

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA es una enfermedad con un claro e importante componente vivencial y social, por el hecho de padecerla el sujeto va a ser discriminado, aislado, con la disculpa de que puede ser "contagiado". Con frecuencia es debido a un juicio moral sobre las personas afectadas, convirtiéndolas en culpables y excluyéndolas de la "vida normal".

Pocas veces la humanidad había enfrentado una enfermedad de la magnitud del VIH/SIDA, hasta hace poco invisible, capaz de mutar y adaptarse al medio que invade, una enfermedad que destruye las defensas básicas y primarias de un ser humano. La humanidad, se ve amenazada, diezmada; indirectamente familias se destruyen, padres lloran a sus hijos, hijos a sus padres, personas, niños inocentes están condenados a una muerte segura.

La epidemia de propagación del VIH es silenciosa, a diferencia de otras enfermedades transmisibles, que desarrollan los síntomas días o semanas después de la infección inicial, el SIDA puede demorar años, incluso décadas en expresarse.

La infección por VIH pasa generalmente desapercibida por la persona infectada (no tiene alteraciones evidentes en su salud) y puede permanecer así por años. En apariencia, una persona infectada se ve como cualquier persona sana y puede desconocer que tiene el VIH si no se somete a exámenes de laboratorio. Sin embargo, puede transmitir el VIH a otros mediante relaciones sexuales, la sangre, y de la madre infectada a su hijo durante el embarazo, parto y la lactancia.

Entre estos problemas más importantes, conviene subrayar que la enfermedad continuara creciendo. Las personas con VIH son solo la parte visible del problemas, un número importante de personas infectadas se irá transformando cada año en enfermo de SIDA, a estos se agregaran nuevos infectados, tomando en cuenta que por

los mecanismos como se trasmite el VIH, una cantidad considerable de personas estará expuesta a contraer la infección de no tomar medidas preventivas eficaces.

La complejidad de las manifestaciones clínicas implica diagnósticos múltiples y muchas veces sofisticados, hospitalizaciones prolongadas, tratamientos de alto costo, apoyo psicológico y la participación de diversos profesionales, esto representa una situación difícil de enfrentar.

A raíz de todo esto es conveniente conocer a las personas portadoras del VIH desde el punto de vista de la psicología clínica tomando en cuenta las características psicológicas y familiares de estas personas. Los aspectos psicológicos que va viviendo una persona originalmente sana que se infecta con el virus de la inmunodeficiencia humana, están involucrados tanto el núcleo familiar, con sus características, su respuesta ante la problemática.

Frente a un mal de tal magnitud se ha intentado clarificar el conjunto de conocimientos sobre el tema, es por esta razón se aborda esta problemática desde una perspectiva clínica teniendo en cuenta variables como la caracterización psicológica y familiar de las personas portadoras del VIH. CONASIDA, (1995) “Manual de Información para la Educación SIDA”, Santiago - Chile

El presente trabajo de investigación denominado “Caracterización psicológica y familiar de las personas con VIH de la ciudad de Tarija”. Está organizado por capítulos y de la siguiente manera:

Capítulo I. Planteamiento y Justificación del Problema:

En este punto se describe y formula el problema que sirvió como base para la elaboración del trabajo de investigación, donde se pone en manifiesto la importancia que tiene el problema planteado en la actualidad y la necesidad que existe de realizar trabajos enfocados en la “Caracterización Psicológica y Familiar de las Personas con VIH de la Ciudad de Tarija”.

Capítulo II. Diseño Teórico:

Presenta el problema científico y el objetivo o meta que pretende alcanzar dicho trabajo, de igual forma se plantan los objetivos específicos. Así también se encuentra las hipótesis a aprobar o rechazar con el trabajo de la investigación realizada.

Capítulo III. Marco Teórico:

Este capítulo recopila una serie de citas de diferentes autores los cuales nos permitirán describir la “Caracterización Psicológica y Familiar de las Personas con VIH de la Ciudad de Tarija”. El marco teórico está constituido por conceptos de las diferentes variables relacionados con el tema de investigación, en este capítulo se describirá lo que es el VIH, diferencia del VIH y SIDA como también las vías de transmisión y síntomas de esta enfermedad; por otra parte, las características psicológicas como ser personalidad, niveles de autoestima, ansiedad y depresión como también las relaciones familiares de las personas portadoras del VIH.

Capítulo IV. Diseño Metodológico:

En este capítulo se detalla el área de la investigación al que pertenece, como la tipificación de la misma, señalando a la población sujeto de estudio que enmarca la muestra con relación la cantidad de sujetos. Así también se describen los diferentes métodos, técnicas e instrumentos (con sus respectivos autores), que se han utilizado para obtener los resultados deseados.

Capítulo V. Análisis e Interpretación de los Resultados:

El capítulo está referido al análisis e interpretación de los resultados obtenidos durante el proceso de la información; con los respectivos cuadros y graficas lo que permitió responder a las hipótesis planteadas, el análisis de los datos se presenta de acuerdo al orden de los objetivos planteados.

Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones:

En este capítulo se presenta las conclusiones a las que se arribó durante el proceso de investigación para finalizar con las recomendaciones.

Bibliografía:

La bibliografía cita los diferentes textos, libros, autores y sitios en páginas web utilizados como referencia para la elaboración del presente trabajo de investigación.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El drama del VIH/SIDA se inició en 1980, cuando Michael Gottlieb, un médico de Los Ángeles, California, diagnosticó un tipo muy raro de neumonía en un paciente joven. *"El VIH/SIDA es una enfermedad del sistema de defensa inmunitaria, provocada por un virus específico. No se trata, pues, de una enfermedad hereditaria sino adquirida. En realidad, la pérdida de parte de las defensas del organismo provoca notables efectos. De hecho ciertos gérmenes y microbios diversos, contra los cuales normalmente aquel organismo se defiende, invaden la sangre y los tejidos"*. DR. MONTAGNIER, Luc, (1987) "Especialistas dan respuesta sobre el SIDA", Ediciones CEOC, Barcelona – España.

El mundo enfrenta una epidemia mundial (pandemia) que prácticamente ya completó la infección en los grupos de riesgo iniciales (homosexuales y otros) y se propaga silenciosamente en los heterosexuales.

No hay ningún continente libre de VIH/SIDA. En fecha reciente, un total de 162 países declararon a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 484.148 casos (enfermos) de SIDA. Se calcula que la cifra real de casos en el mundo bordea el 1.500.000 de enfermos, de los cuales 500.000 son niños, transformándose éste en un problema mundial. Desde el inicio de la epidemia, en todos los países infectados del mundo, las cifras (enfermos) han crecido exponencialmente con una velocidad que ha provocado un aumento de casos cercano a una duplicación anual. Ésto ha sucedido en forma implacable, independiente de la cultura, drogadicción, o costumbres sexuales de cada país. CONASIDA, (1995) "Manual de Información para la Educación SIDA", Santiago - Chile.

Entre estos problemas más importantes, conviene subrayar que la enfermedad continuará creciendo. Los pacientes con VIH son sólo la parte visible del problema, un número importante de personas infectadas se irá transformando cada año en enfermos de SIDA, a éstos se agregarán nuevos infectados, tomando en cuenta que

por los mecanismos como se transmite el VIH, una cantidad considerable de personas estará expuesta a contraer la infección, de no tomar medidas preventivas eficaces.

La complejidad de las manifestaciones clínicas implica diagnósticos múltiples y muchas veces sofisticados, hospitalizaciones prolongadas, tratamientos de alto costo, apoyo psicológico y la participación de diversos profesionales, lo que representa una situación difícil de enfrentar.

A nivel internacional la “*vigilancia epidemiológica*” de la infección de VIH-SIDA se realiza por medio de la “*notificación obligatoria*” de los casos diagnosticados en el país. Este sistema representa el 83% del total anual, de acuerdo a análisis de certificados de defunción. El primer caso de VIH/SIDA en Chile se notificó en 1984. A partir de esa fecha hasta el 30 de Junio de 1997, se han notificado 1.967 enfermos y 2.888 enfermos portadores en las trece regiones. Se ha informado el fallecimiento de 1.241 personas. Al relacionar el número de enfermos con el número de habitantes nos da una visión real del problema, que se expresa en un valor llamado tasa por 100.000 habitantes, así Chile tiene una Tasa de 14.9, lo que significa 14.9 enfermos por cada 100.000 habitantes. *CONASIDA, (1997) “Casos y tasas de incidencia de sida por año”, Chile.*

Las personas con VIH/SIDA son considerados “pacientes terminales”, que se ven enfrentados no sólo a problemas físicos (o biológicos) inherentes a la enfermedad, sino a múltiples complicaciones psicológicas, como ser de cómo el portador del VIH desarrolla su personalidad, como manifiesta su autoestima, niveles de ansiedad y depresión y como son las relaciones familiares ante su enfermedad. Estas complicaciones pueden ser consecuencia de varios factores: por un lado las reacciones propias del enfermo que padece una enfermedad hasta el momento incurable, por otro, aquellas reacciones que, por ser el VIH/SIDA una enfermedad infecciosa, tiene en el afectado una incidencia secundaria relacionada con el impacto psicosocial, y por último, están aquellos síntomas psíquicos derivados del

compromiso del sistema nervioso central. JACOBS, Juan Pablo “Informe sobre el SIDA “<http://www.univ.santiago Chile.com>

Los problemas psicológicos que atraviesan las personas infectadas, giran en torno a la incertidumbre y las readaptaciones: incertidumbre en relación con las esperanzas y expectativas de la vida en general y con la familia; en cuanto a la calidad y duración de la vida, los efectos del tratamiento y la reacción de la sociedad. En respuesta el individuo afectado debe proceder a una serie de reajustes y adaptaciones en su vida cotidiana lo cual le genera un estado de tensión.

A nivel nacional, en Bolivia el primer caso reportado de VIH data de 1984, desde entonces hasta la gestión del 2010 se ha notificado 6.176 casos. El Programa Nacional ITS/VIH/SIDA –Ministerio de Salud y Deportes señala las estadísticas de VIH/SIDA en Bolivia, a diciembre de 2010 que el registro de casos de VIH muestra un aumento paulatino en el número de notificaciones sobre todo en los últimos años lo que a – priori podría indicar un crecimiento de la epidemia, aunque no existen estudios de incidencia como tal, dicho aumento también refleja una mejora notable en el sistema de notificación e implementación de la prueba rápida. Los datos de notificación de casos revelan que proporcionalmente existe mayor proporción de hombres con VIH y una concentración en el grupo de edad de 25 – 34 años. UNGASS (2009), “Ministerio de Salud y Deportes”, Bolivia.

A nivel regional en la ciudad de Tarija, el responsable del Programa ITS/VIH/SIDA, explicó que en la actualidad en el manejo del Servicio Departamental de Salud, en lo que va del presente año se tiene un total de 8 casos de sida de los cuales 3 están en Villamontes, 3 en la ciudad de Tarija y 2 en Yacuiba, con datos estadísticos del Programa ITS/VIH/SIDA Tarija de 1997 - 2011 existen 60 personas con (estudios de caso) en cuanto a la enfermedad del VIH.

Las personas que fueron diagnosticadas con esta patología, pueden presentar enfermedades oportunistas y síntomas que se encuentran relacionados con el VIH que es bastante problemática. Agregó que cuando se hace la confirmación de estos casos,

el paciente debe realizar el tratamiento inmediato con la utilización de los medicamentos que deben ser tomados en forma diaria. SEDES,(2010) “Programa ITS/VIH/SIDA” Tarija – Bolivia.

Los pacientes viven el resultado positivo de la prueba, como una condena a muerte y desarrollan una notable reacción depresiva acompañada de manifestaciones de angustia. Es preciso destacar la presencia de un sentimiento de frustración por la presencia de una enfermedad terminal como es el VIH/SIDA, ya que el organismo encuentra un obstáculo más o menos insuperable en la vida que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera.

Por todo lo expuesto ante la problemática de la enfermedad del VIH, surge la interrogante de conocer desde el punto de vista de la psicología clínica.

¿Qué características psicológicas y familiares presentan las personas con VIH de la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene por finalidad realizar a través de la investigación diagnóstica-descriptiva, conocer las características psicológicas y familiares de las personas portadoras del VIH.

La vivencia de rechazo social, lo vive el enfermo así como todos los sujetos que rodean al sujeto, hijo/a, compañero/a, padres, amigos, es por ello por lo que tiene miedo a que se enteren los demás, el rechazo de los allegados que están al tanto, el propio miedo a la infección que la desinformación muchas veces provoca. Por ello, la gran mayoría no quieren que se conozca la enfermedad que padecen e intentan que permanezca oculta. Todo ello hace que se haga durísimo el enfrentar la enfermedad, tanto si se está afectado directamente como si se pertenece al entorno cercano del enfermo.

A raíz de todo esto es conveniente conocer a las personas portadoras del VIH desde el punto de vista de la psicología clínica tomando en cuenta las características psicológicas y familiares de estas personas. Los aspectos psicológicos que va viviendo una persona originalmente sana que se infecta con el virus de la inmunodeficiencia humana, están involucrados tanto el núcleo familiar, con sus características, su respuesta ante la problemática

De este modo exponer al lector una propuesta de investigación que surja para dar respuesta a las exigencias que la sociedad demanda, en esta investigación se tendrá la oportunidad de ampliar el conocimiento en este campo de acción contextualizándolo con los pocos estudios que existen acerca de este virus en el campo de la psicología clínica.

Dado que si bien se han realizado estudios con referencia a esta temática tanto a nivel mundial y nivel nacional, estas investigaciones han sido abordadas desde otras perspectivas como área social, educativa y salud. Algunos de estos trabajos se han dirigido a estudiar principalmente, la problemática del VIH/SIDA, contemplando el desempeño social de las personas con esta enfermedad; otros parten de visiones sesgadas que atribuyen las causas de la enfermedad como es el VIH, afectando directamente a la personalidad de estas personas portadores de este virus.

La presente investigación enfatiza puntos exclusivamente de carácter clínico que caracterizan a las personas con VIH. Es por esto que se aborda la problemática del VIH desde la perspectiva de quienes la padecen, donde es importante, por las diversas y difíciles experiencias que estas personas deben afrontar, los síntomas emocionales, y psicológicos ante una sociedad discriminante.

El aporte a la psicología ayudará a ampliar el conocimiento teórico sobre las características psicológicas que sufren estas personas que padecen la enfermedad del VIH, para así poder tener los parámetros que nos guíen en la elaboración de terapias de carácter individual, grupal para sobrellevar de la mejor manera las secuelas de la enfermedad.

2.1. PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Qué características psicológicas y familiares presentan las personas con VIH de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo General

Determinar las características psicológicas y familiares de las personas con VIH de la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos Específicos

- ψ Caracterizar los rasgos de personalidad en las personas con VIH.
- ψ Identificar el nivel de autoestima de las personas con VIH.
- ψ Establecer el nivel de ansiedad de las personas con VIH.
- ψ Determinar el nivel de depresión de las personas con VIH.
- ψ Caracterizar las relaciones familiares de las personas con VIH.

