



UNIVERSIDAD FRANCISCO GAVIDIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Proyecto de Investigación:

"Niveles de Ansiedad, Depresión y Autoestima que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH/Sida del grupo de apoyo de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH/Sida (REDSAL) en el primer semestre del año 2012".

Presentado por:

Verónica Cruz Navas Alfaro

Ana Leticia Guerrero de Bolaños

Ramiro Alfonso Figueroa

Para optar al título de:

Licenciatura en Psicología

San Salvador, 25 de julio de 2012

UNIVERSIDAD FRANCISCO GAVIDIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

AUTORIDADES

RECTOR

ING. MARIO ANTONIO RUIZ RAMÍREZ

VICE RECTORA

DRA. LETICIA ANDINO DE RIVERA

SECRETARIA GENERAL

LIC. TERESA DE JESUS GONZÁLEZ DE MENDOZA

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

LIC. ZOILA LUZ ROMERO DE ENAMORADO

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA



08/01-2012/01-PS

Universidad Francisco Gavidia

ACTA DE LA DEFENSA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Acta número 113, en la sala UNO, del Edificio "Administrativo", de la Universidad Francisco Gavidia, a las, nueve horas, del día veinticinco de julio del dos mil doce; siendo estos el día y la hora señalada

para la defensa oral del Proyecto de Investigación **"NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESION Y AUTOESTIMA QUE PRESENTAN LAS PERSONAS QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADAS CON VIH-SIDA DEL GRUPO DE APOYO DE LA RED SALVADOREÑA DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA (REDSAL) EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012"**, presentado por los(as)

egresados(as): Verónica Cruz Navas Alfaro, Ramiro Alfonso Figueroa y Ana Leticia Guerrero de Bolaños, de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA.

Y estando presentes los(as) interesados(as) y el Jurado Evaluador, se procedió a dar cumplimiento a lo estipulado en el Reglamento General de Graduación y el Instructivo de Graduación por Proyecto de Investigación, habiendo llegado el Jurado, después de las exposiciones, el interrogatorio y las deliberaciones correspondientes, a pronunciarse por este fallo:

Aprobado

Verónica Cruz Navas Alfaro

Aprobado

Ramiro Alfonso Figueroa

Aprobado

Ana Leticia Guerrero de Bolaños

Y no habiendo más que hacer constar, se da por terminada la presente.

Presidente/a

Ruth Elizabeth Luna Vigil

Lic. Ruth Elizabeth Luna Vigil

Vocal

Morena Iris Molina

Lic. Morena Iris Molina

Vocal

Heisel Idalia Siguenza

Lic. Heisel Idalia Siguenza

Egresado/a:

Verónica Cruz Navas Alfaro

Verónica Cruz Navas Alfaro

Egresado/a:

Ramiro Alfonso Figueroa

Ramiro Alfonso Figueroa

Egresado/a:

Ana Leticia Guerrero de Bolaños

Ana Leticia Guerrero de Bolaños

"Tecnología, Innovación y Calidad"

AGRADECIMIENTOS:

A Dios que me ha acompañado y guiado a lo largo de mi vida y me ha dado la fuerza necesaria para seguir adelante y culminar esta meta.

A todas las personas que participaron e hicieron posible este proyecto:

A mi madre y a mi padre, a quienes amo con todo mí ser, por haber creído en mí y por haberme impulsado y acompañado a lo largo de mi vida y de mi carrera.

A mis hermanas y hermanos, y en especial a mi hermana Claudia, quien ha sabido estar conmigo en cada momento importante de mi vida pero también en los momentos difíciles dándome fuerza para continuar el camino.

A mis docentes que contribuyeron en mi proceso de formación y en especial a mi asesor de tesis, Lic. Mario Castro.

A quienes participaron en la fase de investigación: Los miembros de la Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida y el Grupo de Apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir”.

A mis amigos y compañeros de tesis, Ramiro Figueroa y Leticia Guerrero, con quienes hemos compartido muchos momentos significativos y de quienes aprendí el trabajo en equipo, la amistad, la complementariedad, la responsabilidad, el apoyo mutuo y el sentido del humor.

