

CAPITULO II

2.0. MARCO TEÓRICO

2.1. ORIGEN DEL VIH-SIDA

Un equipo de científicos norteamericanos, ingleses, camerunenses y franceses, confirma, tras un largo estudio que los simios salvajes del Camerún son los portadores de la enfermedad en su variante VIH-1.

El documento titulado “Chimpanzee Reservoirs of Pandemic and Nonpandemic HIV-1” y publicado en la prestigiosa Science Magazine, afirma que los simios o chimpancés salvajes provenientes de las selvas del África central, puntualmente de Camerún, transmitieron a los seres humanos el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida(SIDA).

Según los científicos, el virus recorrió el continente negro, vía al sur, a través de los ríos Sangha y Congo, de allí, a las poblaciones de Kinshasa y Brazzaville, y finalmente al resto del mundo, convirtiéndose en una pandemia de gran envergadura.

La primera cepa del virus fue identificada hace 25 años en los humanos y actualmente, según datos de la OMS, afecta a 40 millones de personas en todo el mundo. Hasta la fecha se habían barajado diferentes hipótesis sobre su origen, aunque expertos en inmunología sospechaban de un fuerte nexo entre éste y los primates de la clase chimpancé.

El primer caso conocido de VIH en un ser humano se detectó en una muestra de sangre recogida en 1959 de un hombre en Kinshasa, República Democrática del Congo. (No se sabe cómo contrajo esta persona la infección).

El análisis genético de esta muestra de sangre pareció indicar que el VIH-1 puede haber provenido de un virus único a finales de la década de 1940 o principios de los 50. En 1982, los funcionarios de salud pública empezaron a usar el término "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" o SIDA, para describir la aparición de infecciones oportunistas, el sarcoma de Kaposi (un tipo

de cáncer) y la neumonía de *Pneumocystis Carinii* en personas que antes estaban sanas. Ese año empezó a hacerse un seguimiento formal (vigilancia) de los casos de SIDA en los Estados Unidos. En 1983, los científicos descubrieron el virus que causa el SIDA. Inicialmente, un comité científico internacional le dio al virus el nombre de VTLH-III/LAV (virus linfotrópico de células T humano tipo III/virus de linfadenopatía-asociado). Este nombre se cambió posteriormente al VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Para el estudio, los científicos procedieron a recoger y realizar pruebas genéticas en las heces o excrementos de los chimpancés residentes en las selvas de Camerún. Se trata de la especie conocida como *Pan troglodytes* que vive en la región sur del país.

Los virus similares a los HIV se llaman en primates VIS (virus de la inmunodeficiencia en simios). Junto al chimpancé y al mangabey, hay otras 25 especies de monos portadoras de uno u otro VIS. Hasta el momento, ninguna sepa de la variante simiesca, ha sido detectada en los seres humanos.

Hace algunos años, se había identificado y detectado a una cepa del VIS estrechamente emparentada con el VIH-1 humano, pero esta sólo afectaba a los simios criados en cautiverio, sin causarles la enfermedad.

Otra cepa del VIS relacionada con el VIH-2, que está menos extendido, se había identificado en un pequeño simio del África ecuatorial, conocido como mangabey, gracias a un estudio realizado por un equipo de científicos belgas y divulgados en el 2003.

Hasta el momento no había sido posible hallar el VIH-1 en su ambiente natural. “Existía un eslabón crucial en la cadena de pruebas que implicaban al VIS en el origen del VIH/SIDA y ésta era la ausencia de un virus reconocible en estos monos en estado salvaje” expresaron los científicos, sin embargo, el descubrimiento de una población de primates en estado salvaje portadora del virus se convierte en "el eslabón crucial" que permite dar término a la historia de

la infección y proporciona "por primera vez un panorama claro sobre el origen del VIH y la simiente de la pandemia del SIDA", anotaron los investigadores.¹

Los conceptos de VIH-SIDA se enmarcan en las siguientes definiciones:

Virus

Inmunodeficiencia

Humana

SIDA

Síndrome de

Inmuno

Deficiencia

Adquirida

Persona que vive con VIH es aquella que tiene el virus en su sangre y no presenta síntomas, sin embargo puede transmitirlo a otras personas.

Persona en fase de SIDA se define cuando desarrolla síntomas avanzados de la enfermedad

2.2. ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR VIH

2.2.1. PERIODO DE VENTANA

Tiempo que transcurre desde que entra el virus al cuerpo hasta que este puede ser detectado con una prueba que busca anticuerpos de VIH en sangre esta puede durar de 0 a 12 semanas

2.2.2. PERIODO DE LATENCIA O SEROPOSITIVO

Tiempo que transcurre desde que una persona se infecta y pasa asintomático por un periodo de 2 a 10 años.

¹ Origen del VIH y La Pandemia del Sida, Dra. Beatrice H.Hahn. 2006.

2.2.3. SINTOMÁTICA (FASE SIDA)

Es cuando la persona llega a presentar toda la sintomatología como inflamación de los ganglios, fatiga, fiebre, diarrea crónica y pérdida de peso.

2.3. FORMAS DE TRANSMISIÓN

2.3.1. VÍA SEXUAL

Por relaciones sexuales vaginales, orales y/o anales (heterosexuales, homosexuales o bisexuales).

2.3.2. VÍA SANGUÍNEA.

Por transfusiones, compartir agujas, tatuajes

2.3.3. VÍA MATERNA O TRANSMISIÓN VERTICAL

Se transmite a través de la madre a su hijo durante tres momentos:

- Gestación (in-útero)
- En el parto
- Lactancia materna

2.4. FORMAS DE NO TRANSMISIÓN

El VIH no se transmite por:

- Darle la mano a una persona con VIH-SIDA
- Abrazar o besar a una persona viviendo con VIH-SIDA
- Por compartir el mismo servicio sanitario
- Comer en el mismo plato,
- Bañarse en una piscina,
- Usar la misma ropa,
- Por la picada de un zancudo
- Por la tos
- Por las lágrimas,

- Por la saliva,
- Dormir en la misma cama sin tener contacto sexual.

2.5. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Hasta el momento no se ha descubierto un medicamento capaz de curar la enfermedad del SIDA ni una vacuna que pueda evitar su contagio, la única forma de controlar su propagación, es poniendo en práctica las medidas preventivas.

Las medidas de prevención comúnmente recomendadas son las siguientes:

2.5.1. ABSTINENCIA.

No tener relaciones sexuales con penetración con ninguna persona hasta tener su pareja estable y luego practicar la fidelidad mutua.

2.5.2. FIDELIDAD MUTUA.

La fidelidad debe ser practicada por las dos personas de la pareja para que realmente sea efectiva.

2.5.3. REDUCIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

Entre menos parejas sexuales se tenga, es menor el riesgo de adquirir la infección de VIH, por que se está menos expuesto/a a tener contacto sexual con una persona viviendo con VIH. A la vez es importante aclarar que un solo contacto de riesgo basta para adquirir la infección.

2.5.4. PRACTICAR EL SEXO SEGURO.

El sexo seguro, es todo tipo de relación sexual erótica en la que se eliminan los riesgos de la transmisión del VIH, sin que desaparezca el placer.

Evitando la penetración anal, oral o vaginal, así como todo uso compartido de objetos sexuales. Es importante escoger otras formas de darse

placer mediante actividades sexuales sin riesgo como acariciarse y masturbarse mutuamente ,masajes, abrazos, caricias, besos secos, frotarse el cuerpo mutuamente, exhibicionismo y fantasías sexuales sin entrar en contacto con los líquidos infecciosos: Semen, Sangre y Secreciones sexuales.

2.5.5. USO DE PRESERVATIVO.

Si se elige tener relaciones sexuales con penetración oral, anal, o vaginal, es importante utilizar siempre un preservativo bien lubricado. Tanto el preservativo masculino como el femenino, ha demostrado ser eficaces en la prevención de todas las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo el VIH.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso del preservativo como único método que comprobadamente reduce el riesgo de todas las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH.

2.6. FORMAS DE PREVENCIÓN

2.6.1. PARA LA VÍA SEXUAL.

Abstinencia, Fidelidad Mutua, Uso correcto y constante del preservativo.

2.6.2. VÍA SANGUÍNEA.

No compartir jeringas, cepillo de dientes, evitar el contacto directo con la sangre y recurrir a la autodonación de sangre en cirugías programadas, (Desde 1985 en el país se tamiza todas las donaciones de sangre para garantizar la calidad de estas).

2.6.3. VÍA MATERNA.

Ofrecer la prueba para detección del VIH, en etapa temprana durante los controles prenatales si fuera positiva, iniciar medicamentos antirretrovirales para reducir la transmisión de madre a hijo, en las 14 semanas de embarazo.

El nacimiento del niño debe de ser vía cesárea y proporcionar tratamiento antirretroviral por 6 semanas posterior al nacimiento.

Evitar la lactancia materna y suplementar con sustitutos de la lactancia materna por 6 meses.

2.7. ANTECEDENTES DEL HOSPITAL ROSALES Y DEL GRUPO DE APOYO

El Hospital Rosales fue fundado gracias a un donativo del Señor José Rosales, quien fue un importante personaje durante los años 1800 a 1900, quien legó la mayor parte de su fortuna para la construcción de dicho hospital. De esta manera el 13 de Julio de 1902, se inauguró el Hospital más importante de El Salvador. Desde esa época el Hospital Nacional Rosales ha funcionado como el principal referente en cuanto a atención médica en el país.

A partir de la detección del primer caso de VIH en El Salvador en 1984, el Hospital Rosales se ha convertido en el principal centro de atención de personas viviendo con VIH, cuenta actualmente con un programa específico de VIH, con el apoyo de un grupo interdisciplinario que comprende Trabajo Social, Psicología, Epidemiología y Laboratorio, entre otros.

El grupo de apoyo se inicio en 1998, desde entonces han venido trabajando en la atención de pacientes, junto a especialistas del área de Psicología, Trabajo Social, Laboratorio, Epidemiología y apoyados por otros profesionales de la salud.

En el transcurso del tiempo el número de integrantes del grupo ha variado en la asistencia por diferentes motivos (enfermedad, cambio de grupo, muerte o pérdida de interés en la asistencia al grupo) por lo que dejan de asistir a las reuniones.

Actualmente su población cuenta con un total de 50 a 60 personas que se mantienen constantes en la asistencia.

2.7.1. FORMACIÓN DE LOS PRIMEROS GRUPOS DE APOYO

El primer grupo que se formó dentro de las ONG'S fue a iniciativa de FUNDASIDA, estos esfuerzos cada vez han cobrado mayor importancia dentro de la atención integral que se brinda en salud a los PVVS, obligando a las instituciones del sector público como privadas sin fines de lucro, a la formación de nuevos grupos.

El trabajo se centró en la discusión y elaboración de temas cotidianos y concretos que favorecen la toma de conciencia sobre el auto cuidado, es de tomar en cuenta, que esto no es algo inmerso dentro de la cultura salvadoreña, sino que inicia su construcción desde el momento en que se tiene respuesta de un examen de VIH positivo (consejería post prueba), se continua en un proceso sistemático en los grupos de apoyo en la que poco a poco las personas logran tomar bajo su responsabilidad el cuidado de su salud con apoyo y acompañamiento de diversos profesionales que les atienden en las instituciones de salud.

Este es uno de los pasos más difíciles de dar para las PVVS, ya que conlleva el aceptar su condición, enmarcada en un contexto de estigma y discriminación social asociado al escaso respaldo de las familias, por lo tanto exige el fomento de una actitud propositiva para enfrentar la situación.

Después surgen diferentes grupos entre los cuales esta el del Hospital Nacional Zacamil y otros de ONG'S que brindan atención a las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS).

2.7.2. QUE SON LOS GRUPOS DE APOYO

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), también conocidos como grupos de apoyo, consisten en reuniones estructuradas de personas que comparten un sentir común, una situación o experiencia de vida, y se caracterizan por la ausencia de jerarquías entre sus miembros. Aunque existen muchos tipos de grupos, y no existe un tipo necesariamente mejor que otro, lo importante sigue

siendo que sean beneficiosos para aquellos que en él participan. La ayuda más importante que pueden ofrecer es el compartir experiencias con otras personas que están en la misma situación (este es el fundamento de los grupos de ayuda mutua), y el grupo proporciona el medio para que estas reuniones se realicen.