2.3. HIPÓTESIS

Las personas portadoras del VIH de la ciudad de Tarija presentan rasgos de personalidad como la sumisión, inseguridad, lo cual significa que estas personas se caracterizan por la ausencia de emoción viva y vibrante que desencadenan una frialdad y distanciamiento con los demás.

Los niveles de autoestima que manifiestan las personas portadoras del virus es deficiente en relación a su autoconcepto, es decir que muestran un menor grado de creer en sí mismos.

Con relación a los diferentes síntomas que abarca la ansiedad, las personas con VIH presentan un nivel de ansiedad grave, padeciendo síntomas afectivos en mayor intensidad.

Los niveles de depresión que padecen las personas enfermas de VIH son moderadas, en cuanto a los trastornos cognitivos, afectivos y conductuales.

En cuanto al entorno familiar, las relaciones familiares de las personas con VIH se caracterizan por ser regulares o malas.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	INDICADORES	ESCALA
Características psicológicas	Se denomina a todos aquellos procesos internos de un individuo estructura en su psique a través del tiempo y estas características van configurando la personalidad del individuo adquiriendo un rasgo de personalidad,	Personalidad	- Factor A Sizotomia-Afectomia	Reservado, alejado-Sociable, extrovertido.	Inventario de los 16 factores de personalidad (16PF) de Raymond Catell. 1-2-3 Bajo 4-5-6 Medio 7-8-9 Alto
			- Factor B Inteligencia Baja-Inteligencia Alta	Aprende con rapidez-De aprendizaje lento.	
			- Factor C Poca fuerza del YO-Mucha fuerza del yo.	Poco estable emocionalmente- Estable emocionalmente.	
			- Factor E Sumisión-Dominancia	Dependiente, dócil- Independiente, dominante.	
			- Factor F Desugerencia-Sugerencia	Serio, reflexivo-Sociable, alegre.	
			- Factor G Poca fuerza super YO-Mucha fuerza superyó	Despreocupado, relajado- Consciente, responsable.	
			- Factor H Timidez-Audacia	Cauteloso, cohibido-Cordial, atrevido.	

Características psicológicas	nivel de autoestima, ansiedad y grado de depresión.	- Factor I Dureza-Ternura	Realista, autoconfiado-Tierno, idealista.
		- Factor L Confiante-Suspicious	Respetuoso, tolerante-Exigente, desconfiado.
		- Factor M Practicidad-Imaginatividad	Practico, objetivo-Fantasiado, bohemio.
		- Factor N Sencillez-Astucia	Franco, natural-Calculador, terco.
		- Factor O Adecuación imperturbable-Tendencia a la culpabilidad	Tranquilo, sereno-Agobiado, preocupado.
		- Factor Q ₁ Conservadurismo-Radicalismo	Conservador de ideas-Analítico, de ideas nuevas.
		- Factor Q ₂ Adhesión al grupo-Autosuficiencia	Inseguro, dependiente del grupo-Independiente, autosuficiente.
		- Factor Q ₃ Baja integración-Mucho control	Auto conflictivo-Controlado, compulsivo.
		- Factor Q ₄ Poca tensión-Mucha tensión	Estable, tranquilo-Irritable, impaciente.

Características psicológicas		Autoestima	Auto concepto	Creencias acerca de uno mismo	Cuestionario de Autoestima 35B de Alcantara 61 – 75 Optimo 46 – 60 Excelente 31 – 45 Muy bueno 16 – 30 Bueno 0 – 15 Regular -1, -15 Bajo -16, -30 Deficiente -31, -45 Muy bajo -46, -60 Extrema -61, -75 Nula
			Auto conocimiento	Conocimiento de las propias potencialidades y debilidades.	
			Auto evaluación	Grado en el que la persona evalúa sus potencialidades y debilidades.	
			Auto respeto	Grado en que la persona reconoce sus potencialidades y debilidades.	
			Auto aceptación	Grado en el que la persona se acepta, tal y como es.	

Características psicológicas		Ansiedad	Síntomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> -Taquicardia, palpitaciones -Dilatación pupilar -Temblores en todo el cuerpo -Inquietud psicomotora -Dificultad respiratoria -Sudoración en todo el cuerpo -Falta de apetito 	Cuestionario de Ansiedad de Enrique Rojas Banda normal 0 – 20 Ligera 21 – 30 Moderada 31 – 40 Grave 41 – 50 Muy grave 51 a más
			Síntomas psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> -Inquietud -Vivencias de amenaza -Sentimientos tímidos (miedos diversos) -Temor a perder el control -Disolución del yo -Disminución de la atención -Melancolía -Pérdida de energía -Sospechas e incertidumbre -Presentimiento de la nada 	

Características psicológicas		Ansiedad	Síntomas Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> -Alerta/ estar en guardia. Al acecho -Hipervigilancia. -Dificultad para la acción -Inadecuación estímulo-respuesta -Bloqueo afectivo/perplejidad -Dificultad en la realización de tareas -Inquietud motora 	Cuestionario de Ansiedad de Enrique Rojas Banda normal 0 – 20 Ligera 21 – 30 Moderada 31 – 40 Grave 41 – 50 Muy grave 51 a más
			Síntomas intelectuales	<ul style="list-style-type: none"> -Expectativas negativas -Falsas interpretaciones de la realidad -Pensamientos preocupantes -Errores en procesamiento de la información. -Tendencia a sentirse afectado -Dificultad para concentrarse -Problemas de memoria -Olvido permanente -Continuos juicios de valor 	

Características psicológicas		Ansiedad	Síntomas asertivos	<ul style="list-style-type: none"> -No sabe que decir -No sabe iniciar una conversación -Dificultad para presentarse -Imposibilidad para mostrar desacuerdo -Bloqueo al realizar preguntas -Pocas habilidades practicas 	Cuestionario de Ansiedad de Enrique Rojas Banda normal 0 – 20 Ligera 21 – 30 Moderada 31 – 40 Grave 41 – 50 Muy grave 51 a más
			Componente Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> -Tristeza -Pesimismo -Sentimiento de fracaso -Descontento -Culpabilidad 	

Características psicológicas		Depresión	Componente Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> -Sentimiento de castigo -Aversión de sí mismo -Autoacusación -Ideación suicidas -Episodios de llanto -Irritabilidad -Retiro social -Indecisión -Pobre imagen del cuerpo -Dificultad laboral -Insomnio -Fatiga -Pérdida de apetito 	Escala de Depresión de Beck. 1 – 20 Sin depresión 10 – 18 D. Leve 19 – 29 D. Moderada 30 a más D. Grave
-------------------------------------	--	------------------	---------------------	---	--

<p>Características psicológicas</p>		<p>Depresión</p>	<p>Componente Conductual</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de peso Preocupación somática -Desinterés por el sexo -Quejas somáticas -Dolor de cabeza -Dolores diversos -Molestias digestivas -Vértigos -Síntomas cardiovasculares y respiratorios 	<p>Escala de Depresión de Beck</p> <p>1 – 20 Sin depresión</p> <p>10 – 18 D. Leve</p> <p>19 – 29 D. Moderada</p> <p>30 a más D. Grave</p>
--	--	-------------------------	------------------------------	--	--

Relaciones familiares	Es un círculo donde los miembros de la familia se comunican manifestando sus opiniones e inquietudes que inquietan a los mismos	Entorno familiar	Comunicación.	Presencia de diálogo Facilidad para relacionarse con los demás	Cuestionario de Relaciones familiares (elaboración propia) Muy buenas Buenas Regulares Malas No existe Si No Ns/Nr
			Expresión de afecto	Muestra de cariño, amor Facilidad para manifestar sentimientos.	
			Relación con los hijos.	Capacidad de brindar ayuda Colaboración en actividades educativas Interacción de participación	
			Apoyo familiar	Económicamente. Laboral. Emocionalmente	

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, nos sirve como factor fundamental en la formulación del problema, el análisis de la información y para la interpretación psicológica del conjunto de variables.

El estudio que se realizó, enfoca las características psicológicas y familiares de las personas portadoras del VIH de la Ciudad de Tarija. Por lo tanto, el Marco Teórico está constituido por los conceptos de las diferentes variables relacionados con el tema de investigación.

Es preciso tomar en cuenta que toda investigación estará sustentada según los postulados de la Psicología Cognitiva, según los constructos teóricos como la personalidad, autoestima, ansiedad, depresión y las relaciones familiares.

La composición del marco teórico está constituida en función a cada una de las variables que se han tomada en cuenta para este trabajo.

En primer lugar, se describen algunos conceptos importantes sobre el VIH, SIDA y la diferencia de ambas, es decir, que el VIH es el virus, cuando no se toma ningún tratamiento a consecuencia de ello se da la enfermedad del SIDA, ya que es una etapa avanzada de la infección producida por el VIH, al igual de las causas, síntomas tratamiento, como antecedente por la que se da este virus incurable pero tratable.

En segundo lugar se describen las características psicológicas que pueden manifestar las personas que padecen el virus del VIH ante la noticia de la enfermedad o en el transcurso de la misma como ser: el rasgo personalidad, nivel de autoestima, ansiedad, y depresión.

Por último se describirán las relaciones familiares de estas personas enfermas y cómo la familia juega un papel importante en la vida del sujeto enfermo.

3. 1. VIH

Es el virus causal de la enfermedad del sida. La palabra -VIH- es una sigla que significa "Virus de Inmunodeficiencia Humana" la definición de cada una de estas palabras es:

- **Virus:** Agente etiológico causante de la infección.
- **Inmunodeficiencia:** Este virus ataca el sistema inmunológico o de defensa, es decir el sistema que defiende al cuerpo de la acción de agentes dañinos como virus, bacterias, hongos, protozoarios, etc.
- **Humana:** Este virus únicamente ataca a los seres humanos, no se ha reportado su acción en ningún animal.

Todos los seres humanos somos susceptibles a contraer el VIH, por esta razón se habla de vulnerabilidad universal, ya que este virus se puede transmitir sin distinción de raza, sexo, opción sexual o condición económica. OMS, (2005) "VIH y el SIDA".

3.1.1. Diferencia Entre VIH y SIDA

El SIDA es una etapa avanzada de la infección que produce el VIH. Por eso, podemos estar infectados por el VIH -o sea, ser portadores del virus- y, todavía, no haber desarrollado el SIDA. Desde que el virus entra en el cuerpo hasta que aparecen los síntomas pueden pasar muchos años (si se realiza tratamiento temprano, más aún). Justamente, la palabra SIDA significa Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida. Es decir que uno ha desarrollado el SIDA cuando presenta un conjunto de signos y síntomas (Síndrome) que indican que sus defensas están disminuidas (Inmune Deficiencia) porque se contrajo el virus (Adquirida).OMS, (2005) "VIH y el SIDA".

Cuando se llega a esta etapa aparecen las llamadas "enfermedades oportunistas", que se desarrollan aprovechando la caída de las defensas. Las más frecuentes son las afecciones pulmonares, de la piel, y diversos tipos de cáncer. A ello se suman los efectos directos del virus en el organismo, que incluyen trastornos del sistema nervioso y el aparato digestivo. Cuando la persona que vive con VIH desarrolla estas

afecciones se la considera enferma de SIDA. La palabra SIDA es la enfermedad que puede causar el VIH cuando no se toma ningún tratamiento. La palabra sida es una sigla que significa "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida". La definición de cada una de estas palabras es:

- **Síndrome:** Conjunto de síntomas que unidos componen todo un cuadro clínico complejo. En el caso del sida es difícil identificar con certeza cuál es la enfermedad real que tiene una persona, pues los síntomas son parecidos a los de otras enfermedades; A pesar de esta situación, se han determinado algunas manifestaciones que pueden estar relacionadas con esta fase de la enfermedad, tales como sudoración nocturna excesiva, fiebres recurrentes, pérdida de más del 30% del peso corporal en menos de un mes, diarrea e inflamación de ganglios. Es muy importante enfatizar que estos síntomas son comunes en casi todos los tipos de infecciones y que cuando son característicos de infección por VIH se deben presentar mínimo dos de ellos por un período de dos o tres meses consecutivos.
- **De Inmunodeficiencia:** Porque la acción de este virus tiene lugar directamente sobre el sistema inmunológico o de defensa, destruyendo la cantidad de defensas que necesita el cuerpo para hacer frente a los agentes que le pueden hacer daño.
- **Adquirida:** Porque este síndrome y el virus como tal, no está en las personas sino que se adquiere de alguien. OMS, (2005) "VIH y el SIDA".

3.1.2. La Transmisión del VIH

Las tres formas o vías de transmisión del VIH son:

- **Transmisión sexual;** A través del intercambio de semen y secreciones vaginales, durante todo tipo de relación sexual con una persona infectada por el VIH, sin preservativo.

- **Transmisión sanguínea;** Cuando la sangre de una persona infectada por el VIH se pone en contacto con nuestra sangre.
- **Transmisión madre – hijo;** Las mujeres infectadas pueden transmitir el virus a su hijo mientras esta en el vientre, en el momento del parto, o durante la lactancia. OMS, (2005) “VIH y el SIDA”.

3.1.3. Síntomas del VIH

Existen dos fases de síntomas: la fase de la primo-infección (o infección aguda) que se puede dar en los primeros días de haber adquirido la infección, los síntomas pueden ser similares a los que se presentan en un resfriado común y pueden por tanto confundirse con un resfriado u otra infección que pueden pasar desapercibidos. El sistema de defensa logra mantener una batalla por algún tiempo contra el virus pero finalmente pierde la lucha, ese tiempo de evolución de la infección, en la cual no se presentan síntomas se llama asintomático y puede durar años, dependiendo de la constitución genética y del estilo de vida de la persona que lo tenga, sin embargo las personas desde el momento que adquieren el virus -a las 6 horas, más exactamente- ya están en capacidad de transmitirlo, aunque no-presenten síntomas.

La segunda fase, llamada fase sintomática de la infección (que se presentará años más tarde) puede mostrar principalmente fiebres continuas, inflamación de ganglios y sudoraciones nocturnas. En esta fase la persona puede tener sus defensas bajas y también puede presentar síntomas relacionados con enfermedades producidas por infecciones por ejemplo, enfermedades en el sistema digestivo, respiratorio, etc.

Lo más importante a tener en cuenta es que tanto los síntomas del primo-infección como los de la fase sintomática pueden estar relacionados con enfermedades infecciosas que no tienen que ver con el VIH, es decir que cualquier persona que tenga una enfermedad de carácter infeccioso puede presentar estos síntomas y esto no quiere decir que tenga el VIH. OMS, (2005) “VIH y el SIDA”.