A todas mis amigas y amigos, en especial a Marisol, por su apoyo y comprensión y por ayudarme a comprender el verdadero sentido de la amistad.

A todas aquellas personas que han sido significativas en mi vida y me apoyaron en diferentes momentos de la carrera.

Verónica Navas

AGRADECIMIENTOS:

Principalmente a **Dios y la Virgen de Guadalupe** por guiar cada uno de mis pasos y darme fortaleza en el momento difícil de mi carrera, por brindarme la sabiduría para combinar trabajo, familia y estudios, y darme la bendición de lograr mis metas.

A mi esposo Lenin, por su apoyo y paciencia durante estos seis años de carrera, por confiar en mi y dejarme ser.

A mis hijos Andrea y Ernesto, por su comprensión, cariño, amor, a pesar de mis ausencias por las largas jornadas de trabajos, clases, exámenes y demás, ellos han sido y seguirán siendo el principal impulso en mi vida.

A mi Abuela Doña Manuela de Jesús Guerrero, a la mujer que le debo mi vida, por su amor incondicional y por ser mi madre.

A mis hermanos Edgar y Deysi, por su amor, ayuda incondicional y por creer en mi.

Y cada uno de los miembros de mi familia que me acompañaron durante todo el proceso, mi madre, mi padre, tíos, hermanos, primos, suegros y cuñados

Con cariño a mi amiga **Lidia de Castaneda**, quien me impulso a iniciar, continuar y concluir mis estudios, gracias por confiar en mi.

A mis amigos y compañeros de tesis Verónica y Ramiro, por cada uno de los momentos compartidos, por aprender a aceptar nuestra diferencia y superar cada uno de los obstáculos, y por todo el aprendizaje que recibí de ellos.

A todos mis docentes por sus enseñanzas, en especial a nuestro Asesor el Lic. Mario Castro.

A Los miembros de la Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida y el Grupo de Apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir”.

Ana Leticia Guerrero de Bolaños

Al finalizar el presente proyecto de investigación mis agradecimientos a:

Dios: por la bendición de la vida, salud y sabiduría.

Mi madre: María Julia Figueroa, por sus oraciones, amor y comprensión en cada etapa de mi vida.

Mi hermana: María Elizabeth Figueroa de Ramos y familia con mucho cariño y agradecimiento por su apoyo incondicional.

La memoria de mi hermano: Juan Carlos Figueroa (Q.E.P.D.) con especial cariño en el recuerdo familiar.

Mis sobrinas Andrea y Ester: con cariño, en mi vida ocupan un lugar muy especial.

Familia Ramos-Jiménez: por su apoyo espiritual, emocional y profesional.

Mis compañeras de proyecto: Leticia y Verónica por darme la oportunidad de trabajar en este proyecto. Gracias por su amistad y apoyo. Así como a sus respectivas familias por su apoyo y comprensión.

Catedráticos y catedráticas: por guiar y aportar en el proceso de enseñanza-aprendizaje a mi crecimiento profesional. En especial a nuestro asesor y encargado de la carrera de Psicología Lic. Mario Castro.

El grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” que se reúnen en las instalaciones de la Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida (REDSAL), por su colaboración a nuestro proyecto de investigación.

Mis amigos y amigas: que me ayudaron y animaron en la búsqueda de mis metas profesionales.

Ramiro Alfonso Figueroa

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	vii
Introducción	viii
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Enunciado del problema.....	2
1.3. Justificación del Problema	3
1.4. Delimitación temporal-espacial-social.....	5
1.5. Formulación de Objetivo.....	5
1.5.1. Objetivo general	5
1.5.2. Objetivos Específico	6
1.6. Alcances y Limitacione	6
1.6.1. Alcance	6
1.6.2. Limitacione	7
CAPÍTULO II.....	8
MARCO DE REFERENCIA.....	8
2.1. Marco filosófico antropológico	8
2.1.1. Las enfermedades mentales en la historia	8
2.2. Marco Teórico	13
2.2.1. Antecedentes	13
2.2.1.1. Investigaciones en el extranjero	13
2.2.1.2. Investigaciones Nacionales	16
2.2.1.3. VIH y VIH Avanzado (Sida)	18

