás de Chile. Hay más de 10.000 infectados solo en el departamento de Santa Cruz, ya que el número de personas infectadas en el departamento pasó de 969 pacientes en 2006 a más de 10.000 casos en 2019. Donde el 99% de las infecciones se producen por transmisión sexual por personas que no

tienen conciencia de los peligros de tener relaciones sexuales con personas desconocidas y sin la protección correspondiente. Los jóvenes y adolescentes son los sectores más vulnerables (ElDeber, 2019).

Hemos observado a lo largo de los años, que el diagnóstico de VIH puede generar sentimientos de temor a ser discriminado y/o rechazado, tristeza, ira, sentimientos de culpa (por la conducta que llevó a la infección), vergüenza, sensación de fracaso, sensación de vulnerabilidad frente al entorno, devaluación, y/o victimización, sentimientos de pérdida de la salud física, de despersonalización, de llevar algo extraño dentro del organismo, etc.

Asimismo, debido a la auto-discriminación, se pueden observar conductas como alejarse, retraerse o aislarse de personas y contextos, exagerar cuidados, y parálisis frente al desarrollo personal, entre otras.

En cuanto a los pensamientos, se incurre en ideas de negación del tipo "esto no puede estar pasándome a mí", de injusticia "por qué a mí", o la sobrevaloración del pasado frente al futuro con frases como "yo antes podía elegir, ahora debo conformarme con lo que hay"; "mi vida cambio desde que recibí el diagnóstico, antes podía hacer cosas, ahora estoy limitado"

A nivel regional, se tiene que al mes se reportan siete casos de VIH, en promedio, en Tarija. Las acciones de prevención no son suficientes para evitar que esta enfermedad cada vez gane más víctimas. Pues, *"desde el 2010 que cada año se cierra con un incremento de portadores nuevos respecto al anterior, incluso con pacientes de edad escolar. El acumulado de número de personas con este mal supera las 500"* (ElDeber, 2019, p.8).

En base a todo lo expuesto, es necesario precisar que en Tarija hasta el momento no se han profundizado los estudios de perfil psicológico de pacientes con VIH, razón por la cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el perfil psicológico que presentan los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación se origina con la intencionalidad de analizar una realidad que ayude a comprender mejor el perfil psicológico que presenta cierto grupo de personas, como es el caso de los pacientes con VIH, de la ciudad de Tarija y el dar a conocer sus características de personalidad al enfrentar la noticia de la enfermedad y cuáles fueron sus cambios psicológicos antes y después.

De esta manera el presente estudio sobre el perfil psicológico de los pacientes con VIH presenta una **relevancia teórica**, pues ha contribuido a profundizar un diagnóstico sobre los rasgos de personalidad, rasgos afectivos, ansiedad y depresión de cada uno de los casos que hacen a la presente investigación.

Así también, el presente estudio aportara con conocimiento científico a la psicología general, pues se abordó el perfil psicológico a partir de las características psicológicas de los pacientes con VIH en nuestro medio, lo cual ha permitido analizar la estructura psicológica de estos pacientes y sus posibles diferencias con el resto de la población.

La presente investigación también constituye en presentar un **aporte práctico**, pues contribuye con datos científicos de una realidad que se vive en la sociedad del momento en nuestro medio, datos que pueden ser usados por instituciones de salud, por el Estado para generar políticas de sanación y tratamiento, para las familias, sociedad en general, sistema educativo, de prevención y sobre todo para los mismos pacientes con VIH, que en su búsqueda de soluciones les permitan explicar el manejo de sus propias emociones ante la enfermedad y el saber cómo lo maneja cada paciente la noticia de tener la enfermedad.

Así también, este conocimiento será útil para todos aquellos investigadores que pretendan profundizar esta realidad, y que a través de otros estudios ayuden a

profundizar y reflexionar sobre elementos que pueden ser modificables y que aseguren un bienestar psicológico al paciente y a la familia, como por ejemplo, se puede comparar el perfil psicológico de pacientes con la enfermedad de VIH con aquellos pacientes que portan el SIDA.

En el ámbito de la psicología, el presente estudio sobre el perfil psicológico pretende lograr un tipo de información válida en el caso de los pacientes con VIH, con el fin de que los resultados puedan ser usados para sus tratamientos psicológicos, lograr una intervención adecuada y llevar a cabo programas preventivos dirigidos a la población en general.

Finalmente, el presente estudio tiene un **aporte metodológico**, pues generó un instrumento de investigación para lograr un conocimiento a más profundidad, como lo es la entrevista dirigida a los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija, en la que se indagó sobre sus características sociales, familiares, afectivas y de relacionamiento, realizándose un contraste con su realidad anterior y posterior al conocimiento de la enfermedad, lo cual ha dado cuenta de los conflictos en el orden personal, afectivo, ansiedad, depresión, determinado en las vivencias, relaciones, experiencias en las que se ha ido desenvolviendo cada uno de los casos.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

II. DISEÑO TEÓRICO

2.1. PREGUNTA CIENTÍFICA.

¿Cuál es el perfil psicológico que presentan los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo General

Determinar el perfil psicológico que presentan los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar los rasgos de personalidad predominantes de los pacientes con VIH.
2. Describir los rasgos afectivos predominantes de los pacientes con VIH.
3. Establecer el nivel de ansiedad de los pacientes con VIH.
4. Identificar el nivel de depresión de los pacientes con VIH.

2.3. HIPÓTESIS.

El perfil psicológico de los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija, presenta las siguientes características:

1. Presencia de rasgos de personalidad de introversión, desarraigo, inseguridad interior y menor vivacidad.

2. Presencia de rasgos afectivos de evasión social, sentimiento de culpa, introversión, inseguridad y depresión.

3. Presencia de un nivel de ansiedad grave.

4. Presencia de un nivel de depresión grave.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Rasgos de Personalidad	Todo acto que haga el sujeto sería una manifestación inconsciente de su personalidad y de su carácter. Todos nuestros grafismos (escritura, dibujos y sus variantes), llevan en sí mismos una gama de información personal del sujeto que realiza, ya que sus diseños proyectan el interior del individuo, cargado de toda la información inconsciente (a veces semiconsciente) que surge del mismo sujeto. (Koch, 1957, p.23)	Violencia / Agresividad	Tronco grueso. Trazo fuerte Copa en ramas en punta Copa en forma de rayas o varas	**Test del Árbol - Karl Koch** — Presente — Ausente
		Introversión	Inclinación a la izquierda. Posición centro izquierdo	
		Impaciencia (falta perseverancia)	Copa en espiral Trazo rápido	
		Desarraigo / Inestabilidad	Sin suelo	
		Egoísmo	Posición izquierda, centro derecho	
		Inseguridad interior	Dibujo pequeño Tronco en una sola pieza Tronco formado por líneas rectas Trazo lento	
		Orgullo / Vanidad	Dibujo grande	
		Menor vivacidad	Base ancha	

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Rasgos Afectivos	La esfera afectiva se manifiesta a través de los rasgos afectivos que expresan cómo los objetos y fenómenos de la realidad que el hombre conoce, satisface o no sus necesidades, si le son agradables o no. La relación global del organismo ante un suceso que provoca un estado de sentimiento duradero o un estado afectivo pasivo que trasciende uniformemente la vida psíquica. (Beláustegui, 2007, p.32)	Deprimido. Inadaptado	Cabeza pequeña	**Test de la Figura Humana – Karen Machover** — Presente — Ausente
		Evasión social. Superficialidad. Cautela. Hostilidad.	Cara o rostro: Omite rasgos faciales	
		Retraimiento en sí mismo	Ojos pequeños	
		Rechazo o depresión	Nariz en forma de gancho o ancla	
		Terquedad y mal humor	Cuello ancho y corto	
		Imposibilidad de contacto	Brazos cortos (no pasada de la cintura)	
		Inmadurez. Dependientes. Inseguros. Preocupación por su propia salud.	Botones (basta uno)	
		Sentimiento de culpa. Tendencia a esconder los sentimientos. Índice de conflicto interior.	Bolsillos	
		Introvertido	Posición izquierdo	
		Inseguridad o dependencia	Cinturón	

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Ansiedad	Es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, incorrecto, indefinido, que a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que podamos decir, que el miedo es un estado de temor con objeto, mientras que la ansiedad es un estado impreciso carente de objeto exterior. (Rojas, 1999, p.70)	Síntomas Físicos	Sequedad de la boca, menor interés por la sexualidad, palpitaciones, sensación de falta de aire, dificultad para respirar, gases en el estómago, falta de apetito.	Cuestionario de Ansiedad de Enrrique Rojas Ansiedad Normal (0 – 20) Ansiedad Ligera (21 – 30) Ansiedad Moderada (31 – 40) Ansiedad Grave (41 – 50) Ansiedad Muy Grave (+50)
		Síntomas Psíquicos	Inquietud, desasosiego, angustia, vivencia de amenaza, lucha, temor a perder el control, temor a la muerte, temor a suicidarse, temor a la locura.	
		Síntomas de Conducta	Comportamiento de alerta, estar en guardia, estado de atención expectante, dificultad para la atención**,** dificultad para llevar a cabo tareas simples, inquietud motora.	
		Síntomas Intelectuales	Errores en el procesamiento de la información, expectativas negativas generalizadas, pensamiento preocupantes, falsos esquemas en la fabricación de las ideas, juicios y razonamientos	
		Síntomas Asertivos	Tendencia a sentirse afectado negativamente, dificultad para concentrarse.	

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Depresión	Síndrome en el que interactúan diversas modalidades somáticas, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información con la causa principal del desorden a partir del cual se destacan los componentes restantes (Beck, 1979).	Visión negativa de sí mismo	— Deficiente. — Inadecuado o inútil. — Rechazo a sí mismo. — Supone que los demás lo rechazan.	Inventario de Depresión de Aarón Beck (BDI) Sin depresión (0 a 13)
		Consideración negativa del mundo	— Siente que le exigen mucho. — Los demás interfieren en el logro de sus objetivos. — Gira sobre una serie de expectativas que le parecen amenazantes.	Leve (14 a 19) Moderada (20 a 28)
		Consideración negativa del futuro	— Supone que sus problemas continuarán. — Supone que sus problemas se harán mayores.	Grave o severa (29 a 63)

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEÓRICO

El marco teórico es uno de los capítulos más importantes en la realización de una investigación, porque constituye el sustento de todo el proceso de la misma, sirve como factor fundamental en la formulación del problema, el análisis de la información y para la interpretación psicológica del conjunto de variables.

Por lo que en este capítulo se presenta todo el sustento teórico de la presente investigación, se describen todos los conceptos y las teorías existentes sobre la problemática en relación al perfil psicológico de los pacientes con VIH/SIDA, por lo que se abordó los rasgos de personalidad, rasgos afectivos, ansiedad y finalmente depresión.

3.1. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA – VIH

El VIH significa virus de inmunodeficiencia humana. Es un virus que destruye determinadas células del sistema inmunitario (la defensa del cuerpo contra las enfermedades que nos ayuda a mantenernos sanos). Cuando el VIH daña el sistema inmunitario, es más fácil que te enfermes de gravedad e incluso que mueras a causa de infecciones que el cuerpo normalmente podría combatir (PlannedParenthood, 2019).

> *"En los Estados Unidos, alrededor de un millón de personas viven con VIH, y cada año se presentan más de 38,000 nuevos casos de infección. La mayoría de las personas con VIH no tienen síntomas durante años y se sienten totalmente bien, de modo que es posible que ni siquiera sepan que están infectadas"* (Univision, 2019, p.1).

Una vez contraído, el virus permanece en el cuerpo de por vida. No existe cura para el VIH, pero hay medicamentos que ayudan a que el organismo se mantenga saludable durante más tiempo y que disminuyan las posibilidades de contagiar a otras personas. *"Los estudios demuestran que tomar los tratamientos contra el VIH de acuerdo a las instrucciones, puede bajar la cantidad de VIH en la sangre tanto que*

puede no aparecer en una prueba, cuando esto sucede, no se transmite el VIH por vía sexual" (PlannedParenthood, 2019, p.6).

El tratamiento es muy importante (por eso es vital hacerse la prueba). Prácticamente todas las personas que tienen VIH y no se tratan mueren a causa del virus. Pero con medicamentos, las personas con VIH pueden mantenerse sanos, vivir muchos años y evitar contagiar a otros (PlannedParenthood, 2019).

3.1.1. Diferencia entre VIH y SIDA

El VIH es el causante del SIDA. SIDA es una sigla que significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. VIH y SIDA no son lo mismo. La gente con VIH no siempre tiene SIDA.

> *"El VIH es el virus que se transmite de persona a persona. Con el tiempo, el VIH destruye un tipo de células importante del sistema inmunitario (denominado células CD4 o células T) que nos protegen de las infecciones. Cuando no tienes suficientes células CD4, tu cuerpo no puede combatir las infecciones como lo haría normalmente"* (Univisión, 2019).

El SIDA es la enfermedad causada por el daño que el VIH produce en el sistema inmunitario. Una persona tiene SIDA cuando contrae infecciones peligrosas o tiene un número extremadamente bajo de células CD4. El SIDA es la fase más grave de la infección por VIH y, con el tiempo, termina provocando la muerte (Univisión, 2019).

Sin tratamiento, generalmente toma 10 años para que alguien con VIH desarrolle SIDA. El tratamiento desacelera el daño que causa el virus y ayuda a que los infectados se mantengan sanos durante varias décadas.

3.1.2. Síntomas del VIH

El VIH es transportado en el semen, las secreciones vaginales, la sangre y la leche materna. El virus ingresa en el cuerpo a través de cortes o heridas en la piel y a través

de las membranas mucosas (como el interior de la vagina, el recto y la abertura del pene).

Según Univisión (2019) se puede contraer VIH por:

- Tener sexo vaginal o anal
- Compartir agujas o jeringas para drogarse, hacerse perforaciones en el cuerpo, tatuajes, etc.
- Ser punzado con una aguja que tiene sangre infectada con el VIH
- Tener heridas o ampollas abiertas que entran en contacto con sangre, semen (esperma) o secreciones vaginales infectadas con VIH (p. 15).

> La forma más común de transmisión del VIH es el sexo sin protección. Puedes protegerte y proteger a tu pareja usando condones y/o barreras de látex bucales cada vez que tienen relaciones sexuales y evitando compartir agujas. Si se presenta VIH, recibir tratamiento puede disminuir e incluso detener las posibilidades de contagiar a otros con el virus. Si no se presenta VIH, también existe una medicina diaria, llamada PREP que puede ayudar en la protección del VIH (Univisión, 2019, p. 17).

Este virus también se puede transmitir al bebé durante el embarazo, el parto o al amamantar. Una embarazada con VIH puede tomar medicamentos que reducen considerablemente las posibilidades de que su bebé se contagie.

El VIH no se transmite por la saliva, de modo que no existe el contagio al darse un beso, compartir alimentos o bebidas, o usar el mismo tenedor o la misma cuchara. El VIH tampoco se contagia por abrazarse, darse la mano, toser o estornudar. Tampoco existe infección por sentarse en el inodoro. (PlannedParenthood, 2019)

"Hace muchos años, algunas personas se contagiaron de VIH al recibir transfusiones de sangre infectada. En la actualidad, donar o recibir sangre en cualquier centro de salud es totalmente seguro" (PlannedParenthood, 2019, p.13). Los médicos, hospitales

y bancos de sangre no usan las agujas más de una vez y la sangre que se dona se somete a análisis para verificar que no esté infectada con el VIH u otras infecciones.

Las personas con VIH generalmente no presentan síntomas inmediatamente, por lo que pueden desconocer que tienen el virus. Pueden pasar años antes de que el VIH se manifieste.

Según Univisión (2019) los primeros síntomas y los síntomas tardíos son los siguientes:

- **Primeros Síntomas del VIH**

  En general, las personas que contraen la infección lucen y se sienten sanas durante mucho tiempo. Pueden transcurrir 10 años o más hasta que la infección por VIH manifiesta síntomas, e incluso mucho más tiempo en el caso de quienes toman medicamentos antivirales. Por eso, es fundamental realizarse las pruebas de VIH periódicas, en especial si se ha tenido sexo sin protección o compartido agujas. Los tratamientos para la infección por VIH pueden ayudar a mantenerse sano. Los tratamientos también pueden disminuir e incluso detener las probabilidades de contagiar a otras personas de VIH durante el sexo.

  Las primeras 2 a 4 semanas después de contraer el VIH, puedes sentir algo de fiebre, dolor y malestar. Estos síntomas similares a los de la gripe son la primera reacción del cuerpo a la infección por el VIH. Durante esta etapa, hay una gran concentración del virus en el organismo, de modo que es fácil transmitirlo a otras personas. Los síntomas desaparecen tras unas semanas y habitualmente no se vuelve a tenerlos en años. Una vez con VIH, se puede transmitírselo a otros, bien sea que existan síntomas o no.

- **Síntomas Tardíos de la Infección por VIH/SIDA**

  El VIH destruye las células del sistema inmunitario llamadas células CD4 o células

T. Sin células CD4, a tu organismo se le hace muy difícil combatir las enfermedades. Esto le hace más propenso a enfermarse gravemente por infecciones que generalmente no harían daño. Con el pasar del tiempo, el daño que el VIH causa en tu sistema inmunitario provoca el SIDA.

Una persona tiene SIDA cuando sufre infecciones raras (denominadas oportunistas), ciertos tipos extraños de cáncer o tiene un recuento muy bajo de células CD4. En general, esto sucede alrededor de 10 años después de contraer el VIH y no recibir tratamiento. Con tratamiento, la aparición del SIDA puede tardar mucho más.

De acuerdo a PlannedParenthood (2019) las señales del SIDA incluyen:

- Aftas (un revestimiento espeso y blanco en la lengua o la boca)
- Dolor de garganta
- Infecciones graves por hongos.
- Enfermedad pélvica inflamatoria crónica.
- Infecciones graves recurrentes.
- Cansancio persistente, mareos y aturdimiento.
- Dolores de cabeza.
- Pérdida repentina de peso.
- Formación de hematomas con más frecuencia de lo normal.
- Diarrea, fiebre o sudores nocturnos durante mucho tiempo.
- Glándulas inflamadas o duras en la garganta, las axilas o la ingle.
- Episodios de tos seca y profunda.
- Sensación de falta de aire.
- Protuberancias violáceas en la piel o en la boca.
- Sangrado de la boca, la nariz, el ano o la vagina.
- Erupciones de la piel.
- Adormecimiento de las manos o los pies, pérdida del control sobre los músculos y los reflejos, incapacidad de movimiento y pérdida de fuerza

muscular (p.13).

3.1.3. Síntomas del VIH en los Pacientes.

Como sucede en el caso de muchas enfermedades de transmisión sexual (ETS), los síntomas del VIH son similares los síntomas que se presentan en ambos géneros.

El VIH se convierte en SIDA cuando el sistema inmunitario llega a cierto punto de debilidad.

Los síntomas del SIDA en los hombres publicado por PlannedParenthood (2019) incluyen:

- Aftas- un revestimiento espeso y blanco en la lengua o la boca causado por una infección por hongos que algunas veces está acompañado por molestia en la garganta
- Enfermedad pélvica inflamatoria crónica
- Infecciones severas y frecuentes
- Cansancio inexplicable que puede presentarse acompañado de dolores de cabeza, aturdimiento y/o mareo.
- Pérdida de peso de 10 libras o más que no es el resultado de dieta o ejercicio
- Formación de hematomas con más frecuencia de lo normal
- Diarrea frecuente por largos periodos
- Sudores nocturnos o fiebre frecuentes
- Glándulas inflamadas o duras en la garganta, las axilas o la ingle
- Tos seca, profunda y persistente

- Protuberancias violáceas en la piel o en la boca
- Sangrado inexplicable resultado de besos en la piel de la boca, la nariz, el ano o cualquier abertura del cuerpo
- Alergias de piel frecuentes e inusuales
- Adormecimiento de las manos o los pies, pérdida del control sobre los músculos y los reflejos, incapacidad de movimiento y pérdida de fuerza muscular
- Confusión, cambios en la personalidad o disminución de las habilidades mentales (p.18).

Si se tuvo sexo vaginal, anal u oral sin protección, es esencial realizarse pruebas de las ETS, incluido el VIH. Recibir tratamiento para el VIH temprano y de forma consistente puede ayudar a fortalecer el sistema inmunitario y a mantenerse saludable.

3.2. PERSONALIDAD

En la actualidad, uno de los temas más investigados dentro del ámbito de la psicología es el relacionado a la personalidad, su estabilidad y cambios que puedan darse en el transcurso tiempo.