3.1.4. Niveles de Tensión del Paciente con Enfermedad Terminal

Entre los aspectos importantes de la vida de cualquier persona con enfermedad terminal, se encuentran los siguientes:

- **Miedo a la muerte.** El miedo es un proceso cognitivo: el miedo involucra una apreciación intelectual de un estímulo amenazante; y la ansiedad involucra una respuesta emocional a esa apreciación. (Beck, A. 1985:9).

Estar en contacto con el VIH es estar en contacto con el recuerdo de nuestra propia muerte. Los objetivos de la vida diaria son construir experiencias para evitar esta ansiedad fundamental. La persona sana se distancia de esta muerte definiendo la enfermedad como un "problema de otros", así se aleja, rechaza el contacto con estas personas. Así morir se ha convertido en algo inmanejable, poco previsible, lo que va aumentando la ansiedad colectiva ante la muerte y en la misma medida la negación de ella.

- **Interrupción de planes de vida.** Es preciso destacar la presencia de un sentimiento de frustración por la presencia de una enfermedad terminal como es el VIH/SIDA, ya que el organismo encuentra un obstáculo más o menos insuperable en la vida que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera.

- **Cambios en la imagen corporal y la autoestima.** Alteración en el pensamiento, atención, memoria, concentración, abstracción; el enfrentamiento del afectado a la pérdida de la imagen de sí mismo, su identidad, sus expectativas: intelectuales, laborales, de pareja, sexualidad y del ámbito social.

- **Cambios en su función social y su estilo de vida.** Repercusiones en ámbito laboral, tendencia a perder el trabajo a consecuencia de ello carencia en ámbito económico.

Todas las personas diagnosticadas con enfermedad terminal reaccionan ante estos aspectos en forma diferente y pueden padecer de depresión grave o ansiedad.

3.2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

Se entiende por características psicológicas a todos aquellos procesos internos de un individuo, es una estructura en su psique que a través del tiempo estas características van configurando la personalidad del individuo adquiriendo un rasgo de personalidad, nivel de autoestima, ansiedad y grado de depresión, que constituyen la peculiaridad individual del ser humano. Estas características psicológicas nos ayudan a comprender el comportamiento de las personas.

A continuación se detallada cada una de las características psicológicas que el enfermo de VIH puede manifestar ante el conocimiento de su enfermedad como ser el rasgo de personalidad, nivel de autoestima, ansiedad y depresión.

3.2.1. La Personalidad

Existen muchas definiciones de personalidad pero los entendidos en el tema, no están de acuerdo con una definición única de la misma. El interés de la psicología por la personalidad es muy antiguo, a lo largo de la historia encontramos planteamientos que tratan de dar explicación adecuada al tema de la personalidad. Muchas de las aproximaciones tuvieron durante un tiempo un gran peso explicativo y algunas incluso continúan de alguna manera presentes en las explicaciones que actualmente se ofrecen de la personalidad, entre estas encontramos a las teorías psicoanalíticas, la del aprendizaje social y las humanistas. Así mismo existen otras, como la teoría factorial, que entre sus máximos exponentes encontramos a Raymond B. Catell y Gordon Allport con la teoría de los rasgos. GOMARA PÉREZ, Jordi. CATELL, Raymond, “Aproximación Metodológica y Conceptual” (1992:5)

3.2.1.1. Teoría de los Rasgos

La orientación de esta teoría es principalmente cuantitativa o empírica dado que introduce el análisis estadístico en el estudio de las características de la personalidad; centrándose en la medición de la personalidad en términos de características

psicológicas específicas del individuo denominadas rasgos. Entre sus promotores más representativos de la psicología científica mencionamos a R. B. Catell, creador del más confiable y válido test de personalidad 16 PF.

Para Catell citado por Gomara (1992) el rasgo es “como una tendencia a reaccionar de manera relativa, permanente y constante respecto del cual un individuo es diferente de otro; como una variable diferenciadora individual.”

Para este mismo autor la personalidad “como determinante de la conducta en una situación dada, y que el componente básico de la personalidad son los rasgos. GOMARA PÉREZ, Jordi. CATELL, Raymond, “Aproximación Metodológica y Conceptual” (1992:5)

Para este autor la personalidad se encuentra integrada por una serie de atributos previsibles denominados rasgos o factores. Sostiene que todos los individuos tienen rasgos idénticos, pero en distinto grado por lo tanto no hay dos individuos exactamente iguales. (Ibídem Pág. 6). El rasgo representa tendencias reactivas generales e indica características de conducta del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y regularidad de conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones. Algunos rasgos pueden ser comunes a todos los individuos y varían en cantidades absolutas, y otros pueden ser exclusivos de un individuo. Ciertos rasgos pueden estar determinados con motivos, que son los rasgos dinámicos, y otros guardan relación con la capacidad y el temperamento.

3.2.1.2. Tipos de rasgos

CATELL citado por B. SANDIN Y P. CHOROT (1990) hace una distinción entre lo que denomina “rasgo peculiar y rasgo común” el primero sería característico de un solo individuo y el segundo de un patrón del que los sujetos diferirían más en grado que en forma.

Estos autores mencionan que por rasgos comunes, son aquellos que se presenta en todos los individuos, manifestándose en estos de forma más o menos semejante... por

ejemplo, la extraversión y la ansiedad y por rasgos únicos o peculiares que son mucho más específicos, que difícilmente pueden encontrarse en varios sujetos y generalmente son dotes o rasgos dinámicos. Éstos hablan de una clasificación de Catell en rasgos temperamentales, rasgos de habilidad y rasgos dinámicos.

El rasgo temperamental, es un rasgo estilístico, en el sentido de que se refiere al ritmo, forma, persistencia, etc. Y abarca gran variedad de respuestas específicas.

El rasgo de habilidad, se refiere a la capacidad para desarrollar una determinada tarea.

El rasgo dinámico, se refiere a motivaciones, intereses o actitudes.

Por lo tanto, la reacción de un individuo ante una situación determinada, dependerá de los rasgos de su personalidad y de otras variables transitorias que puedan intervenir en esta situación. SANDIN, B; y CHOROT, P. “Evaluación de Rasgos Psicológicos” (1900) Vol.2:287-326

3.2.1.3. Formación y desarrollo de la personalidad

Muchas teorías han tratado de dar explicación sobre la formación y desarrollo de la personalidad. Cada teoría atribuyendo a diferentes aspectos entre una de las más aceptable de determinista, misma que explica que herencia y ambiente interactúan.

Herencia y ambiente interactúan para formar la personalidad de cada sujeto. Desde los primeros años, los niños difieren ampliamente unos de otros, tanto por su herencia genética como por variables ambientales dependientes de las condiciones de su vida intrauterina y de su nacimiento como de su futuro desarrollo biopsicosocial.

Entre las características de la personalidad que parecen determinadas por la herencia genética, al menos parcialmente, está la inteligencia y el temperamento, así como la predisposición a sufrir algunos tipos de trastornos mentales.

Entre las influencias ambientales, hay que tener en cuenta que no solo es relevante el hecho en sí, sino también cuando ocurre, ya que existen periodos críticos en el

desarrollo de la personalidad en los que el individuo es más sensible a un tipo determinado de influencia ambiental, un claro ejemplo, es el de la adolescencia.

La mayoría de los expertos en especial de aquellos con enfoque psicoanalítico cree que las experiencias de un niño en su entorno familiar son cruciales, especialmente la forma en que sean satisfechas sus necesidades básicas o el modelo de educación que se siga, aspectos que puedan dejar una huella duradera en la personalidad.

3.2.1.4. La personalidad que adopta la persona con VIH

La capacidad de reconocimiento y adaptación a la realidad alcanza su máximo nivel en esta fase: la persona ha reestructurado su escala de valores y ha revalorado su experiencia, aprendiendo a vivir en su nueva situación, ha integrado su vivencia especial, elaborado de pérdidas y rescatado muchos de los elementos importantes de su vida: autoestima, dignidad, razón de vivir, calidad de vida, sexualidad, relaciones afectivas, visión del mundo y de sí mismo, creatividad, productividad, etc. Llegar a la aceptación equivale a un desarrollo personal en sus dimensiones más importantes. Desarrollo que puede lograrse a través de vivir el proceso del continuo psicoafectivo y trascender las etapas previas.

La duración de cada una de las fases varía en cada caso, en función de las características personales del impacto que se tiene a través de las actitudes de los demás. Se conjugan diversos factores individuales o de su entorno, como la personalidad, la historia de vida, la experiencia acumulada durante el proceso, la importancia que tenga para la persona, las pérdidas que se van teniendo, la vulnerabilidad personal, los apoyos, las relaciones familiares, de pareja, laborales, etc., el acceso a medicamentos, alimentos, esparcimiento, seguridad económica y afectiva, la evolución lenta o rápida de la enfermedad, entre otros.

El proceso no es lineal, ni se inicia siempre en la misma fase, se puede iniciar en cualquiera y haber progresiones y regresiones en el continuo entre el peso del evento y la adaptación a la realidad, convirtiéndose en un proceso complejo, sujeto a los

factores antes mencionados. CANOVES D. (2001) “Alteraciones Psicológicas en Pacientes con VIH” Ed. Ciencias Médicas. Barcelona – España.

3.2.2. La Autoestima

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5 – 6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros, compañeros, amigos), etc. Y las experiencias que vamos adquiriendo.

Según de cómo se encuentra nuestro autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentara el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocara a la persona hacia la derrota y el fracaso.

La autoestima constituye el núcleo de la personalidad y que todo individuo tiene una tendencia dirigida a la actualización de sus potencialidades y es capaz de representar su experiencia de una forma correcta. Este autor explica el origen de la autoestima en su teoría de la personalidad, la realidad en la que se desenvuelve la experiencia que internaliza un infante, por lo que se guía con este marco interno de referencia. La conducta está en función a satisfacer sus necesidades de actualización mostrando un valor positivo a todas las experiencias que las percibe como beneficiosas. ROGERS, Carl “La teoría humanista”, (1971:35)

3.2.2.1. Origen de la autoestima

Para Alcántara (1990), afirma que la autoestima no es innata, es adquirida y se genera como resultado de la historia de cada una de las personas, esto dependerá de las relaciones interpersonales y de comunicación que existe entre los miembros de una familia. Este autor opina que la autoestima tiene su origen en dos vertientes, la

primera es la observación de uno mismo, sobre la base de una serie de sucesivas autoevaluaciones referidas a los niveles alcanzados personalmente; la segunda se refiere a la asimilación e interiorizan de la imagen y opinión que los demás tienen y proyectan de nosotros.

La autoestima principalmente se origina en el seno familiar en las relaciones interpersonales con el contexto social que puede rodear al individuo, llámense ambiente escolar, familiar, amistades. De los Ríos Yaqueline, PID. Implementación de un Programa para Incrementar la Autoestima (1999: 6)

3.2.2.2. Niveles de Autoestima

A continuación se detallarán los niveles de autoestima como ser autoestima alta y autoestima baja y cómo se caracteriza cada una de ellas.

- **Autoestima Alta**

Según Gillham L., Heber (1991) una buena autoestima está caracterizada de la siguiente manera:

- Tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
- Se considera y realmente se siente igual, como persona, a cualquier otra persona aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
- No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.

- Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena.
- Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigos, etc.
- Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas.
- Reconoce sinceramente que no tiene derecho a mejorar o divertirse a costa de los demás.
- **Autoestima Baja**
 - Autocrítica rígida; son personas con una tendencia a la autocrítica, desdeñando todo lo que hace.
 - En su autoconcepto prevalece un pensamiento negativo de sí mismo, provocando un estado habitual de insatisfacción.
 - Excesiva sensibilidad a la crítica; existe excesiva sensibilidad respecto a la crítica de parte de las demás personas, que le hace sentirse atacado por los demás y llega a experimentar con ello resentimientos hacia su entorno.
 - Indecisión crónica; tienen muchos problemas para tomar decisiones, no por falta de información (elemento fundamental en la toma de decisiones) sino por un exagerado miedo a equivocarse.
 - Deseo excesivo de complacer; son personas que viven en función a complacer a los demás, no se atreven a decir no a algo por el temor a desagradar a los demás y perder su amistad.

- Perfeccionismo; existe una auto exigencia de hacerlo todo perfecto, casi todo cuando intenta, este comportamiento le lleve a sentirse muy mal cuando las cosas no le salen bien.
- Culpabilidad neurótica; estas personas se condenan a sí mismas por conductas no siempre objetivamente malas (creen ver un comportamiento suyo malo cuando en la realidad no lo es) exageran el tamaño de sus errores y los lamenta indefinidamente sin llegar a perdonarse.
- Hostilidad flotante; son personas muy irritables, hostiles, por cosas poco importantes pueden llegar a explorar de forma hostil hacia las demás personas, ya sea de forma verbal o conductual. Esta situación los lleva a desarrollar una carácter desagradable respecto a si mismo y hacia los demás.
- Actitud supercrítica hacia los demás; son personas muy críticas respecto al medio externo, casi todo les sienta mal, sienten decepción de todo, viven en constante insatisfacción.
- Tendencias depresivas; estas personas ven todas las cosas de color negro, su vida, su futuro y sobre todo su persona, pueden llegar a desarrollar la perdida de la satisfacción de vivir.

3.2.2.3. El autoestima en las personas con VIH

La dinámica, al conjugarse esta serie de factores permite el incremento o decremento de la percepción y significación del peso del evento, y a su vez, el reconocimiento y adaptación a la realidad. Es un continuo, es decir la persona se ubicará en distintos puntos del mismo en cada momento de su proceso de adaptación a la enfermedad, ubicándose de acuerdo a la dimensiones de Percepción y Significación del peso del evento, por un lado, y al reconocimiento y adaptación a la realidad, por el otro. Los individuos, al saberse con VIH, atraviesan una serie de fases que van de la negación a la aceptación de la realidad, en las que conforme van avanzando en el continuo va disminuyendo la percepción y significación del peso del evento, mientras

se va incrementando el reconocimiento y adaptación a la realidad. En cada fase se dan diversidad de reacciones. CANOVES D. (2001) “Alteraciones Psicológicas en Pacientes con VIH” Ed. Ciencias Médicas. Barcelona – España.

El individuo minimiza o anula su capacidad de reconocimiento y aceptación de la realidad con el fin de evadir la percepción y significación del peso del evento: puede manifestarse con expresiones y actitudes en las que niega su estado de vivir con VIH o con SIDA. Por lo general esta etapa se presenta al principio, después de haberse dado cuenta de su situación, o al aparecer los primeros síntomas.

Se manifiesta un incremento en el Reconocimiento y Adaptación de la Realidad, que tiende a aumentar la angustia, en vías de alcanzar un equilibrio entre la inconformidad y la realidad. El individuo se reconoce afectado, y le provoca un conflicto consigo mismo. Esta etapa se caracteriza por las manifestaciones de angustia que acompañan la toma de conciencia de que se vive con VIH/SIDA y todo lo que implica, incluyendo pérdidas y cambios que se tendrán que enfrentar. CANOVES D. (2001) “Alteraciones psicológicas en pacientes con VIH” Ed. Ciencias Médicas. Barcelona – España.