2.2.1.3.1.¿Qué es el VIH	18
2.2.1.3.2.¿Que es el Sida?.....	19
2.2.1.3.3.Formas de trasmisión del VIH.....	19
2.2.1.3.4.Como no se transmite el VIH	21
2.2.1.3.5.Como determinar si una persona tiene VIH	21
2.2.1.3.6.Fases del VI	22
2.2.1.3.7.Formas de prevenir la infección por VIH.....	23
2.2.1.3.8.Tratamientos para el VIH y VIH avanzado (Sida).....	23
2.2.1.4.Ansiedad	24
2.2.1.4.1.Definición según autores	24
2.2.1.4.2.Enfoques teóricos sobre la Ansiedad.....	25
2.2.1.4.2.1.Enfoque biológico	25
2.2.1.4.2.2.Enfoque Psicodinámico	26
2.2.1.4.2.3.Enfoque Conductista	27
2.2.1.4.2.4.Enfoque Cognitivista.....	27
2.2.1.4.3.Clasificación de los trastornos de ansiedad (DSM IV-TR).....	28
2.2.1.4.3.1. Trastorno de ansiedad generalizada.....	28
2.2.1.4.3.2.Trastorno de angustia.....	29
2.2.1.4.3.3. Fobias.....	29
2.2.1.4.3.3.1. Fobias específicas	29
2.2.1.4.3.3.2. Fobias sociales.....	30
2.2.1.4.3.3.3. Agorafobia	30
2.2.1.4.3.4. Trastorno obsesivo-compulsivo	30
2.2.1.4.3.5. Trastorno por estrés post traumático	31
2.2.1.4.4. Tratamiento	31

2.2.1.4.4.1.Terapia psicoanalítica.....	31
2.2.1.4.4.2.Terapia Cognitiva	32
2.2.1.4.4.3.Terapia Conductual	32
2.2.1.4.4.4. Terapia farmacológica	32
2.2.1.4.5.Ansiedad y VIH.....	33
2.2.1.5.Depresión.....	34
2.2.1.5.1.Definición según autores	34
2.2.1.5.2.Enfoques psicológicos sobre la depresión	34
2.2.1.5.2.1.Enfoque Psicoanalítico/Interpersonal.....	34
2.2.1.5.2.2.Enfoque cognitivo-conductual.....	35
2.2.1.5.2.3.Enfoque Humanista	36
2.2.1.5.2.4. Enfoque Biológico.....	36
2.2.1.5.2.5. Integración de los enfoques: Hacia una perspectiva Bio-psico-social	37
2.2.1.5.2.6.Teoría de A. Beck sobre la depresión.....	38
2.2.1.5.3.Causas de la depresión	38
2.2.1.5.3.1.Factores Químicos	39
2.2.1.5.3.2.Factores Hormonales	39
2.2.1.5.3.3.Factores Genéticos.....	39
2.2.1.5.3.4.Factores Psicosociales	40
2.2.1.5.3.5.Otras causas	40
2.2.1.5.4.Clasificación de los trastornos depresivos	40
2.2.1.5.4.1.Trastorno depresivo mayor	40
2.2.1.5.4.2.Distimia.....	41
2.2.1.5.3.3. Trastornos bipolares.....	41
2.2.1.5.3.3.1. Trastorno Bipolar	41

2.2.1.5.3.3.2. Trastorno bipolar I.....	42
2.2.1.5.3.3.3. Trastorno bipolar II.....	42
2.2.1.5.3.3.4. Trastorno ciclotímico.....	42
2.2.1.3.1.Tratamientos para la depresión	42
2.2.1.3.1.1.Psicológicos	43
2.2.1.3.1.1.1.Terapiapsicodinámica.....	43
2.2.1.3.1.1.2.Psicoterapia interpersonal	43
2.2.1.5.5.1.3.Terapia conductual	44
2.2.1.5.5.1.4.Terapia cognitivo-conductual	44
2.2.1.5.5.2.Farmacológicos	45
2.2.1.5.5.2.1.Los antidepresivos.....	45
2.2.1.5.6.La depresión en personas VIH positivas.....	45
2.2.1.6.Autoestima	46
2.2.1.6.1.Definición de Autoestim	46
2.2.1.6.2.Niveles de Autoestima.....	48
2.2.1.6.2.1.Autoestima alta.....	48
2.2.1.6.2.2.Autoestima media.....	48
2.2.1.6.2.3. Autoestima baja.....	49
2.2.1.6.3. Dimensiones de Autoestima	49
2.2.1.6.4. Actitudes o Posturas habituales que indican Autoestima Baja	50
2.2.1.6.5. Características de la autoestima.....	52
2.2.1.6.6. Autoestima y VIH-Sida.....	53
2.2.1.7. Grupos de Apoyo.....	54
2.2.1.7.1. Que son los Grupos de apoyo	54
2.2.1.8. Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida.....	55