Surge la disyuntiva si la personalidad puede o no cambiar; al respecto Erickson (1963) consideraba que *"los adultos maduran y cambian a medida que van atravesando por diferentes etapas"* (citado en Mendoza, 2008, p.24); igualmente, los psicólogos clínicos suelen partir del supuesto de que los individuos son capaces de realizar cambios importantes que afectan en muchos aspectos de la vida.

Aunque la personalidad cambia a lo largo de la vida, se halla determinada por periodos en las cuales los cambios que se experimentan son mayores y tienen más repercusión en el presente y futuro de los individuos; desarrollo progresivo que atraviesa por la infancia, adolescencia y la adultez de los individuos solidificándose.

Es necesario señalar algunas definiciones para comprender mejor la temática:

"La personalidad es identidad individual formada por patrones de relativa consistencia y durabilidad de percepción, pensamiento y comportamiento" (Diccionario de Pedagogía y Psicología, 2002, p.256).

"La personalidad no es únicamente biológica, ni únicamente social. Es el conjunto estructurado de las disposiciones innatas (herencia, constitución) y de las adquiridas (medio, educación y reacciones a estas influencias), lo que determina la adaptación original del individuo a su ambiente" (DiCaprio, 1987, p.283).

Así también se encuentran las teorías psicodinámicas de la personalidad, que determinan qué aspectos de motivación y emociones están ligados a la personalidad y que ésta se desarrolla de acuerdo a la solución de ciertos problemas psicológicos que se tienen durante la niñez, teorías sobre la que se basa la presente investigación y que se asumen como postulados en la recolección y análisis de datos recolectados en el estudio.

Estas teorías afirman que la conducta es el resultado de fuerzas psicológicas que actúan dentro del sujeto normalmente fuera de su conciencia. Según Koch (1957) los rasgos particulares son los siguientes:

— Aquellos procesos mentales operan en forma paralela, lo que conduce a sentimientos conflictivos.

— Parte de nuestra vida mental es inconsciente, por eso la gente se comporta de maneras que ni ella misma entiende.

— Hay patrones de nuestra personalidad que no solo empiezan a formarse en la niñez, sino que en experiencias tempranas tienen un fuerte efecto en el desarrollo de la personalidad (p.20).

3.2.1. Rasgos de Personalidad.

Los rasgos como existen en el individuo son bastante complejos, porque abarcan una gran variedad de comportamientos distintos, así también *"cada rasgo interactúa con todos los demás rasgos del mismo individuo y son alterados en cierto punto"* (Dicaprio, 1987, p.297).

Para Allport (1980) *"los rasgos son esencialmente de cada persona. El miedo al comunismo de una persona no es igual al de otro, y verdaderamente no podemos esperar creer que el conocimiento de otras personas nos va a ayudar a comprender a la primera"* (p.21).

Como primer exponente del enfoque ideográfico, Allport consideraba que los patrones conductuales de cada persona son únicos y diferentes entre sujetos y a pesas de eso se considera que los seres humanos poseemos en general los mismos tipos de rasgos, como la dependencia, la agresividad, la sociabilidad y la ansiedad, con lo que no es raro que existan patrones similares. Lo que hace que cada individuo tenga su propia personalidad, es la relación que se da entre rasgos de personalidad y cuales sobresalen en cada uno.

Se reconoce que dentro de cualquier cultura particular, existen rasgos comunes o algunas que son parte de esa cultura y que cualquiera reconocería y nombraría. En nuestra cultura, diferenciamos con frecuencia a los introvertidos de los extrovertidos, o los lineales de los conservadores, y todos sabemos a qué nos referimos, pero otra cultura podría no reconocerlo.

Cuando se describe a alguien, con frecuencia se usan palabras que se refieren a los siguientes rasgos centrales: listo, tonto, salvaje, tímido, chismoso, etc.

También están los llamados rasgos secundarios, aquellos que nos son tan obvios o tan generales, o tan consistentes. Las preferencias, las actitudes, los rasgos situacionales, son todos secundarios.

3.2.2. Teoría de los Rasgos de Personalidad

Se entiende a los rasgos de la personalidad como:

"Una inclinación o cualidad perdurable de una persona que explica la relativa coherencia de su conducta emocional, temperamental y social, rasgos que explican las diferencias de personalidad" (English, 1977, p. 688).

Según Suzannen (1977) *"los rasgos profundos son expresiones estables, vinculados de algún modo al temperamento, o al menos fijados a lo largo de la infancia. Los rasgos superficiales son expresiones que nacen de un conflicto entre las tendencias profundas y las limitaciones sociales"* (p.62).

3.2.3. Importancia de los Rasgos de Personalidad.

Se tiene claro que la personalidad es la determinante de la conducta en una situación dada, el componente básico de la personalidad son los rasgos. El rasgo presenta tendencias reactivas generales e indica características de conducta del sujeto que son relativamente permanentes; implica una configuración y regularidad de conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones (Dicaprio, 1987).

Algunos rasgos pueden ser comunes a todos los individuos y otros pueden ser exclusivos de un individuo. Ciertos rasgos pueden estar determinados por la herencia, y otros por el ambiente. Algunos rasgos están relacionados con motivos (los rasgos dinámicos) y otros guardan relación con la capacidad y con el temperamento.

Los rasgos de personalidad forman nuestra naturaleza psicológica individual, una identidad del individuo que contiene componentes; algunos de los cuales son más centrales que otros, los componentes centrales definen a la persona, mientras que los periféricos están limitados y sujetos a cambios (Dicaprio, 1987).

3.2.4. Personalidad para Karl Koch.

Según Koch (1957) refiere que

> *"Todo acto que haga el sujeto sería una manifestación inconsciente de su*

> *personalidad y de su carácter. Todos nuestros grafismos (escritura, dibujos y sus variantes), llevan en sí mismos una gama de información personal del sujeto que realiza, ya que sus diseños proyectan el interior del individuo, cargado de toda la información inconsciente (a veces semiconsciente) que surge del mismo sujeto* (p.23).

El enfoque psicodinámico presenta una estructura topográfica de la personalidad, con tres áreas para Koch (1957) que son:

- Consciente, todo aquello de lo que nos damos cuenta en un momento particular: percepciones presentes, memorias, pensamientos, fantasías y sentimientos.

- Preconsciente, que se refiere a todo aquello que somos capaces de recordar, aquellos recuerdos que no están disponibles en el momento, pero que somos capaces de traer a la conciencia.

- Inconsciente, son todas aquellas cosas que no son accesibles a nuestra consciencia, incluyendo muchas que se habían originado allí, tales como nuestros impulsos o instintos, emociones asociadas a los traumas (p.12).

Así también está la que considera que toda producción gráfica lleva la marca de la vida psíquica del individuo (postura teórica utilizada en la presente investigación), lo cual se da a través de un proceso mental, así se encuentra que todo acto que haga el sujeto sería una manifestación inconsciente de su personalidad y de su carácter. Esta teoría nos permite entender que todos nuestros grafismos (escritura, dibujos y sus variantes), llevan en sí mismos una gama de información personal del sujeto que realiza, ya que sus diseños proyectan el interior del individuo, cargado de toda la información inconsciente (a veces semiinconsciente) que surge del mismo sujeto (Koch, 1957).

3.3. RASGOS AFECTIVO - EMOCIONALES

Beláustegui (2007) refiere que:

> *"La esfera afectiva se manifiesta a través de los rasgos afectivos que expresan cómo los objetos y fenómenos de la realidad que el hombre conoce, satisface o no sus necesidades, si le son agradables o no. La Psicología ha descrito una serie de estados afectivos que pueden producirse tanto en la mujer como en el hombre, para lograr el desarrollo de las relaciones afectivas adecuadas durante su actividad y por tanto producir reacciones afectivas que favorezcan el desenvolvimiento del proceso de enseñanza tales como: las emociones, sentimientos, estados de ánimo y estados de tensión, la relación global del organismo ante un suceso que provoca un estado de sentimiento duradero o un estado afectivo pasivo que trasciende uniformemente la vida psíquica*" (p.32).

3.3.1. Tipo de Rasgos Afectivo - Emocionales

Según Plutchik (1980) entre los rasgos afectivos, los tipos fundamentales son:

- Las emociones.
- Los sentimientos.
- Los estados de ánimo.
- Los estados de tensión.

Para diferenciarlos, se han tomado cuatro criterios: la intensidad o fuerza con que aparecen; forma de aparición (brusca o lenta); tiempo de duración y la existencia o no de reacciones fisiológicas evidentes (enrojecimiento o palidez, tartamudeo, sudoraciones, dolores de estómago, etc.)

- **Emociones.**

Para Plutchik (1980) son:

> *"Vivencias afectivas de moderada intensidad en su manifestación, que aparecen de forma relativamente brusca, pudiendo organizar o desorganizar la actuación del sujeto y se expresan por un período breve; por lo general,*

> *presentan reacciones fisiológicas muy evidentes y fáciles de constatar. Ejemplos de emociones son: la alegría ante un éxito, la tristeza ante un fracaso, el disgusto ante situaciones adversas, etc."* (p.50).

Las emociones pueden surgir ante situaciones que ya ocurrieron u ocurren y se manifiestan también como anticipación a la situación. Las emociones pueden organizar o desorganizar la actuación del sujeto y también pueden activarlo o inhibirlo.

En algunos casos, una emoción contribuye a que la actuación del sujeto sea más adecuada, eficiente y alcancen mejores resultados. Un estudiante que se prepara para un examen confiando en sus posibilidades, que se siente seguro de sí, experimenta un entusiasmo en la realización del examen que le ayuda a ejecutarlo satisfactoriamente, sin desánimo, enfrentando con optimismo las dificultades que se le presentan, alcanzando con cada dificultad vencida una satisfacción que lo estimula y lo sostiene en su ejecución (Plutchik, 1980).

En otros casos, la emoción provoca que la actuación del sujeto se entorpezca, se dificulte, no pueda desempeñarse al nivel de eficiencia adecuado y no se obtengan los resultados esperados. Si ante la situación de examen el estudiante experimente una emoción de miedo, teme no aprobar, cada dificultad que se le presenta en el examen le parece un obstáculo insalvable, todo esto le crea una expectativa de fracaso que le dificulta y hasta le puede impedir responder correctamente.

- **Sentimientos.**

Son vivencias afectivas de paulatina aparición, que organizan la actuación del sujeto, existen por un período relativamente prolongado y tienen un carácter generalizador; su intensidad es menor que en la emoción y no presentan alteraciones fisiológicas evidentes. Ejemplos de sentimientos son el amor al trabajo, a la patria, a los hijos, a la ciencia; el odio a la explotación, a la discriminación racial, a la deshonestidad, etc.

> *"Los sentimientos aparecen más lentamente que los afectos y las emociones y surgen en gran medida sobre la base de estas últimas. Cuando ocurre que por*

> *circunstancias objetivas y subjetivas el vínculo emocional con un objeto se consolida, se fortalece, se sistematiza, entonces se forma una reacción afectiva mucho más estable y generalizado con respecto a ese objeto: un sentimiento; si por determinados motivos las emociones agradables del sujeto se vuelcan enfáticamente sobre una persona, se fortalece la relación afectiva positiva con ella, así puede surgir un sentimiento, ya sea de amor, de amistad u otro similar"* (Plutchik, 1980, p.52).

Así, los sentimientos son generalizados, pero generalizados en un objeto y no entre varios de ellos como ocurre en las emociones. Una emoción puede producirse en relación con los más variados objetos, pero un sentimiento siempre lo es hacia algo o alguien que lo hace distintivamente peculiar. Se puede hablar de una emoción de placer referida a distintos contenidos, pero no referirse al sentimiento de amor a la patria si no se hace con respecto a ese contenido.

> *"La diferencia entre los sentimientos y las emociones en su carácter generalizador lleva implícita otra diferenciación entre ambos tipos de estados afectivos: los sentimientos trascienden la situación, no son situacionales como las emociones, ellos son más estables. Variados ejemplos pueden mostrar el carácter no situacional, la estabilidad de los sentimientos: una persona hacia la que se tiene un sentimiento de cariño puede irse lejos, la separación puede ser durante considerable tiempo, se pierde el contacto con ella por un extenso período y, no obstante, no se deja de quererla; un trabajador amante de su trabajo, por la avanzada edad o por enfermedad se retira de la actividad laboral y a pesar de esto continúa amando su trabajo"* (Plutchik, 1980, p.53).

Los sentimientos se forman durante la vida del individuo en consonancia con las condiciones concretas en las que transcurre su existencia, pero también pueden modificarse cuantitativa y cualitativamente, llegando incluso a desaparecer por diversas causas objetivas y subjetivas. En su calidad de fenómenos afectivos, los sentimientos forman parte de la regulación psíquica que, debido a su estabilidad,

contribuyen a formar las orientaciones de la personalidad hacia diversas esferas de actividad y de este modo organizan la actuación del sujeto. La posibilidad de organizar la actuación del individuo puede manifestarse en cualquier sentimiento, pero esto se aprecia claramente en aquellos sentimientos que por su marcado contenido histórico-social constituyen el nivel superior de desarrollo de las vivencias afectivas en el hombre (Plutchik, 1980).

Entre estos sentimientos superiores se pueden señalar los sentimientos morales o éticos (vinculados a las normas y valores morales de la sociedad: la honestidad, la justicia, la responsabilidad, etc.), los sentimientos estéticos (vinculados fundamentalmente a la obra artística del hombre y a la apreciación estética de otras manifestaciones sociales y de la naturaleza: lo bello, lo trágico, lo sublime, etc.), los sentimientos intelectuales (vinculados al proceso y resultado de la cognición humana: la duda, el asombro, la perplejidad, la seguridad en el conocimiento etc.). A pesar de las diferencias que se han señalado entre los sentimientos y las emociones, entre ambos existe una estrecha unidad: por una parte, los sentimientos se forman sobre la base de las emociones, si se fortalecen las relaciones emocionales con determinado objeto, esto puede conducir a su cristalización en un sentimiento.

- **Estados de ánimo**

Son estados afectivos de poca intensidad en su manifestación, relativamente estables, que matizan a la psiquis y su actuación, dándole un cierto colorido o calor afectivo. El mantenerse con buen humor, con optimismo, bien dispuesto o sentirse abatido, pesimista, aburrido, depresivo, son ejemplos de estados de ánimos.

El estado de ánimo surge de acuerdo cómo el individuo tenga vivencias satisfactorias o no, según las características de su personalidad, de las condiciones, hechos, acontecimientos, circunstancias y relaciones a través de las cuales transcurre su vida cotidiana. En la manifestación del estado de ánimo influyen considerablemente las características de personalidad ya formadas en el individuo.

Para Plutchik (1980):

"El sujeto tiende a apreciar las cosas peores de lo que son, si se inclina a esperar que lo que le pueda acontecer le resulte desfavorable o no ocurra todo lo bien que se podía desear; si considera que los obstáculos, las dificultades y los problemas a los que se enfrentan son mucho más complejos y de una envergadura mayor de lo que en realidad son, esta persona será mucho más propensa al pesimismo y a la apatía. Si a la inversa, el individuo se caracteriza por no amilanarse, ante los problemas y las dificultades, piensa que siempre se debe luchar por vencerlos, si los obstáculos y contratiempos para él resultan acicates a la actuación, pues no considera que haya nada insalvable hasta que no se agotan todas las posibilidades y recursos en la consecución de un fin, si se orienta a esperar siempre lo mejor, a que las cosas salgan bien, a apreciar el lado bueno de los acontecimientos y las personas, entonces este individuo se caracteriza por tender hacia la valoración positiva y en él existirá una propensión alta a manifestar estados de ánimos positivos como el optimismo y el entusiasmo" (p.55).

- **Estados de tensión**

Son reacciones afectivas que surgen ante situaciones que al sujeto le resultan muy difíciles, de peligro o por sobrecargas físicas o psíquicas. La intensidad y la duración de las situaciones de tensión (de estrés) son variables, pero en los estados provocados por ellas es característica la ansiedad o angustia del sujeto, y, por tanto, las reacciones fisiológicas (Plutchik, 1980).

La magnitud que alcanza un estado de tensión en una persona o el que un sujeto experimente un estado de tensión y otro sujeto no, a pesar de estar ambos inmersos en la misma situación, no depende solo de la propia situación de tensión, sino también de la personalidad de quien se enfrenta a la situación.

3.3.2. Importancia de los Rasgos Afectivos.

La importancia de la afectividad dentro de la totalidad de la personalidad radica:

— En que un elevado porcentaje de nuestras acciones no es el resultado de

razonamientos sino de estados afectivos.

— En que algunas de las decisiones más importantes: profesión, matrimonio, están fuertemente condicionadas por nuestra afectividad.

Ante la importancia de la afectividad en la vida del humano, cabe preguntarse: ¿Qué es más importante, la inteligencia o la afectividad? Esta pregunta plantea un falso problema. Ambas son funciones de un todo unitario y estructurado y nunca actúan por separado, de donde se sigue que existe una interdependencia funcional. La incidencia de la afectividad en el conocimiento tiene un aspecto negativo cuando dificulta la objetividad de aquellos juicios en los que ésta debe predominar plenamente, como puede ser el caso de la investigación científica. Pero también puede señalarse la incidencia positiva que puede tener la afectividad en el conocimiento en cuanto que intensifica el interés por ciertos temas e incluso llega a anticiparse al conocimiento.

Pero las conductas en que predomina la afectividad están, a su vez, condicionadas por la actividad intelectual y por los conocimientos, lo que se ve con claridad en el análisis de las actitudes, de los ideales y de las valoraciones.

Todo esto confirma la unidad esencial de la vida psíquica y la no existencia de "facultades" con entidad propia.

Para Plutchik (1980) *"la afectividad funciona en los planos centrales y más profundos del organismo vivo: allí donde lo psíquico se refunde con lo orgánico; allí donde brotan las energías que son utilizadas para satisfacer las necesidades"* (p.59).

Situada en lo más profundo del ser, la afectividad se constituye en el verdadero motor del comportamiento, en cuanto origina la mayoría de las conductas y condiciona todas las demás. Las ideas, por ejemplo, solo se convierten en "ideas fuerza" cuando son energizadas por la afectividad (Plutchik, 1980).

3.3.3. Sentimientos/Emociones para Karen Machover.

Como dice Karen Machover *"La personalidad no se desarrolla en el vacío, sino a través del movimiento, del sentir y del pensar de un cuerpo determinado".*

Siguiendo la línea de Machover, Beláustegui (2007) refiere que:

> *"La esfera afectiva se manifiesta a través de los rasgos afectivos que expresan cómo los objetos y fenómenos de la realidad que el hombre conoce, satisface o no sus necesidades, si le son agradables o no. La relación global del organismo ante un suceso que provoca un estado de sentimiento duradero o un estado afectivo pasivo que trasciende uniformemente la vida psíquica" (p.32).*

Así los métodos gráfico-proyectivos han nacido gracias a la necesidad de explorar las motivaciones de las conductas que no se pueden manifestar por la comunicación directa entre personas. Estos métodos son más conocidos como técnicas o test proyectivos. Una intensa experiencia ha demostrado que los dibujos de la figura humana representan una profunda e íntima expresión de la personalidad del que dibuja. Cuando un sujeto trata de "dibujar una persona", debe resolver diferentes problemas y dificultades buscando un modelo a su alcance.

El test de Machover puede aplicarse a niños, niñas, adolescentes, mujeres y hombres. Se pide a la persona que realice el dibujo de una persona entera. Si dibuja tan solo la cabeza se le pide amablemente que complete su dibujo. Si se mostrara reacio a dibujar, se le explica que el dibujo solo tiene que ver con una prueba psicológica y no con la calidad del dibujo. Es importante anotar el orden que sigue la secuencia del dibujo, es decir, que parte de la figura hace primero y cual al final.

La segunda parte del dibujo tiene que ver con "las asociaciones". El examinador toma el dibujo y dice: "Muy bien, veamos ahora si inventamos un relato acerca de esta persona como si fuera un personaje de teatro o novela". Según la edad del sujeto, se le realizarán varias preguntas sobre el mismo que tienen que ver con las actitudes del

paciente hacia sí mismo y hacia los demás. La información obtenida en estas asociaciones es de gran valor clínico y no se debe prescindir de ella para poder interpretar dibujos.

3.4. ANSIEDAD

Según Enrique Rojas (1999):

> *"La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, incorrecto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, de intranquilidad. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que podamos decir, que el miedo es un estado de temor con objeto, mientras que la ansiedad es un estado impreciso carente de objeto exterior"* (p.84).

Es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, incorrecto, indefinido, que a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que podamos decir, que el miedo es un estado de temor con objeto, mientras que la ansiedad es un estado impreciso carente de objeto exterior (p.70).