El conflicto se incrementa, debido a que la escala de valores se focaliza a sí mismo, lo cual motiva a comparaciones con su estado antes de la enfermedad, generándose un autorrechazo en función de la autoimagen deteriorada. En el momento de darse cuenta de que se vive con VIH, el deterioro de la autoimagen se asocia a los valores, principalmente relacionados a la sexualidad.

El deterioro de la autoimagen y la autoestima son entonces manifestaciones de sentimiento de culpa ante la responsabilidad no aplicada de auto protegerse y ante los probables contactos de riesgo con otras personas sin saberse viviendo con VIH. En el caso del paso al estado sintomático, el síndrome de desgaste y otras manifestaciones físicas internas y externas ponen en evidencia el deterioro de la persona. Siendo el cuerpo el referente material de la persona, el deterioro de su autoimagen resulta

lógico, y esta situación se traduce también en el deterioro de la autoestima. En esta etapa, fácilmente la persona regresa a la negación con el fin de recuperar las pérdidas.

En esta fase, la ira y el conflicto se manifiestan en reacciones de agresión dirigidas hacia los demás, a través de la manipulación de los afectos, conductas antisociales, o el intento de involucrar a otros en el evento. Algunas veces la persona busca responsables fuera de sí misma, a quienes agredir, haciéndolos sentir responsables o culpables, inclusive amenazando a los seres queridos con autodestruirse. CANOVES D. (2001) “Alteraciones Psicológicas en Pacientes con VIH” Ed. Ciencias Médicas. Barcelona – España.

3.2.3. La ansiedad

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, de zozobra. 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 Enrique “La Ansiedad” Ediciones Temas de hoy S.A. (2000:36-52)

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 particularizado en el individuo experimentado como una excitación emocional, con participación psicofisiológica, 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 alerta 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 Enrique “La Ansiedad” Ediciones Temas de hoy S.A. (2000:36-52)

3.2.3.1. Tipos de ansiedad

Enrique Rojas (2000) distingue las siguientes: ansiedad exógena, endógena y angustia existencial.

- **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 añadirse una serie de sistemas de activación (unos específicos para cada tipo de trastorno emocional y otros inespecíficos) toda la endocrinología y el sistema nervioso vegetativo. Esta serie de 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, (life events).
- **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. ROJAS Enrique (2000) “La Ansiedad” Ediciones Temas de hoy S.A.

3.2.3.2. Clasificación de los síntomas de la ansiedad.

Para Rojas (2000) 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: físicos, psicológicos, de conducta, intelectuales y por último los síntomas asertivos.

- **Síntomas físicos:** se produce por una serie de estructuras cerebrales intermedias. Donde se orientan las bases neurofisiológicas de las emociones; el hipotálamo y el sistema nervioso simpático que produce en la medula 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, relatarlo que mueve dentro de ellos.
- **Síntomas de conducta:** se denominan así 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. ROJAS Enrique (2000) “La Ansiedad” Ediciones Temas de hoy S.A.

3.2.3.3. 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.

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 considere 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. Beck, A. 1985; McConnell, J. 1988; Sandin, B. y Chorot, P. 1995; Papalia y Olds, (1992).

De igual modo como lo menciona Rojas (2000) la ansiedad también puede ser positiva es decir un estado presidido por el interés, la curiosidad, el afán de conocer y ahondar en tantas atractivas y sugerentes como tiene la vida.

3.2.3.4. Manifestación de la ansiedad en personas con VIH

La ansiedad frecuentemente se manifiesta en los pacientes crónicos, algunos derivados por efectos adversos producidos por la medicación prolongada.

Existen una serie de temores, miedo al rechazo social, incertidumbre laboral, miedo al abandono de la familia, pareja, amigos, miedo para afrontar adicciones o conductas de riesgo, temor a las relaciones sexuales, etc. Comienza a parecer síntomas: inquietud, preocupación, cefaleas, palpitaciones, náuseas, vómitos, agitación, taquicardia. Tanto la farmacoterapia y la psicoterapia para tratar la ansiedad, estará definida de acuerdo al criterio del equipo terapéutico. CANOVES D. (2001) “Alteraciones Psicológicas en Pacientes con VIH” Ed. Ciencias Médicas. Barcelona – España.

3.2.4. La Depresión

El presente documento tomará como referencia teórica los postulados de Beck el cual define a la depresión como un *“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”*

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que, en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. 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 considera globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la triada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. RUIZ SÁNCHEZ Juan José y CANO SARDE Justo José, “Psicoterapia cognitiva de Beck (I)”

- **Visión negativa del yo**

El individuo deprimido manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil. Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea físico, mental o moral. Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos, tiende a rechazarse a sí mismo y supone que los demás también lo rechazan.

- **Visión negativa del mundo**

Las interacciones con el ambiente son interpretaciones como privaciones, derrotas. El depresivo estima que el mundo le hace enormes exigencias y le presenta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos de vida.

- **Visión negativa del futuro**

Siempre, desde una perspectiva oscura, que da vueltas y vueltas sobre una serie de expectativas que parecen amenazantes. Supone que sus problemas y experiencias comunes continuaran indefinidamente y que a los cuales ya conocidos se agregarán

otros males de mayores. RUIZ SÁNCHEZ Juan José y CANO SARDE Justo José “Psicoterapia Cognitiva de Beck (I)”

3.2.4.1. Etiología de la depresión

El procesamiento distorsionado de la información en la depresión y en la ansiedad entiende en la teoría de Beck como un factor próximo (no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos o ansiosos. Entre todas las posibles causas distales que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información (Ej. Ciertas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias, traumas evolutivos, etc.), la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión unipolar no endógena y en muchos trastornos de ansiedad, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores:

- La presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad.
- Una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo.

La ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es de decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo. RUIZ SÁNCHEZ Juan José y CANO SARDE Justo José, (2000) “Psicoterapia cognitiva de Beck (I)” (1979)

3.2.4.2. Tipos de depresión

A continuación se describen los tipos de depresión:

- **La depresión como emoción normal**

La depresión es una emoción común que en condiciones “normales”, es una reacción provocada por procesos psicológicos como evaluaciones y estimaciones a nivel cognitivo; en el proceso de depresión intervienen factores cognitivos y sociales. Por

su condición desagradable, la depresión parece tener una función: la de eliminación a sí mismo. Pero será así si la persona se ve obligada a reorganizar sus pensamientos y buscar nuevas ideas para reconstruir su vida.

- **La depresión como emoción anormal**

Una depresión es anormal cuando no guarda proporción con el suceso (o sucesos) antecedentes que lo han provocado; cuando es excesiva con respecto a la causa o factor precipitante conocida; cuando se produce en sustitución de otra emoción más adecuada.

Para explicar esta depresión tenemos factores psicológicos y constitutivos. Estos factores están conectados con la depresión durante la psicosis maniaco-depresiva. La depresión no reorganiza las ideas sino que piensa los procesos de pensamiento portadores del dolor mental. CALDERÓN ROJAS, “La Depresión”, (1998:5)

3.2.4.3. Clasificación de los síntomas de depresión

Beck (1979) citado por Ruiz Sánchez (2000) indica que la depresión presenta una serie de sintomatologías en lo que tanto el componente afectivo, intelectual, conductual y somático sufren concluyentes cambios a los que se denominaran como trastornos.

- **Trastornos afectivos**

La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo origina síntomas diversos. El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, ahora abatido, no son afectivas, quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad.

El enfermo deprimido que presenta casi siempre este síntoma en forma dominante, manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y que cuesta mucho trabajo tomar decisiones hecho que deteriora su voluntad y su actividad.

El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal que las demás de las veces se manifiestan con frases como “soy un inútil” “para mí ya no hay nada”, “todo lo hago mal”, etc. Otro síntoma frecuente es el miedo que a veces se presenta en forma no precisa; pero el paciente siente temor pero no puede explicar a que, pudiendo ser todo o nada en especial.

- **Trastornos intelectuales**

Es frecuente que la sensopercepción se encuentre disminuida, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle las preguntas dos o tres veces para obtener una respuesta. Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria, sin embargo, en realidad existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados, y se manifiesta por el impedimento para representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea, lo que constituye una experiencia banal episódica del ser humano normal.

Aparte hay una disminución de la capacidad de la atención y concentración y esta dismnesia suele presentarse para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto. Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico tales como: “me he vuelto muy malo”, “soy nefasto para los demás”, etc. El pensamiento obsesivo contribuye a torturar más al enfermo; ideas repetitivas lo acongojan con frecuencia: trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan.

- **Trastornos conductuales**

Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos de la conducta, la actividad y la productividad del sujeto disminuyen, con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarlo a cabo.

Los impulsos suicidas son los aspectos más delicados y peligrosos que debe valorarse al inicio del tratamiento. Se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir

bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidos para moderar su angustia. Por lo anterior nos damos cuenta que los síntomas psíquicos del deprimido son muy variados, ya que cada momento se entremezclan elementos afectivos, intelectuales y conductuales.

- **Trastornos somáticos**

A este cuadro se llama “depresión enmascarada” y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica, que puede prolongarse por años. Asimismo, el paciente inicia una preocupación somática que provoca que el paciente vaya de médico en médico, en una lucha penosa por recuperar la salud, cuando un estudio sencillo y un tratamiento adecuado podía haber resultado su problema en un tiempo relativamente breve.

Uno de estos trastornos es el insomnio, la dificultad para dormir perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser única pero angustiosa queja por muchos años. Otro trastorno importante es la pérdida de peso o disminución del apetito, síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos.

Por otra parte se presentan trastornos en la sexualidad con debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Este es un trastorno fundamental, los fracasos de realización que originan en el hombre la impotencia (falta de erección o eyaculación precoz) no es otra cosa que la libido reducida, que provoca a su vez un profundo desaliento y un pensamiento obsesivo de minusvalía. En la mujer, la baja sexual es muy evidente. Aunque suele perturbarla menos que al hombre y otros síntomas somáticos que varían entre un caso y otro. RUIZ SÁNCHEZ Juan José (2000) “Psicoterapia Cognitiva de Beck (I)” (1979)

3.2.4.4. Manifestación de la depresión en personas con VIH

Entre las personas con VIH/SIDA, la depresión es el desorden psiquiátrico más común (sin incluir desordenes de abuso de sustancias), pero la mayoría de personas

VIH positivas no están deprimidas la mayor parte del tiempo. Mientras los niveles de depresión varían dependiendo de cómo se define la depresión y como es medida, el consenso es que los niveles de depresión son elevados en el contexto del VIH/SIDA, con estimados usando criterios diagnósticos que oscilan entre el 5% al 20% dependiendo de las medidas usadas y los grupos estudiados (Evans et al. 2005). Estos estimados usualmente no incluyen la depresión "menor", que tiene menos síntomas pero se manifiesta aún con una tristeza persistente y una capacidad menor para experimentar placer y satisfacción.

Alguna evidencia sugiere que las mujeres VIH positivas tienen niveles mayores de depresión y distinta que hombres con VIH, y que personas con desorden de abuso de sustancias. Aun así, las mujeres en general y las personas que no son positivas que usan drogas también tienen niveles altos de depresión, así que el VIH quizá no sea la causa más común de la mayor incidencia. Niveles más altos han sido reportados cuando se utilizaron escalas sintomáticas de auto-evaluación o estudios diagnósticos para identificar la depresión, pero como regla general estas medidas no se deben de utilizar para establecer un diagnóstico. Por otro lado, algunos factores pueden complicar el diagnóstico de la depresión en una persona que es VIH +, por la superposición entre síntomas de depresión (como el insomnio y la pérdida de apetito), y síntomas del VIH de por sí o los efectos secundarios de los medicamentos.

La depresión se puede presentar en cualquier etapa de la enfermedad, siendo más frecuente en la etapa inicial: *diagnóstico*. Se manifiesta con declinación del estado físico, tristeza, agotamiento, desesperanza, crisis de llanto, miedo a la muerte, baja autoestima, y esto acompañado con desordenes orgánicos, compromiso inmunológico, pérdida de la memoria, falta de concentración, muchas veces estos cuadros pueden aparecer como efecto adverso a la medicación.

En algunos casos la depresión se presenta con la ideación suicida, porque los pacientes se culpan por la enfermedad, generalmente creen que la mejor forma de

castigarse es abandonando la terapia clínica, farmacológica o aumentando el abuso de drogas y o alcohol.

Es el más importante indicador de suicidio, pues se refiere a la existencia misma de la idea. Manifestación consciente sobre pensar o desear morir que puede ser o no manifestada (por ejemplo expresarlo por escrito, a través de dibujos).CANOVES D. (2001) “Alteraciones Psicológicas en Pacientes con VIH” Ed. Ciencias Médicas. Barcelona – España.

3.3. RELACIONES FAMILIARES

La familia es un “conjunto de personas unidas entre sí por el matrimonio y el lazo de la filiación”. La relación de implicación existente entre la familia y la sociedad, “no hay familia sin sociedad”, por lo tanto una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia, provoca reacciones diferentes en los distintos miembros de la misma. Pueden surgir sentimientos de protección, compasión y necesidad de ayudar al enfermo o enojo y resentimiento contra la vida, generalmente puede ir coraje acompañado de culpa y auto recriminaciones, según el tipo de enfermedad y relación, la tensión y el cansancio pueden ser constantes en los familiares cercanos y cuidadores.

La familia debe comunicarse en su totalidad como un organismo vivo, y cualquier alteración en la estructura o función de alguno de sus integrantes, influirá en todos y en cada uno de los demás miembros de la familia.

Por lo tanto la enfermedad del virus VIH y el tratamiento de lucha para combatir este virus, son sucesos vitales altamente estresantes que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, que debe ajustarse a la nueva situación para lograr algún nivel de equilibrio.

3.3.1. La Familia Frente a la Enfermedad Terminal

La familia frente a la enfermedad terminal de un miembro de la familia enfrenta a la totalidad de la misma con una amenazante crisis en la que todos sus miembros

reaccionan en sus formas características, sus respuestas son variables y pueden ser más o menos compatibles unas con otras y con las necesidades del momento, algunos de los miembros pueden estar aún más angustiados que el propio paciente. Sin embargo es un tiempo de reunión y movilización de recursos; hay mucha voluntad para ofrecer ayuda, apoyo activo y afectivo incluso de un miembro lejano y amigos de la familia. La familia debe equilibrar las necesidades del paciente con las del otro miembro de la misma. Además de resumir las tareas normales del desarrollo para cada uno de ellos, pueden surgir dificultades y conflictos entre sus miembros, diferencias sobre los objetivos y el proceso mismo de la enfermedad y su tratamiento; mientras un cuidador primario puede permanecer manifestando protector, otro permite, exige y estimula una mayor libertad del paciente.

3.3.2. Dificultades en las Relaciones Familiares

A continuación se detallan las principales dificultades que se manifiestan en las relaciones intrafamiliares.