2.2.1.8.1. Misión.....	55
2.2.1.8.2. Visión	55
2.3. Marco Conceptual	56
2.4. Marco Legal	62
2.4.1. La lucha por los derechos de las personas con VIH	62
2.4.2. La Ética Profesional en el ejercicio de la Investigación Científico	63
2.4.3. Investigaciones con humanos	65
CAPÍTULO III.....	67
FORMULACION DE HIPÓTESIS.....	67
3.1.Hipótesis de Investigación.....	67
3.2.Hipótesis Nula	67
CAPITULO IV	68
METOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	68
4.1. Diseño de la investigación.....	68
4.2. Tipo de Investigación.....	68
4.3. Población y Muestra.....	68
4.3.1. Población	68
4.3.2.1. Características de la población.....	69
4.4. Descripción de la población.....	69
4.5. Diseño Muestra	70
4.6. Cálculo del tamaño de la Muestra	70
CAPÍTULO V	71
RECOLECCION DE LOS DATOS	71
5.1.Técnicas e instrumentos de investigación	71
5.2. Instrumentos de investigación	71

5.3. Aplicación de instrumentos de investigación	72
5.4. Proceso de recolección de datos.....	73
CAPÍTULO VI	74
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	74
6.1. Resultados Variable Ansiedad.....	74
6.2. Resultados Variable Depresión	75
6.3. Resultados Variable Autoestima.....	77
6.4. Comparación entre variables	79
6.5. Comparativo de los Niveles de Ansiedad en Mujeres y Hombres.....	81
6.6. Comparativo de los Niveles de Depresión en Mujeres y Hombres.....	82
6.7. Comparativo de los Niveles de Autoestima en Mujeres y Hombres	83
6.8. Comprobación de hipótesis	85
6.8.1. Hipótesis Específica 1(Hi1).....	85
6.8.2. Hipótesis Específica 2 (Hi2).....	85
6.8.3. Hipótesis Específica 3 (Hi3).....	85
CAPÍTULO VI	88
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
7.1. Conclusiones.....	88
7.2. Recomendaciones.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS.....	96

Resumen

El presente proyecto de investigación se centra en medir los niveles de ansiedad, depresión y autoestima que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH-Sida del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de personas viviendo con VIH-Sida. La investigación corresponde a un diseño no experimental transeccional con un alcance descriptivo. La población estuvo constituida por 18 personas, 11 mujeres y 7 hombres, con un diagnostico de VIH positivo. Para la medición de las variables se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung (ASI), para medir la ansiedad; el Inventario de Depresión de Beck para medir la depresión y el Inventario de Autoestima de Coopersmith, adaptación de Muriel B. Ryden para medir la autoestima en personas con VIH-Sida. Los resultados del estudio evidenciaron la presencia de bajos niveles de autoestima y altos niveles de depresión y ansiedad, lo cual está asociado al diagnostico de VIH.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, autoestima, VIH-Sida, Grupo de apoyo.

Introducción

El VIH y VIH avanzado constituye una enfermedad que ha sido considerada de carácter crónico, y que puede afectar no solo la salud física de las personas, sino también su estado emocional, desencadenando en muchas ocasiones afectación en la autoestima de las personas, así como también altos niveles de ansiedad y depresión, como reacción a un diagnóstico reactivo.

Psicológicamente la infección por VIH produce un fuerte impacto emocional durante todo el proceso de la enfermedad, desde el momento de ser notificado como portador del virus, debido a que se trata de una enfermedad rodeada de mucha estigmatización, discriminación y porque a lo largo del tiempo ha sido asociada a la muerte. Una persona que es diagnosticada con VIH-Sida reacciona muchas veces con sentimientos de vergüenza, culpa, impotencia y miedo.