Todos estos grupos han sido formados con la idea de contribuir al empoderamiento de las personas viviendo con VIH y mejorar la calidad de vida de las mismas así como también fortalecer la autoestima para que sean capaces de tener estilos de vida saludables y disminuir las conductas de riesgo.

2.7.3. METAS DEL GRUPO

Permitir a las personas reunirse periódicamente para darse apoyo mutuo, ofrece a las personas la oportunidad de conocer a otras en su misma situación, compartir sus sentimientos y experiencias. Proporcionar la oportunidad de aprender a vivir y trazar metas. Se exponen testimonios centrados en el tema, evitando interpretaciones, consejos y controversias.

Se comparten emociones e interrogantes con la finalidad de sanar el dolor y poder ayudar y ayudarse. El rasgo que más distingue a estos grupos es indudablemente la experiencia compartida, lo que posibilita el lenguaje común y la rápida comprensión de la problemática. Deberá quedar claro que el grupo no quita el dolor, no puede resolver todos los problemas de las personas, ni cuidarlo totalmente por la familia, ni remplazar al profesional en salud mental, si bien se aconseja siempre disponer de la alternativa de un grupo de apoyo, además del grupo familiar. Por otra parte, puede no ser útil para todas las personas, pues algunos se sienten incómodos y más tristes al compartir sus sentimientos con otros, no obstante, se le señalará que las puertas del grupo permanecerán siempre abiertas para cuando lo desee y que es aconsejable que asistan al menos a dos o tres reuniones antes de decidir su no participación definitiva.

2.7.4. REGLAS BÁSICAS DEL GRUPO

Durante la reunión, el grupo debe ser capaz de acordar un cierto número de reglas básicas que serán señaladas desde el principio; desconocerlas impide participar, comprender o disfrutar del mismo.

Las reglas proporcionan la confianza necesaria para permitirles compartir con más facilidad sus sentimientos y experiencias. Estas reglas son flexibles, fluidas y modificables, adecuándose a la necesidad de crecimiento grupal.

Todo lo que se diga y se discuta es confidencial. Los miembros del grupo escuchan y brindan su apoyo a los demás sin criticar o juzgar. Todos están reunidos para aprender y compartir. Cada uno de los miembros será respetado y todos serán iguales dentro del grupo. Cada miembro tiene la oportunidad de hablar si así lo desea (para hablar se levantará la mano), no es obligatorio hablar. La situación individual de cada miembro es respetada. Lo que puede ser adecuado para una persona es posible que no lo sea para otra.

El objetivo principal es compartir, aprender y darse apoyo mutuo, las propias vivencias y sugerencias de los participantes pueden ir incorporándose paulatinamente, dentro del grupo también se pueden realizar modificaciones a las reglas básicas y toda sugerencia de cambios en las reglas de funcionamiento será presentada por el facilitador para ser considerada y aceptada o rechazada por el consenso del grupo.

2.7.5. TIPOS DE GRUPOS

En la actualidad, existen diferentes clasificaciones de grupos para el manejo de personas viviendo con VIH los cuales surgen de la necesidad de ventilar la situación emocional por la cual están pasando, aceptar su diagnóstico y fortalecer un proceso educativo que les permita empoderarse de la enfermedad, y finalmente tomen conductas que les provea una mejor calidad de vida, al mismo tiempo, convivir con pares que comparten una misma situación. Cada grupo se clasifica según sus objetivos en: Terapéuticos, Autoayuda y Apoyo.

2.7.5.1. GRUPOS TERAPÉUTICOS

Son aquellos orientados a explorar los ejes de las áreas afectadas, a expresar sentimientos y a explorar cambios cognoscitivos y conductuales. Este tipo de grupo funciona de acuerdo a una agenda preestablecida, se desarrolla mediante procesos principalmente de tipo psicológicos, que incluyen diferentes herramientas, los cuales son dirigidos por un terapeuta que lleva el control del grupo.

2.7.5.2. GRUPOS DE AUTOAYUDA

Están integrados únicamente por personas afectadas por VIH. Los y las participantes toman decisiones acerca de los contenidos, duración y dinámica del grupo. Muchas veces se han conformado con personas que han participado en Grupos Terapéuticos o de apoyo y que desean seguir funcionando como una red.

2.7.5.3. GRUPOS DE APOYO

Estos tienen una agenda más flexible y hay una persona que actúa como facilitadora del proceso, cuyo papel protagónico debe ir desapareciendo a medida que los y las participantes asumen la dirección del proceso grupal. En general se conforman cuando los las participantes son jóvenes mayores de 15 años o personas adultas y estos pueden ser abiertos o cerrados.

2.7.5.4. TIPO DE GRUPO DEL HOSPITAL ROSALES

Este grupo se puede clasificarse como de Apoyo/Terapéutico, es decir una combinación entre dos categorías de las que se han definido con anterioridad.

Si bien es un grupo de apoyo por estar integrado por un profesional de la salud que su función es ser el facilitador y es quien lleva la dirección del grupo, también se convierte en grupo terapéutico ya que esta orientado a explorar los ejes de las áreas afectadas, la expresión o manifestación de los sentimientos y

los cambios cognoscitivos y conductuales de los miembros del grupo aplicando diferentes técnicas psicológicas como son: Las terapias de grupo, individual, recreativas y ocupacionales entre otros.

2.8. AUTOESTIMA

No existe un solo concepto sobre autoestima, existen diferentes formas de entender lo que significa. Puede explicarse a partir de dos niveles, el energético y el psicológico.

Desde el punto de vista energético, se entiende que: autoestima es la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo; que le faculta de organización y direccionalidad en todas sus funciones y procesos, ya sean estos cognitivos, emocionales o motores. Lo que lleva a manifestar:

Que existe una fuerza primaria que impulsa hacia la vida, posibilita la realización de las funciones orgánicas armónicamente, permite desarrollarnos, permite tener una organización, una estructura, esta fuerza es responsable de nuestros procesos de funcionamiento, y tiene que ver con nuestros pensamientos, nuestros estados emocionales y nuestros actos.

Desde el punto de vista psicológico: Autoestima es la capacidad de desarrollar y experimentar la existencia, consciente de nuestro potencial y nuestras necesidades reales; de amarnos incondicionalmente y confiar en nosotros para lograr nuestros objetivos, independientemente de las limitaciones que podamos tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que interactuamos. De aquí se desprende lo siguiente:

La Autoestima es una disposición, un contenido, un recurso natural en el ser humano, La autoestima se puede fortalecer y desarrollar, se relaciona con el hecho de estar conscientes de nuestras potencialidades y necesidades, es la confianza y el amor incondicional hacia uno mismo, orientada a la acción hacia el logro de los objetivos y el bienestar general, podemos tener limitaciones y a pesar de ello tener autoestima.

Para comprender mejor la autoestima, hay que verla siempre en cuestión de grados que puede ser fortalecida y aumentada, si se analiza con cuidado se puede afirmar que siempre es posible amarnos más, respetarnos más o estar más conscientes de nosotros y de la relación que tenemos con todo lo que nos rodea, sin caer en el narcisismo o egoísmo, que es cuando sólo podemos amarnos a nosotros mismos. En el caso de las personas con VIH existen muy pocos estudios acerca de la autoestima, por la complejidad de la misma en estas personas ya que muchas manifiestan que tienen gran cantidad de problemas que no les permiten salir adelante y llevar su vida al nivel que desearían. Ciertamente no todos cuentan con las mismas oportunidades, el mismo nivel de Autoestima, la misma preparación intelectual ni la misma base económica.

Sin embargo tendemos a engrandecer las dificultades, a convertirlas en nuestros verdugos y a disminuir y subestimar nuestra capacidad para resolverlas y avanzar creativamente en la vida.

2.8.1. DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA.

Desde el momento mismo en que somos concebidos, cuando el vínculo entre nuestros padres se consuma y las células sexuales masculina y femenina se funden para originarnos, ya comienza la carga de mensajes que recibimos, primero de manera energética y luego psicológica.

Debido a que los pensamientos y emociones son manifestaciones de energía y en el organismo se presentan en forma de reacciones eléctricas y químicas, cada vez que una mujer embarazada piensa o siente algo con respecto al niño en formación, su cerebro produce una serie de químicos que se esparcen por todo su cuerpo y que el niño o niña recibe y graba en su naciente sistema nervioso, sin tener la suficiente conciencia como para comprender o rechazar lo que recibe a través de un lenguaje químico intraorgánico.

El hecho de que alguno de los progenitores, por ejemplo, asuma como un problema la llegada del niño, es captado por éste emocionalmente, y su

efecto formará parte del archivo inconsciente del pequeño y tendrá repercusiones más adelante, cuando reaccione de diferentes formas y no logre comprender las causas generadoras de sus conflictos. Igualmente, cuando ya se ha producido el alumbramiento, todo estímulo externo influirá en el recién nacido y le irá creando una impresión emocional que influirá sus comportamientos futuros. Los padres y otras figuras de autoridad, serán piezas claves para el desarrollo de la autoestima del niño o niña, quien dependiendo de los mensajes recibidos, reflejará como espejo lo que piensan de él y se asumirá como un ser apto, sano, atractivo, inteligente, valioso, capaz, digno, respetado, amado y apoyado o, por el contrario, como alguien enfermo, feo, ignorante, desvalorizado, incapaz, indigno, irrespetado, odiado y abandonado. La forma como nos tratan define la forma como nos trataremos, porque esa es la que consideraremos como la más normal.

Con la llegada de la pubertad y la adolescencia, llega la sexualidad y la necesidad de los jóvenes de encontrarse a sí mismos. Se inicia la llamada "brecha generacional" y el tránsito hacia una mayor definición de la personalidad. Esta etapa es crucial ya que en ella surgen con fuerza la competencia y el deseo de ser mejor que los demás. Los jóvenes experimenta una gran necesidad de aprobación por parte de su grupo cercano y aprende a dirigirse hacia quienes lo aplauden y a huir de quienes los rechazan.

Desarrollan, con tal de ser queridos, conductas muy específicas que se generalizan hacia la vida adulta. El ingreso al mundo laboral complica el asunto de la formación y manifestación de la Autoestima, ya que en ese contexto se nos mide por lo que hacemos y no por lo que somos. Si produces, te quedas y sino te vas. Esa es la medida cuando de dinero se trata.

Finalmente en la pareja y el matrimonio se expresa mucho de lo aprendido en los años precedentes: grabaciones, condicionamientos, tradiciones; lo que fue vertido en el molde durante muchos años y que hemos llegado a creer que somos. En este tiempo, formamos parte de una sociedad uniformada en la que muchos han renunciado a expresar su originalidad y tienen ideas fijas de las cosas, que casi siempre siguen aunque no les

funcionen. La inconsciencia y falta de comprensión de lo que ocurre, induce a culpar, a resentir, a atacar, a agredir a los demás, a quienes se ve "como malos que no nos comprenden".

Para entonces, ya hemos construido una imagen de nosotros (auto imagen), puesto que habremos aprendido una forma de funcionar, de lo que podemos o no ser, hacer y tener.

La vida humana es el transcurrir de experiencias y eventos con los que entramos en contacto; un transcurrir en ritmos y fluctuaciones; un ir y venir de flujos y reflujos. En este devenir, podemos llegar a vivir momentos altos y momentos bajos. La relación social, generalmente esta marcada por cambios rápidos y frecuentes, y por una elevada competitividad, que nos obliga a permanentes readaptaciones. En ciertas circunstancias, nuestro sentido de valor personal y de confianza puede verse afectado y hacernos creer que vivimos a merced de las contingencias. En esos momentos la confusión, la impotencia y la frustración producidas por el no logro, nos lleva a dudar de nuestro poder, de la capacidad natural de restablecernos, y es entonces cuando optamos por crear y a veces sostener conductas autodestructivas, lejanas al bienestar generado por la autoestima, es decir, por la conciencia, el amor incondicional y la confianza en uno mismo. Los seres humanos, somos "la única especie capaz de traicionar y actuar contra nuestros medios de supervivencia". En estado de desequilibrio, el hombre opta por manejarse de formas diversas aunque nocivas y elige, generalmente, los siguientes caminos:

- Parálisis: La frustración es interpretada de forma tal que incapacita para la acción creativa. La apatía es una forma de manifestación de esta reacción.
- Negación: La impotencia induce un bloqueo perceptivo, un autoengaño severo basado en el miedo al dolor. El adicto que asegura no tener adicción, es una muestra de este mecanismo.
- Evasión: Aquí la estrategia es hacer todo lo que nos impida ver la situación a la cara. Se conoce su presencia pero se teme enfrentarla y se

pospone. La diversión compulsiva es una forma de evasión bastante común.