Desorganización, la enfermedad quebranta los recursos adaptativos para afrontar situaciones difíciles que antes sido exitosos

Ansiedad, conductas hiperactivas, irritabilidad, intolerancia entre unos y otros.

Emocional, relación oscilante y superficial cuando la capacidad de contener, enfrentar y organizar las respuestas afectivas se muestra insuficiente.

Introversión, la enfermedad y la muerte son poderosas fuerzas centrípetas que ejercen un efecto de muralla en la familia, para defender, implanta nuevas normas. CANOVES D. (2001) “Alteraciones Psicológicas en Pacientes con VIH” Ed. Ciencias Médicas. Barcelona – España.

El presente trabajo de investigación pertenece a área clínica porque este campo de estudio, valiéndose de diferentes pruebas y técnicas psicológicas, se encarga de la evaluación y diagnóstico de la estructura de la personalidad; es por esta razón que se pretende determinar las características psicológicas y familiares de las personas con VIH de la ciudad de Tarija.

Mediante la investigación se medirán las características psicológicas que presentan, tales personas como ser los rasgos de personalidad, nivel de autoestima, nivel de ansiedad, nivel de depresión y relaciones familiares de las personas que padecen este virus del VIH, puesto que la psicología clínica es una de las ramas de la psicología dirigida a la detección, prevención y desarrollo de la salud mental de los individuos.

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Este trabajo corresponde al diseño de investigación diagnóstico-descriptivo.

- **Diagnóstica:** Porque se expone un proceso psicológico evaluable que de acuerdo con lo que sucede recoge información sobre, fenómenos observables y sus relaciones en la medida que éstos son observables, sin agregarle significado. Es decir este tipo de investigación solo presenta al fenómeno como lo encuentra, sin buscar causas, ni motivos.
- **Descriptiva:** Porque cuyo objetivo consiste en reunir todo el material existente acerca del problema que se estudia. Es así que trata de establecer una descripción más precisa de las características de un determinado individuo situación o grupo. En este estudio se pretende detallar los rasgos de personalidad, autoestima, ansiedad, depresión y las relaciones familiares de las personas con VIH de la ciudad de Tarija.
- **Exploratoria:** Porque intenta establecer relaciones entre distintos indicadores y porque aún no existen estudios previos sobre la “Caracterización Psicológica y Familiar de las Personas con VIH”.

Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizó una metodología cualitativa y cuantitativa.

La presentación y procedimiento de los resultados obtenidos se realizó de forma *cuantitativa* y en la que se refiere a la presentación y sistematización mediante la utilización de cuadros estadísticos para los resultados y de acuerdo al instrumento utilizado.

De forma *cualitativa* porque se empleó un análisis e interpretación teórica de los resultados, como también un tratamiento individual de los datos y también se expresó las tendencias o elementos comunes que se identifica en los casos estudiados.

4.2. POBLACIÓN.

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta a toda la población existente de personas con VIH que son portadoras de esta enfermedad de la ciudad de Tarija.

En la ciudad de Tarija la cantidad de personas que padecen esta enfermedad varía según los datos del programa de ITS/VIH/SIDA a un número de 60 personas, tomando en cuenta que estos son estudios de caso de dicho programa.

4.3. MUESTRA

Dado que por las características de la problemática explicados en capítulos anteriores, la muestra representativa para esta investigación tomando en cuenta a las 60 personas identificadas en el Programa ITS/VIH/SIDA, los cuales asisten a la organización “Vivo en Positivo”, con un criterio muestral del 50% de los sujetos, lo que implica una muestra de 30 personas.

Para la selección de la muestra, el tipo de muestreo fue intencional, este tipo de muestra supone o exige un cierto conocimiento del universo a estudiar; su técnica consiste, en que, es el investigador, el que escoge intencionalmente y no al azar algunas categorías que se consideren típicas o representativas del fenómeno a estudiar, para poder generalizar a la población.

Estas personas se caracterizan por asistir a la Organización “Vivo en Positivo” de la ciudad de Tarija, en dicha organización se cuenta con asesoramiento y seguimiento sobre el tratamiento de su enfermedad y de cómo deben contrarrestar el virus del VIH, empezando desde su diagnóstico, medicación. Así también comparten experiencias sobre su enfermedad, participan en diferentes actividades como ser el G.A.M. (Grupo de Ayuda Mutua), espacio que les permite sentirse bien al identificarse con las demás personas P.V.V.S. (personas viviendo con el virus del sida).

Esta organización se encarga de fortalecer la personalidad de estas personas, orientándoles, a ver la vida de una manera más perseverante, para poder contrarrestar el virus del VIH.

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

A continuación se presentará de manera resumida los métodos, técnicas e instrumentos que se usaron en la investigación.

El “método” utilizado en esta investigación es “*teórico*” porque se basa en una revisión bibliográfica porque el fin de esta investigación es aportar datos nuevos sobre algunas características psicológicas como: rasgos de personalidad, nivel de autoestima, ansiedad, depresión y las relaciones familiares de las personas con VIH.

Las “técnicas” que se usaron son las siguientes:

- **Questionario:** Es una técnica de recolección de datos, en donde se pide al sujeto responder con sinceridad para la validez de su contenido. El cuestionario permite recopilar información sobre el pensar y la conducta de una cantidad considerable de individuos de forma rápida y económica. Así también es una forma de llegar indirectamente al sujeto, es decir que el sujeto puede responder libremente a las diferentes interrogantes en cuanto al contenido del cuestionario.
- **Test:** Son técnicas de evaluación para conocer diferentes características acerca de la población a ser estudiada. Mediante los test se logra tener un conocimiento

amplio sobre las personas, sujeto a estudio en cuanto a estados de personalidad, manifestaciones emocionales, personales y algunas dificultades que las mismas puedan presentar con los resultados adquiridos de los diferentes test.

Los ***“instrumentos”*** que se usarán en esta investigación para conocer las “características psicológicas y familiares de las personas con VIH de la ciudad de Tarija”, son los siguientes:

- **Inventario de personalidad 16 PF**

Este inventario de Raymond Beltrand Cattell, está destinado para adultos a partir de los 18 años en adelante.

Es un test que mide los rasgos más evidentes de la personalidad, temperamento, rasgos de carácter adquirido, actitudes sociales, rasgos reaccionales, consta de 187 preguntas que incluyen 16 factores bipolares de la personalidad, su administración puede ser individual y grupal a personas a partir de los 18 años en adelante, el tiempo de aplicación no tiene límite porque no se sabe con exactitud de cuanto una persona terminara en responder a las diferentes preguntas.

Descripción de las escalas del 16PF

Puntuaciones Bajas	Escala	Puntuaciones Altas
<i>Reservado: alejado, crítico, frío.</i>	A	<i>Abierto: afectuoso, sereno, participativo.</i>
<i>Capacidad mental general baja. Poca habilidad para problemas.</i>	B	<i>Capacidad mental general alta. Comprensión y rapidez de aprender.</i>
<i>Afectado por los sentimientos, poco estable emocionalmente.</i>	C	<i>Emocionalmente estable, maduro, tranquilo, se enfrenta a la realidad.</i>
<i>Sumiso, apacible, manejable, dócil, acomodadizo, dependiente.</i>	E	<i>Dominante, agresivo, independiente, terco, obstinado, competitivo.</i>
<i>Sobrio, reflexivo, serio, cauteloso, silencioso, obsesivo.</i>	F	<i>Desinhibido, alegre, animoso, hablador, sociable, comunicativo.</i>
<i>Despreocupado, poca aceptación de normas convencionales, relajado.</i>	G	<i>Escrupuloso, consciente, responsable, moralista, perseverante.</i>
<i>Cohibido, tímido, susceptible, retraído, cauteloso, aislado, cerrado.</i>	H	<i>Emprendedor, cordial, no inhibido, atrevido, gregario.</i>
<i>Sensibilidad dura, realista, auto confiado, no afectado por sentimientos.</i>	I	<i>Sensibilidad blanda, busca atención y ayuda, tierna idealista.</i>
<i>Confiable, adaptable, comprensivo permisivo, tolerante, respetuoso.</i>	L	<i>Suspicaz, dogmático, difícil de engañar, exigente, desconfiado.</i>
<i>Práctico, realista, objetivo, interesado en resultados inmediatos.</i>	M	<i>Imaginativo, fantasioso, excéntrico, bohemio, seducible, absorto.</i>
<i>Franco, natural, sencillo, auténtico, sin perspicacia, simple.</i>	N	<i>Astuto, calculador, mundano, terco, agudo, desafiante, sociable.</i>
<i>Apacible, seguro de sí, plácido, tranquilo, satisfecho, sereno.</i>	O	<i>Agobiado, inquieto, ansioso, preocupado, inseguro, culpabilidad.</i>
<i>Conservador de ideas tradicionales arraigadas, moderado.</i>	Q₁	<i>Analítico, crítico, experimental, liberal, de ideas nuevas y libres.</i>
<i>Dependiente del grupo, falta de resolución, inseguro, enrolado.</i>	Q₂	<i>Autosuficiente, independiente, lleno de recursos, decidido.</i>
<i>Auto conflictivo, descuidado de reglas sociales.</i>	Q₃	<i>Controlado, compulsivo, escrupuloso, llevado por su autoimagen.</i>
<i>Sereno, tranquilo, sosegado, satisfecho, no frustrado, estable.</i>	Q₄	<i>Tenso, sobre excitado, irritable, frustrado, impaciente, inestable.</i>

- **Cuestionario de Autoestima 35B**

El inventario 35B de Carl Rogers, se ajusta a la definición de autoestima como actitud, ya que mide la actitud hacia uno mismo, permite obtener el nivel de autoestima en distintos rangos que van desde óptimo hasta deficiente, ya que la

presente investigación servirá para describir el nivel de autoestima de personas portadoras del virus VIH.

Este inventario consta de cincuenta ítems, a los que el individuo responde con cuatro alternativas en un rango de 0 a 3:

- 0 = es falso,
- 1 = algo cierto
- 2 = creo que cierto
- 3= estoy convencido de que es cierto.

Para realizar la obtención del indicador de autoestima, se realiza la sumatoria de los resultados individuales de todos los ítems con números pares. De este total se resta la sumatoria de los resultados individuales de todos los ítems con números impares.

Los resultados que se obtiene de esta prueba, es el indicador admisible de autoestima, el cual es el punto de referencia inicial en la medición del proceso de construcción de la autoestima.

La escala de autoestima comprende diez rangos	
De 61 A 75, Óptimo	De -1 A -15, Baja
De 46 A 60, Excelente	De -16 A -30, Deficiente
De 31 A 45, Muy Buena	De -31 A -45, Muy Baja
De 16 A 30, Buena	De -46 A -60, Extrema
De 0 A 15, Regular	De -61 A -75, Nula

- **Cuestionario de Ansiedad**

El test de ansiedad cuyo autor es Enrique Rojas consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva caracterizada por un estado de alerta de activación generalizado, a partir de los cuales se establece posteriormente un rango sobre el cual se diagnostica el nivel de ansiedad que presentan estas personas portadoras del VIH.

Este cuestionario consta de 100 preguntas divididas en cinco clases de síntomas como ser: síntomas físicos, síntomas psíquicos, síntomas de conducta, síntomas intelectuales y síntomas asertivos. Su puntaje se divide en cinco categorías que evalúan la intensidad de la ansiedad:

- 0 – 20 Banda normal
- 20 – 30 Ansiedad ligera
- 30 – 40 Ansiedad moderada
- 40 – 50 Ansiedad grave
- 50 a más Ansiedad muy grave

Este cuestionario permite evaluar la situación durante los últimos tres meses y la vivencia actual de las personas portadoras del VIH.

- **Escala de depresión**

Es un instrumento cuyo autor es Aarón Beck, que se usará para valorar la depresión en personas con VIH. Es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio aspecto de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad e intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

Su puntaje se divide en cinco categorías que evalúan la intensidad de la depresión:

- 0 a 9 sin depresión
- 10 a 18 depresión leve
- 19 a 29 depresión moderada
- 30 a más depresión grave

Este cuestionario permite evaluar la situación durante el momento actual y la última semana vivida por las personas con VIH.

- **Cuestionario de Relaciones familiares**

Este cuestionario fue elaborado por el investigador con preguntas cerradas, se caracteriza por ser anónimo y auto administrado. Las preguntas están redactadas en un lenguaje claro que evita el uso de términos técnicos para poder ser entendido por la población a la cual está dirigido. Las preguntas estuvieron relacionadas con el ámbito familiar de las personas que sufren esta enfermedad del virus del VIH.

Este instrumento consta de 16 preguntas con relación al ámbito familiar tomando en cuenta la comunicación, expresión de afecto, relación con los hijos y el apoyo por parte de la familia hacia la persona que padecen este virus del VIH.

4.5. PROCEDIMIENTO

Esta investigación se realizó bajo las siguientes fases:

- **Primera fase: Revisión bibliográfica**

Se realizó una revisión bibliográfica, acerca de la temática que fue elegida, para dar lugar al planteamiento del problema y su correspondiente justificación.

- **Segunda fase: Contacto con la población**

Fase donde se buscó la población, en una primera instancia se realizó una entrevista al responsable encargado del Programa ITS/VIH/SIDA de la ciudad de Tarija, para tener conocimiento acerca de las características de la muestra, sujeto a estudio, y un

posterior acercamiento para interactuar con las personas que se encuentran registradas en dicho Programa y que pertenecen a la Organización “Vivo en Positivo”.

- Tercera fase: Preparación de los instrumentos

Elaboración y adecuación de los instrumentos, así también la construcción del cuestionario y de las hojas de respuestas de los diferentes test, en esta fase se dio lugar a la revisión minuciosa de cada instrumento que se utilizó en la investigación, para evitar complicaciones al momento de su ejecución.

- Cuarta fase: Prueba piloto

En esta fase se realizó una prueba piloto a algunas personas para prever algunas dificultades de los instrumentos, en cuanto a su contenido, consigna, si se considera conveniente para poder realizar algunas modificaciones para un buen entendimiento de la población al momento de su ejecución. Para esta fase se tomó en cuenta a tres personas que asisten a la organización “Vivo en Positivo” para llevar a cabo la prueba piloto.

- Quinta fase: Administración de los instrumentos

En esta fase se dio lugar a la aplicación de los diferentes instrumentos utilizados en esta investigación, para recabar datos sobre la caracterización psicológica y familiar de la población que fueron personas de la organización “Vivo en Positivo”.

- Sexta fase: Procesamiento de la información obtenida.

En esta fase se dio lugar al procesamiento de los resultados obtenidos de cada instrumento; mediante la tabulación se pudieron obtener resultados de acuerdo a sus escalas, indicadores de medición.

- Séptima fase: Análisis de los resultados

Fase en la que se elaboró el análisis correspondiente de los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos que se utilizó para la medición de las variables utilizadas en la investigación.