Considerando la importancia de los aspectos emocionales en la infección por VIH, la presente investigación pretende medir los niveles de Ansiedad, Depresión y Autoestima que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH-Sida y que forman parte del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” que se reúnen en las instalaciones de la Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida (REDSAL).

Consecuentemente el estudio busca indagar en aquellos factores que intervienen para que una persona diagnosticada con VIH pueda llegar a desarrollar un cuadro depresivo o un trastorno de ansiedad, y afectar también su autoestima complicando aún más su condición de portador del VIH.

El presente trabajo se encuentra estructurado en ocho capítulos, los cuales se han desarrollado de la siguiente manera:

Capítulo I

El capítulo I es denominado planteamiento del problema e incluye la descripción del problema, enunciado del problema, justificación, delimitación temporal y espacial, formulación de objetivos general y específicos, alcances y limitaciones.

Capítulo II

Este capítulo contiene el marco de referencia, en el cual se incluye el marco filosófico antropológico, el marco teórico, marco conceptual y el marco legal de las variables estudiadas: VIH, ansiedad, depresión y autoestima.

Capítulo III

Contiene la formulación de las hipótesis general y específicas, las hipótesis nulas y la matriz de congruencia.

Capítulo IV

Contiene lo relacionado a la metodología utilizada durante el proceso de investigación, el diseño y tipo de estudio, la población y muestra, la descripción de la población y el diseño muestral.

Capítulo V

En el capítulo V se describen las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de los datos, los cuales fueron: la Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Autoestima de Coopersmith, adaptación de Muriel B. Ryden. También se detalla como se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos y el proceso de recolección de los datos.

Capítulo VI

En este capítulo se interpretan los resultados de la investigación realizada, por medio de un análisis cuantitativo de las gráficas y datos obtenidos de las variables ansiedad, depresión y autoestima en personas viviendo con VIH.

Capítulo VII

En este capítulo se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones en base a los resultados del estudio.

Finalmente se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Las personas que son diagnosticadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfrentan una serie de reacciones y emociones como la tristeza, angustia, temor, ira; pero sobre todo mucha incertidumbre; las cuales a veces se vuelven difíciles de manejar por la persona que lo padece. En muchas ocasiones esta incertidumbre está basada en el temor de cómo enfrentarán dicho diagnóstico, el estigma y la discriminación con que se asocia dicha infección, sobre todo porque como se sabe, es una enfermedad crónica, a la cual no se ha encontrado cura y que en ocasiones se ha asociado con la muerte.

Dichas reacciones son normales frente a un diagnóstico como éste, pero si estos síntomas no se abordan de la manera adecuada, pueden convertirse en una patología, sobre todo si no desaparecen tras un proceso de adaptación a su nueva situación.

De acuerdo a los resultados presentados en la investigación (Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH/SIDA asintomáticos y sintomáticos de Mónica Pimentel Rodríguez, Aland Bisco Andrade) los pacientes con VIH-Sida presentan manifestaciones de ansiedad y depresión, lo cual puede agudizar aun más el problema.

En nuestro País desde 1984 hasta diciembre del 2010, se registró un acumulado histórico de 25,996 casos de VIH, para el 2010 se registraron 1,898 casos nuevos de VIH-Sida, con una tasa del 3.10 por cada 10,000 habitantes y una detección diaria aproximada de cinco casos (SUMEVE)¹, situación que es alarmante pues también se

¹Informe Nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2010.

está hablando que diariamente un aproximado de cinco personas estarían en riesgo de desarrollar altos niveles ansiedad y depresión, así como también verse afectados en su autoestima.

Ante el diagnóstico se presentan eventos o situaciones que pueden provocar estrés o ansiedad, como la separación del matrimonio, abandono de su grupo familiar; en algunos casos temor a perder el trabajo, así como también experimentar sentimientos de desesperanza, enojo o culpa por el hecho de tener el virus, todo lo cual pone en mayor vulnerabilidad a la persona que ha sido diagnosticada.