La palabra ansiedad proviene del latín "anxietas" y en la literatura científica se cuenta con una variedad de obras dedicadas a la sola definición del concepto. Podremos manifestar que la ansiedad es un estado emocional, con participación psicológica, con síntomas de inquietud interior, aprehensión, preocupación, expresiones que crean una sensación de impotencia que afecta la marcha cotidiana de la vida.

Esta forma de ver la enfermedad psíquica y por extensión, la ansiedad nos lleva a una redefinición de la misma que podría quedar expuesta del siguiente modo: La ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva,

caracterizada por un estado de alerte de activación generalizada. Por tanto, lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa que el individuo percibe como una amenaza para su integridad. (Rojas, 1999)

3.4.1. Tipos de Ansiedad

Rojas (1999) distingue las siguientes:

- **Ansiedad endógena o propiamente dicha:** Es aquella que proviene de los sentimientos vitales, de ese estrato llamado vitalidad, en donde parece que confluyen lo somático y lo psíquico. La produce el organismo, vive de la endogeneidad.

  Deriva de lo psicofisiológico, de estructuras cerebrales implicadas en la regulación de la vida emocional. Se trata de una serie de estructuras nerviosas, entre las que se destaca el sistema límbico principalmente: La corteza cerebral, un sistema de interrelaciones que se establece entre los dos anteriores a los que se deben añadir una seria de sistemas de activación (unos específicos para cada tipo de trastorno emocional y otros inespecíficos) toda la endocrinología y el sistema nervioso vegetativo. Estas conexiones funcionales van a ser las responsables de las distintas versiones de la ansiedad, pero siempre con ese núcleo común, la emoción que se experimenta como amenaza (física y psíquica) y que va a provocar una reacción de alerta.

- **Ansiedad exógena:** (no es propiamente ansiedad, mejor llamarla de otro modo:) Es aquel estado de amenaza inquietante, producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos agudos, súbitos, inesperados; situaciones entronizadas de tensión emocional; crisis de identidad, personal, problemas provenientes del medio ambiente.

- **Angustia existencial:** Es aquella que proviene de la inquietud de la vida y nos propone frente a frente con nuestro destino, con la muerte y con el más allá. Esta es buena siempre y cuando el sujeto no termine traumatizado y sin darse cuenta

termine en una ansiedad patológica.

3.4.2. Clasificación de los Síntomas de la Ansiedad

Para Rojas (1999), la ansiedad no es un fenómeno unitario, se manifiesta de muy varias formas. Su sintomatología en cada sujeto puede aparecer relativamente distinta. Rojas reúne a esta sintomatología en cinco grupos:

- **Síntomas Físicos:** Se produce por una seria de estructuras cerebrales intermedias, donde se orientan las bases neurofisiológicas de las emociones; el hipotálamo y el sistema nervioso simpático que produce en la médula suprarrenal grandes cantidades de adrenalina.

- **Síntomas Psicológicos:** Son aquellos que se captan a través del lenguaje verbal, es una vertiente subjetiva, pues la información que obtenemos va a depender directamente de la riqueza psicológica del paciente, de la capacidad de bucear y descubrir sus sentimientos, y sobre todo su capacidad de expresar, referir, relatar lo que se mueve dentro de ellos.
- **Síntomas de Conducta:** Se denomina a todos aquellos síntomas que pueden observarse desde afuera, sin necesidad del que sujeto cuente lo que le pasa.

- **Síntomas Intelectuales:** Hacen referencia a un estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación de la información.

- **Síntomas Asertivos:** Se define como al trastorno de las habilidades sociales. Dificultad para un comportamiento personal y social adecuado a cada situación.

3.4.3. Función Adaptativa de la Ansiedad

"La ansiedad es antes que todo, una respuesta adaptativa que tiene como fin la preparación del organismo para satisfacer las demandas que lo hace el medio" (Rojas, 1999, p.43).

Funciona como una señal de alarma ante la presencia de estímulos potencialmente nocivos para la homeostasis del individuo, el cual hace una evaluación subjetiva de la situación estímulo y actúa de acuerdo a los recursos que considera tener.

Sin esta activación de alarma no sería posible asumir, de manera exitosa, los cambios de conducta necesarios para enfrentar la situación estímulo y recuperar el equilibrio. De igual modo como lo menciona.

3.5. DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo, la manera de pensar; afecta la forma en que una persona se valora a sí misma y la forma en que uno piensa. (Beck, 1988)

La depresión no es una tristeza normal, es algo más que un estado de ánimo decaído. Uno de los principales síntomas es el profundo estado de malestar que la persona siente hacia sí mismo, lo que se traduce en sentimientos de inferioridad, en sentirse culpable, a lo que Beck (1998) llamó *"un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general"* (p.95).

Así también Beck (1979) define la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades somáticas, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se destacan los componentes restantes.

En las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o de privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce por Beck (citado por Sanz, 2011, p.134) como la *"triada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta triada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada".*

3.5.1. Síntomas de la Depresión

Las diferencias cognitivas que indica la teoría de Beck (1988) en cuanto a la depresión son las siguientes:

- Contenido relacionado con pérdidas dentro del dominio personal y con una visión negativa del yo, del mundo y del futuro.
- Selectividad con un procesamiento realzado de la información negativa autorreferente y una minimización del material positivo.
- La atención auto focalizada puede reducir el interés por los estímulos externos.
- Las valoraciones negativas son globales, exclusivas y frecuentes.
- Las valoraciones negativas son absolutas y conclusivas.
- Los sucesos negativos están orientados hacia el pasado y se ven como predeterminados, pensamientos que implican pérdidas y fallos.
- Los pensamientos automáticos usualmente toman la forma de autoafirmaciones negativas (p.26).

3.5.2. Clasificación de la Depresión según su Intensidad

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad, severidad son los siguientes:

Sin depresión: 0 - 13 puntos **Depresión leve:** 14 – 19 puntos

Depresión moderada: 20- 28 puntos **Depresión grave:** 29 a 63 puntos

Depresión grave: Los síntomas revisten especial gravedad y causan gran sufrimiento, se añade normalmente sentimientos de pérdida de autoestima, poca valía o culpabilidad, generalmente están muy angustiadas, una marcada agitación o inhibición

puede dificultar su capacidad para describir los síntomas, también son frecuentes las ideas y los actos suicidas. El funcionamiento personal, social y laboral se ve seriamente limitado, además de los síntomas depresivos, se evidencian otros síntomas de gravedad.

Depresión moderada: Coexisten cuatro o más de los síntomas, algunos de estos pueden ser muy intensos y perturbadores, no están presentes los síntomas graves. La persona afectada tiene a menudo grandes dificultades para mantener su nivel de actividad social o laboral.

Depresión leve: La persona suele sentirse angustiada por los síntomas, normalmente puede seguir realizando la mayoría de sus actividades sociales y laborales pese a que les resulta dificultoso sostenerlas, están generalmente afligidos por los síntomas, pero los toleran a su pesar.

3.6. ESTUDIOS SOBRE LA PSICOLOGÍA DE PACIENTES CON VIH.

Los estudios que han tendido a caracterizar psicológicamente a las personas con VIH, han presentado los siguientes resultados:

En Angola, un estudio descriptivo de personas con VIH, cuya edad oscilaba entre 20 a 60 años de edad, con más de 3 meses de diagnóstico, se determinó que todos los pacientes investigados, es decir los 80 pacientes que formaron parte del estudio, todos tenían algún grado de ansiedad, con predominio de la categoría alta, la depresión grave afectó al 90% de ellos, la mayoría de ellos presentaban una autovaloración inadecuada, con actitudes negativas, se encontraban insatisfechos con la atención recibida. (Gamba *et al.* 2010).

En estudios norteamericanos prevalecen en primer lugar, los trastornos afectivos seguidos de los síndromes demenciales y los trastornos psicóticos, mientras que en trabajos que exploran la presencia de psicopatología en enfermos españoles predominan el trastorno por abuso de sustancias, trastornos afectivos, adaptativos, ideación suicida. (Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2005)

De acuerdo a Ballester (1999) se destacan los principales problemas psicológicos como habituales en los pacientes con VIH: Baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico, somatización y síntomas obsesivo compulsivos, conflictos sobre la orientación homosexual, disminución de la concentración y pérdida de la memoria, problemas de sueño y uso excesivo de sedantes. (Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2005)

La presencia de problemas emocionales en las personas con VIH viene explicada, de entrada, por la psicopatología previa de los afectados, en segundo lugar por la dificultad para adaptarse a una enfermedad que impone importantes restricciones en la vida del enfermo, en tercer lugar como consecuencia de la misma enfermedad y de su tratamiento y en cuarto lugar, como efecto del estigma social asociado al SIDA.

Como hemos señalado, el hecho de que los pacientes con infección por VIH experimenten con frecuencia problemas psicológicos no solo lleva a mermar de manera muy importante su calidad de vida a través del incremento de su malestar emocional. Los problemas emocionales también tienen su efecto sobre el estado físico de los pacientes y su propia supervivencia. Esta repercusión negativa sobre el estado físico de los enfermos se expresa fundamentalmente de tres modos. En primer lugar, a través de la relación entre los factores cognitivos y emocionales y la función inmune, cuestión que trataremos en este epígrafe. En segundo lugar, a través de su influencia sobre la adhesión al tratamiento antirretroviral. Y en tercer lugar, por su relación con los hábitos de salud de los enfermos, hábitos que resultan fundamentales en la progresión de la enfermedad y que incluyen, desde el consumo de sustancias tóxicas hasta la nutrición o la prevención de reinfecciones. (Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2005)

En Colombia, una investigación de carácter no experimental, de 47 mujeres diagnosticadas con VIH, demuestra que presentan indicadores clínicos de ansiedad, depresión, bajo control de salud y niveles moderados de control de eventos estresantes. Las variables de ansiedad y depresión presentaron una correlación positiva. (Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín y Tovar, 2006)

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

IV. METODOLOGÍA

La investigación realizada pertenece al área de la **Psicología Clínica**, que es el campo que dirige el estudio, diagnóstico y tratamiento de problemas de trastornos psicológicos y conducta anormal a través de diferentes instrumentos psicológicos, en este caso se elaboró un perfil psicológico de los pacientes con VIH, que asisten al SEDES, ubicado en la ciudad de Tarija, estudio que queda plenamente integrado y fundamentado en esta área.

Debido a que el estudio se realizó con el objeto de caracterizar psicológicamente a los pacientes con VIH, que asisten al Servicio Departamental de Salud (SEDES) de la ciudad de Tarija, se tomó en cuenta el diagnóstico de sus rasgos de personalidad, rasgos afectivos, ansiedad y depresión.

En este sentido, se aplicó diferentes pruebas psicológicas correspondientes al área clínica con el fin de indagar estas características y elaborar un perfil psicológico de los pacientes con VIH**.**

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación empleado en el presente trabajo corresponde al tipo exploratorio, estudio de caso, diagnóstico – descriptivo y cualitativo.

Exploratorio, porque son estudios que:

> *"Se efectúan normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas o ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio".* (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p.119)

En este sentido, se realizó una primera aproximación de un trabajo de esta naturaleza en pacientes con VIH, ya que después de las revisiones bibliográficas se evidencia la

carencia de material e información que sirva de consulta y base para llevar adelante la presente investigación en nuestro medio. Es decir, el presente tema de estudio que es la descripción del perfil psicológico de los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija, no ha sido abordado en nuestro medio, por lo que la investigación será aproximativa, sentando las bases para investigaciones futuras más rigurosas y profundas.

Estudio de caso, porque son estudios que:

> *"Comprenden observaciones detalladas de la conducta de varios pacientes, analizados de manera individual. Los clínicos reconocen que cada caso es diferente debido a las circunstancias particulares que lo rodean y que los casos se pueden volver más complicados debido a los informes verbales de los sujetos"* (Barlow y Hersen, 1984, p.153)

Por lo que el presente estudio, ha detallado minuciosamente la vida de los sujetos de investigación, tomando en cuenta 8 casos, es decir pacientes con VIH, en los que se realizó un análisis de las explicaciones de los sucesos que presentan los pacientes antes y después de la enfermedad, tomando en cuenta de manera individual el análisis de sus rasgos de personalidad, rasgos afectivos, ansiedad y depresión.

Diagnóstica – descriptiva, porque son estudios que:

> *"Especifican las propiedades importantes de personas, grupos, comunidad u otro fenómeno que sea sometido a análisis, son las investigaciones dirigidas a determinar "cómo es" o "cómo está" la situación de variables que deberán estudiarse en una población o muestra, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno"* (Salazar, 1993, p.221).

Así, en la presente investigación se recolectó datos de los pacientes con VIH, a partir de una aplicación de una entrevista en profundidad y en base a los resultados obtenidos se efectuó un diagnóstico del perfil psicológico, con lo que se describió algunas

características psicológicas del paciente, a partir de los resultados que se obtuvieron de la aplicación de los instrumentos.

Cualitativa, porque se trata de estudios profundos que involucran *"una recolección de información basada en la observación de comportamientos naturales, discursos, respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados en su contexto natural"* (Sabino, 1992, p.91).

En este sentido se realizó un estudio exhaustivo de muy pocos sujetos para la presente investigación, en esta situación específica de 8 casos de pacientes con VIH/SIDA, lo que permitió obtener un conocimiento amplio y detallado de los mismos a través de los diferentes instrumentos planificados para tal fin, llegándose a realizar un análisis cualitativo y detallado del problema.

4.2. POBLACIÓN

La población objeto de estudio estuvo constituida por todos los pacientes con VIH que asisten a sus respectivos controles en el Servicio Departamental de Salud de la ciudad de Tarija.

De acuerdo a los datos estadísticos de casos de VIH registrados en el Servicio Departamental de la ciudad de Tarija, se tiene que durante la gestión 2019 se ha tenido 44 casos en la Provincia Cercado, en los cuales se incluyen hombres, mujeres, niños y mujeres embarazadas. Cuyas edades fluctúan entre los 5 años a los 64 años de edad.

La asistencia de los pacientes al SEDES no es constante, muchos dejan de asistir por diferentes motivos, entre los más comunes se encuentra el cambio de residencia y que los pacientes suelen aproximarse solo para recoger su medicación.

4.3. MUESTRA

Es la parte sobre el que se lleva a cabo la investigación, el cual estuvo conformado por 8 casos, sujetos de 20 a 40 años de edad, con los que se realizó un análisis individual o estudio de caso.

El tipo de muestreo utilizado en la selección de las unidades muéstrales, fue el intencional, puesto que este tipo de muestreo consiste en seleccionar una muestra en base a una o varias características predeterminadas, para obtener información sobre los miembros de la población que reúnan esas características. Datos centrales para la investigación que fueron proporcionados a través de un informante clave, el cual tiene acceso y contacto directo con cada uno de los sujetos con VIH.

Este tipo de muestreo se justifica, ya que es muy difícil acceder a esta población, pues nadie de manera voluntaria admite portar la enfermedad, es más, muchas veces esta situación ni siquiera es percatada por la propia familia, a veces se hace visible por las complicaciones que trae, de salud, problemas familiares, personales, etc.

Las condiciones de inclusión para la selección de la muestra, han sido determinadas de acuerdo a las siguientes características:

- Sexo: Masculino-Femenino
- Edad: de 20 a 40 años.
- Que habitan en la ciudad de Tarija.
- Diagnóstico de VIH

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Diagnóstico de SIDA (asisten al Hospital San Juan de Dios)
- Pacientes que cambiaron de lugar de residencia, se fueron a vivir a otro departamento o se quedaron en sus provincias de origen.
- Edades que sean < 20 y > 40 años

La muestra estuvo constituida de la siguiente manera:

CASO	EDAD	SEXO

1	20	MASCULINO
2	36	MASCULINO
3	38	FEMENINO
4	24	MASCULINO
5	31	FEMENINO
6	24	MASCULINO
7	40	FEMENINO
8	34	MASCULINO

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

El presente trabajo de investigación corresponde al uso de una **metodología cualitativa**, porque se trata de estudios profundos que involucran *"una recolección de información basada en la observación de comportamientos naturales, discursos, respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados en su contexto natural"* (Sabino, 1992, p.91).

En este sentido se realizó un estudio exhaustivo de muy pocos sujetos para la presente investigación, en esta situación específica de 8 casos de pacientes con VIH/SIDA, lo que permitió obtener un conocimiento amplio y detallado de los mismos a través de los diferentes instrumentos planificados para tal fin, llegándose a realizar un análisis cualitativo y detallado del problema.

Los métodos usados son:

Método teórico, que *"permite descubrir en el objeto de investigación las relaciones esenciales y las cualidades fundamentales, no detectables de manera sensoperceptual. Por ello se apoya básicamente en procesos de abstracción, análisis, síntesis, inducción y deducción"* (Rodríguez, 2005, p.45).

Este método permitió profundizar en el conocimiento esencial del perfil psicológico de

los pacientes con VIH en la ciudad de Tarija, puesto que se utilizó el análisis de documentos, la deducción y síntesis, los cuales se emplearon principalmente en la construcción del marco teórico y en la interpretación de los datos, aunque se encontraron presentes en todo el proceso de la investigación.

Así mismo se utilizó el ***método empírico,*** ya que:

> *"Se basa en la recogida de una gran cantidad de datos a partir de un fenómeno natural y del análisis de la base de datos de una teoría o llegar a una conclusión en particular. Los datos empíricos se pueden recoger a través de la observación sistemática de un fenómeno. Toda la evidencia debe ser empírica, es decir, basada en datos reales observados en la naturaleza"* (Rodríguez, 2005, p.49).

En el presente estudio se aplicó la recolección de los datos a través de las diferentes técnicas e instrumentos, lo que permitió realizar un registro, medición, análisis e interpretación de todos los datos obtenidos en el proceso de investigación, dado a través de test psicológicos e inventarios, todo lo cual nos permitió establecer el perfil

Las ***técnicas*** utilizadas en la recolección de datos, fueron las siguientes:

Guía de entrevista en profundidad, es una técnica muy utilizada en la psicología clínica, es la base fundamental para llegar a la comprensión de los hechos y el conocimiento de la persona, consiste en solicitar información a otra persona, como técnica de recopilación que va desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre *"se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados, es decir, no todas las preguntas están predeterminadas"* (Hernández *et al,* 2003, p.119)

Se utilizó esta técnica por su carácter flexible y abierto, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por entero en manos del entrevistador. El investigador elaboró las preguntas

antes de realizar la entrevista, modificó el orden, la forma de encauzar las preguntas o su formulación para adaptarlas a las diversas situaciones y características particulares de los sujetos de estudio.

Técnicas proyectivas, para Hernández et al (2003) son:

> *"Un conjunto de técnicas de recabación de información surgidas en el modelo psicodinámico, que nos permiten el estudio de la personalidad, en las que el individuo da respuestas libremente a series de estímulos tales como manchas de tinta, láminas o frases incompletas, basándose en el supuesto de que las personas proyectan en sus respuestas sus percepciones, sentimientos, estilos y conflictos"* (p.119).

En la presente investigación estás técnicas fueron consideradas especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la conducta ya que han permitido provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas, son altamente multidimensionales y evocan respuestas y datos del sujeto, inusualmente ricos con un mínimo conocimiento del objetivo del test, por parte de éste, ideales para abordar una temática tan delicada como lo es la realidad de los pacientes con VIH.

Así los examinados proyectaron sus necesidades y tensiones, su mundo emocional, sus concepciones privadas del mundo físico y social, y sus esfuerzos por organizar su pensamiento, su conducta y relacionarse con esos mundos (podemos analizar cada dibujo como un modelo del tipo de objetos, con cualidades de completos o incompletos, rotos o inarmónicos, integrados o desintegrados, que esa persona es capaz de crear).

El ***inventario*** psicológico tiene como propósito medir características relacionadas a la psique del ser humano, los hay clínicos, educativos, fisiológicos, sociales, laborales, todos tratando de medir el desempeño en áreas específicas de la mente y sistema nervioso central.

El cuestionario es una técnica de recolección de información, es un medio útil y eficaz para recoger información en un tiempo relativamente breve. Para el presente estudio corresponde al cuestionario estructurado con escalas de evaluación que permite tener una información precisa de las variables objeto de estudio.

Los ***instrumentos*** que fueron aplicados para la recolección de datos, son los siguientes:

- ***Guía de entrevista en profundidad.***

  Es uno de los procedimientos más utilizados en la psicología clínica, es la base fundamental para llegar a la comprensión de los hechos y el conocimiento de la persona, consiste en solicitar información a otra persona, como técnica de recopilación que va desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre; en ambos casos se recurre a una guía como un formulario para orientar la conversación.