- **Octava fase: Elaboración de conclusiones y recomendaciones**

En esta fase se realizó la conclusión de la investigación haciendo referencia a las hipótesis de este trabajo llegando a describir si se cumple o rechaza, para luego dar lugar a las recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos de la presente investigación.

- **Novena fase: Presentación final del informe**

Esta fase se realizó la redacción y presentación del trabajo de investigación. Una vez culminado el trabajo de investigación se entrega a la docente guía encargada de evaluar dicho trabajo con todas las correcciones correspondientes, para ser distribuido al tribunal para la exposición y defensa del trabajo de investigación.

Con la finalidad de mostrar resultados objetivos del proceso de investigación aplicado a personas con el virus de inmunodeficiencia humana VIH, los resultados se encuentran organizados en cuadros y gráficos de acuerdo a los objetivos específicos planteados en la investigación, así en primer lugar se caracterizaran los rasgos de personalidad, seguida por el nivel de autoestima, nivel de ansiedad, nivel de depresión y por último las relaciones familiares, todo lo mencionado permitió realizar un análisis e interpretar sobre las características psicológicas de las personas con VIH de la ciudad de Tarija, representados en frecuencias y porcentajes los que fueron calificados de acuerdo a criterios específicos de cada prueba.

Finalmente después de cada cuadro y gráfica se realizó el análisis de los datos y la interpretación de los resultados de forma cualitativa tomando en cuenta aquellos más sobresalientes, por lo que con el análisis de todos los datos recogidos y en función de cada uno de los objetivos específicos se determinaron las características psicológicas de las personas con VIH de la ciudad de Tarija.

5.1. Primer Objetivo Específico.- *“Caracterizar los rasgos de personalidad en las personas con VIH de la ciudad de Tarija”.*

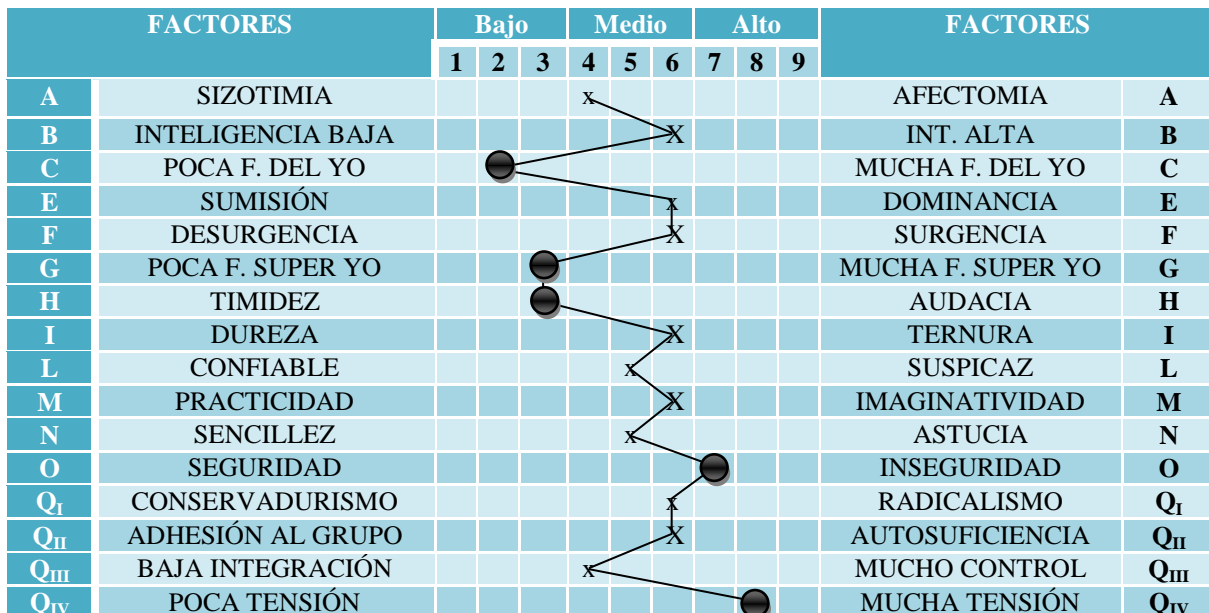
Para el análisis de los rasgos de personalidad se consideró los resultados más importantes y sobresalientes en cuanto a puntajes bajos y altos tomando en cuenta que cada factor está sujeto a un 100% que se obtuvieron de la aplicación del Inventario de Personalidad 16 PF, en este sentido con el fin de responder al primer objetivo específico se presenta la siguiente información.

**CUADRO N°1
PERFIL DE PERSONALIDAD 16 PF**

FACTORES		Bajo	Medio	Alto	FACTORES	
A	SIZOTIMIA	50%	50%	0%	AFECTOMIA	A
B	INTELIGENCIA BAJA	6%	50%	44%	INT. ALTA	B
C	POCA F. DEL YO	73%	27%	0%	MUCHA F. DEL YO	C
E	SUMISIÓN	6%	64%	30%	DOMINANCIA	E
F	DESURGENCIA	10%	47%	43%	SURGENCIA	F
G	POCA F. SUPER YO	70%	30%	0%	MUCHA F. SUPER YO	G
H	TIMIDEZ	63%	37%	0%	AUDACIA	H
I	DUREZA	6%	54%	40%	TERNURA	I
L	CONFIABLE	27%	57%	16%	SUSPICAZ	L
M	PRACTICIDAD	17%	36%	47%	IMAGINATIVIDAD	M
N	SENCILLEZ	16%	57%	27%	ASTUCIA	N
O	SEGURIDAD	0%	57%	43%	INSEGURIDAD	O
Q _I	CONSERVADURISMO	3%	67%	30%	RADICALISMO	Q _I
Q _{II}	ADHESIÓN AL GRUPO	20%	47%	33%	AUTOSUFICIENCIA	Q _{II}
Q _{III}	BAJA INTEGRACIÓN	50%	50%	0%	MUCHO CONTROL	Q _{III}
Q _{IV}	POCA TENSIÓN	0%	0%	100%	MUCHA TENSIÓN	Q _{IV}

*Fuente: Inventario de los 16 Factores de la Personalidad (16 PF) de Cattell
Elaboración Propia*

**GRÁFICA N°1
PERFIL DE PERSONALIDAD 16 PF**



*Fuente: Inventario de los 16 Factores de la Personalidad (16 PF) de Cattell
Elaboración Propia*

- **FACTOR C: Poca Fuerza del YO.-** Factor fundamental que se manifiesta por una buena estabilidad emocional y capacidad de abordar las dificultades emocionales. La esencia de este factor parece ser una capacidad para controlar los propios impulsos y emociones, la insignificancia, la fatiga emocional y la incapacidad para hacerse cargo de la realidad.

En cuanto a este factor un 73% de las personas con VIH carecen de la poca fuerza del YO es decir que tienden a ser emocionalmente inmaduras e impulsivas, débil para tolerar las frustraciones, evasivas, rehúyen de la toma de decisiones, de nervios fatigados, que fácilmente se enojan con las cosas y la gente. Generalmente se encuentran insatisfechos y poseedores de varios síntomas neuróticos, tales como fobias, perturbaciones del sueño problemas psicosomáticos.

- **FACTOR G: Poca Fuerza del Súper YO.-** este factor tiene que ver mucho con la persistencia para alcanzar metas ultra-personales y también ideales y con los esfuerzos para ejercer su poderoso autocontrol.

En base a este factor un 70% de las personas con diagnóstico positivo, las personas tienden a ser caprichosos, confusos, inconstantes, renunciadoras, volubles, frívolas. A veces son indolentes y falta de normas interiores de conducta, negligentes en el deber social, inmaduros y relajados.

- **FACTOR H: Timidez.-** Factor fundamental que mide la “Permia” o conducta de atrevimiento, espontaneidad e insusceptibilidad a la inhibición. Este rasgo declina pronunciadamente con la edad, o sea, que la timidez excesiva tiende a curarse por sí misma.

Con relación a este factor un 63% de las personas que viven con VIH se caracterizan por ser tímidas, es decir a ser retraído, aislados, cautelosos, fugitivos, generalmente tiene complejo de inferioridad. Surge la tendencia a expresarse con lentitud, prefiere

uno a dos amigos íntimos y no muchos, y no son capaces de mantenerse en contacto con todo lo que está sucediendo a su alrededor.

- ***FACTOR O: Inseguridad.-*** Este factor mide la inseguridad – agresividad del individuo basada en la culpabilidad.

Con respecto a este factor un 43% de las personas portadoras del VIH poseen la tendencia a padecer depresiones, a estar preocupado, a evitar a la gente. Generalmente viven muy preocupadas de los cambios de su estado de ánimo, no se sienten aceptadas por los grupos ni con espíritu para participar en ellos.

- ***FACTOR Q4: Mucha Tensión.-*** Este factor se caracteriza por medir la tensión energética alta.

Las personas con VIH en relación a este factor, un 100% tienden a ser excitables, desasosegadas, irritables, impacientes, con frecuencia se sienten demasiado fatigadas pero es incapaces de mantenerse inactivo. No tiene una buena visión de grupo.

En síntesis, en base a todo lo expuesto se puede decir que las personas con VIH diariamente están sujetas a sobrellevar su enfermedad individualmente y enfrentar los cambios rutinarios, familiares y sociales en cuanto a su estado emocional y físico, es por esto que se convierten en individuos discriminados, los cuales hacen que se sientan menospreciados y sometidos a cambios trascendentales en su conducta y personalidad, afectando los mismos en su desarrollo interpersonal con los demás y volviéndose más vulnerables en cuanto a su entorno.

5.2. Segundo Objetivo Específico.- Identificar el nivel de Autoestima de las personas con VIH de la ciudad de Tarija.

CUADRO N°2

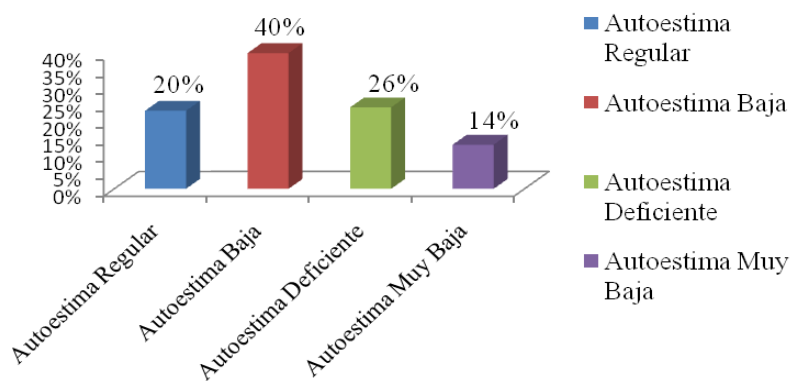
NIVEL DE AUTOESTIMA

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima Regular	6	20%
Autoestima Baja	12	40%
Autoestima Deficiente	8	26%
Autoestima Muy Baja	4	14%
Autoestima Muy Baja	0	0%
Total	30	100%

*Fuente: Cuestionario de Autoestima 35B
Elaboración Propia*

GRÁFICA N°2

NIVEL DE AUTOESTIMA



*Fuente: Cuestionario de Autoestima 35B
Elaboración Propia*

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. La autoestima principalmente se origina en el

seno familiar en las relaciones interpersonales con el contexto social que puede rodear al individuo, llámense ambiente escolar, familiar, amistades.

En base a los resultados adquiridos del cuestionario de autoestima aplicados a las personas con VIH, se observa en la gráfica que un 40% de estas personas tienen la autoestima baja, es decir, su autocrítica es rígida en todo lo que hacen. En cuanto a su autoconcepto prevalece un pensamiento negativo de sí mismos, provocando un estado habitual de insatisfacción, así también padecen de excesiva sensibilidad a la crítica; respecto a la crítica de parte de las demás personas, lo que les hace sentirse atacado por los demás y llegan a experimentar con ello resentimientos hacia su entorno. Estas personas acarrean indecisiones crónicas es decir que tienen muchos problemas para tomar decisiones, no por falta de información (elemento fundamental en la toma de decisiones) sino por un exagerado miedo a equivocarse.

Evaluando los resultados, un 26% de estas personas tienen la autoestima deficiente, o negativa (como nociva) es decir cuando las apreciaciones de su autoevaluación y autovaloración le hacen daño y hay carencia de estima hacia sí mismas.

Este tipo de personas se siente descontenta consigo misma, pues se considera de poco valor e incluso, en casos extremos, se observa sin valor alguno y por lo tanto "no querible". Se sienten convencidos de que no tienen aspectos positivos para enorgullecerse, tienen conciencia de sus defectos, pero tienden a sobredimensionarlos. No conocen ni sabe quiénes son, ni cuáles son sus capacidades y habilidades que las hagan digna de ser queridas por ella misma y por los que las rodean. Tienen un marcado sentido del ridículo y el temor a errar los hace poco creativos. Prefieren ser descritos como flojos y no como tontos.

Son personas con una gran necesidad de sentirse queridas y valoradas, y como son dependientes de los demás para su autovaloración, presentan una especial sensibilidad ante cualquier actitud de los otros que las hagan sentirse postergadas o rechazadas, sin lograr establecer sanas relaciones de dependencia y plantear sus ideas claramente por miedo al rechazo.

Continuando, un 14% tienen autoestima baja, es decir un deseo excesivo de complacer; son personas que viven en función a complacer a los demás, no se atreven a decir no a algo por el temor a desagradar a los demás y perder su amistad, *el perfeccionismo* es la debilidad de estas personas; existe una auto exigencia de hacerlo todo perfecto, casi todo cuanto intentan, este comportamiento lo lleva a sentirse muy mal cuando las cosas no le salen bien. Otro de estos síntomas es la *culpabilidad neurótica*; estas personas se condenan a sí mismas por conductas no siempre objetivamente malas (creen ver un comportamiento suyo malo cuando en la realidad no lo es) exageran el tamaño de sus errores y los lamentan indefinidamente sin llegar a perdonarse. *La hostilidad flotante*; son personas muy irritables, hostiles, por cosas poco importantes pueden llegar a explorar de forma hostil hacia las demás personas, ya sea de forma verbal o conductual. Esta situación los lleva a desarrollar un carácter desagradable respecto a sí mismos y hacia los demás.

Las tendencias depresivas; estas personas ven todas las cosas de color negro, su vida, su futuro y sobre todo su persona, pueden llegar a desarrollar la pérdida de la satisfacción de vivir.

Por otro lado un porcentaje mínimo del 20% tienen una autoestima regular: es decir se sienten igual que los demás y que no tienen diferencias con respecto a los otros. En este nivel las personas poseen el autoconocimiento suficiente como para no ser menospreciadas por otras personas.