Por ello la presente investigación se dirige a medir cómo un diagnóstico de infección por VIH puede predisponer a la persona a desarrollar ansiedad, depresión e incluso deteriorar su auto concepto y aceptación; esta situación afectará en gran medida la calidad de vida y la salud mental que experimentará a partir de dicho diagnóstico.

En consecuencia a esta situación problemática que se vive en nuestro en nuestro país, la presente investigación esta orientada a medir como un diagnostico de VIH puede afectar la estabilidad emocional de las personas que lo padecen y a su vez aportar recomendaciones a dicha problemática.

1.2. Enunciado del problema

¿Cuáles serán los Niveles de Ansiedad, Depresión y Autoestima que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida (REDSAL), en el primer semestre del año 2012?

1.3. Justificación del Problema

En El Salvador, al igual que otros países del mundo, el índice de personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana es elevado. De acuerdo a las estadísticas del Ministerio de Salud, en el país se detectan aproximadamente cinco casos diarios. Desde 1984 en que fue detectado el primer caso hasta el 2011, el número anual de casos nuevos identificados de VIH y VIH avanzado ha ido ascendiendo, con un promedio de 1,822 casos por año².

Sin embargo, el problema no solo es de salud física, pues el enfrentarse a un diagnóstico positivo genera en las personas un fuerte impacto emocional y psicológico, en el cual se presentan manifestaciones que repercuten tanto en su vida personal, laboral, familiar y social; por lo que se considera un tema de mucha relevancia desde la psicología clínica y social, por las formas de abordaje de la enfermedad.

Según algunos estudios realizados con personas que viven con VIH, éstas, muestran altos niveles de depresión y ansiedad debido a dicho diagnóstico (Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH-sida Inmaculada Teva, María de la Paz Bermúdez, José Hernández-Quero, Gualberto Buela-Casal), y de una manera particular en la fase posterior a éste. Tal situación se ve reforzada por el estigma y la discriminación que sufren por parte de la sociedad y en muchas ocasiones la falta de apoyo tanto de su familia, como de otras personas cercanas.

Cabe destacar que a pesar de tratarse de un tema conocido e importante, se han realizado pocos estudios con esta población en relación a las variables ansiedad, depresión y autoestima, por lo que se considera oportuno hacer una investigación al respecto pues se consideran accesibles y viables los instrumentos y mecanismos a utilizar para obtener información; y también se cuenta con el acceso al grupo de apoyo de la Red de Personas Viviendo con VIH-Sida.

²Ministerio de Salud Pública. Informe Nacional sobre el estado de situación de VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación. Año 2010.

En este sentido es importante destacar que el presente estudio esta dirigido a personas que han recibido un diagnóstico reactivo pero que están actualmente formando parte de un grupo de apoyo, las cuales de alguna manera tienen un soporte mayor frente al afrontamiento y aceptación de un estado serológico reactivo, que aquellas que no forman parte de un grupo o que les toca enfrentar solos esta situación.

La presente investigación se considera importante ya que pretende medir y describir los niveles de ansiedad, depresión y autoestima de las personas que viven con VIH; dicho conocimiento contribuirá posteriormente a promover la creación de programas de atención psicológica dirigidos a disminuir las consecuencias psicosociales que un diagnóstico de VIH genera en las personas; pues, si bien es cierto, en el país existe un Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH-Sida e ITS, así como también equipos multidisciplinarios en los hospitales, de los cuales forma parte el profesional de la salud mental, no siempre se aborda este tipo de problemática en la población mencionada.

Es importante destacar que si esta condición no es detectada y tratada a tiempo, puede llevar a consecuencias muy lamentables, en la salud emocional. De acuerdo con algunos estudios, las personas que están expuestas a situaciones que provocan estrés o ansiedad, pueden verse afectadas en su salud y deprimir el sistema inmunológico o de defensa y a su vez aumentar la carga viral³. El beneficio de reducir el estrés y la ansiedad, puede hacer la diferencia considerable en la salud física y emocional.

Por otro lado, el estudio es novedoso ya que no existen en el país investigaciones o referencias respecto a este tema que midan las tres variables en conjunto, ansiedad, depresión y autoestima en personas diagnosticadas con VIH y que forman parte de un grupo de apoyo; aunque si existe un programa nacional que aborda la prevención y el tratamiento de las personas con VIH y VIH avanzado.