  En la presente investigación se aplicó una entrevista semiestructurada, que nos permitió corroborar información específica, ya que es de gran importancia para el correspondiente desarrollo de toda la entrevista; a través de este instrumento se indagó aspectos relacionados a los rasgos de personalidad, los estados afectivo-emocionales, niveles de ansiedad y depresión de los pacientes antes y después de contraer la enfermedad. Entrevista que se constituyó en un respaldo valioso para realizar un mejor análisis e interpretación de los resultados.

— **Test del árbol.**

  a) Nombre del test: test del árbol

  b) Autor: Koch Karl

  c) El objetivo del test consiste en elaborar un árbol que mida la personalidad lo más fiel a la realidad de lo que sea posible con los medios a los que estaban acostumbrados.

  d) El año de creación del test fue el 1957 y la versión que se está utilizando es la de 1991.

e) Este test fue presentado en el congreso internacional de grafología de París el año

1985 con presencia del autor habiéndose considerado temas de interés por colegas de varios países europeos.

f) En este test se le entrega al sujeto una hoja de papel bond en blanco tamaño oficio, un lápiz, un borrador y la hoja de papel donde se manifiesta la operación; la hoja se la entregaremos en posición vertical.

g) Este test se aplica de manera colectiva e individual, se le da la siguiente consigna "dibuje un árbol" (del tipo que desee, siempre y cuando se trate de un tipo de árbol real), no existe límite de tiempo.

h) El test del árbol se puede aplicar tanto a niños como a personas adultas para medir su personalidad.

— **Test de la Figura Humana de Karen Machover**.

a) Nombre del test: Test de la figura humana

b) Autor: Karen Machover

c) El objetivo del test es medir la personalidad afectiva y emocional

d) Fue creado en 1949 la versión que se está utilizando es la de 1991.

e) En este test se le entregará al sujeto una hoja de papel bond en blanco tamaño oficio, un lápiz y un borrador, la hoja se le entregará en posición vertical.

f) Se le da la siguiente consigna "dibuje una figura humana o una persona", no existiendo límite de tiempo en su ejecución.

g) El test de la figura humana puede ser aplicado a niños, mujeres, adultos de cualquier edad.

Es un test proyectivo gráfico que fue elaborado por Karen Machover. Este test tiene la ventaja de ofrecer economía de tiempo en su aplicación y fiabilidad en los resultados, al ser el propio sujeto quien nos ofrece gráficamente una proyección directa de sí mismo y de sus posibles complejos psicológicos.

Pone en evidencia las preocupaciones, las preferencias, necesidades o deseos reprimidos, las frustraciones y el equilibrio interior o elaborar el comportamiento de cara de su ambiente, indicando cuáles son las razones inconscientes que determinan sus reacciones, actitudes, sus posturas, etc.; cuando el sujeto se enfrenta con sus problemas vitales. A través de su dibujo expresa aspectos de la personalidad unidos al auto concepto, a la imagen corporal que es la idea o sentimiento que cada persona tiene respecto a su propio cuerpo.

Permite ver cómo se siente la persona en relación a su medio ambiente como la habilidad para adaptarse a él; el buen criterio con que lo evalúa y la objetividad y forma en que se relaciona con los demás.

— **Cuestionario de Ansiedad de Enrique Rojas.**

Esta prueba fue creada con el fin de diagnosticar el grado de depresión a partir de la evaluación del nivel de ansiedad. Sin embargo, regularmente también se la puede utilizar para describir el nivel de ansiedad. Sus reactivos permiten conocer cuál es el sentir de la persona, describirá la angustia, ansiedad y frustración dando origen de esta manera a síntomas asertivos, de conducta, psíquicos, intelectuales y físicos.

El cuestionario consta de 5 partes que valoran diferentes síntomas, a través de las cuales el sujeto valora el grado de su intensidad de 1 a 4 (1. Intensidad ligera, 2. Intensidad mediana, 3. Intensidad alta, 4. Intensidad grave).

Así mismo el cuestionario de ansiedad de Rojas (1999) establece los niveles de ansiedad y correlaciones con la depresión y edad de los sujetos estudiados.

La escala de puntuación del test de ansiedad de Rojas es la siguiente:

Rango	Nivel de ansiedad
Entre 0 y 20	Banda normal
Entre 21 y 30	Ansiedad ligera
Entre 31 y 40	Ansiedad moderada
Entre 41 y 50	Ansiedad grave
Mas de 51	Ansiedad muy grave

— **Inventario de Depresión de Aaron Beck.**

Creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aarón T. Beck (1985), es un cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.

Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

Existen tres versiones BDI: la versión original publicada en 1961, (utilizada en la presente investigación), la revisión de 1971 bajo el título de BDI- 1; y el BDI-2 publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas. El resultado del BDI, no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para detección o chequeo.

El inventario de depresión de Beck nos ha permitido determinar los niveles de depresión en los pacientes estableciendo los diferentes síntomas. El rango de la puntuación obtenida es de 0 – 63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad, severidad, son los siguientes:

Sin depresión: 0 - 13 puntos **Depresión leve:** 14 – 19 puntos

Depresión moderada: 20- 28 puntos **Depresión grave:** 29 a 63 puntos

4.5. PROCEDIMIENTO

El presente trabajo de investigación se realizó siguiendo las fases que se detallan a continuación:

Fase I. Revisión Bibliográfica.

Se realizó la revisión del material bibliográfico, la búsqueda bibliográfica referida a todos los conceptos necesarios para la construcción del marco teórico y a la comprensión del objeto de estudio de la investigación, que coadyuvó a su vez en el análisis de los datos obtenidos.

En este caso se precisaron temas sobre el VIH/SIDA, rasgos de personalidad, rasgos afectivos, ansiedad y depresión, fundamentaciones basadas en un enfoque psicodinámico tanto en la selección teórica como en la elección de los diferentes instrumentos para la obtención de los resultados.

Fase II. Selección de la Muestra.

En esta fase se llevó a cabo la selección de la muestra a través de un muestreo de tipo intencional, tomando en cuenta algunos criterios de selección consensuados con el informante clave, lo que ha permitido profundizar las razones y/o dificultades de

acceso, de contacto directo con este grupo poblacional, quedando la muestra conformada por 8 casos, en función de los criterios de selección especificados en el documento.

Para esta fase se contó con el apoyo fundamental del informante clave, que nos ha permitido tanto la selección de los casos como el acercamiento a los mismos. Una vez logrados estos pasos, se procedió con la aplicación de los instrumentos.

Fase III. Aplicación de los Instrumentos.

Se procedió a la recolección de la información mediante la aplicación de los distintos instrumentos como la entrevista en profundidad, test psicológicos aplicados a los pacientes con VIH, el test del árbol, test de la figura humana, cuestionario de ansiedad y finalmente, el inventario de depresión.

Esta secuencia de aplicación se ejecutó de manera individual, con cada uno de los casos por separado, tomando en cuenta la predisposición de participación de cada uno de los sujetos, su disposición de tiempo y lugares adecuados para resolver las pruebas, tomando en cuenta la crisis de salud que vivió y que se sigue viviendo en el país y la región.

Fase IV. Análisis e Interpretación de los Datos.

El análisis e interpretación de los datos se realizó de acuerdo a cada uno de los casos que conforman el estudio, los cuales suman un total de 8 casos. Analizándose en primer lugar los datos que nos ha proporcionado la entrevista en profundidad, posteriormente los datos de las pruebas proyectivas como el test del árbol, test de la figura humana, finalizándose con los inventarios de ansiedad y depresión. Por lo que el análisis se realizó por separado, caso por caso; una vez conseguido esto, se procedió a establecer un perfil de personalidad de todos los pacientes con VIH investigados. Todo lo cual ha permitido cumplir con los objetivos trazados en la presente investigación.

Finalmente, se redactaron las conclusiones y recomendaciones del estudio, en función del análisis de los resultados.

Fase V. Elaboración y Presentación del Documento Final.

En esta última fase se concretizó el trabajo de investigación, se elaboró el informe final completo, tomando en cuenta las normas y reglas de presentación y redacción, como así también se llegó a ordenar la información expuesta, posteriormente se procedió a su presentación para su correspondiente aprobación y defensa.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se realiza el análisis e interpretación de los resultados, obtenidos durante el proceso de recolección de datos, los cuales fueron logrados a través de las diferentes pruebas aplicadas a cada sujeto de estudio, con la finalidad de mostrar resultados objetivos del proceso de investigación, realizado en este caso con los pacientes que portan el VIH/SIDA en la ciudad de Tarija.

Previo al análisis de los datos, se debe indicar que los instrumentos empleados para la obtención de datos fueron aplicados de acuerdo al siguiente orden: entrevista en profundidad, test del árbol, test de la figura humana, cuestionario de ansiedad e inventario de depresión.

En este sentido, los datos están organizados en función de los objetivos específicos, por lo cual, para la presentación de los resultados se los organizó de acuerdo a los datos generales de cada caso, descripción general del sujeto, rasgos de personalidad, rasgos afectivos, ansiedad, depresión, finalmente la inclusión de una síntesis diagnóstica, con lo que se finaliza el análisis de caso por caso.

Posterior a este análisis e interpretación de la información, se presenta el análisis de los datos de manera general, es decir a través de cuadros y gráficos, donde se concentran los resultados de los 8 casos de pacientes con VIH, para observar el perfil de personalidad, sus rasgos afectivos y la tendencia del grupo en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión, características psicológicas investigadas que hacen al perfil psicológico de los pacientes.

A continuación, se presenta el análisis de los resultados de caso por caso, integrando los datos obtenidos a partir de la aplicación de la entrevista en profundidad.

5.1. ANÁLISIS DE CASOS

CASO 1

DATOS GENERALES:

Nombre: "F.M."

Sexo: Masculino

Edad: 20

Estado civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Orden de nacimiento: El menor de tres hermanos.

Vive: Con el padre.

Edad de contagio del VIH: 19 años

Circunstancias: Sexo ocasional.

Lugar donde vive: Tablada II – Tarija

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Entrevista en profundidad
- Test del Árbol de Karl Koch
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Cuestionario de Ansiedad de Rojas
- Inventario de Depresión de Beck

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO:

"F.M." afirma que sabía muy poco sobre la enfermedad, relata que se enteró a sus 19 años sobre su diagnóstico de VIH, fue acompañado por su pareja (2da pareja) a

realizarse los análisis de rutina, donde "F.M." da positivo y su pareja da negativo, situación que fractura la relación afectiva por miedo al contagio.

Expresa el poco manejo que realizaba de los métodos anticonceptivos a pesar de conocer sobre el uso y protección que brindan. También manifiesta haberse descontrolado en su último año de secundaria, *"yo era considerado como el chico que era callado, que siempre sacaba buenas notas y en la promo como empecé a ir a fiestas del colegio todos se sorprendieron la verdad por mi cambio de actitud de rebeldía ese año",* acudía constantemente a fiestas, en las que se emborrachaba hasta el punto de muchas veces no tener conciencia de las acciones que realizaba, *"era una persona intranquila, media loca diría yo… era algo liberal la verdad (risas) demasiado diría, salía a las fiestas y no me controlaba a la hora de beber o regresar a la casa a horario"*. "F.M." no tiene idea de la forma o de la persona que lo contagió y tampoco manifiesta interés en saberlo.

En cuanto a su relación familiar, manifiesta la existencia de conflictos internos constantes, la muerte de un abuelo, la muerte de un hermano, la separación de los padres, la ruptura familiar, la ausencia de apoyo emocional en el descubrimiento de su sexualidad como en la aceptación de su orientación sexual, el desconocimiento de la familia sobre su diagnóstico positivo para el VIH.

La situación anímica de "F.M." ha sido interpretada por la familia como parte de la reacción típica sobre su aceptación en cuanto a su orientación sexual que ha sido comunicada a toda la familia, a pesar que "F.M." no siente el rechazo paterno admite que el padre le dijo que *"es la vergüenza de la familia… y hasta el momento no me comenta nada del tema pero no me rechaza*" al enterarse de su orientación sexual. En cuanto a sus familiares refiere que ha compartido el dato de su diagnóstico positivo para el VIH con dos de sus primas, pero no así con sus padres y hermanos.

Lo más relevante para "F.M." es su círculo familiar y el círculo de amistades, el resto no tiene importancia para él, lo cual lo expresa de la siguiente manera *"a los que conté y aprecio me aceptaron bien y de los demás no me interesaría tanto, mientras si mi*

círculo familiar me lo hiciera me afectaría".

La relación afectiva de "F.M." se encuentra afectada, da cuenta de dos relaciones y que actualmente no tiene pareja, a lo que refiere que *"dejar todo para último momento y tener cambios repentinos, eso le molestaba a todo el mundo de ser explosivo y como que por ese motivo no tengo parejas también".*

Para "F.M." el conocer su diagnóstico le ha afectado considerablemente, *"te pega fuerte (suspira), horrible… recibí el diagnostico, ese rato no dije nada me quedé callado y me ponía a pensar de retorno que tengo esto y al llegar a mi casa obviamente me puse a llorar, estuve así semanas, hasta que me hice análisis y fui a recoger tratamiento".* Refiere que después ocurre el cambio a nivel más personal, con el apoyo de amistades para apoyarlo en el proceso de aceptar y salir adelante a pesar de la enfermedad, *"me empecé a controlar más a no tomar tanto y también en ese momento un amigo me empezó a apoyar en el proceso a aceptar y lo que hizo fue mandarme a un encuentro de jóvenes que son positivos y ahí, vi realidades totalmente diferentes, en donde me hicieron ver que no todo es como yo lo pensaba y que hay no se acaba, porque había personas que ya habían vivido 20 y 30 años con el diagnóstico".*

PERSONALIDAD

"F.M." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Introvertido. Objetividad, práctico, facilidad de adaptación y búsqueda de placer. Rigidez, frialdad y aparente sociabilidad.

Introvertido (posición centro izquierdo), pueden parecer reservados y reflexivos, o dar la impresión de que actúan lentamente, disfrutan estando y haciendo cosas solos. Los introvertidos no son asociales, pueden socializar y lo hacen, solo que de manera diferente a la de los extrovertidos. Valoran las relaciones profundas y significativas, les encanta conectarse de manera auténtica y compartir sus ideas en un grupo pequeño o en una conversación de a dos.

Así mismo, “F.M.” refiere que lo más importante que tiene es el círculo familiar y el círculo de amistades. Para “F.M.” lo que digan las demás personas no es relevante para él, solo le interesa si la familia o los amigos no lo llegaran a aceptar.

Objetividad, práctico, facilidad de adaptación y búsqueda de placer (suelo sombreado), es decir que se enfoca en realizar acciones concretas, tendentes a lograr objetivos claramente y con un refuerzo más o menos inmediato.

La adaptación es el proceso por el cual el individuo modifica sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas imperantes en el medio social en el que se mueve, así F.M.” se definía como *“una persona intranquila, media loca diría yo, desde el colegio ya era así”,* hace referencia que *“era algo liberal la verdad, demasiado diría, salía a las fiestas y no me controlaba a la hora de beber o regresar a la casa a horario”.*

Al adaptarse, abandona hábitos o prácticas que formaban parte de su comportamiento, pero que están negativamente evaluadas en el ámbito al que desea integrarse y eventualmente adquiere otros en consonancia con las expectativas que se tienen de su nuevo rol.

Rigidez y aparente sociabilidad (línea derecha ondulada, izquierda recta; ramas en extractos), que denota que “F.M.” tiene una personalidad rígida, firme, obstinada para consigo mismo, pero con los demás es amable, comunicativo, más abierto y menos exigente.

Esto se encuentra reflejado en los comentarios que hace “F.M.” en relación al cambio de actitud y comportamiento que ha tenido al enterarse del diagnóstico positivo para el VIH, *“me tuve que tranquilizar y tomar las cosas un poco más despacio, no acelerar todo el proceso, aprender lo que significa crecer y todo (se ahoga) como diría me ha hecho madurar el diagnostico, saber que soy mortal y que no puedo hacer todo al azar”.*

ESTADO AFECTIVO

"F.M." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Evasión social, superficialidad, cautela, hostilidad. Inmadurez. Conflicto de virilidad, conflicto sexual, inmadurez sexual. Inseguridad de sí mismo.

Evasión social, superficialidad, cautela, hostilidad (omite rasgos faciales), puede deberse a un "mecanismo de defensa" motivado por la necesidad de ocultarse socialmente por alguna culpabilidad real o fantaseada o por algo que avergüenza al sujeto. Así "F.M." refiere en la entrevista dos situaciones que le han generado bastante conflicto, el aceptar su orientación sexual y comunicarla a su familia y por otro lado, aceptar el diagnóstico positivo para el VIH, situación que solo ha sido comunicada a su entorno más cercano, refiriendo que si algunas personas de la universidad se enteraran podría afectar su carrera, *"que algunas personas muy influyentes en mi carrera se llegaran a enterar y me trunquen mis estudios"***.**

Inmadurez (tamaño exagerado de las manos), que denota la dificultad o incapacidad para entablar nuevas relaciones, ligado a torpeza o insuficiente destreza manual, con sentimientos de inferioridad y dificultades de adaptación. Situación expresada por "F" cuando refiere que solo ha tenido dos relaciones, una de 6 meses y la segunda, que se fracturó a raíz del diagnóstico positivo para el VIH.

Conflicto de virilidad (sombreado riguroso del cabello), ***conflicto sexual, inmadurez sexual*** (ausencia de la nariz), signos frecuentes en varones adolescentes que tienen dificultades sexuales vinculadas a complejos de castración, en el caso de "F.M." no se puede desarrollar sexualmente de manera adecuada, y esto le provoca sentimientos de frustración ya que siente que no encaja en el entorno por su manera de sentir. A pesar, de que en la entrevista "F.M." refiere que su sexualidad ha sido aceptada, da a conocer que el padre al enterarse hizo referencia que es *"la vergüenza de la familia*".

Inseguridad de sí mismo (posición inferior), que indica que es una persona vacilante, con bastantes inquietudes e inseguridades, llevándole al extremo y a la preocupación

por su propia salud. Generalmente las personas inseguras de sí mismas, tratan de evitar el contacto con la gente, son tímidas, no se sienten aceptadas por los grupos de amigos(as). Situación que actualmente "F.M." refiere que está atravesando, ya que le cuesta entablar amistades y relaciones afectivas, el único momento en el que se ha abierto a estas interrelaciones ha sido en su último año de colegio, lo cual fue frenado por el posterior diagnóstico positivo para el VIH.

ANSIEDAD

El nivel de puntuación que presenta "F.M." es de 10 lo cual corresponde a un nivel de ansiedad normal o ausencia de ansiedad, lo cual significa que tiene sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud, es decir, que no presenta reacciones que escapan a su control voluntario, tampoco tienen carácter intenso y recurrente, no le generan incomodidad y malestar, ni tampoco infieren significativa y negativamente en su vida.

En cuanto a los síntomas que componen a la ansiedad, "F.M." no manifiesta síntomas físicos (puntuación 9), psíquicos (puntuación 14), de conducta (puntuación 10), intelectual (puntuación 8) y asertivos (puntuación 11), manteniéndose en todos ellos el nivel de banda normal, que refiere la inexistencia de síntomas como palpitaciones, temblores, sequedad de la boca; inseguridad, inquietud interior, temor a perder el control, al suicidio; dificultad para la acción, bloqueo afectivo e inquietud motora; pensamientos negativos, dificultad para concentrarse, trastornos en la memoria; y no saber qué decir ante ciertas personas, o iniciar una conversación, no saber terminar una conversación difícil.

Así "F.M." durante la entrevista hace mención a algunas situaciones en las que ha sentido fracaso, *"yo era uno de los cuadros de honor en el colegio hasta último año y que por mi comportamiento se lo ganó el premio otro compañero y los profesores me lo recriminaron"*, considera que uno de los cambios más negativo que le ha ocurrido es precisamente el de su salud, sin embargo refiere que a pesar de eso*, "he conocido personas que me han sabido apoyar y que he mantenido contacto y me han sabido apoyar, ha sido el encontrar amistades en todo esto"*, finalmente refiere que *"creo que*

no volvería a cambiar nada porque no estaría en este punto de mi vida de no ser por eso".

DEPRESIÓN

El nivel de puntuación que presenta "F.M." es de 8, que es un nivel ausente de depresión, no tiene sentimientos de desesperanza y desesperación que puedan llegar a obstaculizar su vida y afectarle actividades de las que antes disfrutaba.

En síntesis, no presenta características de la depresión como: Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas.