5.3. Tercer Objetivo Específico.- *Establecer el nivel de ansiedad de las personas con VIH de la Ciudad de Tarija.*

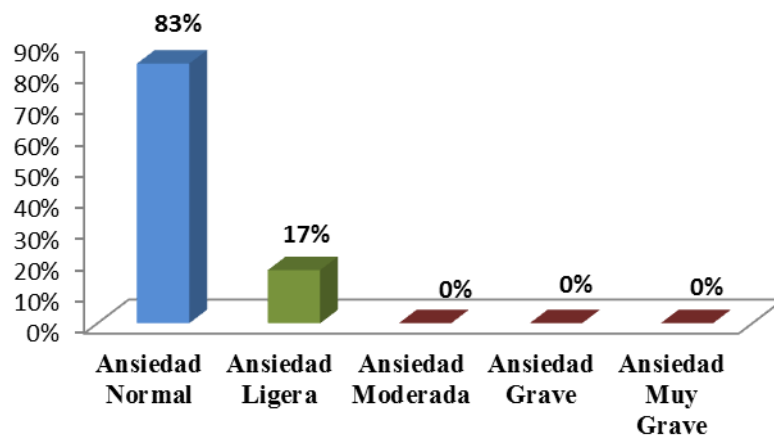
A continuación se presentan los resultados obtenidos del cuestionario de Ansiedad de Rojas, que el mismo consta de cinco categorías, con veinte ítems, haciendo un total de cien preguntas.

CUADRO N°3
SÍNTOMAS FÍSICOS

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Normal	25	83%
Ansiedad Ligera	5	17%
Ansiedad Moderada	0	0%
Ansiedad Grave	0	0%
Ansiedad Muy Grave	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

GRÁFICA N°3
SÍNTOMAS FÍSICOS



Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

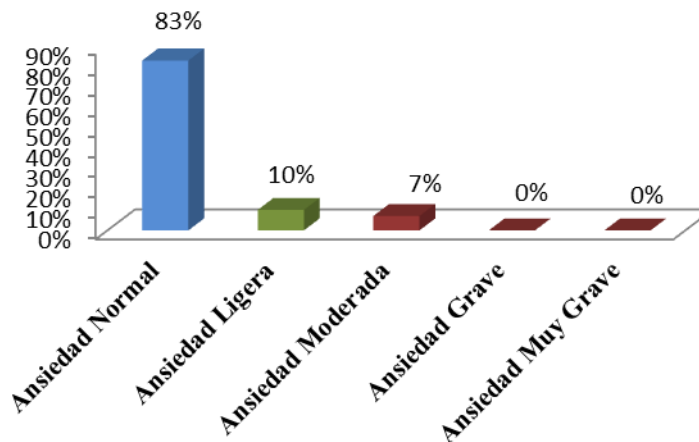
En lo que se refiere a los síntomas físicos de la ansiedad, se puede observar que el 83% de las personas con VIH puntúan en la categoría de ansiedad normal, seguido de la ansiedad ligera con un 17%, lo que permite mencionar que el hecho de padecer una enfermedad terminal que es el VIH, no afecta de ninguna manera el estado físico de las personas con VIH, ya que no presentan síntomas significativos de ansiedad física como taquicardia, sudoración, dificultades para poder respirar, pesadillas, sueño constante, etc.

CUADRO N°4
SÍNTOMAS PSÍQUICOS

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Normal	25	83%
Ansiedad Ligera	3	10%
Ansiedad Moderada	2	7%
Ansiedad Grave	0	0%
Ansiedad Muy Grave	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

GRÁFICA N°4
SÍNTOMAS PSÍQUICOS



Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

En respuesta a los síntomas psíquicos, se evidencia con el Cuadro N°4, el 83% de las personas con diagnóstico positivo, presentan un nivel de ansiedad normal, seguida por resultados no muy significativos del 10% y 7% de ansiedad ligera y moderada, lo que significa que las personas con VIH de la ciudad de Tarija no presentan síntomas significativos de miedo, inseguridad, desasosiego, ataques de pánico, sentirse en constante situación de amenaza, etc.

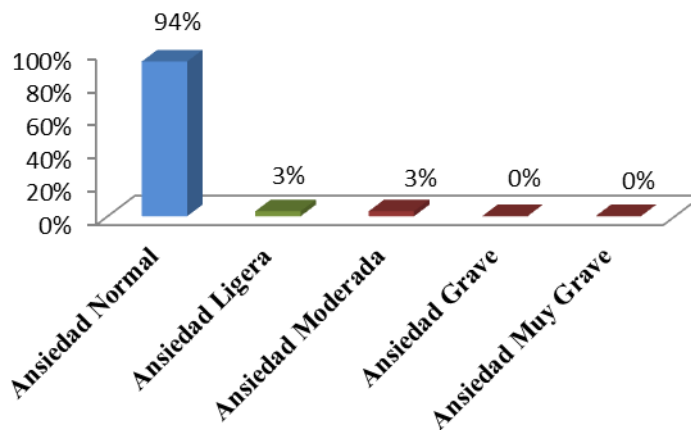
CUADRO N°5
SÍNTOMAS CONDUCTUALES

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Normal	28	94%
Ansiedad Ligera	1	3%
Ansiedad Moderada	1	3%
Ansiedad Grave	0	0%
Ansiedad Muy Grave	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

GRÁFICA N°5

SÍNTOMAS CONDUCTUALES



Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

Con respecto a este cuadro que representa los resultados de los síntomas conductuales, se observa que el 94% apunta a una ansiedad normal, lo que permite inferir que estas personas no se encuentran inquietas, no se mueven de un lado para el otro de manera exagerada, no manifiestan movimientos repetitivos en las manos sin un fin justificado por su enfermedad.

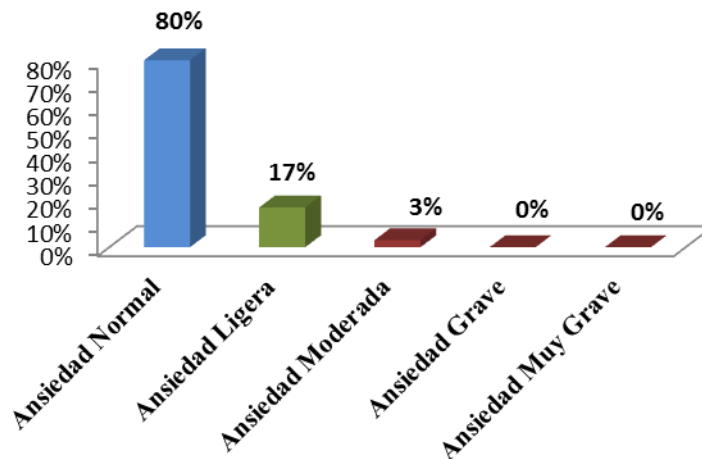
CUADRO N°6
SÍNTOMAS INTELECTUALES

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Normal	24	80%
Ansiedad Ligera	5	17%
Ansiedad Moderada	1	3%
Ansiedad Grave	0	0%
Ansiedad Muy Grave	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

GRÁFICA N°6

SÍNTOMAS INTELECTUALES



Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

En el Cuadro N°6, dentro de los síntomas intelectuales se evidencia que 80% de las personas con VIH se encuentran en un nivel de ansiedad normal, es decir, que estos sujetos no ven el futuro de manera pesimista, el tener que enfrentar una enfermedad terminal, no piensan que tienen mala suerte por su condición de ser personas seropositivas, no se consideran personas que no sirven para nada, se concentran adecuadamente, no se encuentran despistadas, etc.

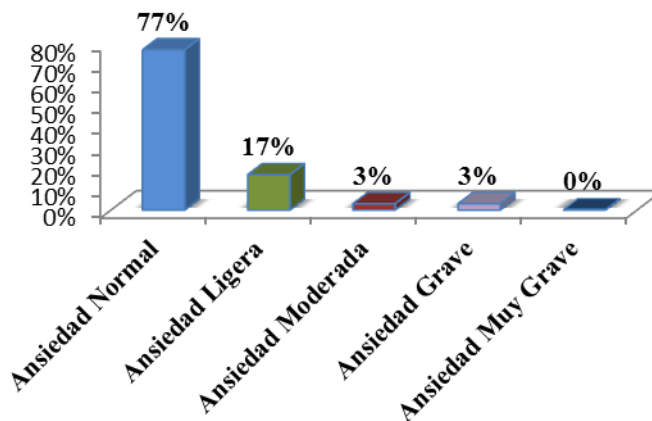
CUADRO N°7
SÍNTOMAS ASERTIVOS

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Normal	23	77%
Ansiedad Ligera	5	17%
Ansiedad Moderada	1	3%
Ansiedad Grave	1	3%
Ansiedad Muy Grave	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

GRÁFICA N°7

SÍNTOMAS ASETTIVOS



Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

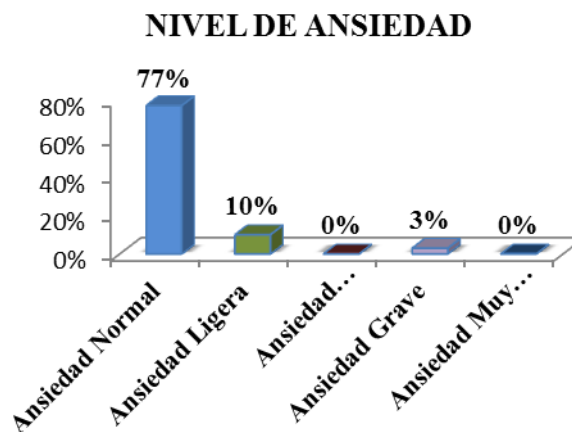
Por último en los síntomas asertivos, un 77% presentan ansiedad normal, seguida por un 17%, 3% de ansiedad ligera y moderada, grave, es decir que estas personas después de tener que superar un diagnóstico positivo con el transcurso de su existencia, no se ven afectados en cuanto a sus habilidades sociales y la dificultad para adquirir un comportamiento personal y social adecuado a cada situación como ser: a veces no saben qué decir ante ciertas personas, les cuesta expresar sus verdaderas opiniones y sentimientos, se muestran pasivos o bloqueados en reuniones sociales, como también les resulta difícil decir “no” o mostrarse en desacuerdo con algo, etc.

CUADRO N°8
NIVEL DE ANSIEDAD

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Normal	26	87%
Ansiedad Ligera	3	10%
Ansiedad Moderada	0	0%
Ansiedad Grave	1	3%
Ansiedad Muy Grave	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

GRÁFICA N°8



Fuente: Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Elaboración Propia

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita a su vez su estado es impreciso carente de objeto exterior. La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva, esto quiere decir que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción.

Con respecto a los datos adquiridos se hace mención a que un 80% de las personas que viven con VIH tienen una ansiedad normal, lo que significa que generalmente no se ven afectadas su conducta ni provoca desajustes en el comportamiento diario, los síntomas más comunes que padecen estas personas con ansiedad normal son; elevación de la frecuencia cardiaca, respiración acelerada, sudoración, tensión muscular.

Con respecto a los porcentajes bajos de un 10%, 3% tienen ansiedad ligera y grave vale decir, que estas personas que viven con el VIH padecen una serie de temores, miedo al rechazo social, incertidumbre laboral, miedo al abandono de la familia, pareja, amigos, miedo para afrontar adicciones o conductas de riesgo, temor a las relaciones sexuales, comienzan a aparecer síntomas: inquietud, preocupación, cefaleas, palpitaciones, náuseas, vómitos, agitación, taquicardia.

5.4. Cuarto Objetivo Específico.- *Determinar el nivel de depresión de las personas con VIH de la ciudad de Tarija.*

Para dar una respuesta a la hipótesis de trabajo, el instrumento utilizado para este objetivo es el Inventario de Depresión de Beck, que permite determinar el nivel de depresión de las personas con VIH de la ciudad de Tarija.

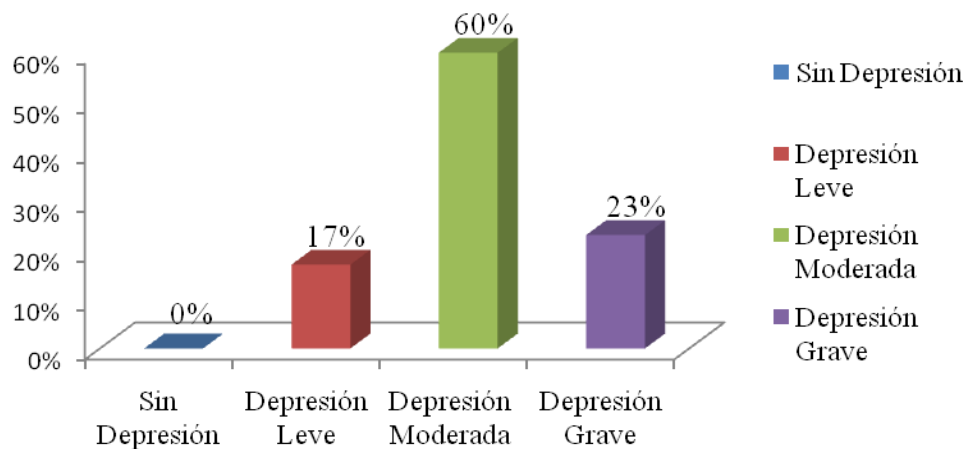
CUADRO N°9
NIVEL DE DEPRESIÓN

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Sin Depresión	0	0%
Depresión Leve	5	17%
Depresión Moderada	18	60%
Depresión Grave	7	23%
Total	30	100%

Fuente: Inventario de Depresión de Beck
Elaboración Propia

GRÁFICA N°9

NIVEL DE DEPRESIÓN



Fuente: Inventario de Depresión de Beck
Elaboración Propia

En los porcentajes generales que muestra el Cuadro N°9, se observa que el 60% de las personas con VIH manifiestan una depresión moderada, es decir, que se sienten tristes la mayor parte del tiempo, se encuentran disconformes con ellos mismos y son pesimistas, seguida de una depresión grave, es decir, que a su vez se sienten culpables ante sus familias por su enfermedad, debido a la falta de responsabilidad que debían asumir en el momento de contraer la que es el VIH, han perdido el interés por las demás actividades, no les interesa muchas cosas, están pendientes de saber cómo deben comportarse ante los demás, tienen pensamientos negativos sobre su situación, etc.

Un 17% presenta depresión leve, lo que significa que estas personas están conscientes de la situación por la cual están atravesando y manifiestan síntomas de pérdida de peso y apetito, insomnio, fatiga descontento con todo lo que hacen porque piensan que todo lo hacen mal, tienen una pobre imagen de su cuerpo, presentan tendencias a ideas suicidas, etc.

5.5. Quinto Objetivo Específico.- *Caracterizar las relaciones familiares de las personas con VIH de la ciudad de Tarija.*

A continuación se presentaran los resultados adquiridos de la aplicación del cuestionario de Relaciones Familiares administrado y elaborado por el investigador del trabajo.