- Enfermedad: Aunque cualquiera de las manifestaciones anteriores conducen, si se prolongan, a estados de desequilibrio orgánico, en ocasiones se toma el camino corto y la reacción a la frustración es violenta, y se manifiesta en forma de enfermedad.

Todos estos modos de reacción, de manejo inadecuado de la energía interior, reflejan ausencia de autoestima, de conciencia de la capacidad para responder creativamente a las circunstancias. Es por eso, por la tendencia creciente que exhibe el humano de hoy a la autodestrucción, por lo que necesitamos un recurso protector que nos guíe hasta nuestro poder personal, hacia el restablecimiento del ritmo, del equilibrio, de la conciencia, de la integración.

Ese recurso es la autoestima, con él nacemos pero debemos reencontrarlo y fortalecerlo.

2.9. AUTOCONCEPTO

El papel del autoconcepto es la regulación de la conducta (Campbell, 1990). La relación entre autoconcepto y la conducta ya había sido destacada por W. James, K. Lewin, G. H. Mead y otros, los diferentes niveles de autoconcepto se encuentran relacionados con el comportamiento del individuo en diversas áreas como la competición, el conformismo, atracción interpersonal, rendimiento académico, delincuencia y conducta prosocial.² En general el auto concepto sirve como guía de la conducta y capacita a cada uno de nosotros para asumir los distintos papeles o roles en la vida. Sin embargo mas que como iniciador o desencadenante de la conducta, el auto concepto funciona como un filtro perceptivo controlado y decidiendo sobre la dirección de la conducta (Purkey y Novak, 1984).

Las funciones del autoconcepto son tres: a) Mediadora en el proceso de

² Psicología de la educación aplicada, José Antonio Bruno.

información social. El concepto de sí mismo está implicado en todos los aspectos del proceso de información social especialmente en los relacionados con una información relevante para sí mismo (Markus, 1977; Markus, Crane, Berstein y Siladi, 1982; Markus y Sentis, 1982 y Markus y Turf, 1987).

b) Reguladora del afecto. Supone defenderse de estados emocionales negativos. Un modo de lograrlo es: seleccionar o reinterpretar la información referente al sí mismo de manera que sea consistente con autoconcepciones previas (positivas en general), para favorecer el auto concepto siempre que sea posible. Con este mismo fin puede estructurarse actividades que proporcionen un feed-back positivo. Respecto de las autoconcepciones negativas, es interesante señalar que llevan en sí una carga potencial de efectos positivos y que su mejor conocimiento puede permitirnos una mayor comprensión del papel de la negatividad en el auto concepto (Markus, 1990).

c) La comparación social (ligada a la edad y desarrollo evolutivo de la persona). Adquiere su pleno significado en el aula donde conviven niños de distintas capacidades, niveles y procedencias. Suls y Mullen (1982) definen el autoconcepto como un resumen de las propias evaluaciones, competencias y fracasos. Tesser (1986) y Tesser y Campbell (1983) atribuyen a la auto evaluación positiva una función motivadora. Higgins, Strauman y Klein (1986) pone de relieve que la discrepancia percibida entre los modelos de referencia y el auto concepto tiene consecuencias motivacionales.

d) Fuente de motivación. La tarea de conectar motivación y conducta no ha sido resuelta y la pregunta sobre como los motivos generales se transforman en metas concretas, planes e intenciones para la acción permanece sin respuesta. Nuttin (1984) observa que la motivación se ha estudiado tradicionalmente como algo vago, difuso e impersonal y apunta la necesidad de personalizarla, función que atribuye al autoconcepto. Cantor y sus colaboradores (Cantor, Markus, Niedenthal y Nurius, 1986) sugieren que la motivación no puede ser sin una referencia expresa al auto concepto. Algunos teóricos han abordado el problema de personalización de la motivación en términos de concepciones del sí mismo. En esta línea se incluyen las

aportaciones de Cantor y Kihlstron (1987), Markus y Nurius (1986) y Wicklund y Goolwitzer (1982) que propone como puente de unión entre motivación y conducta, las tareas de vida, los sí mismos posibles, los sí mismos deseados y las metas autodefinidas.

2.9.1. ELEMENTOS DEL AUTOCONCEPTO

Los componentes son³: cognitivo, afectivo y conativo. Los tres van íntimamente unidos, de modo que al modificar uno de ellos producimos alteración en los otros. Por ejemplo un aumento de nivel afectivo y motivacional nos abre a un conocimiento más penetrante y a una decisión más eficaz. Una comprensión y conocimiento más cabal elevara automáticamente el caudal afectivo y evolutivo. Y una tendencia y empeño en la conducta reforzara la dimensión afectiva e intelectual. Igualmente ocurre a la inversa. Por ello es necesario tener en cuenta los tres componentes al planificar el desarrollo de la autoestima.

1. Componente cognitivo. Este indica idea, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información. Es el autoconcepto definido como opinión que se tiene de la propia identidad, de la propia personalidad y sobre su conducta. Esta opinión sobre si mismo determina el modo en que se organiza, codifica y se usa la información que nos llega sobre nosotros mismo. De esta manera el autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en el origen, crecimiento, proceso y consolidación de la autoestima. Así es necesario plasmar el autoconcepto en imágenes intensas, lo más ajustadas, ricas y actualizadas al espacio y tiempo en que vivimos, para que crezca mejor la autoestima y sea más eficiente nuestro comportamiento. La fuerza del autoconcepto se basa en nuestras creencias entendidas como convicciones, convencimientos propios. Rosenberg (1979) junto con otros teórico del autoconcepto señala tres áreas como se ve a sí mismo (características físicas,

³ Psicología de la educación aplicada, José Antonio Bruno.

identidades sociales y atributos personales), como le gustaría verse y como se muestra a los otros.

2. Elemento afectivo. Esta dimensión conlleva la valoración de lo que en nosotros hay de positivo y de negativo, produciendo un sentimiento favorable o desfavorable hacia uno mismo. Es la valoración que hacemos de nuestras propias cualidades, y ahí interviene la sensibilidad y la emotividad ante los valores y contravalores que encontramos dentro de nosotros. Así a mayor carga efectiva, mayor potencia de la autoestima. Por eso la frase de la Biblia “Amaras al prójimo como a ti mismo” en la que se nos manifiesta la necesidad de amarnos, querernos, mirarnos tiernamente para poder amar.
3. Integrante conductual. Es el proceso final de toda su dinámica interna. Conductual significa tensión, intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo y en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás. El esfuerzo por alcanzar una fama, honor y respeto ante los demás y ante nosotros mismos.

2.9.2. PROCESO DE DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO

Las principales fuentes que afectan a la formación de las actitudes hacia sí mismo son: el feed-back de los otros significativos; los éxitos y fracasos; la comparación social y las atribuciones acerca de las causas de la conducta.

Para el simbolismo interaccionista, el autoconcepto es consecuencia de las evaluaciones que hacen las personas del propio contexto. Siguiendo la teoría del espejo, el individuo se ve reflejado en la imagen que le ofrecen las otras personas significativas para él y de esta manera llegar a ser como esas personas piensan que él es. Para los niños son los lazos con las personas que consideran importantes (padres y personas más cercanas). Son también las verdaderas amistades profundas y posteriormente puede ser el elegido con quien se siente unido. Las pautas que los padres, profesores y otras personas

significativas imponen, son de gran importancia para el desarrollo de la autoestima, puesto que son un medio para medir el autoprogreso, validar la competencia y mostrar que los otros se interesan por su persona. Cuando falta exigencia para que el niño, adolescente y joven se adapte a las normas puede indicar que esos padres y profesores no tienen interés ni les preocupa su valía.

Es importante que no haya cambios frecuentes de profesores, grupos de compañeros y vecinos, pues estos pueden impedir el desarrollo de grupos estables de referencia, en general las fuentes cambiantes de autoafirmación dejan al niño incapaz de hacer frente a la tarea de hacer juicios sobre sí mismo.

El grupo de compañeros tiene un enorme impacto en el núcleo de estas actitudes hacia sí mismo.

Los éxitos y fracasos. Más que el éxito y el fracaso lo que influye en las actitudes hacia sí mismo es la interpretación que el individuo hace de ellos. Por lo que depende de las creencias y valores que la persona tenga así como sus aspiraciones. Es lo que Rosenberg (1979) llama centralidad psicológica.

2.9.3. LA COMPARACIÓN SOCIAL.

Los diferentes grupos de referencia juegan un gran papel en la formación del autoconcepto. El individuo realiza comparaciones entre sí mismo y las personas de su propio contexto, entre los modelos teóricos de formación del autoconcepto que acentúan la implementación del contexto social, la teoría del aprendizaje por modelos considera que el niño desarrolla la imagen de sí mismo a través de la imitación de otros en el ambiente inmediato.

Las teorías sobre comparación social vienen a coincidir en afirmar que se desarrolla y se mantiene en dependencia del grupo social en el que reside el sujeto.

2.9.4. LAS ATRIBUCIONES ACERCA DE LA CONDUCTA.

Es importante que la persona se sienta dueña de sí misma, por que es señal de que ha conseguido su propio control. El sentir que tanto los propios

éxitos como los fracasos se encuentran controlados por la propia persona, las causas percibidas del éxito o fracaso influyen en las expectativas, en los afectos y en las motivaciones del sujeto y por tanto en su comportamiento. La interpretación que de ellos da el individuo, es lo que va a influir en la autoestima.

Burns (1990) afirma que nunca se podrá comprender realmente a otra persona hasta que uno no pueda meterse dentro de su piel. Así será preciso inferir el auto concepto por las siguientes vías por ejemplo:

- a) Mediante técnicas de auto informe
- b) A través de la observación de la conducta del individuo

Combs, Soper y Courson (1963) opinan que el autoconcepto indica el modo en que el individuo se ve a sí mismo, mientras que el auto informe es lo que el individuo desea decir de sí mismo a un interlocutor. El grado de coincidencia dependerá de:

1. La claridad de la conciencia individual.
2. La disponibilidad de símbolos adecuados de expresión.
3. La voluntad de cooperar del individuo.
4. La expectativa social.
5. El sentimiento de adecuación personal del individuo.
6. Los sentimientos de actuar libremente y sin amenaza.

Respecto a estas dos formas de evaluación cabe apuntar lo siguiente:

- a) Técnicas de auto informe.

Entre los muchos métodos posibles de auto informe que se podrían utilizar para obtener la auto descripción individual, hay seis que dominan la literatura de investigación sobre el auto concepto:

1. Escalas de clasificación (ratings scales), donde se le presenta al sujeto una serie de afirmaciones de actitudes hacia su yo, a través de una escala que consta de una serie de escalones (nunca, a veces, mucho...).

El modelo más utilizado es el Likert.

2. Listas de clasificación (check list), donde el sujeto califica únicamente los adjetivos o afirmaciones apropiadas que lo describen, con respuestas alternativas (si/no). También el modelo Likert es aquí el más apropiado.

3. Cuestionarios de clasificación (Q sorts), mediante la clasificación de frases en fichas acerca del auto concepto, desde las que más se acercan a cómo es él, hasta las que más se alejan (Wylie, 1961).

4. Métodos de respuesta no estructurada y libre, donde se le pide al sujeto que facilite información sobre sí mismo (Jersild, 1952 y Strang, 1957).

5. Técnicas proyectivas, para medir el autoconcepto inconsciente (Friedman, 1955; Mussen y Jones, 1957; Linton y Graham, 1959).

6. Las entrevistas, método muy claro en el campo de la orientación y en los estudios psicoterapéuticos del auto concepto y cambio del mismo (Rogers, 1961).

b) Técnicas de observación.

Su objetivo es obtener una percepción objetiva de la conducta típica del individuo. El observador es comparable a una cámara que registra impersonalmente y de forma fehaciente los hechos humanos. Las observaciones se pueden estructurar entregando al observador una lista de calificación (check list) y otra conteniendo los diferentes atributos y conductas.