³ Gisela Center. Estudio sobre la Adherencia de la terapia Antirretroviral en Pacientes con VIH y su relación con la ansiedad en pacientes adscritos al Hospital Nacional de Chalatenango a la terapia Antirretroviral.

También, se pretende aportar recomendaciones que contribuyan a mejorar la salud mental de las personas con VIH, tanto del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir”, como de los otros grupos de apoyo que funcionan a nivel nacional con el fin de mejorar su calidad de vida.

Así mismo, aportar información valiosa que sirva de referente teórico para las entidades que trabajan en la respuesta al VIH en el país, tanto gubernamentales como no gubernamentales, y a la sociedad en general, de tal forma que se mejoren las estrategias de respuesta a este virus, así como el abordaje integral de las personas que viven con VIH en los diferentes grupos de apoyo.

Finalmente, el estudio busca también contribuir a investigaciones futuras que permitan seguir profundizando en el tema.

1.4. Delimitación temporal-espacial-social

La investigación se realizó con hombres y mujeres diagnosticadas con VIH que forman parte del Grupo de Apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida (REDSAL); que se encuentra ubicada en el Barrio San Miguelito, municipio de San Salvador, departamento de San Salvador. El estudio se llevó a cabo en el primer semestre del año 2012.

1.5. Formulación de Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Identificar los niveles de ansiedad, depresión y autoestima que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida), del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida (REDSAL), en el primer semestre del año 2012.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Determinar los niveles de ansiedad que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida), del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida (REDSAL), en el primer semestre del año 2012
- Conocer los niveles de depresión que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida), del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida (REDSAL), en el primer semestre del año 2012.
- Identificar los niveles de autoestima que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida), del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida (REDSAL), en el primer semestre del año 2012.

1.6. Alcances y Limitaciones

1.6.1. Alcances

- La presente investigación permitió conocer los niveles de ansiedad, depresión y autoestima de las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida), del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida (REDSAL), en el primer semestre del año 2012.
- Que los datos de la investigación sirvan de base para diseñar programas de salud mental dirigidos a personas viviendo con VIH y VIH avanzado.

1.6.2. Limitaciones

- El bajo nivel escolar de algunos participantes afectó en cierto modo la aplicación y comprensión de los instrumentos.
- Este estudio tiene las limitaciones propias del diseño, no permite evaluar relación causal o correlacional y sólo puede considerar que existe una asociación importante entre los síntomas de ansiedad, depresión y autoestima con el diagnóstico positivo de VIH.
- Los resultados del estudio no se pueden generalizar a otras poblaciones, debido a que ha sido realizado con un grupo específico y cerrado, es decir, solo con personas diagnosticadas con VIH del grupo de apoyo.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco filosófico antropológico

2.1.1. Las enfermedades mentales en la historia

En la historia de los principios de la Medicina en la Antigüedad, tanto en Mesopotamia, Egipto, como en la India y Grecia se hacía mención en cuanto a los desordenes nerviosos en algunas personas, así como de la conducta humana y los trastornos de ella, pero lo común de esa época era señalar que la causa de esto se debía a que los enfermos estaban poseídos por el demonio. Hipócrates: (460-370 a. C.) señalaba que lo bueno o malo que nos pasara venía de nuestro cerebro y que la observación clínica de estos enfermos mostraba que los trastornos mentales se debían a causas naturales que afectaban el cerebro de la personas y no al disgusto de los dioses, o a que un demonio se posesionaba de las personas. Además, describió algunos trastornos nerviosos como manía, paranoia, delirio tóxico, fobias e histerias.

- **La histeria antes de la era moderna**

Los más tempranos trabajos sobre la histeria revelan que el modo en que la imaginación de los hombres concibe a la histeria, impregna también los estudios al respecto. En su esfuerzo por arrancar la histeria de las prácticas religiosas vigentes en su época, Hipócrates restó significación a la enfermedad, equiparando a la convulsión histérica con una enfermedad ordinaria como la epilepsia. Sin embargo, esta concepción cayó en el olvido durante la Edad Media, cuando volvió a predominar la idea de que ciertas convulsiones eran de origen sobrenatural. Quienes las padecían eran considerados peligrosos (por estar habitados por el diablo) y condenados a la hoguera. La Inquisición fue escenario de una explosión de persecuciones y delirios histéricos, en un clima en el que la manifestación histérica individual cedió paso a las manifestaciones colectivas (epidemias de angustia,

posiciones). Se sometía a castigos ejemplares a las mujeres señaladas como histéricas. Estas eran vistas como enemigas; encarnaban un peligro del que era necesario protegerse.