Así "F.M." refiere que la relación con la familia *"es buena la verdad voy ahora a su casa comparto con ellos y por el tema de la pandemia por ahora todo vía celular cada dos tres días y llamada normal"*, por otra parte hace referencia a que algunas cosas cambiaron *"me encerré un tiempo, después empecé a salir pero no con la misma frecuencia que antes y me dedico a estudiar"*, intenta superarse a partir del estudio, *"mis planes son graduarme de mi carrera, hacer una especialidad e irme al extranjero"*.

Así uno de los consejos que emite "F.M." es *"personalmente pues como que no me esperaba esto, pero ya que lo tengo seguir una vida de lucha y aconsejarle a los demás a que se cuiden y que si es que lo tienen no se frustren que todavía hay una vida por delante, soy una persona que ha luchado en todo aspecto de mi vida y que no puedo dejar que nada me afecte ahora y que tengo que seguir adelante".*

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA.

"F.M." manifiesta rasgos de personalidad de Introvertido. Objetividad, práctico, facilidad de adaptación y búsqueda de placer. Rigidez, frialdad y aparente sociabilidad.

Los rasgos afectivos están dados por la evasión social, superficialidad, cautela,

hostilidad. Inmadurez. Conflicto de virilidad, conflicto sexual, inmadurez sexual. Inseguridad de sí mismo.

No presenta ansiedad puesto que no manifiesta síntomas físicos, psíquicos, de conducta, intelectuales y asertivos.

Finalmente, se da un nivel ausente de depresión, en el que no se manifiestan los síntomas característicos de la depresión.

CASO 2

DATOS GENERALES:

Nombre: "P.R."

Sexo: Masculino.

Edad: 36 años.

Estado civil: Casado.

Ocupación: Pintor.

Orden de nacimiento: El menor de tres hermanos.

Vive: Con esposa y dos hijos.

Número de hijos: Tres hijos.

Edad de contagio del VIH: 26 años.

Circunstancias: No recuerda.

Lugar donde vive: Turumayo – Tarija.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Entrevista en profundidad
- Test del Árbol de Karl Koch
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Cuestionario de Ansiedad de Rojas
- Inventario de Depresión de Beck

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO:

"P.R." afirma que no sabía nada sobre la enfermedad, relata que al regresar de la Argentina para reconciliarse con su esposa, se puso mal de salud y a través de unas

pruebas le diagnosticaron VIH. También indica que no utilizaba métodos anticonceptivos porque considera que *"no era de tener muchas parejas"*

Caracteriza su infancia como divertida, disfrutaba la compañía de sus dos hermanos mayores, a los que seguía, refiere que se "*hacía castigar en la escuela cuando no hacia la tarea así que ya no quería ir y terminé dejándolo".* Su adolescencia transcurre entre buscar trabajo y ganarse el pan junto a sus hermanos, como ayudantes de albañil y en empresas de carretera.

Vivía con sus padres y sus dos hermanos. Es su padre el que lo llega a apoyar en todo momento por su diagnóstico de VIH, el primero en enterarse junto a él de la enfermedad que tenía, lo cual luego compartió con la esposa y el resto de la familia. Considera que no es bueno compartir la noticia con vecinos o conocidos puesto que esto afectaría en la forma de tratarlo, como ya le ha ocurrido una vez en la que fue discriminado por la enfermedad *"una ocasión en la ciudad, pero a mí no me importó, solo me fui a comer a otro local",* también considera que le afectaría mucho si lo llegarán a tratar mal, razón por la que no les dijo nada a sus primos ni tíos y tampoco piensa decirles.

No refiere a amistades específicas como parte central de su vida, frecuenta partidos de fútbol con los amigos "*de vez en cuando y salir a compartir con ellos terminado de jugar pero nada más, no era de salir mucho a fiestas"*, ubica en su vida afectiva a su familia, su pareja y sobre todo sus hijos "*son lo positivo que me ayudan a cumplir que tome mis medicamentos".*

PERSONALIDAD

"P.R." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Egoísmo. Retraimiento. Concreto, positivista y extrovertido.

Egoísmo (posición centro izquierdo y centro derecho), que hace referencia al amor excesivo e inmoderado que una persona siente sobre sí misma y que le hace atender desmedidamente su propio interés, por lo tanto, el egoísta no se interesa por el interés

del prójimo y rige sus actos de acuerdo a su absoluta conveniencia.

En este sentido y de acuerdo a la entrevista, "P.R." indica que le daba miedo el contagio del VIH a la esposa solo porque ella estaba embarazada *"por ella me daba miedo porque estaba embarazada pero el niño salió bien es algo como si me devolviera la esperanza para seguir trabajando*", no hace referencia a los sentimientos de la esposa o a la preocupación de contagio de la enfermedad hacia ella.

Retraimiento (suelo circunscripto), que implica que la persona se muestre voluntariamente reservada y con poca comunicación, lo cual es expresado por "P.R." que indica que en su niñez vivía en Santa Cruz y juntos a sus hermanos *"solíamos salir en las noches a jugar en la calle junto a los vecinos, yo como era el menor los seguía a ellos donde iban, yo era calladito y me hacía castigar en la escuela cuando no hacia la tarea así que ya no quería ir y termine dejándolo".*

"P.R." también indica que sus actividades estaban centradas en buscar trabajo, trabajar en lo que pudiesen y *"en ratos libres salía a jugar la pelota pero más de eso nada más"*, describiéndose nuevamente como *"yo era muy tímido, no me gustaba salir así nomás por ahí, era un chico de trabajo y de retorno a casa"***.**

Concreto y positivista (copa simple silueta), que implica un sujeto determinado y preciso, con cierta carga optimista, que intenta mirar el lado bueno de las cosas. En este sentido, "P.R." hace referencia que tiene sospecha de quién lo contagió *"tengo sospecha que pudo haber sido allá en la Argentina y la verdad que no sé y el ponerse a pensar y querer encontrar un culpable es mejor seguir así como estamos",* lo que expresa que no le gusta perder el tiempo preocupándose por lo malo, admite que *"sigo siendo tímido pero ya sé que me tengo que informar más y ayudar con lo que pueda, a mi esposa y tener mucha más confianza en ella que se queda aquí con mis hijos cuando voy de trabajo a Santa Cruz por días".*

Se centra y basa sus expectativas en la familia *"ahora mi casa y mis hijos son lo positivo que me ayudan a cumplir que tome mis medicamentos"*, es concreto pues no

basa sus pensamientos en lo que podría ser su vida *"no las cosas ya están hechas, están como están y da flojera volver atrás"***,** sino en lo que es y tiene.

ESTADO AFECTIVO

"P.R." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Dependencia. Inmadurez emocional. Psicosexualmente inmaduro e infantil.

Dependencia (boca cóncava o receptiva), que implica la subordinación a un poder mayor o a la situación de un sujeto que no está en condiciones de valerse por sí mismo. Así "P.R." refiere constantemente que sin su familia él no podría continuar, porque recibe el apoyo y ayuda de ellos *"mi familia sabe y me apoya y juntos nos apoyamos aquí en casa, también con el recordatorio de tomar las pastillas del tratamiento".*

Inmadurez emocional (ojos vacíos), que implica un cierto infantilismo en cuanto a sus emociones o sentimientos, lo cual se presenta en el relato de "P.R." que indica que en el momento de enterarse que tenía VIH *"me reí, y no sabía que era esa enfermedad, así que estaba esperando que me den algo y volver rápido a casa, no caía en cuenta que era algo que no me iba a sanar"*, refiere también que *"ese rato no lo asimile todavía, yo pensé que esta cosa era mentira y que con esto iba a acabar que iba a morir, me decía es broma una burla, me asusté, me asombré y me costó asimilarlo"*.

Psicosexualmente inmaduro e infantil (cuello excesivamente largo), inmadurez referida a la sexualidad, donde una persona actúa como si tuviese menos edad de la que tiene, así en la entrevista en cuanto a los métodos anticonceptivos "P.R." indica que *"no los usaba porque no era de tener muchas parejas pero se tiene uno que proteger me dijo la doctora aunque sea con una pareja porque uno no sabe con quién estuvo la otra persona, ahora ya se me de los preservativos"*. Se debe hacer notar que "P.R." al momento de la entrevista cuenta con 36 años de edad, añade también que *"yo la verdad no tenía información sobre esta enfermedad ni sabía de qué se trataba"*.

ANSIEDAD

El nivel de puntuación que presenta “P.R.” es de 8 lo cual corresponde a un nivel de ansiedad de banda normal, que refiere a la ausencia de ansiedad, es decir que no presenta reacciones desproporcionadas y/o injustificadas, así también, no existe un cambio notable en los patrones de comer o dormir, los cuales se mantienen dentro de sus actividades cotidianas y regulares.

En cuanto a los síntomas, “P.R.” no manifiesta síntomas físicos (puntuación 7), psíquicos (puntuación 4), de conducta (puntuación 15), intelectual (puntuación 0) y asertivos (puntuación 12), manteniéndose en todos ellos en un nivel normal, que refiere la inexistencia de síntomas como palpitaciones, temblores; inquietud interior, temor a perder el control; no presenta dificultad para la acción; tampoco pensamientos negativos, dificultad para concentrarse; y logra iniciar conversación, como terminar una conversación difícil.

Ausencia de ansiedad que se advierte en la entrevista, puesto que “P.R.” indica que *“no considero que haya tenido ningún fracaso, todo bien en mí”*, en cuanto a los cambios negativos en su vida considera que *“ninguno, nada negativo, todo igual que antes normal”,* se describe como *“soy un poquito celoso, pero de algo también hay que morir no? eso ya no se cambia”,* en cuanto a sus oportunidades de hacer las cosas de nuevo refiere que *“no las cosas ya están hechas, están como están y da flojera volver atrás”*, por lo que se basa más en el presente que en una preocupación por el futuro.

DEPRESIÓN

El nivel de puntuación que presenta “P.R.” es de 2 lo cual indica un nivel ausente de depresión, por lo que no se manifiestan síntomas de la depresión, es decir no tiene sentimientos de desesperanza y desesperación que obstaculice sus actividades cotidianas, o su planificación hacia el futuro y hacia el mundo en general, sino todo lo contrario como se observa a continuación:

“P.R.” refiere que a pesar de la enfermedad contraída *“nada ha cambiado*”, que la comunicación y la relación con su familia se mantiene incluso a pesar de la cuarentena,

y que existen cosas que han mejorado como *"con mi esposa empezamos a conversar más tiempo y yo la apoyaba en lo que ella quería hacer así qué mejoro mucho, ya que antes parábamos distanciados lejos el uno del otro así que con los resultados de la prueba nos apoyamos juntos"*, indica que viaja por trabajo, pero que *"estoy comunicándome más con mis hijos de vez en cuando aquí en la casa y ayudando a mi esposa".* En cuanto a sus actividades y amistades refiere que *"no cambio nada yo sigo saliendo a jugar a las canchitas y estar un rato con ellos y me regreso a la casa"*.

En cuanto a sus planes para el futuro indica que *"quiero terminar de pagar mis deudas y que la casa ya esté pagada y así ahorrar para una movilidad", "planes así como se diga planes aparte de terminar de pagar al banco no, es a lo que se venga, no me gusta hacer muchos planes"*, lo cual también está relacionado con la personalidad concreta que tiene "P.R."

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA.

"P.R." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Egoísmo. Retraimiento. Concreto, positivista y extrovertido.

"P.R." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Dependencia. Inmadurez emocional. Psicosexualmente inmaduro e infantil.

No presenta ansiedad puesto que no manifiesta síntomas físicos, psíquicos, de conducta, intelectuales y asertivos.

Finalmente, se da un nivel ausente de depresión, en el que no se manifiestan los síntomas característicos de la depresión.

CASO 3

DATOS GENERALES:

Nombre: "M.M."

Sexo: Femenino.

Edad: 38 años.

Estado civil: Casada.

Ocupación: Repostera.

Orden de nacimiento: 1ra o mayor de 8 hermanos (5 mujeres y 4 hombres)

Vive: Con su familia.

Número de hijos: Dos hijos.

Edad de contagio del VIH: 26 años.

Circunstancias: No recuerda.

Lugar donde vive: Turumayo – Tarija.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Entrevista en profundidad
- Test del Árbol de Karl Koch
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Cuestionario de Ansiedad de Rojas
- Inventario de Depresión de Beck

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO:

"M.M." refiere que su infancia fue buena hasta sus 10 años, después y debido a las responsabilidades impuestas por los padres que se centraban en que ella cuide y crie

sobre todo a 4 de sus hermanos todo cambia, ya que sus padres estaban lejos, haciendo negocios en el campo, "*luego empecé a criarlos a cocinarles, cambiarlos mandarlos a la escuela"*.

A sus 11 años refiere haber sido abusada por su tío, hermano menor de su padre, el cual indica "*me hacía creer que yo era su novia, él ya era joven, me debe llevar con unos 7 años y yo no sabía que estaba malo lo veía bien".*

A sus 16 años abandona su casa, se va a Santa Cruz a trabajar, hasta sus 20 años, edad en la que se da su primer embarazo, por lo que retorna con el padre de su hija a Tarija, pero finaliza la relación porque *"no nos llevamos bien era muy mujeriego, le gustaban las mujeres, así que estando de 5 meses de embarazo se fue y me dejó".*

Posteriormente conoce a su actual esposo, con el que retorna embarazada a Santa Cruz, da a luz a una niña, la cual muere a los 7 meses. La pareja se separa, ella continúa trabajando y posteriormente el esposo retorna de la Argentina donde tenía otro hijo con otra pareja. Regresan y se embaraza de su segundo hijo. Antes del nacimiento de su hijo ya sospechaban que estaban enfermos por la salud delicada que tenían ambos, lo cual fue a sus 26 años.

PERSONALIDAD

"M.M." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Relaciones ligadas al porvenir, extroversión y proyectos futuros. Orgullo, vanidad y deseos de superación. Sociabilidad. Deseos de mostrar su propia capacidad y búsqueda de resultado inmediatos.

Relaciones ligadas al porvenir, extroversión y proyectos futuros (posición centro derecho), que conlleva que es una persona que tiene tendencia a socializar con facilidad y a sobresalir en las reuniones, ser el centro de atención. Esto se observa claramente en la entrevista, donde "M.M." se describe como una persona social, divertida, que establece relaciones amistosas con facilidad, así también después de su diagnóstico de

VIH, indica que tuvo más fuerza, sobre todo porque *"debo demostrar a los demás que puedo salir adelante".*

Esto se relaciona también con el hecho de que *"mis hijos fueron mi motor a seguir el tratamiento"*, así también su vida revela los grandes esfuerzos que realizó para salir adelante, a pesar de las circunstancias "M.M." no dejaba de trabajar, procuraba un destino mejor para sus hijos como para ella, de ahí los viajes a diferentes lugares para seguir trabajando, esta característica establece las relaciones con el porvenir y los proyectos futuros que establece continuamente para sacar adelante a su familia.

Orgullo, vanidad y deseos de superación (tamaño grande), que posiblemente se refiere a la petulancia, engreimiento, jactancia o la afectación de una persona, incluye el sentir o aspirar algo superior a lo que se tiene. Así "M.M." refiere que *"por nuestros hijos, y al menos yo luché por hacerles algo y dejarles algo a ellos, me volví de casa y una persona bien luchadora, que ahorita se enciende… me molestó, soy bien fosforito"*, así también indica que las demás personas "*me dicen lo fuerte que soy a comparación de otras personas con la enfermedad".*

Sociabilidad (suelo ondulado), que implica que tiende a acercarse a las personas, optando por llevar una vida sociable y en compañía de otras personas, disfruta del contacto con los demás, por eso intenta mantener las interacciones sociales. Así en la entrevista "M.M." se describe que *"era una persona bien sociable y que le gustaba arreglarse y verse bien, salir a compartir y vivir la vida"*

Deseos de mostrar su propia capacidad y búsqueda de resultado inmediatos (árbol con frutos), al respecto "M.M." indica que después de enterarse de sus resultados *"ingrese a un grupo de mutua ayuda así que me informé muy bien sobre el tema y nos reuníamos una vez al mes venía un bono con el que cocinábamos y conversábamos y nos apoyábamos ahí fue donde yo más me he empoderado"*, así también se describe a sí misma *"siempre supe salir adelante y lo sigo haciendo"*. Lo cual denota las ansías de demostrar que puede lograr mucho más de lo que ya ha logrado, busca ayuda en el momento para superar cualquier situación que le puede afectar emocionalmente en el

momento actual.

ESTADO AFECTIVO

"M.M." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Inmadurez emocional. Rechazo o desprecio. Agresividad reprimida. Inmadurez sexual. Preocupación sexual como abuso, intento.

Inmadurez emocional (ojos vacíos), que implica un cierto infantilismo en cuanto a sus emociones o sentimientos, así "M.M." refiere en la entrevista, su vida anterior a la enfermedad era más *"de calle"*, le gustaba "*salir a compartir y vivir la vida"*, lo cual también se expresa en sus relaciones afectivas, ante las rupturas afectivas solía sustituir la relación con otra nueva lo más pronto posible, desconociendo a cabalidad los peligros que esta actitud demandaba sobre todo ante la falta de protección sexual.

Rechazo o desprecio (nariz en forma de gancho o ancla), sentimiento que se manifiesta como una no aceptación o tolerancia hacia otra persona o situación, así en la entrevista "M.M." indica que al conocer los resultados de la enfermedad *"sentía rabia y empecé a buscar culpable y verlo con rabia a mi esposo y decir él fue y sentí rechazo"*, sentimiento que se presenta en varios momentos de la entrevista, así cuando relata la reconciliación con el esposo, donde considera que es el momento en que la contagian con VIH, así refiere que *"me llamó desde allá, me dijo te extraño, ya voy a ir, pero yo con mi hermano nos decíamos que no vuelve y un día llamó que ya estaba en la terminal, que lo vaya a recoger, que estaba sin un peso y fui de tonta y esa misma noche me embaracé de mi hijo"*.

Agresividad reprimida (sin manos), que implica responder de forma violenta, pero al estar reprimida esta no se observa en la acción, sino más bien es un sentimiento que se contiene y no llega a la acción.

De esta forma "M.M." considera que debe proteger a sus hijos de posibles agresiones del entorno, ante la posibilidad de que se enteren que los padres tienen VIH, así indica que *"más que todo por mis hijos que digan sus padres si tienen esa enfermedad y digan*

sus hijos igual la debe de tener y me los traten mal, por eso mejor a nadie", también hace mención que *"se sabe de compañeros que prefieren callarlo por miedo a ser maltratados y expulsados de su casa".* Otro evento que denota que "M.M." reprime sus sentimientos, está dado por el miedo a ser tratada mal por los demás, así por uno de sus hermanos que vive en Santa Cruz, así en un almuerzo *"se levantó y dijo yo no voy a comer en la misma mesa donde esta una sidosa y se fue, así que yo ya sé a quién contarle y tal vez más allá me llegue a meter en problemas prefiero evitarlo",*

Inmadurez sexual (no dibujar los senos), que implica un cierto infantilismo en el plano sexual. A partir de lo que "M.M." relata en cuanto a la pregunta del uso de métodos anticonceptivos indica que *"no usaba y eso mal para mi nomás no pero las cosas por algo se dan"*, refiere a varias parejas sexuales con las que no se asumió medidas de protección *"no porque a esa persona no volví a ver más desde que nos viajamos y pasó el tiempo".* Lo cual da cuenta la idea de que no se tomaba en cuenta un posible contagio de alguna enfermedad al no establecerse medios de protección con las parejas sexuales, dejándolo al destino lo que vaya a ocurrir con la salud de cada uno.

Preocupación sexual como abuso, intento (rayas en la ropa área de los genitales), lo cual se advierte claramente a través de la entrevista, donde "M.M." revela que sufrió de abuso sexual de un tío, hermano menor de su padre *"a los 11 años fui ultrajada sexualmente por el hermano de mi papá el menor, mi tío y bueno yo no lo tomaba así en ese entonces porque en esos tiempos no se hablaba de estos temas como ahora sobre las violaciones, el a mí me hacía creer que yo era su novia él ya era joven me debe llevar con unos 7 años y yo no sabía que estaba malo lo veía bien"* y es después, a sus 16 años que llega a tomar conciencia de esta problemática, debido a que *"cuando cumplí 16 años yo me fui de mi casa, me escapé prácticamente porque ya había conocido personas mayores y les había hablado de mi situación me dijeron que tengo que dar parte a mi padre porque prácticamente estaban abusando de mí y eso no era amor y como me dije que no me iban a creer decidí escaparme y me fui a Santa Cruz".*

ANSIEDAD

El nivel de puntuación que presenta "M.M." es de 18, lo cual corresponde a una ansiedad normal, que significa que tiene sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud, los cuales no se manifiestan externamente. Es decir, que "M.M." no presenta reacciones que escapan a su control voluntario, tampoco tienen carácter intenso y recurrente.