2.10. ELEMENTOS RELACIONADOS CON EL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO DE LA PERSONA

El término cognición refiere a los procesos de pensamientos de la persona, incluye la percepción, la memoria y el lenguaje. El término es utilizado para referirse a la manera en que el organismo procesa la información sobre el self y el mundo que lo rodea. El modelo para los teóricos cognitivos es un ordenador que introduce, almacena, transforma y produce la información. Los elementos cognitivos de la personalidad comprenden el tipo de información que se recibe las maneras de procesar la información; el contenido como el proceso

son aspectos importantes de la cognición para comprender la personalidad.

2.10.1. EL CONTENIDO

Algunas personas centran su atención en el mundo interpersonal, otros en el mundo impersonal y algunos en el mundo de los sentimientos, otros no se centran en los sentimientos en lo absoluto, es difícil para las personas entenderse unas con otras cuando el contenido de su funcionamiento cognitivo es sumamente distinto

2.10.2. EL PROCESO

Existen personas que procesan la información de manera detallada y analítica, otros se centran en generalidades amplias lo que dificulta entenderse unos con otros porque procesan la misma información de distintas maneras.

2.11. TEORÍAS COGNITIVAS DE LA PERSONALIDAD

2.11.1. DEL CONSTRUCTO PERSONAL DE KELLY

La teoría del constructo personal de George Kelly (1955) enfatiza la manera en que una persona explica o interpreta los acontecimientos. Para Kelly no existe una verdad objetiva, solo maneras de interpretar o explicar los acontecimientos, la persona era considerada un científico, un observador de acontecimientos que formula conceptos para organizar los fenómenos y los utiliza para prevenir el futuro. Lo que distingue al científico de la persona normal es que el primero hace observaciones sistemáticas, es más explícito respecto a las hipótesis observadas y es sistemático en la evaluación de estas. El objetivo de toda persona es llegar ser un buen científico poder describir, explicar y predecir acontecimientos

Esta teoría habla sobre dos aspectos importantes. El primero trata sobre la estructura y el proceso a la vez sobre la estabilidad y el cambio en el organismo. El segundo está centrado en la singularidad del individuo así como en los procesos comunes a todas las personas. Por lo tanto es ideográfica y

monotética a la vez. La teoría del constructo es ideográfica en su énfasis en las maneras únicas de la gente de interpretar el mundo. El significado de los acontecimientos es altamente idiosincrático. Es monotético en su énfasis en los procesos de funcionamiento cognitivo, comunes a toda persona. Nuestros sistemas conceptuales pueden ser variados en su contenido, pero limitados a un determinado número de procesos.

El elemento central de Kelly fue el constructo que es la manera de percibir, explicar o interpretar los acontecimientos, por ejemplo bueno-malo es un constructo utilizado frecuentemente por la gente al considerar los acontecimientos, este siempre tiene dos polos. No es necesario que un polo sea el contrario natural del otro. Ejemplo, una persona puede tener el constructo dar-recibir y otra dar-coger, agresivo-tímido y la otra hostil-tímido, amor-odio y amor-lujuria. Una vez que el constructo se convierte en parte de la estructura cognitiva de una persona, se puede aplicar a cualquier cosa. Así cualquier constructo de que se aplica a los demás es aplicable a uno mismo.

Kelly distingue entre varios tipos distintos de constructos, los constructos centrales que son básicos para el funcionamiento de una persona y los constructos periféricos que son menos dominantes. Por ejemplo bueno-malo puede ser un constructo central y divertido-serio uno periférico aunque lo que es un central para una persona puede ser uno periférico para otra. Existen constructos verbales que pueden ser expresados en palabras y constructos preverbales que se utilizan aunque la persona no tenga palabras para expresarlos. Constructos supraordenados que incluyen otros constructos dentro de su contexto y constructos subordinados que están incluidos dentro de otros constructos (supraordenados). Los constructos de una persona están organizados para formar un sistema, la persona puede tener un sistema muy complejo o muy simple. Los sistemas complejos abarcan varios constructos que están conectados unos con otros con múltiples niveles de organización. En el sistema de constructos simples todas las personas y cosas se engloban en categorías como bueno-malo o prospero-fracasado y las predicciones son las mismas sin tomar en consideración las circunstancias.

Para Kelly la ansiedad es la experiencia relacionada con el descubrimiento de que los acontecimientos se hallan fuera del sistema de constructos y el miedo se siente cuando está a punto de surgir un nuevo constructo, la amenaza está relacionada con un cambio en el sistema de constructos.

El elemento de la personalidad es el constructo, las personas se pueden describir desde el punto de vista de sus constructos, la organización de sus constructos en el sistema y el funcionamiento de sus sistemas de constructos. Una persona se comporta de forma similar en situaciones que se consideran semejantes. El sistema de constructos de una persona puede mostrar una flexibilidad y adaptabilidad considerable mientras conserva su estructura básica; un constructo supraordenado puede llegar a ser inferior o menos importante por algún tiempo luego volverá a su anterior posición supraordenada. Si la gente es inteligente o poco inteligente puede ser un constructo supraordenado, pero puede adoptar un estado inferior en una situación recreativa. Con el tiempo la gente es estable en su funcionamiento hasta el punto de que su sistema de constructos sigue siendo el mismo.

La estructura es inherente a los constructos y al sistema de constructos, mientras que el proceso incluye la manera de utilizar los constructos para predecir los acontecimientos así como la dinámica del funcionamiento del sistema de constructos, las personas tienen una manera única de interpretar acontecimientos pero es similar en la medida que tienen sistemas de constructos similares. Cada persona es única en los constructos que utiliza y los elementos que se incluyen en cada constructo, por lo que cada persona tiene su propia realidad. Ciertos procesos son comunes a todas las personas, todos intentamos anticiparnos a los acontecimientos y reducir la ansiedad, el miedo y la amenaza; para vivir implica el reto de intentar ampliar nuestro sistema de constructos constantemente mientras evitamos las amenazas para la estructura ya establecida.

2.11.2. APRENDIZAJE SOCIAL DE ROTTER

Rotter elabora su teoría al mismo tiempo que Kelly. Para Rotter es importante reconocer que la mayor parte de nuestro aprendizaje sucede dentro de un contexto social y que la mayoría de nuestras motivaciones incluyen otras personas.

Lo que Rotter intentó hacer fue combinar la importancia del refuerzo, asociado con Hull. Donde destacan las conexiones de E-R que se formaban a base de refuerzo, con la importancia de la cognición, asociada con Tolman. Quien destaca el aprendizaje de mapas cognitivos que se dan sin la necesidad del refuerzo. Así una situación del individuo puede tener varias opciones de comportamiento. Cada conducta se relaciona con una consecuencia. La consecuencia tiene un valor asociado un valor de refuerzo. Por ejemplo actuar de manera agresiva o dependiente puede resultar en una variedad de posibles consecuencias, cada una relacionada con cierto valor de refuerzo. Además de todas formas la gente tiene expectativas respecto a la probabilidad de los reforzadores después de cada conducta. El valor y la probabilidad de varios reforzadores son únicos para el individuo.

La conducta sorprendente o inusual se entiende desde el punto de vista de las expectativas y de los valores de refuerzo del individuo como ocurre con toda la conducta, la conducta no tendrá el mismo resultado desde el punto de vista del valor y de la expectativa de refuerzo en cada situación; Por ejemplo comportarse agresivamente tiene diferentes consecuencias en situaciones sociales y deportivas así la conducta de la gente varía de una situación a otra, dependiendo de las contingencias de refuerzo relacionadas con las conductas de cada situación. Las situaciones se entienden y se evalúan desde el punto de vista de las consecuencias asociadas con conductas específicas.

Rotter destacó la importancia de los valores y las expectativas de refuerzos únicas para la situación, también la gente desarrolla expectativas que mantiene a través de diversas situaciones expectativas generalizadas (1996, 1971, 1990) una expectativa generalizada es la confianza interpersonal y esta es

confiar en la palabra de los demás. La expectativa generalizada que ha recibido mayor atención es el lugar de control de refuerzo interno versus externo o llamado lugar de control. La gente de lugar de control interno tiene la expectativa generalizada de que el esfuerzo personal es muy importante mientras que la gente de lugar de control externo tiene la expectativa de que sus esfuerzos no tienen importancia, esta gente se siente indefensa con relación a los acontecimientos.

2.11.3. APRENDIZAJE SOCIAL DE MISCHEL

Walter Mischel (1990) señala tres puntos claves. Primero la especificidad situacional, la conducta de un individuo se considera muy variable y relativamente específica de la situación. Segundo la diferenciación del funcionamiento humano perceptual-cognitivo, la gente es capaz de diferenciar entre las recompensas y exigencias asociadas con distintas situaciones y de cambiar su conducta de acuerdo con las mismas, esta diferenciación entre las situaciones es lo que lleva a la especificidad situacional de la conducta, la desconsideración de este funcionamiento cognitivo es lo que provoca problemas asociados con las aproximaciones del rasgo. Tercero aspectos adaptativos, autorreguladores del funcionamiento de la personalidad. Cómo la gente es capaz de cambiar su conducta de una situación a otra de forma adaptativa, cómo somos capaces de cambiar nuestro funcionamiento para hacer frente a las exigencias de una situación particular. Mischel se interesa también en cómo la gente puede retardar las gratificaciones y mantener compromisos a lo largo de dilatados períodos de tiempo.

Elementos básicos del aprendizaje social cognitivo de la personalidad: Primero, las personas tienen constructos personales y estrategias codificadas, lo importante es la manera en que la gente interpreta y procesa información pertinente para el self, los demás y los acontecimientos del mundo.

Segundo, hay valores subjetivos, preferencias, objetivos. Este elemento expresa las diferencias individuales en el valor que se da distintos resultados.

Manifiesta la capacidad de la gente de tener representaciones mentales de propósitos u objetivos y comprometerse en la conducta intencional dirigida al objetivo (Cantor y Zirkel, 1990), las tareas vitales representan elementos cognitivo-motivacionales que dirigen la atención hacia aspectos de la personalidad orientados al futuro.

Tercero, los individuos tienen expectativas respecto a las probables consecuencias de la acción. Para predecir la conducta de la gente en una situación particular se tiene que considerar sus expectativas específicas acerca de los posibles resultados de la conducta en esa situación.

Cuarto, competencias cognitivas y conductuales. Le gente se diferencia por la información que tiene que por la manera de cómo puede utilizar la información y por sus habilidades conductuales específicas. Mischel sugiere que las competencias cognitivas y conductuales se refieren a logros potenciales más que a logros reales, que están controlados por muchas variables, el énfasis se halla en lo que la persona puede hacer, en vez de lo que la persona hace normalmente. A pesar de que las competencias cognitivas muestran una estabilidad a lo largo del tiempo y cierta generalidad a través de las situaciones, es importante no considerarlas entidades fijas, a los rasgos. El concepto de inteligencia social de Cantor y Kihlstrom (1987) enfatiza el concepto de las competencias cognitivas. Para ellos la inteligencia social representa los conceptos, recuerdo y reglas; es el conocimiento que los individuos aplican para resolver tareas personales vitales, la habilidad de utilizar el conocimiento para solucionar problemas en situaciones específicas.

Es adaptativa y orientada al trabajo. Es específica de una tarea o específica de un campo de acción. Por lo tanto una persona tiene pericia en tareas académicas, otra en trabajo mecánico, en relaciones sociales y en asuntos familiares. La gente desarrolla conocimientos y pericia específicas para una tarea o dominio. Finalmente tenemos el concepto de sistemas autorreguladores. Se enfatiza como los objetivos a largo plazo, complejos, se desarrollan y mantienen a lo largo de extensos periodos de tiempo, aun cuando no existe respaldo externo para su prosecución. Destacando la capacidad de

los individuos de desarrollar y establecer planes a largo plazo, fijar criterios y adherirse a ellos y resistir la tentación y no abandonar el objetivo a pesar de la frustración. Las personas establecen sus propios objetivos y escogen los planes para alcanzar esos objetivos, durante la búsqueda inspeccionan su actuación y evalúan sus relaciones, premiándose con elogios por los beneficios y castigándose con críticas por los fallos que podrían haber sido evitados.

Los elementos de la personalidad para Mischel son: Constructos, y Estrategias Codificadas, Objetivos, Expectativas, Competencias y Sistemas autorreguladores, algunos como los objetivos tienen un componente motivacional, todos incluyen un énfasis en la cognición. A demás del énfasis en la cognición, acentúan el significado altamente idiosincrático que los individuos pueden atribuir a las situaciones, también destaca la especificidad situacional de la conducta tal como la gente diferencia las situaciones, se adapta a ellas y las utiliza como oportunidades para alcanzar los objetivos deseados.