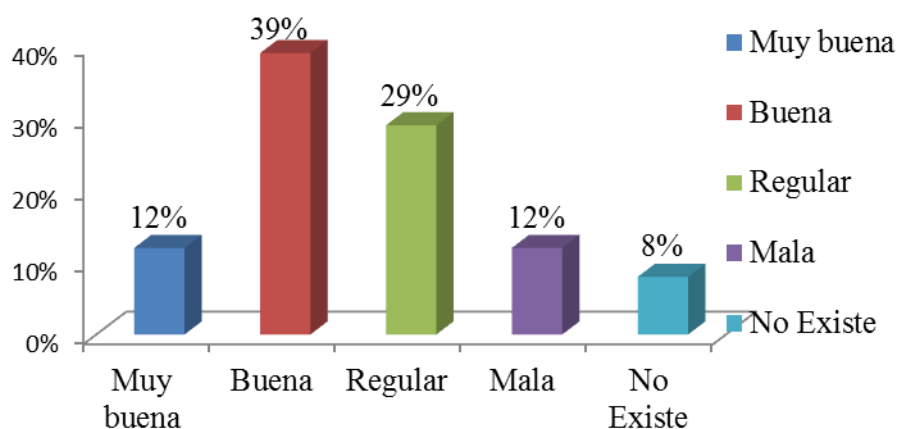
CUADRO N°10
“COMUNICACIÓN”

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	3	10%
Buena	12	40%
Regular	9	30%
Mala	4	13%
No Existe	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario de Relaciones Familiares
Elaboración Propia

GRÁFICA N°10

“COMUNICACIÓN”



Fuente: Cuestionario de Relaciones Familiares
Elaboración Propia

En base a los porcentajes mayores de un 40% y 30% en cuanto a la comunicación es buena y regular, es decir, que las relaciones familiares de las personas con VIH y su familia indican que existe la presencia de dialogo de poder asumir cualquier tipo de problemas y apoyar al que lo necesita, como ser después de la noticia de su diagnóstico, un 13% y 10% señalan una comunicación muy buena y a la vez mala, esto indica que existe y no la facilidad para relacionarse con los demás miembros de su familia, es decir que la comunicación es restringida por parte del sujeto enfermo hacia los miembros de su familia, ya que mencionan, sentirse culpables de todo lo que les está sucediendo actualmente, un porcentaje mínimo del 8% manifiesta que no existe ningún tipo de comunicación en su hogar con los miembros de su familia, esto debido a después de la noticia de su diagnóstico con el VIH.

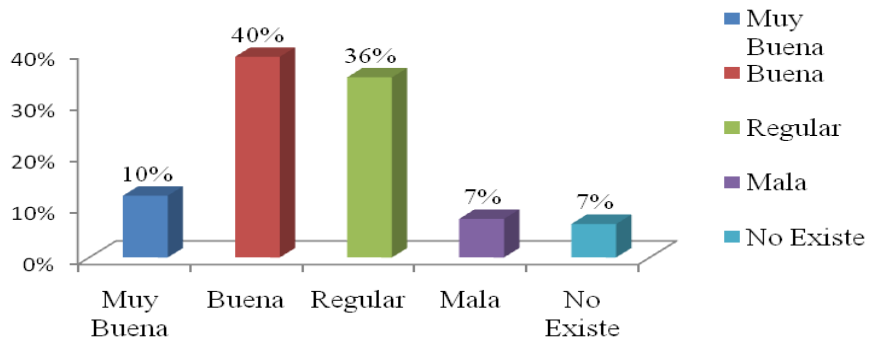
CUADRO N°11
“EXPRESIÓN DE AFECTO”

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	3	10%
Buena	12	40%
Regular	11	36%
Mala	2	7%
No Existe	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario de Relaciones Familiares
Elaboración Propia

GRÁFICA N°11

“EXPRESIÓN DE AFECTO”



Fuente: Cuestionario de Relaciones Familiares
Elaboración Propia

Como se observa en el cuadro N°11 la expresión de afecto dentro las relaciones familiares es de un 40% y 36% lo que significa que es buena y regular, esto hace referencia que las personas con VIH y los miembros de su hogar muestran cariño y amor por el otro, tienen la facilidad para manifestar sentimientos hacia los demás seres de su familia.

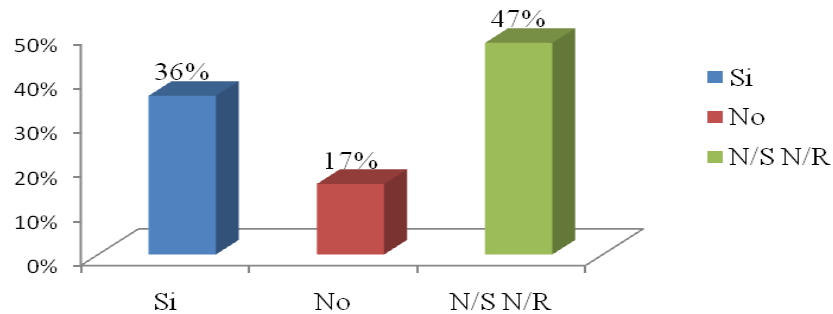
Por otro lado un 105 indica que la expresión de afecto es buena como un 7% menciona que es mala ya que también no existe, esto debido a la noticia positiva después de su diagnóstico, por la falta de responsabilidad en su hogar, por la falta de afecto hacia los demás.

CUADRO N°12
“RELACIÓN CON LOS HIJOS”

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	36%
No	5	17%
NS/NR	14	47%
Total	30	100%

*Fuente: Cuestionario de Relaciones Familiares
Elaboración Propia*

GRÁFICA N°12
“RELACIÓN CON LOS HIJOS”



*Fuente: Cuestionario de Relaciones Familiares
Elaboración Propia*

En cuanto a las relaciones con los hijos, el Cuadro N°12 muestra que el 47% no sabe o no responden, si participan en actividades educativas y recreativas, si demuestran con facilidad sentimientos hacia sus hijos.

Un 36% indica que sí lo hacen, que tratan de convivir más con sus hijos, porque los ponen al margen del problema que ellos están atravesando actualmente.

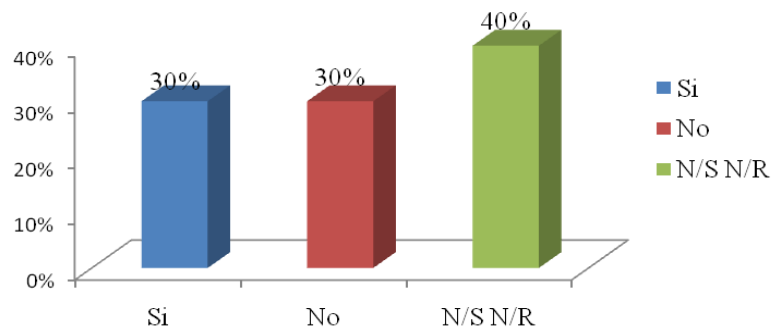
Por último, un 7% de las personas con VIH señalan que no hay relación alguna de colaboración de actividades educativas, brindar ayuda, interacción de participación con sus hijos.

CUADRO N°13
“APOYO FAMILIAR”

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	30%
No	9	30%
NS/NR	12	40%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario de Relaciones Familiares
Elaboración Propia

GRÁFICA N°13
"APOYO FAMILIAR"



Fuente: Cuestionario de Relaciones Familiares
Elaboración Propia

Por último en el Cuadro N°13 en cuanto al apoyo familiar un 40% de la muestra no sabe, ni responden cómo se da el apoyo por parte de sus familiares ya sea económico, laboral y emocional.

Un 30% señala que sí y no, existe una parte de los familiares que sí lo apoyan con dinero para sus medicamentos o lo más importante el apoyo moral de no desmayar y de seguir adelante por el bienestar de su persona y de toda su familia, ya que de alguna manera son afectados por la situación difícil que atraviesa el sujeto diagnosticado de una enfermedad irreversible como es el VIH/SIDA.

6.1. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el análisis e interpretación de los resultados, se elaboran las siguientes conclusiones.

- Con respecto a los **Rasgos de Personalidad**, se indica que las personas con VIH tienen las siguientes características de personalidad más sobresalientes: *Poca Fuerza del YO*, que corresponde al Factor “C”. Bajo, indicando que estas personas con el virus, carecen de la capacidad para controlar los propios impulsos y emociones, la insignificancia, fatiga emocional y la incapacidad para hacerse cargo de la realidad. Asimismo poseen *Poca Fuerza del Super YO*, que corresponde al Factor “G”. Bajo, sus acciones son casuales y faltas de atención a los compromisos y las exigencias que demanda la sociedad, es decir, que se identifican por ser personas despreocupadas y les resulta difícil la aceptación de normas convencionales. Con respecto a la *Timidez*, que corresponde al Factor “H”. Bajo, a base de este factor, estas personas con diagnóstico positivo se caracterizan por ser tímidas, generalmente tiene complejo de culpa, son incapaces de mantener contacto con todo lo que está sucediendo a su alrededor. **Con el Factor “O”, que refiere a la Inseguridad.** Alto, estas personas con el VIH tienen la tendencia a padecer depresiones, no se sienten aceptados por los grupos, ni con espíritu para participar en ellos. Por último en cuanto al estado de *Mucha Tensión*, que pertenece al Factor “Q₄”. Alto, este factor señala una constante ansiedad y frustraciones generalizadas que se puedan manifestar a través de los problemas para conciliar el sueño, agitación impaciencia e irritabilidad ante hechos a cosas pequeñas.

Con los datos expuestos se ha llegado a la conclusión de que se acepta parcialmente en parte la primera hipótesis de trabajo, **Factor “O”, que refiere a la Inseguridad.** La cual indica que: “*Las personas con VIH de la ciudad de Tarija presentan rasgos de personalidad como la inseguridad, esto significa que personas con VIH se caracterizan por padecer depresiones o sentirse preocupadas por los cambios de su estado de ánimo*”.

- En cuanto al **nivel de Autoestima** de las personas con VIH de la ciudad de Tarija, presentan una Autoestima Baja en todas sus dimensiones, esto indica que al no poseer un Autoestima buena, estas adoptan una autocrítica rígida en todo lo que hacen, en ella prevalece sentimientos negativos sobre sí mismos, provocando un estado habitual de insatisfacción, a su vez acarrear indecisiones, no por la falta de información sino por miedo a equivocarse.

Estos datos permiten rechazar la hipótesis, que señala: *“Los niveles de autoestima que manifiestan las personas con VIH es deficiente en relación a su autoconcepto”*.

- En lo que refiere al **nivel de ansiedad** de personas con VIH de la ciudad de Tarija se encuentran en la banda normal, es decir, no se ven afectada su conducta, no existen desajustes en su comportamiento diario. Con respecto a los diferentes síntomas de la ansiedad como físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos, de la misma manera se encuentran dentro de la banda normal, indicando que las personas no padecen síntoma alguno de la ansiedad.

Todo lo mencionado permite rechazar la hipótesis *con relación a los diferentes síntomas que abarca la ansiedad, las personas con VIH presentan un nivel de ansiedad grave, padeciendo síntomas afectivos en mayor intensidad.*

- Con relación al **nivel de depresión**, personas con VIH de la ciudad de Tarija presentan una depresión moderada, es decir, que se sienten tristes la mayor parte del tiempo, se encuentran disconformes con ella misma. Cabe mencionar que en los resultados, también se observa un porcentaje mínimo de la muestra que evidencia depresión grave y leve, probablemente debido a su enfermedad irreversible, sintiéndose culpables, perdiendo así el interés por actividades, también se sienten confundidos.

Los datos expuestos llevan a aceptar la hipótesis planteada que señala: *“Niveles de depresión que padecen los enfermos de VIH, son moderados en cuanto a los trastornos cognitivo, afectivos y conductuales”*.

- Para finalizar, dentro de **las relaciones familiares** de las personas con VIH de la ciudad de Tarija, con respecto a la comunicación y expresión de afecto, hacia sus familiares es buena, indicando que sí existe la presencia de diálogo, la facilidad para relacionarse con los miembros de su familia, a su vez en su hogar existe manifestaciones de afectos en cuanto a cariño y amor. Con respecto a la relación con los hijos y el apoyo familiar, los porcentajes mínimos, señalan que sí existe una relación adecuada que refleja también en el apoyo económico, laboral y emocional que reciben las personas con VIH. En actividades educativas y recreativas, un porcentaje mayor menciona que prefieren evitar el contacto con hijos, debido a la enfermedad que están atravesando.

Por lo siguiente se rechaza la hipótesis de investigación: *“En cuanto al entorno familiar, las relaciones familiares de las personas con VIH se caracterizan por ser regulares o malas”*.

6.2. RECOMENDACIONES

Una vez concluido el trabajo de investigación, se considera las siguientes recomendaciones:

A la sociedad en general:

- Concientizar y transmitirles la magnitud de las enfermedades terminales e irreversibles y las secuelas que dejan en las personas enfermas y sus familiares, asimilar la realidad por la que atraviesan estas personas, para que pueda haber solidaridad por parte de la sociedad y permitirles conocer que tienen derechos igual que todos los demás y pueden aspirar a una vida mejor.
- Dejar de lado la discriminación, ya que las personas con VIH, son personas como cualquier otra con derechos y deberes.

A la Carrera de Psicología:

- Implementar gabinetes psicológicos, para la atención de psicoterapias familiar, individual de estas personas.
- Crear espacios de reflexión y concientización acerca de la enfermedad del VIH/SIDA, para que ayude a disminuir la discriminación hacia estas personas que adquirieron el virus.

A los estudiantes de Psicología:

- Implementar programas, para mejorar sus expectativas de vida con respecto a la población estudiada.
- Tomar conciencia y asimilar los contenidos durante su formación y desarrollo, para una buena formación profesional.

A la institución “Vivo en Positivo”:

- Vivo en positivo, continuar con su objetivo, de contribuir a la salud integral, generando empoderamiento de niñas, niños, mujeres y hombres con VIH. el de aceptar y aprender a vivir con un diagnóstico positivo.
- Continuar promocionando la defensa de los Derechos Humanos, capacitando y sensibilizando a la comunidad y población vulnerables con un enfoque integral del VIH.
- Que las reuniones en la institución sean más frecuentes, para poder interactuar y compartir sobre las diferentes experiencias de cada persona, que pertenece a la institución.

A personas con VIH:

- Continuar fortaleciendo su autoestima, que el participar en el GAM, grupo de ayuda mutua, donde su objetivo es superar el diagnóstico positivo y aprender a vivir con ello.

A la familia:

- Recibir apoyo psicológico, ya que muchas veces la noticia del diagnóstico puede ser traumatizante para los miembros de la familia y la persona diagnosticada, con el fin de que el apoyo sea mutuo.
- El apoyo psicológico y económico es importante para que el afectado pueda sobrellevar su enfermedad.

A futuros investigadores:

- Investigar más, sobre la temática, desde el área clínica, poder abordar a profundidad, con las personas involucradas, los afectados y los miembros de su entorno familiar y social.

- Tomar en cuenta los datos obtenidos en la presente investigación, las características psicológicas y familiares de las personas con VIH, con el fin de profundizar este estudio en futuras investigaciones.