En cuanto a los síntomas que componen a la ansiedad, "M.M." no manifiesta síntomas físicos (puntuación 16), psíquicos (puntuación 13) y asertivos (puntuación 18), manteniéndose en todos ellos un nivel de banda normal, que refiere la inexistencia de síntomas como palpitaciones, sequedad de la boca; inseguridad, inquietud interior, temor a perder el control; y no saber qué decir ante ciertas personas o no saber terminar una conversación difícil.

En cuanto a los síntomas de conducta (puntuación 22) presentan un nivel de ansiedad ligera y de igual manera, en cuanto a los síntomas intelectuales (puntuación 21) el nivel es ligero, es decir que manifiesta cierta dificultad para la acción, bloqueo afectivo e inquietud motora; así también ciertos pensamientos negativos, dificultad para concentrarse y trastornos en la memoria, así lo que le molesta es *"mi carácter y quisiera moldearlo un poco, si alguien me molesta yo ahorita exploto soy bien fosforito"*.

A pesar de estos síntomas, de manera general no existe ansiedad, lo cual es confirmado en la entrevista, donde "M.M." indica que *"para mi han sido cambios positivos ahora me cuido más, me llene de información, se más de la vida, y además no caí enferma hasta el momento, incluso a veces me digo si de algo voy a morir que sea así, que me preparo mis asados, como bien, a veces me tomo y me emborracho en ocasiones, además para qué trabajo digo y por ahí muero más antes y va venir la otra eso no"*, también refiere que *"no he tenido fracasos"* y ante la oportunidad de hacer las cosas de nuevo indica que *"no ya pasó y no quiero ni pensarlo en volver al pasado, así estoy y así sigo"*, lo cual denota la ausencia de ansiedad.

DEPRESIÓN

El nivel de puntuación que presenta “M.M.” es de 2 lo cual hace referencia a un nivel ausente de depresión, es decir no tiene sentimientos de desesperanza y desesperación que puedan llegar a obstaculizarle muchos aspectos de la vida y afectarle actividades de las que antes disfrutaba, así en la entrevista indica que en cuanto a sus aspiraciones *“sigo teniendo y muchas, tengo ganar de tener más y yo no paro”*, el motivo para continuar *“fueron mis hijos y que no digan esta se quedó hay nomás, yo quiero que vean que los sueños no terminan con la enfermedad, y mis hijos digan el día de mañana mi mamá era fuerte y punto*”

Por otra parte, no presenta un estado de malestar, ni sentimientos de inferioridad, o de sentirse culpable, así también no llega a manifestar sentimientos de desesperanza hacia sí misma, hacia el futuro y hacia el mundo en general; así en la entrevista refiere que *“lo que se venga y lo que Dios quiera para mí, bienvenido va ser para mí, yo no me cierro a nada”,* lo que la frustra en estos momentos *“aurita lo único que me puede frustrar es esta ´pandemia luego yo tengo todo para salir adelante”*.

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA.

“M.M.” manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Relaciones ligadas al porvenir, extroversión y proyectos futuros. Orgullo, vanidad y deseos de superación. Sociabilidad. Deseos de mostrar su propia capacidad y búsqueda de resultado inmediatos.

“M.M.” manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Inmadurez emocional. Rechazo o desprecio. Agresividad reprimida. Inmadurez sexual. Preocupación sexual como abuso, intento.

No presenta ansiedad puesto que los síntomas físicos, psíquicos y asertivos presentan una banda normal, a diferencia de los síntomas de conducta e intelectuales donde se presenta un nivel de ansiedad ligera.

Finalmente, se da un nivel ausente de depresión, en el que no se manifiestan los

síntomas característicos de la depresión.

CASO 4

DATOS GENERALES:

Nombre: "C.A."

Sexo: Masculino

Edad: 24 años

Estado civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Orden de nacimiento: 2do de tres hermanas.

Vive: Con su familia (padres y hermanas)

Edad de contagio del VIH: 24 años.

Circunstancias: Sexo ocasional sin protección.

Lugar donde vive: Barrió Villa Avaroa – Tarija.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Entrevista en profundidad
- Test del Árbol de Karl Koch
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Cuestionario de Ansiedad de Rojas
- Inventario de Depresión de Beck

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO:

"C.A." refiere que su infancia se ha caracterizado por la existencia de padres protectores, responsables y trabajadores, los cuales *"no podían dedicarnos todo su tiempo, nos dejaban solos en casa por mucho tiempo, pero en lo posible y a la medida hemos sido felices"*.

La adolescencia para "C.A." ha sido *"más caótica"*, indica la ausencia del padre en cuanto a su orientación sexual, falta de confianza con ambos padres para expresar sus sentimientos y la existencia de bulling por *"expresar mi sexualidad y muchas veces eso a los compañeros no les gustaba"*, también indica que tenía muchas dudas a sus 14 años y que *"desde ahí ya salí del closet, lo que pasaba era que no me sentía identificado y me sentía súper raro, con el tiempo me hice amigos y salí de la promo".*

A los 24 años se entera sobre su diagnóstico de VIH, a lo que considera *como "muy chocante porque no me esperaba esa noticia, fue en febrero de este año y me pilló, luego la cuarentena así que a meditar en casa todo este tiempo".*

PERSONALIDAD

"C.A." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Extroversión, seguridad de sí mismo y realismo. Sociabilidad y contacto fácil.

Extroversión, seguridad de sí mismo y realismo (suelo con raya horizontal), que implica poder considerar o percibir lo que ocurre tal como sucede, con cierto optimismo y relación adecuada con el entorno. Así en la entrevista "C.A." refiere que ante su diagnóstico de VIH, su reacción "ha sido de afrontarlo porque era decidir en comenzar el tratamiento o dejarme estar así", considera que al ser activista en derechos humanos sabe que *"nadie muere con VIH, puedo medicarme, puedo tener una vida tranquila si me medico, así que no tenía miedo sobre eso*", percibe claramente que a pesar de conocer sobre métodos anticonceptivos esto no fue suficiente *"estaba bien informado como dije, pero no me protegía, lo hacía algunas veces y hay esta mi resultado… pero de algo estoy seguro (contagio) fue por vía sexual".*

Sociabilidad y contacto fácil (tronco de líneas onduladas), que tiende a acercarse a las personas, optando por llevar una vida sociable y en compañía, disfruta del contacto con los demás, por eso intenta mantener sus interacciones sociales.

De esta manera "C.A." indica que *"me gustaba salir con mis amigos, sacar fotos, era*

muy divertido, y también salir a compartir y beber alcohol un chico en descontrol no siempre pero a veces les seguía a los demás", a pesar de que se volvió más responsable y por la pandemia no hubo más fiestas, lo cual evitó que asista o que tome alcohol, mantiene relaciones de amistad y de apoyo, así indica que *"fue un amigo que yo le conté que mi resultado me salió positivo y él me dijo que tengo que seguir un tratamiento por mi persona, y siempre estamos charlando sobre el tema, en si estamos más en contacto con él, además es más llevadero si conoces a personas que tienen la enfermedad y ellos saben cómo afrontarlas, ya que el sentirte solo no es bueno para uno, siempre es bueno el apoyo y te suban los ánimos y esto es lo que hizo esta persona conmigo"*.

ESTADO AFECTIVO

"C.A." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Conflicto sexual, inmadurez sexual, inseguridad. Agresividad reprimida.

Conflicto sexual, inmadurez sexual, inseguridad (ausencia de la nariz), lo cual se expresa en la entrevista, donde "C.A." refiere que "tenía sexo ocasional y las medidas de uso adecuado y de protección con preservativo no los tenía muy consciente, y fue un poco caótico por mi parte el no tener esa responsabilidad", considera su acciones como imprudentes e insensatas, debido a que *"si tenía información porque era activista, así que estaba muy bien informado al respecto, pero no me protegía, lo hacía algunas veces*", así también reconoce que la problemática se desencadena a través del *"sexo ocasional, la verdad que no se ni quién fue, y otras relaciones que mantuve fueron de antes, así que no tenía a quien comunicar"*.

Agresividad reprimida (sin manos), que implica la tendencia de actuar o a responder de forma violenta pero que contiene esta sensación, lo cual se advierte a través de lo que relata "C.A." que indica como "*chocante"* la noticia de su contagio de VIH, "*caótico"* con *"un poco de pena y rabia y ganas de irme a llorar lejos, sentí una pérdida de contacto con la realidad por unos momentos y vi recorrer todo lo que pasé en segundos como lo echaba a la borda"*, situación que se agrava ante la dificultad de

compartir esta situación difícil con los demás, la cual se mantiene reprimida por el contexto delicado que conlleva la enfermedad.

ANSIEDAD

El nivel de puntuación que presenta "C.A." es de 15 lo cual corresponde a un nivel de banda normal, es decir, que no presenta reacciones que escapan a su control voluntario, así también, no existe un cambio notable en los patrones de comer o de dormir, tales como comer o dormir en exceso.

En cuanto a los síntomas que componen la ansiedad, "C.A." no manifiesta síntomas físicos (puntuación 9), psíquicos (puntuación 10), de conducta (puntuación 11), e intelectuales (puntuación 13) manteniéndose en todos ellos un nivel de banda normal.

En cuanto a los síntomas asertivos (puntuación 33) corresponde a un nivel de ansiedad moderada, es decir que "C.A." presenta ciertas dificultades en su relacionamiento, el no saber qué decir ante ciertas personas, o dificultad para iniciar una conversación o no saber cómo terminar una conversación difícil.

De esta manera la entrevista reafirma este nivel, debido a que "C.A." indica que *"sentí angustia por los resultados quería que fueran negativos, pero algo dentro de mí me decía no tienes esa certeza, ni oportunidad porque tus acciones te llevaron hasta aquí, me puse nervioso por un momento y me dije ya me tengo que portar bien"*, esto se agrava ante la dificultad de compartir el estado de salud con los familiares y amistades, no saber qué decir o cómo dar la noticia.

No presenta nivel de ansiedad, puesto que advierte su problemática de la siguiente manera *"me digo ahora últimamente, tal vez se dio por algo y que no me estaba cuidando bien y ahora empiezo a ver más por mi salud cosa que antes de la enfermedad no lo habría hecho y por esta parte no quisiera volver atrás porque fue como decir una bofetada a lo que estaba haciendo y que ahora me ponga las pilas conmigo mismo"*, tiene proyectos o metas como *"salir de la universidad… luego el empezar otra carrera en la universidad, también pues esperar la cura para el VIH porque las personas que*

vivimos el día a día con esta enfermedad tenemos la esperanza que pronto saldrá la cura tal vez no hoy, ni mañana pero algún día".

DEPRESIÓN

El nivel de puntuación que presenta "C.A." es de 3 lo cual hace referencia a un nivel ausente de depresión o que no existe depresión, por lo que no se manifiestan los síntomas característicos de la depresión, es decir no tiene sentimientos de desesperanza y desesperación que puedan llegar a obstaculizarle muchos aspectos de la vida y afectarle actividades de las que antes disfrutaba. Por otra parte, no presentan un estado de malestar, ni sentimientos de inferioridad, o de sentirse culpables, así también no llegan a manifestar sentimientos de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general.

Situación que se advierte también en la entrevista, así indica que *"el cuidarme más con lo que consumo y con la esperanza de que un día se llegue a curar esta enfermedad y con eso en mente me sigo cuidando con una alimentación sana, antes no le bajaba a las papas fritas, frituras de todo tipo, comidas como el arroz y la papa mis favoritos, ahora las hice un lado porque me arriesgo más con mi enfermedad*", refiere unos proyectos inmediatos como el *"trabajar de lo que salga profesional de la universidad, tal vez fundar una ONG para las personas que viven con VIH, porque en si existe una red pero no es tan eficaz, sé que hay algunas otras redes que están ligadas con la enfermedad pero no en su totalidad".*

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA.

"C.A." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Extroversión, seguridad de sí mismo y realismo. Sociabilidad y contacto fácil.

"C.A." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Conflicto sexual, inmadurez sexual, inseguridad. Agresividad reprimida.

No presenta ansiedad puesto que los síntomas físicos, psíquicos, de conducta e

intelectuales presentan una banda normal, a diferencia de los síntomas asertivos donde se presenta un nivel de ansiedad moderada.

Finalmente, se da un nivel ausente de depresión, en el que no se manifiestan los síntomas característicos de la depresión.

CASO 5

DATOS GENERALES:

Nombre: "R.M."

Sexo: Femenino.

Edad: 31 años.

Estado civil: Soltera.

Ocupación: Abogada.

Orden de nacimiento: 5ta de 7 hermanos varones (otros 2 hermanos que murieron)

Vive: Con la familia de su pareja.

Edad de contagio del VIH: 23 años.

Circunstancias: Vía sexual.

Lugar donde vive: Barrió Morros Blancos – Tarija.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Entrevista en profundidad
- Test del Árbol de Karl Koch
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Cuestionario de Ansiedad de Rojas
- Inventario de Depresión de Beck

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO:

"R.M." refiere que su infancia la hizo una niña fuerte, porque estaba rodeada de 6 hermanos varones que tanto en el trato como en los juegos mantenían una relación diferente.

Su adolescencia recuerda que la vivió "*sanamente y llena de sueños y alegrías"*, se reunía con sus amigas a conversar, salía a compartir helados, se describe como "*amiguera y tenía muchas amigas, también me emocionaba cuando había un chico que me guste, me mire".*

A sus 23 años, se entera que tenía VIH, mientras estaba cursando la universidad, refiere que solía usar métodos de protección, pero por la confianza depositada en su pareja dejó de hacerlo y de esta manera llega a contagiarse, así también indica que su pareja sabía que tenía VIH y no tomó las medidas para protegerla a ella.

PERSONALIDAD

"R.M." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Introversión. Energía, mando y brutalidad física. Orgullo, vanidad y deseos de superación.

Introversión (posición centro izquierdo), que se caracteriza por una inclinación hacia el universo interior, reservada, no suele exteriorizar sus emociones, concentra su interés y su atención en sus propios procesos internos. De esta manera, "R.M." indica que *"me caracterice por cerrar mi círculo social de amistades porque, las que considere mis amigas no lo eran en realidad, solo me buscaban cuando necesitaban donde apoyarse en tiempos malos para ellas, luego no existo, no te conozco".*

Así también refiere una decepción con las personas *"la gente solo busca siempre lo negativo en tu vida, para poder destruirte, eso los hace felices mientras tu estés por los suelos ellos más lo disfrutan y como sé de aquello prefiero que los que saben sean los únicos y evitarme pasar momentos amargos con cuentos".*

Energía, mando y brutalidad física (trazo fuerte), que implica que tiene la potestad o el dominio respecto a la situación o emociones, así "R.M." se describe como *"era una persona que siempre estaba para los demás apoyándolos en lo que les pasaba, era una persona de carácter, un poco dura y mandona y mucho renegaba"*, así también relata una situación que le ayudó en este enfrentamiento con la enfermedad *"fueron de una*

guerrera me empecé a decir que a mí ya nada me tiene que afectar en mi autoestima y mi personalidad, algo que me recordé de mi abuelito me ayudó a asimilarlo, él me decía ha ido a la guerra y ha salido bien, porque yo no voy a poder hacer eso, el poder avanzar y que no iba a ser un obstáculo para mí, y ese pensamiento lo tengo hasta ahora, el no dejarme vencer con nada, ni nadie absolutamente con nada y no me va pasar nada en esta vida me dije, incluso cuando estaba internada en el hospital con fuertes dolores que venían cada 20 min, me dije esto no me va derrumbar y esto no es nada y me recuperé".

Orgullo, vanidad y deseos de superación (tamaño grande), lo cual se expresa en las ganas de *"luchar y demostrar que nada es imposible para mí, me acuerdo que no quería estudiar ni hacer nada porque me decía si me voy a morir para qué, pero ahora ya soy profesional y fue gracias al comportamiento que tomé de una mujer fuerte y adulta que nada la detiene", "me siento más guerrera, más que nunca y me di cuenta quiénes son amigos, vivía en una mentira con amistades falsas y relaciones que no existe la confianza y respeto a su pareja"*.

ESTADO AFECTIVO

"R.M." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Agresividad. Preocupación sexual como abuso, intento. Sentimiento de culpa, tendencia a esconder los sentimientos e índice de conflicto interior.

Agresividad (sombreado de rasgos faciales, orificios de la nariz), que es una tendencia a actuar o a responder de forma violenta, así en la entrevista "R.M." indica sobre quién la contagió *"sí porque no hay donde buscar más allá, que mi pareja, fue por medio de él, sentí mucha rabia a su persona, tenía tantas ganas de golpearlo y todo lo que se me vino en mente, pero las cosas ya estaban así no iba a cambiar nada con lo que hiciera"*.

Preocupación sexual como abuso, intento (rayas en la ropa área los genitales), a pesar de la presencia de este indicador en el test de la figura humana, en la entrevista no se logró percibir la presencia de este indicador en la vida de "R.M."

Sentimiento de culpa, tendencia a esconder los sentimientos e índice de conflicto interior (dibujo de bolsillos), lo cual se expresa en la entrevista de la siguiente manera *"me sentí recuerdo en ese instante la persona más sola en el mundo, porque no sabía cómo iba a dar la información a mis familiares, recuerdo bien que saliendo de ahí me fui al parquecito que esta atrás de odontología y me senté a orar",* sentimiento de culpa en *"la mala elección de pareja sentimental que tuve y darle toda mi confianza, porque yo confié ciegamente en él y hay ya no vemos cuáles fueron las consecuencias, aunque nadie puede ahora confiar un 100% en alguien, siempre tiene que existir la duda en toda relación primero ver por ti*"**.**

Conflicto interior en relación a que *"a veces no soy muy paciente con mi pareja, era muy gruñonsita y me estaba volviendo en alguien igual a mi mamá que no da afecto a los demás",* lo que conlleva una problemática en la relación con la madre.

ANSIEDAD

El nivel de puntuación que presenta "R.M." es de 21, que corresponde a un nivel de ansiedad ligera, que significa que tiene sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud, los cuales se manifiestan ligeramente en reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas. Es decir, que "R.M." presenta algunas reacciones que se escapan a su control voluntario, le genera incomodidad y malestar. Así en la entrevista, "R.M." indica que *"si tengo actividades que lo planifico siempre son a corto plazo, para poder alcanzar cada una de ellas y porque más me digo a largo plazo no me gusta esperar tanto"*.

En cuanto a los síntomas que componen a la ansiedad, "R.M." no manifiesta síntomas físicos (puntuación 13) y síntomas asertivos (puntuación 20), por lo que en ambos síntomas no se presenta ninguna de sus reacciones. Sin embargo, se manifiesta ansiedad ligera en los síntomas psíquicos (puntuación 25), de conducta (puntuación 21) e intelectuales (puntuación 28).

Esta situación se expresa en la forma de pensar, sentir y reaccionar de "R.M." así indica

que *"como estudiante universitaria tenía muchas amigas y conocidas y que pensaba que era lo mejor y más querida entre todas y que nada malo me podía suceder a mí, mientras yo no haga nada malo…lo que me sorprendía era que de tantas amistades que tenía solo ellas fueron a verme, tanto que me decían eres la número uno, jamás vinieron a visitarme al hospital, ni siquiera un mensajito por celular, pero las que estuvieron ahí, siempre están y me apoyan, y están ahí para mí, así que aparte de esas tres personas no he contado a nadie más".*

DEPRESIÓN

El nivel de puntuación que presenta "R.M." es de 21 lo cual hace referencia a un nivel moderado de depresión, por lo que se manifiestan algunos síntomas característicos de la depresión, es decir sentimientos de desesperanza y desesperación que puedan llegar a obstaculizarle muchos aspectos de la vida y afectarle actividades de las que antes disfrutaba. Por otra parte, presenta un estado de malestar, sentimientos de inferioridad, o sentirse culpable, así también llega a manifestar sentimientos de desesperanza hacia sí misma, hacia el futuro y hacia el mundo en general.

En la entrevista "R.M." refiere que *"si me deprimí y no le veía ningún sentido a la vida era alguien que un futuro ya no existía, antes por ejemplo me decía qué voy a hacer yo de gana estoy estudiando no creo que llegue a vivir más de tres años y quería dejar las cosas fue muy negativo si no me ponía las pilas".*

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA.

"R.M." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Introversión. Energía, mando y brutalidad física. Orgullo, vanidad y deseos de superación.

"R.M." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Agresividad. Preocupación sexual como abuso, intento. Sentimiento de culpa, tendencia a esconder los sentimientos e índice de conflicto interior.