2.11.4. TEORÍA COGNITIVA SOCIAL DE LA PERSONALIDAD.

El primer trabajo de Bandura está orientado al estudio del aprendizaje por observación, o el proceso por medio del cual la gente aprende solamente de la observación de las conductas de los demás.

Bandura sugiere que los niños aprenden muchas cosas simplemente observando a los padres y a los demás, llamados modelos y llamo a este Proceso Modelado. También demostró que los niños podían adquirir reacciones emocionales como reacciones conductuales mediante la observación de modelos, proceso llamado Condicionamiento Vicario. Por ejemplo cuando una persona observa un modelo que expresaba una reacción de miedo desarrollaba una condición de miedo condicionada vicariamente a un estímulo previamente neutral (Bandura y Rosenthal, 1966). Las reacciones emocionales intensas y de larga duración se pueden adquirir mediante la observación de modelos y no necesitan ser adquiridos exclusivamente a base de experiencia directa, muchos de nuestros gustos y aversiones, atracciones y miedos, pueden estar basados

en el condicionamiento vicario más que en la experiencia directa.

En 1977 Bandura define el concepto de autoeficacia se refiere a la capacidad percibida de salir adelante en situaciones específicas, son las opiniones que la gente se forma respecto a su capacidad de actuar en una tarea o situación específica. Las opiniones de autoeficacia influyen en que actividades participamos, cuanto esfuerzo gastamos en una situación, cuanto tiempo perseveramos en una tarea y en nuestras reacciones emocionales mientras prevemos una situación o estamos implicados en ella. Pensamos, sentimos y nos comportamos de forma diferente en aquellas situaciones en las que nos sentimos seguros de nuestras capacidades de aquellas situaciones en las que estamos inseguros o nos sentimos incapaces. Así las creencias de autoeficacia influyen en los pensamientos, motivación, el rendimiento y el arousal emocional.

Es importante distinguir que el concepto de autoeficacia de Bandura no se refiere al self que alguien tiene sino a los procesos cognitivos en los que el concepto de self esta implicado. El self es un concepto, un constructo o una representación mental como cualquier otro concepto, excepto que es más importante que la mayoría por su influencia en nuestros pensamientos, sentimientos y acciones.

Bandura cuando habla de autoeficacia no se refiere a un concepto del self global. La gente hace juicios de autoeficacia con relación a tareas y situaciones específica. La gente puede creer que es eficaz manejando algunas situaciones y no otras. Bandura sugiere que estos conceptos son demasiado globales e insatisfactorios para pronosticar como actuará una persona en una situación específica. Los conceptos globales pueden tener cierto grado de generalidad, o banda ancha, pero tiene poca fidelidad, o habilidad para pronosticar situaciones específicas. Esto es debido a que no reconocen las diversas diferenciaciones que la gente hace entre las situaciones y su capacidad para dominar las diferentes exigencias asociadas con ellas.

Durante algún tiempo la teoría cognitiva social ignoró el área de la motivación, sin embargo esta área ha estado tratada desde entonces desde el

punto de vista de los objetivos y los modelos, el objetivo es el punto final deseado, un modelo se refiere a un punto de referencia para la conducta deseada o ejecución. Los modelos pueden ser externos que corresponden a evaluaciones impuestas por los demás o internos que corresponden a evaluaciones impuestas internamente. La alabanza y la crítica externa o interna representan reacciones a modelos de intersección o no intersección. Los modelos representan objetivos a alcanzar y las bases para esperar el refuerzo de los demás o de nosotros mismos.

Los procesos cognitivos son importantes con relación a la motivación en al menos tres aspectos:

- a) En su investigación experimental Bandura demostró que la gente confía en el feedback, o sea en la información acerca del resultado de la realización para mantener el compromiso hacia un objetivo. Estaremos más motivados cuando tengamos información sobre el progreso hacia un objetivo que en ausencia de tal información.
- b) Los juicios de autoeficacia juegan un papel importante en el esfuerzo motivacional y el compromiso. Estaremos más motivados cuando tengamos juicios de autoeficacia elevada para el logro de un objetivo. Cualquiera de los dos la ausencia de información sobre el progreso o la autoeficacia que se percibe insuficiente, pueden conducir a un esfuerzo insatisfactorio; la gente mantendrá el esfuerzo para conseguir un objetivo cuando estén provistos de feedback o sea de la información, acerca del resultado de su proceso, adecuada y perciban una autoeficacia elevada con relación a la tarea (Bandura y Cervone, 1983).
- c) Las expectativas. La conducta se mantiene por las expectativas o las consecuencias previstas más que solo por las consecuencias inmediatas. A través del desarrollo cognitivo de las expectativas acerca de los resultados de varias acciones, la gente es capaz de prever las consecuencias de la conducta antes de emprender la acción. A través de este desarrollo cognitivo son capaces de prever recompensas y castigos en un futuro lejano. Estos desarrollos cognitivos son importantes para el

proceso de autorregulación. ¿Cómo es que somos capaces de mantener la obligación hacia un objetivo a través de extensos periodos de tiempo, en ausencia de recompensas externas? Lo hacemos mediante nuestra capacidad cognitiva de recordar el objeto y de prever recompensas futuras basadas en juicios de autoeficacia positiva y por nuestra capacidad de recompensarnos por el progreso hacia el objetivo. Mantener el objetivo a largo plazo se vuelve problemático cuando tenemos capacidades cognitivas limitadas para mantener el objetivo en la mente, cuando tenemos una capacidad limitada de prever el futuro, cuando no creemos que tengamos muchas posibilidades de lograr el objetivo y cuando no recibimos recompensas internas o externas por el proceso hecho.

El trabajo de Bandura se centra en las estructuras cognitivas y los procesos que son importantes para todas las personas y en relación a los cuales las personas se diferencian. La personalidad se considera importante y reconocen las diferencias individuales. Es la capacidad de adaptación de las personas a situaciones y tareas específicas, cuando estas implican procesos cognitivos, donde se halla el énfasis de su trabajo.

2.12. LAS RELACIONES DE RIESGO.

A partir de los avances en el desarrollo del conocimiento de las ciencias fundamentales y clínicas, el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Sida (ONUSIDA) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1988) para todos los países que la integran, determinó en gran medida hacia dónde debía dirigirse la investigación en este campo. Se presentaron los principios rectores para la vigilancia de este programa (OMS, Leo), en el que la definición de los propósitos para lograr la promoción de la salud contra el Sida debía centrarse en la consecución, a mediano plazo, de las siguientes metas:

1) prevenir la infección por el VIH; 2) reducir el impacto personal y social de la infección por el VIH y 3) reducir el temor y el estigma relacionados con la

infección por el VIH (OMS, 1990).

La evaluación inicial de este programa contempló, entre otros aspectos, información sobre “a) la epidemiología local de la infección por el VIH y del Sida; b) los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas del público en general sobre el Sida; c) los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas relacionados con la propagación de la infección por el VIH en determinados grupos destinatarios incluidos en el plan nacional de prevención y control del Sida” (OMS, 1990).

De acuerdo con los datos presentados por Magis, Ruiz, Bravo) Ortiz, Silva y Uribe (1998), entre 1984 y 1996 se realizaron 1892 trabajos sobre el VIH/Sida, de los cuales, 40.6% son estudios biomédicos, 31.9% del área social y del comportamiento, 22.6% son estudios epidemiológicos y sólo 4.9% son operacionales, es decir, de evaluación o intervención. Esto indica, en algún sentido, la baja proporción de estudios que se han dirigido hacia la evaluación de distintos aspectos relacionados con la prevención del VIH/SIDA.

Existen también pocos estudios dentro del campo de la Psicología de las PVVS en cuanto a la autoestima y en cuanto a tratamiento psicológico.

2.12.1. ESTUDIOS RELACIONADOS CON MODELOS CONDUCTUALES QUE EXPLICAN LAS RELACIONES DE RIESGO.

Una de las preocupaciones centrales de los distintos modelos de la salud que se han desarrollado a lo largo de muchos años ha sido la identificación y entendimiento de los determinantes de las conductas saludables y el impacto del comportamiento de los individuos sobre la salud. Algunos modelos que se han desarrollado para explicar la adopción de conductas que protegen la salud reflejan la convergencia de dos teorías del aprendizaje: la teoría de “estimulo respuesta” y la “teoría cognitiva” (Rosenstock Strecher y Becker, 1988).

La primera establece que la frecuencia de una conducta está determinada por sus consecuencias (Skinner, 1938); no se requiere de ningún concepto cognitivo (razonar, pensar) para explicar el comportamiento. La

segunda, representada por la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977), incorpora un componente cognitivo al paradigma skinneriano y da especial importancia a variables de naturaleza social relevantes en el estudio de la cognición y el comportamiento (Bandura, 1986). Desde la perspectiva de esta teoría, se considera que el comportamiento está determinado por las expectativas que se formula un individuo acerca de que su comportamiento le permitirá alcanzar un resultado específico. El modelo más utilizado para promover comportamientos saludables ha sido el de Creencias de Salud (Becker, 1974).

De acuerdo con lo que señala Rosenstock (1974), la teoría y desarrollo del Modelo de Creencias de Salud creció simultáneamente con la necesidad de solucionar los problemas prácticos que eran el principal motivo de preocupación de los servicios de salud pública; por ejemplo, cómo lograr que la gente aceptara someterse a pruebas para detectar cáncer cervical, prevenir enfermedades dentales, fiebre reumática, poliomielitis e influenza, entre otras enfermedades. Esto, según Rosenstock, influyó en el tipo de teoría que tenía que desarrollarse para explicar la conducta saludable preventiva, y es en este contexto que empiezan a realizarse investigaciones sobre la efectividad de este modelo.

Rosenstock, Strecher y Becker (1988) analizaron las diferencias y semejanzas que hay entre la teoría del aprendizaje social y el modelo de creencias de salud, y concluyeron que ambos tienen muchos elementos en común y que lo que tendría que hacer el modelo de creencias de salud sería incorporar a la autoeficacia concepto propuesto por Bandura (1977) como una variable explicativa que puede ser manipulada para obtener resultados positivos en el comportamiento saludable.

Según el modelo de creencias de salud el comportamiento preventivo es función de la preocupación general que tiene la persona por la salud, el riesgo percibido de adquirir la enfermedad (susceptibilidad percibida), la seriedad percibida de la enfermedad (severidad percibida), beneficios y barreras percibidos por realizar la conducta preventiva, señales que focalizan la atención

de la persona para la acción y, finalmente, la auto eficacia (Páez, Ubillos, Pizarro y León, 1994).

Cinco etapas por las que el individuo pasa para cambiar sus comportamientos preventivos: 1) Precontemplación (no intenta cambiar su comportamiento en un tiempo próximo determinado), 2) contemplación (tiene la intención de cambiar su comportamiento), 3) preparación (planifica seriamente como hacer el cambio, 4) acción (el individuo ha modificado su conducta y alcanzado el criterio de tiempo preestablecido) y 5) mantenimiento (sigue el cambio manteniendo su conducta por un periodo mayor al preestablecido).

2.12.2. INVESTIGACIONES SOBRE ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SEXUALES RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA.

Los estudios que se presentan a continuación proporcionan un panorama general de los aspectos más importantes que se han abordado en el campo de la prevención del VIH/SIDA, particularmente con poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes. Las variables que con mayor frecuencia se han evaluado en este campo son: conocimientos, actitudes y prácticas sexuales.

Los estudios a los que aquí se hace referencia no están diseñados para evaluar la efectividad de un modelo de salud particular, sin embargo proporcionan información muy valiosa sobre los factores que pudieran estar relacionados con comportamientos de riesgo. Cabe señalar que, aun cuando la mayoría de dichos estudios evaluados simultáneamente más de una de las variables mencionadas, en cada sección de este apartado se analizarán de manera independiente para tener mayor claridad acerca de los aspectos que resultan ser importantes en la estimación de cada una de ellas.

2.12.2.1. CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

La evaluación sobre conocimientos acerca del VIH/SIDA básicamente se ha orientado a determinar el nivel de información que posee cierto tipo de población respecto de la etiología del VIH, epidemiología del SIDA,

sintomatología de la enfermedad, mecanismos de transmisión del virus y formas específicas de prevención.