Presenta un nivel de ansiedad ligera donde los síntomas físicos y asertivos se

encuentran en una banda normal, a diferencia de los síntomas psíquicos, de conducta e intelectuales presentan un nivel de ansiedad ligera.

Finalmente, se da un nivel moderado de depresión, en el que se manifiestan algunos de los síntomas característicos de la depresión.

CASO 6

DATOS GENERALES:

Nombre: “A.E.”

Sexo: Masculino.

Edad: 24 años.

Estado civil: Soltero.

Ocupación: Estudiante.

Orden de nacimiento: 2do de 5 hermanos.

Vive: Con su familia (madre, padrastro y hermano menor)

Edad de contagio del VIH: 23 años.

Circunstancias: Sexo ocasional.

Lugar donde vive: Barrió el Constructor – Tarija

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Entrevista en profundidad
- Test del Árbol de Karl Koch
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Cuestionario de Ansiedad de Rojas
- Inventario de Depresión de Beck

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO:

“A.E.” refiere que su infancia se complicó debido a la separación de sus padres, de ser una familia compuesta por cuatro integrantes (padre, madre, dos hijos), se extendió, ya que por parte del padre tiene dos hermanos varones menores y por parte de la madre un hermano menor.

Recuerda su infancia como divertida por la relación que tiene con su hermano de padre y madre, posteriormente triste por los cambios que ocasionan la separación, incertidumbre, sentimientos de culpa, etc.

Su adolescencia recuerda como una etapa de rebelión muy difícil, de encierro *"y no querer que se metan en mi vida como estaba en la etapa del burro era muy difícil, era todo malo a mis 14 años tuve a mi primer novia mujer y a mis 19 años mi pareja con un hombre, fueron normal relaciones de pareja no muy duraderas de 6 a 7 meses con el chico".* Posteriormente a sus 23 años, recuerda que *"tuve encuentros con dos personas, pero solo fueron en dos ocasiones nomás y luego de eso me diagnosticaron".* Después de esto, no vuelve a tener pareja y tampoco a establecer relaciones sexuales *"no pensé más en parejas, aún no me gusta nadie y ya van a ser dos años".*

PERSONALIDAD

"A.E." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Torpeza. Orgullo, vanidad y superación. Extroversión, seguridad de sí mismo y realismo. Agresividad.

Torpeza (trazo fuerte), que significa una falta de habilidad o de capacidad para la realización de determinadas tareas o para el desarrollo de ciertas acciones, así también puede incluir a la brusquedad para la ejecución de tareas cotidianas. A lo que "A.E." en la entrevista afirma que *"era un mal educado y creía que los demás no me entendían y solo perdía el tiempo en mi cuarto encerrado y me ponía a discutir si no respetaban mi privacidad"*, así también indica que su *"adolescencia fue de encerrarme, rebelarme, y no querer que se metan en mi vida como estaba en la etapa del burro era muy difícil… evité salir o tener algo serio con alguien, luego tuve encuentros con dos personas pero solo fueron en dos ocasiones nomás y luego de eso me diagnosticaron"*.

Orgullo, vanidad y superación (tamaño grande), que implica la petulancia, engreimiento y jactancia, cierta arrogancia y alude a dejar atrás una adversidad. Esto se observa levemente en la entrevista, puesto que refiere lo siguiente: *"Mi madre se preocupó mucho por mi cuando caí enfermo, así que por ella trato de seguir el*

tratamiento lo mejor que puedo cuidándome con lo que consumo y me alimento, luego tengo una amiga a la cual le comenté de mi diagnóstico y ella está siempre pasándome artículos que encontró sobre el VIH y me dice mira esto esta interesante espero te ayude".

Por otro lado, indica que *"sé que con perseverancia lo podré conseguir pero demoraré un poco más y un día de estos se haga ese sueño realidad y ser alguien que brinde apoyo es de algo que estaré muy orgulloso"*.

Extroversión, seguridad de sí mismo y realismo (suelo con raya horizontal), que se refiere a alguien sociable, con seguridad en lo que hace, en su manera de relacionarse, ubicándose claramente en la situación en la que se encuentra. De esta manera "R.M." indica que *"sí estaba informado de los anticonceptivos pero lo veía más un medio para evitar la procreación de un nuevo ser así que con mi primer novia y con mi segundo novio no lo llegue a utilizar y de la misma manera cuando tuve sexo ocasional con esas dos personas que no conocía casi nada, más piensas en satisfacer ese deseo del momento al menos eso pasó y no pensé en los riesgos"*.

Agresividad (ramas en punta), que implica una tendencia a actuar o a responder de forma violenta, una forma de responder y enfrentarse a sus dificultades. Así "A.E." en la entrevista refiere que *"era un mal educado, y creía que los demás no me entendían y solo perdía el tiempo en mi cuarto encerrado y me ponía a discutir si no respetaban mi privacidad".*

ESTADO AFECTIVO

"A.E." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Agresividad. Inmadurez, dependientes, inseguros y preocupación por la propia salud. Sentimiento de culpa, tendencia a esconder los sentimientos e índice de conflicto interior. Angustia y ansiedad. Inseguridad y dependencia.

Agresividad (boca con los dientes a la vista, orificios de la nariz indicados), tendencia que se ha manifestado en su adolescencia puesto que indica que *"fue de encerrarme,*

rebelarme, y no querer que se metan en mi vida como estaba en la etapa del burro era muy difícil, era todo malo", así también refiere que discutía mucho *"porque yo estaba en la edad del burro y yo siempre estaba con cambios de humor y no quería conversar con nadie, paraba encerrado en mi cuarto y salía y eso hacía que la comunicación no exista en la familia por mi parte yo siempre estaba con cambios de humor".*

Inmadurez, dependientes, inseguros y preocupación por la propia salud (botones), que implica una ausencia de sensatez, prudencia o buen juicio, depende de los demás y existe un cambio de los hábitos sobre todo alimenticios. Así "A.E." refiere que *"al momento no puede enfrentar la situación de manera pública, porque aún siento que no estoy preparado para comentar lo que tengo por miedo a lo que van a pensar de mí y eso me afectaría bastante",* siente que va a ser juzgado y tratado de mala manera por lo que indica que *"si por el hecho que aún se considera que es un tabú, ya que las personas te juzgan y te miran feo y hablan a tus espaldas".*

Sentimiento de culpa, tendencia a esconder los sentimientos e índice de conflicto interior (dibujo de bolsillos), así refiere en la entrevista *"como te dije me afectaría que conocidos se lleguen a enterar y hablen a mis espaldas, por tal motivo quiero ser lo más discreto posible con el respeto al VIH",* por otra parte afirma que *"si llegan a enterar y hablar mal de mí no estoy preparado para saberlo afrontar, ya que son pocos los que te van a ayudar, los demás saldrán huyendo y no preferir hablarte y eso ves".*

Angustia y ansiedad (reloj), que se expresa a través de aflicción o congoja, lo cual implica cierto malestar psicológico, así "A.E." comenta que tuvo ciertas reacciones al enterarse de su diagnóstico *"de asombro, me asusté, de vacío me quede desorientado por saber si esto estaba pasando, era real este momento, o qué está pasando, porque yo no tendría que ser aquel que este hay, tal vez se confundieron, me vino culpa y un desaliento desgarrador por dentro".*

Inseguridad y dependencia (bolsillo en el pecho, cinturón), se percibe como la existencia de un peligro o de un riesgo, y la subordinación a alguien, ya sea por la relación o por el poder. Por lo que "A.E." indica *"me dije ya eres un adulto deja de*

comportarte como un adolescente de colegio, ahora tienes que asumir lo que tú mismo provocaste al salir con esas personas desconocidas, y pedir perdón a mi madre por mi comportamiento y decirme a mí mismo seré una nueva persona el anterior murió hoy soy otro, renací y será para bien".

También refiere que *"siento que no estoy preparado aún se considera que es un tabú, ya que las personas te juzgan, te miran feo y hablan a tus espaldas… como te dije me afectaría que conocidos se lleguen a enterar y hablen a mis espaldas, por tal motivo quiero ser lo más discreto posible con el respeto al VIH… no estoy preparado para saberlo afrontar, ya que son pocos los que te van a ayudar, los demás saldrán huyendo y no preferir hablarte".*

ANSIEDAD

El nivel de puntuación que presenta "A.E." es de 9 lo cual corresponde a un nivel de ansiedad de banda normal, es decir, que no presenta reacciones que escapan a su control voluntario, tampoco tienen carácter intenso y recurrente, no le genera incomodidad y malestar. Así también, no existe un cambio notable en los patrones de comer o de dormir, tales como comer o dormir en exceso.

En cuanto a los síntomas que componen a la ansiedad, "A.E." no manifiesta síntomas físicos (puntuación 5), psíquicos (puntuación 8), de conducta (puntuación 12), intelectual (puntuación 10) y asertivos (puntuación 9), manteniéndose en todos ellos el nivel de banda normal.

En la entrevista "A.E." indica que *"los cambios positivos que tuve en adelante fueron para bien eso sí puedo asegurarlo, soy un chico muy dedicado en mis estudios, ahora me pongo y trazo metas y las llego a cumplir, tengo mejor comunicación con mi familia, ellos están más al pendiente de cómo me siento físicamente ya no paro encerrado en mi cuarto, trato de vivir la vida".*

DEPRESIÓN

El nivel de puntuación que presenta "A.E." es de 3 lo cual hace referencia a un nivel ausente de depresión, por lo que no se manifiestan los síntomas característicos de la depresión, es decir no tiene sentimientos de desesperanza y desesperación que puedan llegar a obstaculizarle muchos aspectos de la vida y afectarle actividades de las que antes disfrutaba.

Por otra parte, no presentan un estado de malestar, ni sentimientos de inferioridad, o de sentirse culpables, así también no llegan a manifestar sentimientos de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general.

Así "A.E." refiere en la entrevista que *"mis actividades pues son más el estudio y todo lo que esté relacionado con ello, obvio que sigo yendo al gimnasio porque de mi cuerpo no me gusta descuidarme, pero a fiestas no las dejé y tener algo romántico con alguien menos, ahora paro ocupado la mayoría del tiempo… me esfuerzo cada día en ser mejor y saber más para poder ser alguien útil en la vida".*

Se ve a futuro *"me veo feliz por los logros que tengo, el cuerpo que tengo, me veo trabajando en empresas, ganando mucha plata. Pretendo ser un profesional competente, dedicarme al voluntariado y no importa la edad que tenga, ser dueño de alguna fundación de niños que no han tenido apoyo de sus padres".*

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

"A.E." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Torpeza. Orgullo, vanidad y superación. Extroversión, seguridad de sí mismo y realismo. Agresividad.

"A.E." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Agresividad. Inmadurez, dependientes, inseguros y preocupación por la propia salud. Sentimiento de culpa, tendencia a esconder los sentimientos e índice de conflicto interior. Angustia y ansiedad. Inseguridad y dependencia.

Presenta un nivel de ansiedad de banda normal, no manifiesta síntomas físicos, psíquicos, de conducta, intelectual y asertivos, manteniéndose en todos ellos el nivel

de banda normal.

“A.E.” presenta un nivel ausente de depresión, por lo que no se manifiestan los síntomas característicos de la depresión.

CASO 7

DATOS GENERALES:

Nombre: "M.R."

Sexo: Femenino.

Edad: 40 años.

Estado civil: Viuda.

Ocupación: Ama de casa.

Orden de nacimiento: 1ra de 7 hermanos y un hermano de crianza.

Vive: Con su hijo.

Número de hijos: Un hijo.

Edad de contagio del VIH: 32 años.

Circunstancias: Contagio de pareja.

Lugar donde vive: Portillo – Tarija.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Entrevista en profundidad
- Test del Árbol de Karl Koch
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Cuestionario de Ansiedad de Rojas
- Inventario de Depresión de Beck

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO:

"M.R." refiere que su infancia está caracterizada sobre todo por el trabajo*, "como mi familia es de campo y éramos muchos en casa teníamos que salir a trabajar ya de*

chiquitos a ayudar en lo que se podía cuidar animales, ayudar en los sembrados, y muchas cosas más en casa no había casi tiempo para jugar a mí como hermana mayor debía ayudar en los quehaceres y jugar no estaba permitido", proviene de una amplia familia, compuesta por ambos padres de familia, 7 hermanos, un hermano de crianza, siendo "M.R." la mayor de todos ellos.

En su adolescencia, es decir a sus 14 años se viene a la ciudad para trabajar y continuar sus estudios, llega a conocer a su esposo en el SEMA – Tarija. "M.R." refiere que *"al pasar los años ya cerca los 12 años de matrimonio me llego a embarazar, y hay yo me dije el señor hace cosas imposibles de suceder y ya una vez que lo tuve si ya no pude tener más hijos".*

En su juventud, a sus 32 años llega a conocer su diagnóstico de VIH, debido a que el esposo muere y ya presentaba el diagnóstico de VIH.

PERSONALIDAD

"M.R." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Introvertida, Orgullo, vanidad y superación. Falta de conciencia, pobre sentido de la objetividad y carácter primitivo. Deseos de mostrar su propia capacidad y búsqueda de resultados inmediatos.

Introvertido (posición centro izquierdo), que significa un carácter más reservado, en el que no suele exteriorizar sus emociones, sus sentimientos ni sus pensamientos. Por lo que suele registrar problemas a la hora de establecer vínculos sociales.

Orgullo, vanidad y superación (tamaño grande), que "M.R." expresa de la siguiente manera "y*o diría como que senté más la cabeza, porque antes yo era como un pajarito que nadie lo podía retener en una jaulita, pero ya cuando supe mi diagnóstico me dije como que ahora las cosas tienen que cambiar yo tengo que hacer tales cosas para mejorar mi vida de ahora en adelante, tomar decisiones seguras y decisiones firmes en todo sentido como en la alimentación, en mi forma de ser, cambio bastante en mí y mi hijo".*

Falta de conciencia, pobre sentido de la objetividad y carácter primitivo (árbol sobre suelo unido a tronco o raíces), que se manifiesta en las actividades que realizaba "M.R." que indica *"yo salía mucho, y me divertía gracias a Dios era una persona que salía se divertía con los amigos, pero siempre hasta cierto punto, viajaba me gustaba conocer lugares nuevos, disfrutar la vida".*

Deseos de mostrar su propia capacidad y búsqueda de resultado inmediatos (árbol con frutos), que a partir de la enfermedad se acentúa más en "M.R." puesto que indica *"me costó mucho, pero al hacerlo fue un comportamiento de asumir mi enfermedad y luchar más que nunca por el hijo que tenía y que si me mata esta enfermedad no lo iba a hacer rápido debía yo luchar por ello".*

ESTADO AFECTIVO

"M.R." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Dependencia. Rechazo o desprecio.

Dependencia (boca cóncava o receptiva), que implica una relación de origen o conexión de un sujeto que no está en condiciones de valerse por sí mismo. Así también en la entrevista se observa lo siguiente: *"Fue más que todo de sufrimiento porque él había muerto y yo me ponía a pensar ahora que hago yo sola con mi niño me tendré que hacer cargo y no podía aceptarlo... lo que sentí fue que solo estaba sola y tenía a mi hijo y sentí añoranzas por el pasado y como sería de ahí en adelante nuestro futuro, y ratos también me sentía muy feliz mi hijo estaba sano y él era mi ilusión a seguir adelante en la vida".*

Rechazo o desprecio (nariz en forma de gancho o ancla), que implica resistir, negar o refutar hacia algo, la persona deja en evidencia que no lo acepta o tolera. Por ejemplo, en la entrevista indica *"sentía rabia porque si yo me había cuidado tanto de no estar con otras personas y me venga a pasar esto a mí, porque mi pensamiento era el que, solo esto les llega a pasar a las personas libertinas que se dedican a la prostitución y es todo lo contrario porque ellas son las que mejor se cuidan, se cuidan mejor que nosotros"*.

ANSIEDAD

El nivel de puntuación que presenta "M.R." es de 19 lo cual corresponde a un nivel que refiere la ausencia de ansiedad, lo cual significa que tiene sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud, los cuales no se manifiestan externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas. Es decir, que "M.R." no presenta reacciones que escapan a su control voluntario, tampoco tienen carácter intenso y recurrente, no le genera incomodidad y malestar, ni tampoco infieren significativa y negativamente en su vida. Así también, no existe un cambio notable en los patrones de comer o de dormir, tales como comer o dormir en exceso.

En cuanto a los síntomas que componen a la ansiedad, "M.R." no manifiesta síntomas psíquicos (puntuación 16), de conducta (puntuación 12), intelectual (puntuación 19) y asertivos (puntuación 15), manteniéndose en todos ellos el nivel de banda normal.

En cuanto a los síntomas físicos (puntuación 28) se presenta una ansiedad ligera, es decir existe una dificultad para la acción, bloqueo afectivo e inquietud motora. Lo cual es expresado de la siguiente manera por "M.R." *"yo creo que fue en La Paz mi fracaso matrimonial, cuando descubrí que mi esposo era bisexual y teníamos una tienda y cuando yo estuve embarazada el nomás iba a la tienda a abrir y atender y cuando yo iba solo había hombres… empezó a desaparecer el dinero y no había ganancias… y después cuando ya nació mi hijo él se fue de farra y no le importaba, me fui a la quiebra, me sentí en ese entonces frustrada y no sabía qué es lo que estaba mal".*

DEPRESIÓN

El nivel de puntuación que presenta "M.R." es de 12 lo cual hace referencia a un nivel ausente de depresión, por lo que no se manifiestan los síntomas característicos de la depresión, es decir un estado de malestar, sentimientos de inferioridad, o de sentirse culpables, así también de llegar a manifestar sentimientos de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general.

A pesar que en la entrevista "M.R." indica que, *"me empecé a deprimir, porque me decía a mí misma no voy a salir de esto y sentía como si tuviera escrito el virus en la frente, no quería salir a ninguna parte, y era más el qué dirán los demás, me debo estar viendo más flaca, pálida, descolorida y cada rato quería mirarme en el espejo para ver cómo amanezco".*

Le molesta *"no poder ser un padre tal vez del que necesita y no saber cómo llenar ese vacío… mi familia sabía que estaba deprimida y tenía un niño, fue que hablaron conmigo que debo salir adelante por él y que con ellas siempre voy a contar",* considera que la razón para seguir es *"mi hijo, el seguir viviendo, porque se quedaba solo si algo me pasaba a mí y si yo no me cuidaba y seguía el tratamiento me arriesgo a que él sufra más",* manifiesta los deseos que tiene de que su hijo termine de estudiar *"que sea más hombre, que se pueda defender de la sociedad por sí mismo y ay me sentiría muy feliz, y si se podría viajar nuevamente por el mundo (risas)",* lo cual según "M.R" se presentó solo en un periodo de su vida.

Así también "M.R." indica que le *"frustra que yo me pueda empeorar y no por la enfermedad que es el VIH, sino por otras enfermedades que puedo tener, como le dije me duele feo el corazón últimamente y otros malestares y esos abusos son fatales conjunto a mi enfermedad".*

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA:

"M.R." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Introvertido. Orgullo, vanidad y superación. Falta de conciencia, pobre sentido de la objetividad y carácter primitivo. Deseos de mostrar su propia capacidad y búsqueda de resultados inmediatos.

"M.R." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Dependencia. Rechazo o desprecio.

"M.R." presenta un nivel que refiere la ausencia de ansiedad. En cuanto a los síntomas que componen a la ansiedad, "M.R." no manifiesta síntomas psíquicos, de conducta, intelectual y asertivos, manteniéndose en todos ellos el nivel de banda normal. En

cuanto a los síntomas físicos se presenta una ansiedad ligera, es decir existe una dificultad para la acción,

“M.R.” presenta un nivel ligero de depresión, por lo que se manifiestan algunos de los síntomas característicos de la depresión

CASO 8

DATOS GENERALES:

Nombre: "J.CH."

Sexo: Masculino.

Edad: 34 años.

Estado civil: Soltero.

Ocupación: Administrador.

Orden de nacimiento: 4to de 7 hermanos.

Vive: Solo.

Edad de contagio del VIH: 30 años.

Circunstancias: Sexo casual.

Lugar donde vive: Los Pinos – Tarija

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Entrevista en profundidad
- Test del Árbol de Karl Koch
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Cuestionario de Ansiedad de Rojas
- Inventario de Depresión de Beck

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO:

"J.CH." refiere que su infancia ha sido *"relativamente normal*", tenía que ser responsable, enfocarse en sobrevivir, no jugaba con los familiares y tampoco como otros niños. Proviene de una familia numerosa, de 9 integrantes.