Algunos trabajos se han centrado únicamente en la evaluación de conocimientos sobre la prevención y transmisión del Sida (Cáceres, Roscano, (Muñoz, Romzzo, Mandel y Hearst, 1992; Kelly, Lawrence Brasfield, Lemke, Amidei, Roffman, Hood, Smith, Kilgore y McNeill, 1990; Walter, Vaughan Gladis, Fish, Kasen y Cohall, 1992); otros, en la evaluación de conocimiento sobre prácticas específicas de riesgo, sobre sexualidad y sobre formas específicas de prevención del Sida (Fielstein y Hazlewood, 1992; Hays y Hays, 1992; Jeott, Sweet y Pong, 1992; Icher y Silva, 1997; Sabogal, Sandlim, Reyes, Aguirre, Brean y Lemp, 1992). Sin embargo, es importante señalar que ninguno de estos estudios describe con detalle las preguntas formuladas a la población estudiada, sólo se reporta la variable genérica evaluada.

2.12.3. PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO.

Otro grupo de estudios lo conforman aquellos que de una u otra forma califican las prácticas sexuales de grupos de individuos, y cuyo análisis minucioso considera dichos comportamientos como de alto riesgo o de prevención para contraer el VIH.

Con el propósito de tener claridad sobre el riesgo que implican las prácticas que se han evaluado en diversos estudios, es importante señalar que, sin considerar el uso del condón, las prácticas en las que existe mayor riesgo del contagio del VIH son, en primer lugar, el sexo anal, en segundo lugar el sexo vaginal (penetración pene-vagina) y en tercer lugar las relaciones orogenitales (Cohen y Miller, 1998). En el caso de las relaciones orogenitales se ha demostrado que la infección puede ocurrir de pene a boca y de vagina a boca, pero comparada con las relaciones anales y las vaginales, la práctica orogenitales son de menor riesgo (Edwards y Carne, 1998).

El análisis efectuado por Brody (1995) indicó que la transmisión (heterosexual de mujer a hombre vía vaginal es extremadamente imposible,

pues se ha reportado que debido a las características anátomo-fisiológicas de la mucosa vaginal hay más resistencia a la transmisión del virus (OPS, 1989); en cambio, la transmisión vía rectal es de mayor riesgo debido a que el epitelio rectal es cilíndrico simple, ricamente vascularizado y con abundante tejido linfoide no encapsulado (OPS, 1989), por lo que resulta más probable la ocurrencia de laceraciones durante el coito rectal.

Por esta razón, es más frecuente el contagio de hombre a mujer y de hombre a hombre que de mujer a hombre.

De acuerdo con lo anterior, las prácticas sexuales que han resultado ser más evaluadas en los estudios sobre prevención del VIH/SIDA, por el gran riesgo que éstas conllevan, son: relaciones anales insertivas y receptivas, relaciones coitales (penetración pene-vagina) y relaciones orogenitales; como prácticas preventivas se han evaluado el uso del condón, masturbación y caricias en zonas genitales.

Sin embargo, además de estas prácticas, en la literatura se ha considerado importante evaluar distintas variables, que por su ocurrencia pueden aumentar la probabilidad de que la persona incurra en prácticas sexuales riesgosas, sobre todo cuando se trata del trabajo dirigido a estudiantes y adultos jóvenes. Ejemplo de estas variables son las siguientes: 1) debut sexual (tener o no tener relaciones sexuales); 2) edad del debut sexual; 3) número de compañeros sexuales (en toda la vida, en el último año, últimos tres meses); 4) tener múltiples compañeros sexuales; 5) frecuencia de las relaciones sexuales; 6) uso de protección; 7) frecuencia del uso de protección, 8) conversación entre la pareja sobre sexo seguro, y 9) historia sobre el VIH (si se ha practicado la prueba de Elisa, o si se conoce la historia del VIH de la pareja).

En la literatura se pueden encontrar diversos estudios que han analizado la relación entre conocimientos y/o actitudes y la ocurrencia de prácticas de riesgo. En algunos casos se han reportado correlaciones positivas que indican que a mayor nivel de conocimientos o de actitudes positivas hacia el Sida son mayores las prácticas de prevención; sin embargo, la mayoría de los estudios indican una correlación negativa. Veamos algunos ejemplos.

En el estudio llevado a cabo por Hollar y Snizek (1996), se estimó la relación entre conocimientos sobre el VIH/SIDA, la autoestima y el involucramiento en prácticas sexuales de riesgo. Los datos obtenidos de 353 estudiantes indicaron que un grupo de sujetos con niveles altos de autoestima y de conocimientos se involucraron más en prácticas conductuales seguras (uso de protección en relaciones anales) que aquellos que obtuvieron niveles bajos y moderados de autoestima; por otra parte se encontró que otro grupo de estudiantes con niveles altos de autoestima se involucraba más en prácticas de riesgo (coito vaginal, sexo no protegido con múltiples compañeros) que los que presentaron niveles moderados y bajos de autoestima.

Los autores señalan que esto puede ser un indicador de que a mayor nivel de conocimientos y de autoestima, mayor es la frecuencia de prácticas seguras, pero también a mayores niveles de autoestima, se observa menor frecuencia de prácticas seguras. Según estos autores, los resultados indican que la autoestima y el nivel de conocimientos operan diferencialmente dependiendo del tipo de conducta sexual involucrada.

Considerando que existe relación entre las actitudes y las conductas sexuales de riesgo en esta investigación se tomaron en cuenta los aporte del modelo humanístico existencial, teoría motivacional y teoría cognitivo conductual con el objetivo de explicar la complejidad del comportamiento humano.

2.13. MODELO HUMANÍSTICO EXISTENCIAL

Los psicólogos humanísticos y existenciales han intentado formular teorías de la naturaleza humana que se basan en atributos humanos y problemas de existencia característicos ocasionados por la condición de ser humanos. Han rechazados los modelos típicos usados por los psicólogos que representan a los seres humanos en términos mecánicos o biológicos. Gordon w. Allport, Carl R. Rogers, Abraham Maslow y Erick Fromm, los representantes del movimiento humanístico-existencial que consideraremos en seguida, han

rechazado el modelo maquinal de los seres humanos, el modelo animal, el modelo patológico y el modelo del niño como caracterizaciones inapropiadas de la naturaleza humana insatisfecha. El modelo maquinal conceptualiza a la naturaleza humana como una computadora complicada. El modelo animal considera a la gente como simplemente el más complejo de los animales, regido por una motivación reductora de impulsos y que evita el dolor. El modelo patológico enfatiza los aspectos no racionales e inconscientes enfatiza los aspectos no racionales e inconscientes de la personalidad. El modelo del niño considera al adulto humano sencillamente como un niño más complejo.

Todos estos modelos pasan por alto los cambios radicales que ocurren de la niñez a la edad adulta en cuanto a motivación, cognición, crecimiento del yo, y el desarrollo de las habilidades. Según los psicólogos humanísticos-existenciales, una teoría adecuada de la personalidad debe tomar en cuenta estos atributos y el significado que tiene para vivir como seres humanos. Además, los seres humanos han creado un ambiente socio, cultural, que a su vez les afecta fuertemente, como hemos visto en la teorización de los teóricos ego sociales. Nuestros psicólogos humanistas se muestran favorablemente dispuestos al papel penetrante de las fuerzas sociales y culturales que forman el comportamiento humano, pero previenen contraponer demasiado énfasis en tales determinaciones del comportamiento.

Si se quisiera construir una teoría de la personalidad que mostrara en forma adecuada nuestra naturaleza humana, nos enfrentaríamos a la difícil y retadora tarea de determinar cuales componentes incluir en la teoría y cuanta importancia conceder a cada una ¿haríamos hincapié en los impulsos biológicos y los asuntos egoístas? ¿Cuánta importancia daríamos a las emociones negativas como el odio, la envidia, los celos y el miedo? ¿Se haría una distinción entre la naturaleza animal y una naturaleza mas elevada de la distinción entre la naturaleza animal y una naturaleza mas elevada de la gente? ¿Cuál sería un desarrollo total el funcionamiento ideal y que condiciones ambientales se requerirían para promover estos ideales? ¿Qué lugar les daríamos a las tendencias innatas y cuanta importancia se asignaría a los

potenciales de aprendizaje? El aprendizaje es un proceso tan determinante en los seres humano que su narración debería ser claramente delineada ¿Se enfatizaría el habito automático de aprendizaje del condicionamiento o los aspectos más cognoscitivos y personales del aprendizaje humano?

Los psicólogos humanistas existenciales afirman que sus teorías incluyen componentes capaces de abarcar mucho más de la naturaleza humana que otras teorías. Por ejemplo maslow estudio los auto realizadores. Rogers se ocupo de estudiantes universitarios, que experimentaban problemas de adaptación a la vida y actualmente estudia una gran variedad de problemas normales de los adultos en su trabajo de grupo, Allport y Fromm también han enfocado sus esfuerzos sobre personas normales, que luchan por superarse.

Las teorías psicodinámicas y egosociales fueron encaminadas hacia lo anormal, aun cuando Erikson si tenía algunos puntos de vista sobre la formación de virtudes humanas. Quienes se adhieren a las teorías humanísticas y existenciales mantienen que incorporan a sus teorías los determinantes psicodinamicos y egosociales, pero que también incluyen constructos y postulados que amplían el alcance de sus teorías para incluir también las personalidades normales e ideales.

Un desarrollo interesante en el pensamiento de algunos teóricos actuales del comportamiento cognoscitivo, quienes, naturalmente, se identifican con la posición del comportamiento y no del humanístico, es la inclusión de ideas humanísticas y existenciales (como sistemas autorregulatorios, intenciones y planes) que tan vehementemente fueran rechazados por los adeptos radicales al comportamiento. Esto proporciona un apoyo a la contención de los teóricos humanísticos-existenciales de que sus puntos de vista son mucho más amplios que los de los teóricos de comportamiento psicodinamico y egosocial.

Los psicólogos humanistas existenciales han incluido en sus teorías la ideal del yo como agente libre. Sostiene que pueden controlar nuestros propios destinos, si las condiciones no son demasiado restrictivas. También contemplan a los seres humanos como poseedores de la capacidad de examinarse y producir cambios inducidos por ellos mismos. Podemos

interpretar, criticar, vigilar y evaluar racionalmente nuestro propio comportamiento. Podemos evaluar los comportamientos tanto presentes como pasados y hacer planes para el futuro. También podemos anticipar las consecuencias del comportamiento actual a largo plazo. Mucha gente en realidad no funciona a altos niveles, pero el hecho de que pueden, en las condiciones adecuadas, constituye un gran reto para los científicos del comportamiento y los dirigentes de nuestras comunidades.

Su punto de vista de la anormalidad es también mucho más amplio, porque comprende todo aquello que no sea ideal. Las deficiencias de los atributos humanos son la casa de los trastornos del comportamiento.

Hay una variedad de escuelas existenciales, varias de las cuales consideran la existencia humana en términos pesimistas. Los teóricos que consideraremos (Fromm es nuestro mejor ejemplo) tienden a seguir la postura de que ciertos problemas de la existencia son el resultado de los atributos de ser humano. En otras palabras, por estar hechos del modo que lo estamos, debemos enfrentar ciertos problemas y tareas. Nuestras maravillosas habilidades nos crean problemas. Podemos anticipar el futuro, pero eso causa ansiedad sobre el envejecimiento, la enfermedad y la muerte. Tenemos la capacidad de comprometernos, pero frecuentemente debemos hacerlo solo con información parcial. Podemos imaginar la perfección, sin embargo, hemos de enfrentarnos a la imperfección en todas partes. Con personas conscientes y autoconscientes, con orientaciones hacia el futuro, creativas y que raciocinan, debemos enfrentarnos a ciertos problemas creados por estas mismas cualidades.

2.14. TEORÍA MOTIVACIONAL

El psicólogo Abraham Maslow, desarrollo en su Teoría de la Motivación, una jerarquía de las necesidades que los hombres buscan satisfacer. Estas necesidades se representan en La Pirámide de Maslow.

La interpretación de la pirámide proporciona la clave de su teoría: Un ser

humano tiende a satisfacer sus necesidades primarias (más bajas en la pirámide), antes de buscar las de más alto nivel. Por ejemplo, una persona no busca tener satisfechas sus necesidades de seguridad (por ejemplo, evitar los peligros del ambiente) si no tiene cubiertas sus necesidades fisiológicas, como comida, bebida, aire, etc.