Su adolescencia también fue restringida porque no podían hacer muchas cosas por el factor económico, por lo que se quedaban más en casa y evitaban ir a fiestas o a compartir.

En su juventud, a sus 30 años se entera de su diagnóstico de VIH.

PERSONALIDAD

"J.CH." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Orgullo, vanidad y deseos de superación. Extroversión, seguridad de sí mismo y realismo. Facilidad de contacto interpersonal, simpatía y carácter abierto. Agudeza, observación y agresividad.

Orgullo, vanidad y deseos de superación (tamaño grande), que se demuestra en "J.CH" a partir de sus expresiones en la entrevista *"demostré que puedo salir y trabajar y ser exitoso de igual manera solo teniendo cuidado con mi tratamiento... yo me veo como una persona que ha logrado todo lo que quería en la vida, y una persona que sea respetada por los demás, que sirva de ejemplo, una persona que quiere y ame la vida y más que todo una persona triunfadora".*

Extroversión, seguridad de sí mismo y realismo (suelo con raya horizontal), que es expresado de la siguiente manera *"la verdad era una persona muy introvertida que quería ser sociable pero no me animaba, solo le seguía a lo que los demás me llevaban y eso tal vez fue mi error… después era una persona que vivía su vida a full, como de chico ni adolescente lo hice, me rebelé como se dice a partir de mis 22años, y no me protegía no tenía miedo a nada solo vivir la vida, salir a fiestas y compartir".*

Facilidad de contacto interpersonal, simpatía y carácter abierto (tronco con corteza en trazos curvos o arqueados), que implica una personalidad franca, sociable, de fácil interrelación, por lo que de esta manera "J.CH." hace referencia a que *"era una persona que vivía su vida a full, como de chico ni adolescente lo hice, me rebelé como se dice a partir de mis 22años, y no me protegía no tenía miedo a nada solo vivir la vida, salir a fiestas y compartir".*

Agudeza, observación y agresividad (ramas en punta), que implica un único pensamiento principal, así "J.CH." indica que "me caracteriza por ser una persona muy responsable con el cuidado de su alimentación, su cuerpo y todo lo que me esté rodeando, una persona que sabe lo que me beneficia y me perjudica".

ESTADO AFECTIVO

"J.CH." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Conflicto de virilidad y afloramiento de conducta sexuales desviadas. Impotencia sexual.

Conflicto de virilidad y afloramiento de conducta sexuales desviadas (sombreado riguroso del cabello), al respecto en la entrevista se hace referencia a *"yo estaba informado de los preservativos y los usaba, solo que a veces se dan estas relaciones ocasionales donde justo no cuentas con ellos, o no sales preparado para esos momentos y no piensas en que algo te pueda pasar solo vives el momento".* Por otro lado, "J.CH." se refiere a su sexualidad de la siguiente manera *"uno siempre tiene sus cosas que ocultar, por ejemplo, yo soy una persona que se considera bisexual, a mí me gusta experimentar con ambos sexos y en ese entonces no les hablaba de aquello".*

Impotencia sexual (nariz excesivamente larga), que implica la falta o insuficiencia de poder concretar el aspecto sexual, la imposibilidad de los varones para concluir el coito o a la incapacidad de tener descendencia, a lo que "J.CH" refiere *que "soy una persona que nunca me ha ido mal, nunca he tenido problema con aquello, porque soy una persona que se esfuerza por obtenerlos, pero en lo sentimental es en donde aún hasta el momento no he podido enfocarme, sería mi único fracaso porque no se llega a abordar el punto de que una persona que quieras para tu vida y que tengas o sientas el temor a ser aceptado por esa otra persona decides por miedo hacerte a un lado y no contarle o expresarle tus sentimientos, ya que sabes que esa otra persona no te va aceptar en un 100 %".*

Por otra parte, indica que siente *"tristeza, impotencia, dolor y rabia por no haber hecho las cosas correctas y un sentimiento de haber fallado a mí mismo y desanimado, porque*

justo en ese momento, yo sentí que mi vida ya no iba a ser la misma en resumen que estaría muerto en vida… así también la falta de tiempo tal vez para salir con alguien y darme esa oportunidad de expresar lo que siento a una persona y por el miedo a ser rechazado me lo guarde".

ANSIEDAD

El nivel de puntuación es de 14 lo cual corresponde a un nivel que refiere la ausencia de ansiedad, lo cual significa que "J.CH." no presenta reacciones que escapan a su control voluntario, tampoco tienen carácter intenso y recurrente, no le genera incomodidad y malestar, ni tampoco infieren significativa y negativamente en su vida. Así también, no existe un cambio notable en los patrones de comer o de dormir, tales como comer o dormir en exceso.

En cuanto a los síntomas que componen a la ansiedad, "J.CH." no manifiesta síntomas físicos (puntuación 10), psíquicos (puntuación 20), de conducta (puntuación 19), intelectual (puntuación 12) y asertivos (puntuación 11), manteniéndose en todos ellos el nivel de banda normal, que refiere la inexistencia de síntomas como palpitaciones, temblores, sequedad de la boca; inseguridad, inquietud interior, temor a perder el control, al suicidio; dificultad para la acción, bloqueo afectivo e inquietud motora; pensamientos negativos, dificultad para concentrarse, trastornos en la memoria; y no saber qué decir ante ciertas personas, o iniciar una conversación, no saber terminar una conversación difícil.

De esta manera no se presenta ansiedad, como es referido en la entrevista *"he empezado a valorar más lo que hago, lo que tengo y he empezado a quererme mucho más, la forma de vestirme por ejemplo yo antes de la información sobre mi diagnóstico yo era muy descuidado, mala traza, cabellos por aquí y por allá y no combinaba bien mi ropa, ahora no, ahora me quiero más y la alimentación misma me ha hecho cambiar, me veo más delgado de lo que estaba, yo me siento en forma".*

Así también indica que *"dentro de las cosas que hice no me arrepiento y no quisiera*

volver a tener que comenzar de nuevo porque las volvería a hacer de la misma manera, mi segunda oportunidad la tengo ahora después que me entregaron mis resultados y me dijeron usted es positivo, y esta es mi hora de cuidarme y quererme como soy".

DEPRESIÓN

El nivel de puntuación que presenta "J.CH." es de 8 lo cual hace referencia a un nivel ausente de depresión, por lo que no se manifiestan los síntomas característicos de la depresión, es decir no presenta un estado de malestar, ni sentimientos de inferioridad, o de sentirse culpables, así también no llegan a manifestar sentimientos de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general.

Así "J.CH." expresa en la entrevista que considera que su vida no se alteró *"o hubo grandes cambios, sigo trabajando sin tiempo para esas cosas… quiero siempre tener lo mejor posible para mí y ser más exitoso en lo laboral como en lo familiar busco ya estabilizarme en una relación"*. Considera que *"no me frustra nada porque yo sé que lo voy a lograr, y que todo es un proceso que se va dar pisando poco a poco y se irán dando y obteniendo cada una de aquellas cosas que quiero*".

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA:

"J.CH." manifiesta los siguientes rasgos de personalidad: Orgullo, vanidad y deseos de superación. Extroversión, seguridad de sí mismo y realismo. Facilidad de contacto interpersonal, simpatía y carácter abierto. Agudeza, observación y agresividad.

"J.CH." manifiesta los siguientes rasgos afectivos: Conflicto de virilidad y afloramiento de conducta sexuales desviadas. Impotencia sexual.

Se da una ausencia de ansiedad, no manifiesta síntomas físicos, psíquicos, de conducta, intelectual y asertivos, manteniéndose en todos ellos el nivel de banda normal.

El nivel de puntuación que presenta "J.CH." hace referencia a un nivel ausente de depresión, por lo que no se manifiestan los síntomas característicos de la depresión.

5.2. ANALISIS GENERAL DE CASOS

Cuadro Nº 1
Rasgos de personalidad

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Introvertido	3	11
Objetividad, adaptación, placer	1	3.7
Rigidez, frialdad y sociabilidad	1	3.7
Egoísmo	1	3.7
Retraimiento	1	3.7
Concreto, positivista y extrovertido	1	3.7
Relaciones ligadas al porvenir	1	3.7
Orgullo, vanidad y superación	5	19
Sociabilidad y contacto fácil	2	7
Deseos de mostrar su propia capacidad	2	7
Extroversión, seguridad de sí mismo	3	11
Energía, mando y brutalidad física	1	3.7
Torpeza	1	3.7
Agresividad	1	3.7
Falta de conciencia, pobre objetividad	1	3.7
Facilidad de contacto, simpatía	1	3.7
Agudeza, observación y agresividad	1	3.7
TOTAL	**27**	**100%**

Fuente: Elaboración propia

De manera general los rasgos de personalidad que más sobresalen en los diferentes casos y que nos permite definir los rasgos característicos de los pacientes con VIH son:

— ***Orgullo, vanidad y deseos superación,*** que posiblemente refiere a la petulancia, engreimiento, jactancia o la afectación de una persona, incluye el sentir o

aspirar algo superior a lo que se tiene.

— ***Introversión***, pueden parecer reservados y reflexivos, o dar la impresión de que actúan lentamente, valoran las relaciones profundas y significativas, les encanta conectarse de manera auténtica y compartir sus ideas en un grupo pequeño o en una conversación de a dos.

— ***Extroversión,*** que se refiere a alguien sociable, con seguridad en lo que hace, en su manera de relacionarse, ubicándose claramente en la situación en la que se encuentra.

— ***Deseos de mostrar su propia capacidad***, denota las ansías de demostrar que pueden lograr mucho más de lo que ya han logrado, buscan ayuda en el momento para poder superar cualquier situación que les pueda estar afectando.

— ***Sociabilidad y contacto fácil,*** que tienden a acercarse a las personas, optando por llevar una vida sociable y en compañía, disfrutan del contacto con los demás, por eso intentan mantener sus interacciones sociales.

Cuadro Nº 2
Rasgos Afectivos

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Evasión social, superficialidad	1	3.6
Inmadurez, dependientes, inseguros	2	8
Conflicto de virilidad, sexual, inmadurez	3	11
Inseguridad de sí mismo y dependencia	2	8
Dependencia	2	8
Inmadurez emocional	2	8
Psicosexualmente inmaduro e infantil	1	3.6

Rechazo o desprecio	2	8
Agresividad reprimida	4	15
Inmadurez sexual	1	3.6
Preocupación sexual como abuso	2	8
Sentimiento de culpa, esconder sentimientos	2	8
Angustia y ansiedad	1	3.6
Impotencia sexual	1	3.6
TOTAL	**26**	**100%**

Fuente: Elaboración propia

De manera general los rasgos afectivos que predominan en los diferentes casos de los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija son los siguientes:

- ***Agresividad reprimida***, que implica responder de forma violenta, pero al estar reprimida esta no se observa en la acción, sino más bien es un sentimiento que se contiene y no llega a la acción.

- ***Conflicto de virilidad, sexual e inmadurez***, signos frecuentes en varones adolescentes que tienen dificultades sexuales vinculadas a complejos de castración, esto le provoca sentimientos de frustración ya que siente que no encaja en el entorno por su manera de sentir

- ***Inmadurez, dependencia***, que denota la dificultad o incapacidad para entablar nuevas relaciones, ligado a torpeza o insuficiente destreza manual, con sentimientos de inferioridad y dificultades de adaptación

- ***Rechazo o desprecio***, que implica resistir, negar o refutar hacia algo, la persona deja en evidencia que no lo acepta o tolera.

- ***Preocupación sexual como abuso***, lo cual advierte en los diferentes casos el abuso sexual realizado ya sea en la niñez o adolescencia.

— ***Sentimiento de culpa,*** expresado en la forma en que ha sido contraída la enfermedad.

Cuadro Nº 3
Nivel de Ansiedad

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Banda Normal	7	88
Ansiedad Ligera	1	12
Ansiedad Moderada	--	--
Ansiedad Grave	--	--
Ansiedad Muy Grave	--	--
TOTAL	**8**	**100**

Fuente: Elaboración propia

De manera general lo diferentes casos de estudio no presentan ansiedad, es decir que 7 de los 8 casos presentan un nivel de banda normal o ausencia de ansiedad, lo cual significa que no tienen sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud, no presentan reacciones que escapan al control voluntario, tampoco tienen carácter intenso y recurrente, no les genera incomodidad y malestar, ni tampoco infieren significativa y negativamente en sus vidas.

Cuadro Nº 4
Síntomas de la Ansiedad

Síntomas	Nivel de Ansiedad	Fr	%

Físicos	Banda Normal	7	88
	Ansiedad Ligera	1	12
	Ansiedad Moderada	--	--
	Ansiedad Grave	--	--
	Ansiedad Muy Grave	--	--
	Total	**8**	**100%**
Psíquicos	Banda Normal	7	88
	Ansiedad Ligera	1	12
	Ansiedad Moderada	--	--
	Ansiedad Grave	--	--
	Ansiedad Muy Grave	--	--
	Total	**8**	**100%**
Conducta	Banda Normal	6	75
	Ansiedad Ligera	2	25
	Ansiedad Moderada	--	--
	Ansiedad Grave	--	--
	Ansiedad Muy Grave	--	--
	Total	**8**	**100%**
Intelectual	Banda Normal	6	75
	Ansiedad Ligera	2	25
	Ansiedad Moderada	--	--
	Ansiedad Grave	--	--
	Ansiedad Muy Grave	--	--
	Total	**8**	**100%**
Asertivos	Banda Normal	7	88
	Ansiedad Ligera	--	--
	Ansiedad Moderada	1	12
	Ansiedad Grave	--	--
	Ansiedad Muy Grave	--	--
	Total	**8**	**100%**

Fuente: Elaboración propia

De manera general, los síntomas se ubican en su mayoría en el nivel de banda normal, es decir, no existe ansiedad en ellos. Destacándose un caso de ansiedad ligera en el síntoma de conducta y otro caso, en el síntoma intelectual. Un caso de ansiedad

moderada en los síntomas asertivos. Finalmente, un caso de ansiedad ligera para los síntomas físicos y otro caso para los síntomas psíquicos.

Es decir que solo en un caso o dos, se presentan palpitaciones, temblores, sequedad de la boca; inseguridad, inquietud interior, temor a perder el control; dificultad para la acción, bloqueo afectivo e inquietud motora; pensamientos negativos, dificultad para concentrarse, trastornos en la memoria; y sobre todo un incremento de ansiedad ante la presión social, no saber qué decir ante ciertas personas, o iniciar una conversación, no saber terminar una conversación difícil.

Cuadro Nº 5
Nivel de Depresión

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	7	87
Ligero	--	--
Moderado	1	13
Grave	--	--
Muy Grave	--	--
TOTAL	**8**	**100%**

De manera general, no se presenta depresión, puesto que siete casos de los 8, recaen en un nivel ausente de depresión y finalmente solo un caso presenta un nivel moderado de depresión.

Por lo que la mayoría no tiene sentimientos de desesperanza y desesperación que puedan llegar a obstaculizar sus vidas y afectarles sus actividades de las que antes disfrutaban. En síntesis, no presentan características de la depresión como: Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas.

Hipótesis:

— El perfil psicológico de los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija, presenta los rasgos de personalidad de introversión, desarraigo, inseguridad interior y menor vivacidad.

— La hipótesis no se cumple puesto que el rasgo común y característico planteado en la hipótesis y que se presenta en la investigación es de introversión, no presentándose los demás rasgos en los pacientes con VIH.

— El perfil psicológico de los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija, presenta los rasgos afectivos de evasión social, sentimiento de culpa, introversión, inseguridad y depresión.

La hipótesis no se cumple, puesto que los rasgos comunes que se presentan en los pacientes es el de sentimiento de culpa e introversión.

— El perfil psicológico de los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija, presenta un nivel de ansiedad grave.

La hipótesis no se cumple, puesto que los pacientes no presentan ansiedad, es decir se ubican en un nivel de banda normal o ausencia de ansiedad.

— El perfil psicológico de los pacientes con VIH de la ciudad de Tarija, presenta un nivel de depresión grave.

La hipótesis no se acepta o aprueba porque los pacientes no tienen depresión.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Luego del análisis de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

Rasgos de personalidad:

— En los pacientes que tienen VIH se presentan los siguientes rasgos de personalidad: Orgullo, vanidad y superación. Deseos de mostrar su propia capacidad. Sociabilidad y contacto fácil. Así también se presentan rasgos de introversión en tres casos como de extroversión en otros tres casos.

Orgullo posiblemente refiere a la petulancia que presentan algunos de los pacientes de igual manera al expresarse en las entrevistas, engreimiento, jactancia o la afectación de una persona, incluye el sentir o aspirar algo superior a lo que se tiene. ***Introversión***, pueden parecer reservados y reflexivos, les encanta conectarse de manera auténtica y compartir sus ideas en un grupo pequeño o en una conversación de a dos. ***Extroversión,*** que se refiere a alguien sociable, con seguridad en lo que hace, en su manera de relacionarse, ubicándose claramente en la situación en la que se encuentra. ***Deseos de mostrar su propia capacidad***, denota las ansías de demostrar que pueden lograr mucho más de lo que ya han logrado, buscan ayuda en el momento para poder superar cualquier situación que les pueda estar afectando. Y la ***Sociabilidad y contacto fácil,*** que tienden a acercarse a las personas, optando por llevar una vida sociable y en compañía, disfrutan del contacto con los demás, por eso intentan mantener sus interacciones sociales.

Rasgos afectivos:

Los rasgos afectivos que presentan los pacientes que tienen VIH son los siguientes: Agresividad reprimida que por las entrevistas se observa que algunos pacientes nunca la expresaron abiertamente y se guardaron con ellos los malos ratos que pasaron en su pasado. Conflicto de virilidad, sexual e inmadurez. Inmadurez, dependencia. Rechazo o desprecio. Preocupación sexual como abuso. Sentimiento de culpa.

Ansiedad:

De manera general los pacientes con VIH no presentan ansiedad, puesto que presentan una banda normal o ausencia de ansiedad.

En cuanto a los síntomas la mayoría de ellos se ubican en un nivel de banda normal, es decir, no existe ansiedad en ellos. Destacándose un nivel de ansiedad ligera en los síntomas de conducta (dos casos) y en los síntomas intelectuales (dos casos). Un nivel de ansiedad moderada para los síntomas asertivos (un caso). Finalmente, un nivel de ansiedad ligera para los síntomas físicos (un caso) y psíquicos (un caso).

Depresión:

De manera general, no tienen depresión, puesto que la mayoría de los casos recae en un nivel mínimo de depresión y solo un caso presenta un nivel moderado de depresión.

6.2. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones del presente estudio son las siguientes:

A LA INSTITUCIÓN SEDES:

- Mejorar el trato hacia el paciente, cuidando la seguridad y privacidad en cuanto a la identidad del paciente, que actualmente se ha descuidado considerablemente.
- Ampliar un ambiente para la atención de pacientes con VIH.
- Mejorar la orientación sobre salud sexual, ampliar más este espacio.
- Ampliar más el apoyo psicológico; actualmente atiende una sola profesional en el área de psicología, la que da una leve información.
- No existe privacidad ni en los diagnósticos, tampoco en la recolección de los

medicamentos, debido a los ambientes pequeños y estrechos.

A LA SOCIEDAD:

— Cuidarse, utilizar métodos de protección en las relaciones sexuales.

— Previo a tener relaciones sexuales obtener un diagnóstico del VIH de la pareja.

— Para las personas que tienen un diagnóstico de VIH, que no se frustren, que existen muchas opciones para seguir adelante.

— Que las familias trabajen con el tema de la discriminación sobre esta enfermedad, informándose y educando a sus hijos a dar buen trato y aceptación.

A LA UAJMS:

— A la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho que en pro de la extensión universitaria pueda coordinar con la Carrera de Psicología la incorporación de terapia a los pacientes o la apertura de un gabinete psicológico de atención a la población afectada con VIH y a sus familiares.

— A la carrera de Psicología y a todos los profesionales en ejercicio, dedicados a esta área de trabajo, proponer o crear técnicas de comunicación que aborden el manejo adecuado de los conflictos emocionales, de relación de pareja, relación social, prevenir niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH.

— Se sugiere realizar otros estudios tomando en cuenta los contextos sociales, económicos, culturales y poblacionales, con la finalidad de posibilitar una mayor profundización en el estudio del perfil psicológico y desarrollando otros estudios sobre el perfil psicosocial de los pacientes con VIH.

— Se sugiere para futuros estudios tomar en cuenta el tiempo de duración de la enfermedad, de la relación, incluir a parejas sin hijos y con hijos, para obtener más datos sobre la relación de pareja, causas de ruptura entre otros.