Las necesidades que plantea Maslow en su Pirámide, se describen a continuación:

2.14.1. NECESIDADES FISIOLÓGICAS

Las necesidades fisiológicas son satisfechas mediante comida, bebidas, sueño, refugio, aire fresco, una temperatura apropiada, etc. Si todas las necesidades humanas dejan de ser satisfechas entonces las necesidades fisiológicas se convierten en la prioridad más alta. Si se le ofrecen a un humano soluciones para dos necesidades como la necesidad de amor y el hambre, es más probable que el humano escoja primero la segunda necesidad, (la de hambre). Como resultado todos los otros deseos y capacidades pasan a un plano secundario.

2.14.2. NECESIDADES DE SEGURIDAD

Cuando las necesidades fisiológicas son satisfechas entonces el ser humano se vuelve hacia las necesidades de seguridad. La seguridad se convierte en el objetivo de principal prioridad sobre otros. Una sociedad tiende a proporcionar esta seguridad a sus miembros. Ejemplos recientes de esa pérdida de seguridad incluyen Somalia y Afganistán. A veces, la necesidad de seguridad sobrepasa a la necesidad de satisfacción fácil de las necesidades fisiológicas, como pasó por ejemplo en los residentes de Kosovo, que eligieron dejar un área insegura para buscar un área segura, contando con el riesgo de tener mayores dificultades para obtener comida. En caso de peligro agudo la seguridad pasa delante de las necesidades fisiológicas.

2.14.3. NECESIDADES DE AMOR, NECESIDADES SOCIALES

Debemos resaltar en este apartado que no se puede hacer equivalente el sexo con el amor. Aunque el amor puede expresarse a menudo sexualmente, la sexualidad puede en momentos ser considerada sólo en su base fisiológica.

Necesidades de estima, Necesidad de Ego, esto se refiere a la valoración de uno mismo otorgada por otras personas.

2.14.4. NECESIDADES DEL SER, NECESIDADES DE AUTOESTIMA

Es la necesidad instintiva de un ser humano de hacer lo máximo que pueden dar de sí sus habilidades únicas. Maslow lo describe de esta forma:

"Un músico deba hacer música, un pintor, pintar, un poeta, escribir, si quiere estar en paz consigo mismo. Un hombre, (o mujer) debe ser lo que puede llegar a ser). Mientras las anteriores necesidades pueden ser completamente satisfechas, ésta necesidad es una fuerza impelente continua.

2.14.5. SUPRESIÓN Y DISTORSIÓN DE LAS NECESIDADES

Maslow sugirió que tanto las necesidades deficitarias (inferiores) como las necesidades de desarrollo (superiores) están sujetas a distorsión. La distorsión de las necesidades inferiores esta evidentemente trastornada en individuos que sufren trastornos psicofisiológicos. Una persona puede comer no para satisfacer el hambre, sino para liberarse de la tensión. Por tanto, el impulso básico del hambre puede utilizarse como conducto o salida para otros motivos, como el deseo de amor, que no tiene nada que ver con la necesidad de alimento. El mal uso de los impulsos es dañino para la economía del organismo, según creía Maslow (1970).

Si los impulsos fisiológicos pueden distorsionarse severamente por un aprendizaje defectuoso o su mal uso, las necesidades superiores se trastornan mucho más fácilmente y se dirigen forma errónea debido a experiencias

dañinas. Las llamadas virtudes y luz mas nobles de la gente, como la excelencia, la respuesta afectiva, el altruismo, la creación de la belleza, el descubrimiento de la verdad y otras, no son tan poderosas ni totalmente estructuradas como los impulsos fisiológicos de hambre, sed, sexo, evitar el dolor y el descanso. Por lo tanto, pueden modificarse en esa forma y sobrellevarse si se aprende que dejan de funcionar por completo. En otras palabras, las personas pueden aprender a gustar de cosas que son contrarias a sus mejores intereses o a comportarse en una forma opuesta a sus necesidades de desarrollo. Pueden aprender a ser frías, insensibles o poco cariñosos hacia otros aun cuando dentro de su naturaleza tengan la necesidad de expresar y recibir afecto.

Mantener las más altas necesidades requiere gran apoyo de las influencias culturales. Las instituciones actuales y los puntos de vista prevaletes de la naturaleza humana en realidad fomentan prácticas que suprimen las más altas necesidades de la gente, pensaba Maslow. Si una criatura llora como resultado de haberse lastimado, sus padres corren rápidamente para ayudarlo, pero si la criatura expresa sus sentimientos de bienestar en forma libre y natural pueden ser censurados o castigados por comportarse “puerilmente”. La presunción es que la criatura necesita ser controlada. Una implicación más de esta presunción es que cuando la criatura tiene una conducta natural, esta comportándose mal.

Muchos grandes pensadores han comentado acerca de la falta de cualidades orientadas hacia la sociabilidad en los seres humanos, y de hecho del predominio de las cualidades opuestas (hostilidad, egoísmo, tendencia a herir a otros, celos y envidia).

2.14.6. EL VALOR DE SUPERVIVENCIA DE LAS NECESIDADES

Los Seres humanos no heredan unidades completas de comportamiento (instintos) sino solamente impulsos o tensiones en presencia de ciertos estímulos. La persona debe aprender a encontrar satisfactores

apropiados y los medios para obtenerlos. Las consecuencias de no poder satisfacer ciertos requerimientos son bastantes obvias; las persona que no obtiene nutrición apropiada sufre de alguna forma de enfermedad física y puede morir. Sin embargo, pueden ignorarse algunas necesidades esenciales, y las consecuencias por no satisfacerlas pueden no ser tan obvias.

2.14.7. COMPORTAMIENTO INSTINTIVO Y DE TIPO INSTINTIVO

Maslow (1970) hizo una valiosa distinción entre el instintivo total y la tendencia de tipo instintivo o fragmento del instinto, que podría ser de ayuda para comprender la diferencia entre las necesidades inferiores y las necesidades superiores. Un instinto total implica todos los elementos de un acto de comportamiento; percepción de un estímulo relevante, comportamiento termine cuando se logran. Por ejemplo, un gorrión no tiene que aprender como construir un nido, ni tampoco debe aprender a discriminar entre objetos apropiados y objetos inútiles para su meta. De hecho, ni siquiera aprende la meta para la cual esta tan bien coordinada su actividad. Todos estos elementos, mas cualquier emoción que se experimente de haberle, son sensaciones biológicas, genéticas. El comportamiento instintivo no es un comportamiento adquirido mediante el aprendizaje.

Las personas presentan un problema difícil desde el punto de vista del comportamiento instintivo. No hay instintos totalmente desarrollados en los seres humanos. Existen reflejos innatos y formas aún más complejas de comportamiento, como los impulsos fisiológicos. Aún para su satisfacción, los impulsos requieren el aprendizaje de incentivos apropiados y del comportamiento de ayuda para obtener esos incentivos. La criatura no sabe instintivamente lo que es bueno o dañino, sino que debe aprender estas cosas como resultado de encuentros con una variedad d objetos en el ambiente, o debe decírsele o mostrársele.

Debido a la ausencia aparente de los instintos totales innatos de los seres humanos, algunos psicólogos han asumido que el comportamiento y la

experiencia humana se deben totalmente al aprendizaje. Sin embargo, Maslow creía que aún cuando las personas pueden no tener un instinto completo en su composición, sí tienen fragmentos de instinto, o tendencias instintivas. Una mujer no tiene un instinto maternal como los animales inferiores en el sentido de que los elementos que se encuentran para dar a luz y cuidar de los hijos están presentes sin ningún aprendizaje; pero ciertamente puede poseer un fuerte impulso para vigilar y cuidar a los hijos. El punto es que en el escenario complejo de la vida civilizada, este impulso o fragmento de instinto no es suficiente en sí mismo para guiar un comportamiento de educación de los hijos, sino que requiere del apoyo de habilidades y aptitudes aprendidas correctamente, y de la formulación de una filosofía de educación de los hijos (Caudil y Weinstein 1969).

2.15. TEORÍA COGNOSCITIVA

Esta teoría de la personalidad sostiene que la manera en que se piensa esta determinada por la forma en que el individuo siente y se comporta. Beck “convertía al cliente en un colega que investigaba la realidad verificable” (Wessler, 1986, p.5)

Beck percibe a la personalidad como un reflejo de la organización y estructura cognoscitivas del individuo, las cuales son influidas biológica y socialmente. Las experiencias personales de aprendizaje ayudan a determinar cómo se desarrolla y se responde. Beck considera a la personalidad moldeada por valores centrales, o esquemas superordenados, y percibe al malestar psicológico como provocado por varios factores

Los conceptos de la teoría de Beck incluyen cogniciones, esquemas y distorsiones cognoscitivas o errores de lógica (1979).

Las cogniciones se refieren a la conciencia de una persona. Son bastante cambiables y provocadas por estímulos. Ejemplo de cognición negativa es el sentimiento “Soy un fracaso total”.

2.15.1. ESQUEMA COGNOSCITIVOS

Son estructuras cognoscitivas que consisten en las creencias y supuestos centrales fundamentales del individuo acerca de la forma en que opera el mundo.

Estos esquemas se desarrollan temprano en la vida partiendo de experiencias personales e identificación con otras personas que son significativas. Las personas forman conceptos acerca de sí mismos, los demás y el mundo. Estos esquemas moldean la personalidad. Pueden ser adaptativos o desadaptativos; de naturaleza general o específicos. Ejemplo “A menos que otras personas me aprueben, no valgo nada” o “Si no pudo realizar algo a la perfección, no debo hacerlo en absoluto”. Los esquemas son más estables que las cogniciones, pero dependen de los estados de ánimo de una persona.

2.15.2. DISTORSIONES COGNOSCITIVAS

También conocidas como errores sistemáticos en el razonamiento y son evidentes durante la angustia psicológica (Beck, 1967). Surgen cuando los acontecimientos estresantes desencadenan esquemas irreales. Cada individuo tiene vulnerabilidades idiosincráticas que predisponen a la persona a la angustia psicológica en una forma única. Estas vulnerabilidades parecen relacionadas con la estructura de la personalidad y el esquema cognoscitivo.

Distorsiones Cognitivas:

- a. Interferencia Arbitraria: Implica extraer una conclusión específica sin evidencia que la apoye, aun frente a evidencia contradictoria, ejemplo, después de obtener un 5 en lugar de un 8 en el primer parcial, un estudiante podría concluir en forma errónea que no será capaz de aprobar el ciclo.
- b. Abstracción Selectiva: Es conceptualizar una situación como base en un detalle tomado de contexto e ignorar todas las demás explicaciones posibles, ejemplo, una persona que esta nerviosa por la posibilidad de tener un accidente mientras conduce se fijara

en todos los reportes acerca de accidentes de tráfico en los noticieros, reconfirmando la creencia de que conducir es peligroso.

- c. Generalización Excesiva: Abstraer una regla general de uno o dos incidentes aislados y aplicarla con demasiada amplitud, ejemplo, escuchar sobre un hurto en la ciudad puede conducir a concluir que todos los habitantes están siendo asaltados.
- d. Magnificación y Minimización: Es ver un acontecimiento como mas significativo o menos de lo que es en realidad, ejemplo, pensar que si no se nos pide asistir a la celebración del día del psicólogo se acabará la vida.
- e. Personalización: Atribuirse a uno mismo los eventos externos sin evidencia de relación, ejemplo los padres que suponen que ellos tienen la culpa cada vez que sus hijos se portan mal.
- f. Pensamiento Dicotómico: Es categorizar las situaciones en extremo, ejemplo, considerar el desempeño propio en una tarea como un éxito completo o un fracaso total.
- g. Suposiciones Condicionales: estas dependen de ciertas condiciones y comienzan con frecuencia con un **si**, ejemplo “si no tengo éxito, nadie me respetara” o “si no le agrado a esa persona debo ser antipático”. Estos errores de lógica con frecuencia implican un estilo de pensamiento negativo sistemático

2.15.3. **DIMENSIONES DE SOCIOTROPÍA Y AUTONOMÍA**

Beck describe además la personalidad en términos de dos dimensiones. La **dimensión sociotrópica** se caracteriza por dependencia de las relaciones interpersonales y necesidades de cercanía y atención. Esta dimensión esta organizada alrededor de la cercanía, atención y dependencia. La **dimensión autónoma** se caracteriza por independencia y está organizada alrededor y establecimiento de objetivos, la autodeterminación y las obligaciones

autoimpuestas (Beck, Epstein y Harrison, 1983).

Aunque existen casos puros de sociotropía y autonomía, la mayor parte de personas exhiben características de cada una, dependiendo de la situación. Por tanto, la sociotropía y la autonomía son modos de conducta, no estructuras de personalidad fijas.

2.15.4. TRIADA COGNOSCITIVA

De acuerdo con Beck (1967), el individuo deprimido tiene una perspectiva negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Estas percepciones son conocidas como la **tríada cognoscitiva**. El mundo parece desprovisto de placer o satisfacción. La visión del futuro de la persona deprimida es pesimista o inexistente. El aumento en la dependencia que se observa a menudo en los pacientes deprimidos refleja la perspectiva de sí mismo como incompetente, una estimación exagerada de la dificultad de las tareas de la vida normal, la expectativa del fracaso y el deseo de que alguien más capaz se haga cargo.

2.15.5. PSICOTERAPIA COGNOSCITIVA

Consiste en una estructura teórica amplia de la personalidad y la psicopatología el objetivo es eliminar los prejuicios sistemáticos en el pensamiento al corregir el procesamiento de la información defectuosa, ayudando por tanto, a los clientes a modificar las suposiciones que mantienen las conductas y las emociones desadaptativas. Los métodos cognoscitivo y conductual se usan para desafiar las creencias disfuncionales y para promover un pensamiento más realista.

El terapeuta cognoscitivo no le dice al cliente que las creencias son irracionales o erróneas. En su lugar hace preguntas que traducen el significado función utilidad y consecuencias de las creencias de los clientes. Le toca a este último decidir cuáles creencias conserva y cuáles elimina.

La terapia cognoscitiva no es tan simple como reemplazar pensamientos negativos con afirmaciones positivas sobre sí mismo.

El cambio solo puede ocurrir si el cliente experimenta excitación afectiva.

En el lenguaje de la terapia cognoscitiva, las cogniciones calientes suceden cuando una persona experimenta emociones excitadoras y la prueba de la realidad al mismo tiempo. Ejemplo, una cognición caliente es la frase, temor o pensamiento autoculpador crítico reales, tales como “Oh, qué zopenco soy” Un examen de la experiencia personal y la lógica al mismo tiempo permite al cliente cambiar la actitud interna o creencia.

La terapia cognoscitiva se centra en el presente, es directiva, activa, se orienta hacia el problema y se adecua mejor para casos en los que los problemas pueden ser delineados y las distorsiones cognoscitivas son evidentes.

La terapia cognoscitiva consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas diseñadas para enseñar a los clientes a realizar cinco funciones:

- 1) supervisar sus pensamientos o cogniciones negativos automáticos, 2) reconocer las conexiones entre cognición, afecto y conducta, 3) examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos distorsionados, 4) sustituir estas cogniciones prejuiciados con interpretaciones más orientadas hacia la realidad y 5) aprender a identificar y alterar las creencias que los predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck,Rush y col,1979).

2.15.6. TÉCNICAS COGNOSCITIVAS

La **descatastrofización**, conocida como la técnica “qué pasa si” (Beck y Emery, 1979), ayuda a los clientes a prepararse para las consecuencias anticipadas. Los individuos ansiosos por lo común “catastrofizan” y anticipan el peor resultado posible de una situación. Preguntar en forma específica a un cliente “¿Qué pasa si sucede la peor cosa posible?” puede ser útil para disminuir la evitación fóbica, en particular cuando está combinada con planes de exposición (Beck y Emery, 1985).

Las técnicas de **retribución** analizan el pensamiento y las suposiciones automáticas al usar la prueba de la realidad en la situación presente de terapia.

Redefinir un problema se usa para movilizar a los clientes que creen que están fuera de control.

El **descentramiento** se usa con personas que se enfocan en su propio malestar hasta el extremo.

La **imaginación** alienta a los clientes a usar la propia. Algunas personas reportan las imágenes con mayor facilidad que los pensamientos y, por tanto, proporcionan datos útiles antes y durante los episodios de ansiedad.

2.15.7. TÉCNICAS CONDUCTUALES

A los clientes se les dejan tareas para hacer en casa que se enfocan en la autoobservación y la autosupervisión. En la prueba de hipótesis, se enlistan criterios específicos para la supervisión de modo que el cliente establece un marco de referencia para la retroalimentación durante la experiencia de la vida real. En la terapia de exposición, los niveles autorreportados de tensión se examinan durante sesiones de práctica específicas de acuerdo con las necesidades del cliente individual. A ellos se les pide que representen roles o ensayen situaciones que sucederán más tarde en la vida real.

En la diversión, la autoestima de los niveles de tensión proporciona una estructura mientras la fluctuación de los estados de ánimo tiene un seguimiento en las actividades cotidianas normales. Dar tareas graduadas que se vuelven más difíciles en forma paulatina permite al cliente comenzar las tareas en un nivel de tensión bajo.

Estas técnicas cognoscitivas y conductuales permiten al cliente y al terapeuta o consejero trabajar juntos para efectuar cambios genuinos.

2.16. LA IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA EN LA VIDA DE LAS PERSONAS

Desde los primeros momentos del desarrollo de la humanidad el hombre se preocupó por el conocimiento cada vez más profundo de la realidad que lo rodea con el propósito de dominarla y transformarla, por lo que ningún

fenómeno escapó a su interés, incluido él mismo. Conocerse a si mismo resultó ser un proceso bastante complejo al enfrentarse a una gran variedad de fenómenos, objetos, hechos, etc. Con un elevado nivel de organización, lo que condujo a delimitar las áreas del conocimiento sin perder de vista al hombre como un todo, la profundización en los distintos campos del conocimiento humano llevo al estudio de una importante esfera de la existencia del hombre y su psique.

La ciencia psicológica ha adquirido una importancia marcada desde el punto de vista social, manifestándose en el desarrollo de relaciones cada vez más crecientes, lo que presupone que se prepare al mayor número posible de los miembros de la sociedad para que sean capaces de actuar según sus exigencias.

Esto implica que una de las tareas principales de la ciencia psicológica esté dada precisamente en investigar las premisas que permiten, tanto a los sujetos como a los grupos , orientar sus acciones de un modo consciente sobre la base del conocimiento de las leyes que actúan en la sociedad, así como trabajar productiva y creadoramente de acuerdo con sus necesidades o las de la sociedad, lo cual requiere de conocimientos profundos acerca de la estructura psíquica de la personalidad y de las leyes psicológicas de su desarrollo.

2.17. IMPORTANCIA DEL ENFOQUE PSICOLÓGICO EN LA RELACIÓN AUTOESTIMA CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO.

Es de gran importancia conocer los niveles de autoestima que existen en la personalidad humana, ya que es de gran relevancia, debido a que de esto depende el estado de ánimo, el desarrollo de su auto concepto, su auto imagen, su conducta en general y esto se puede evidenciar de forma simple, cuando una persona se encuentra en un episodio en donde su autoestima se ha visto afectada, su conducta también sufre cambios, por ejemplo: mucha gente

cuando se siente mal en su vida, en general recurre al consumo de alcohol o de alguna otra sustancia psicoactiva, es decir su patrón conductual se ve afectado.

Pero así como la autoestima es parte importante del estudio científico psicológico, así también la conducta humana es fundamental, pero a la vez compleja y extensa; debido a esto se tuvo la necesidad de delimitar el contexto de la presente investigación y analizar un tipo de conducta específicamente. Se estudió la problemática existente alrededor de las personas viviendo con VIH, debido a que muchas veces estas personas en el desarrollo de su enfermedad enfrentan diferentes tipos de estados emocionales como cualquier otra persona, pero con la gravedad de enfrentar una enfermedad que ha cobrado la vida de millones de personas alrededor de todo el mundo, estos episodio minan su autoestima y como consecuencia se ve afectado su patrones conductuales, en donde se incluyen las conductas sexuales de riesgo. Es por esta razón que es de gran importancia para la ciencia de la psicología, examinar la relación que existe entre los niveles de autoestima y las conductas sexuales de riesgo, debido a que con esto se tendrá una base para poder implementar planes de trabajo, que ayuden a lograr niveles óptimos de autoestima en las personas viviendo con VIH, así como también una modificación conductual a partir de una intervención psicológica, siguiendo un plan de trabajo en donde se desarrollen terapias cognitivo conductuales, con el objetivo de que las personas viviendo con VIH sepan lo importante que es la modificación de su conducta para identificar, conocer y desarrollar un razonamiento de lo perjudicial de la práctica de conductas sexuales de riesgo tanto para su salud física como para su salud mental.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

ABC:

Abstinencia, Fidelidad, uso Correcto del condón.

Terminología utilizada para describir el enfoque de los programas educativos en cuanto a la prevención del VIH/SIDA, este enfoque es el que se ha utilizado últimamente para orientar a la población sobre la importancia de tener varias

opciones que permitan especialmente a los jóvenes tomar decisiones responsables.

Adquirido:

Quiere decir que no es una condición genética hereditaria, si no que se adquiere después de la concepción a consecuencia de las acciones específicas.

Antirretroviral:

Fármaco utilizado para evitar la replicación de cualquier virus.

Asintomático/as:

Son las personas que viven con el VIH sin presentar signos de la enfermedad, y sin embargo pueden transmitirlo.

Bisexual:

Es aquella preferencia sexual, en que la persona es atraída sexual, erótica y afectivamente, hacia personas de cualquier sexo, ya sean hombres o mujeres.

Condón:

Sinónimo de preservativo, es una barrera a manera de funda o capuchón que impide el contacto de secreciones sexuales con la superficie de mucosa o epitelio que se encuentra en los genitales.

Epidemia:

Brote de una enfermedad infectocontagiosa o transmisible, que aparece en forma aguda y masiva en un determinado lugar geográfico.

Epidemiología:

Es el estudio de la incidencia, distribución y causas de una enfermedad o infección en una población.

Fidelidad:

La fidelidad tiene que ver con la lealtad y con el compromiso que uno asume con sus seres queridos. Cuando se elige una pareja asumimos el compromiso

GAM:

Grupo de Ayuda Mutua

HSH:

Hombres que tienen Sexo con Hombres. Se refiere a todo tipo de practicas

sexuales de hombres con otros hombres sean estos, Bisexuales, Homosexuales, Transexuales, Travestís.

Heterosexual:

Personas que experimenta atracción sexual, erótica y afectiva por las personas del sexo contrario.

Homosexual: Persona que experimenta atracción sexual, erótica y afectiva por las personas de su mismo sexo.

Inmuno:

Hace referencia al sistema Inmunológico, es decir al sistema del organismo que combate las enfermedades.

Infección:

Entrada y diseminación de un microbio o agente patógeno en el organismo se encuentran disminuidas.

ITS:

Infecciones de Transmisión Sexual. Se refiere a todas aquellas infecciones que se derivan del contacto sexual como son: gonorrea, sífilis, clamidia, candidiasis, chancro, VIH/SIDA, etc.

PVVS:

Personas Viviendo con VIH-SIDA

OMS:

Organización Mundial de la Salud

ONG´S:

Organismos No Gubernamentales. Se refiere a todas aquellas instituciones que trabajan en diferentes áreas de tipo social, política y económica que no pertenecen al gobierno.

Secreciones Sexuales:

Son aquellos fluidos que secretan los genitales relacionados con la función sexual y reproductiva, tanto del hombre como de la mujer.

Seropositivo:

Es el resultado de una prueba, en este caso cuando se detectan anticuerpos del VIH.

Semen:

Líquido elaborado por la vesícula seminal y la próstata, que contiene los espermatozoides.

Sexo seguro:

Es todo tipo de relación sexual erótica en la que eliminan los riesgos de la transmisión del VIH, sin que desaparezca el placer.

Sexo protegido:

Es una de las alternativas para prevenir la transmisión sexual del VIH y otras ITS (equivalente al uso de preservativo masculino o femenino)

SIDA:

Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

Síndrome:

Conjunto específico de signos y síntomas.

Síntomas:

Cualquier cambio en el cuerpo o en sus funciones que indican enfermedad.

Variable dependiente:

Variable que cambia como resultado de alteraciones en la variable independiente.

Variable independiente:

Variable que el experimentador puede escoger o cambiar y que es causa de cambios en la variable dependiente.

VIH:

Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Virus:

Es un parásito intracelular que invade una célula y puede interrumpir o cambiar su funcionamiento normal haciendo que la célula se comporte de la manera determinada por la información genética contenida en el virus.