- **La depresión definida como melancolía**

Hipócrates fue el primero en definir la melancolía. Galeno, en el siglo II, adhiriéndose a la patología humoral identifica tres formas de melancolía: la cerebral, la corporal y la del tubo digestivo. A la caída de la cultura Grecolatina, sobrevino una etapa de oscurantismo en la psiquiatría, de la que, sin embargo se rescatan dos obras: El tratado de la melancolía de Bright en 1586 y la Anatomía de la melancolía de Burton en 1624.

- **Historia de la melancolía como enfermedad del alma.**

La estrecha relación existente entre la melancolía y las alteraciones de las emociones o pasiones, como manifestación íntima del alma, continuó espoleando el interés de filósofos y médicos después del Renacimiento. Entre los más destacados científicos que se ocuparon de este tema durante el periodo moderno cabe destacar a Descartes, para quien la tristeza es una "pasión del alma", que cuando no se logra corregir deriva en melancolía. En la filosofía cartesiana, las percepciones podrían hacer mover, gracias a los espíritus animales, el asiento anatómico del alma (la glándula pineal), dando lugar a las pasiones, entre las que se encuentran la tristeza. La participación de los espíritus animales en la génesis de las enfermedades mentales también fue defendida por los grandes médicos de la época (Willis, Pitcairn).

El espíritu de la psicofisiológica cartesiana continuó influyendo en la forma de entender los trastornos psiquiátricos (como asociación de ideas aberrante) durante el Siglo de las Luces, que culminó en el denominado tratamiento moral (Pinel y Esquirol). Sin embargo, desde mediados del siglo XIX, gracias al auge de la biología celular, cambiaría definitivamente la forma de entender el funcionamiento del sistema nervioso, y, por ende, las explicaciones sobre el origen de los trastornos psiquiátricos. Los más relevantes representantes de estas corrientes somaticistas de

los trastornos mentales hay que buscarlos en la psiquiatría alemana de la época (Griesinger, Kraepelin). De hecho, Adolf Meyer propuso la eliminación definitiva del término melancolía y su sustitución por el término depresión a principios del siglo XX, aunque este proceso no culminaría hasta la total aceptación de los nuevos criterios diagnósticos DSM.

Finalmente, a partir de la década de 1950, con la introducción de los primeros fármacos antidepresivos (imipramina e iproniazida), comenzó a develarse la auténtica causa etiopatogénica de este trastorno, con el postulado de la hipótesis catecolaminérgica de la depresión (Schildkraut).

- **La Autoestima en la historia**

A lo largo de la historia de la literatura científica al término autoconcepto, en general, se le han dado y aún se le dan diferentes interpretaciones, sin que, a veces, se puedan delimitar con precisión y claridad los términos y ámbitos que se manejan (Burns, 1990). El conocimiento de uno mismo es una teoría, es lo que la persona cree de sí mismo y siente sobre sí mismo, aunque lo que crea y sienta no se corresponda con la realidad y, en función de ello, así se comporta. De ahí que la mayoría de los autores interpreten el autoconcepto globalmente como conjunto integrado de factores o actitudes relativos al yo, básicamente por tres: cognitivos (pensamientos), afectivos (sentimientos) y conativos (comportamientos); que, de considerarlos individualmente, quizás podrían identificarse de la siguiente manera: el primer factor como autoconcepto propiamente dicho, el segundo como autoestima y el tercero como autoeficacia.

En la literatura americana los términos más utilizados para referirse a esta temática son autoconcepto y autoestima; mientras que en la europea se emplean con más frecuencia los términos de conciencia y representación de sí mismo (L'Ecuyer, 1978).

Revisando un poco la historia, antes del siglo XX la discusión acerca del yo (self) se centraba en torno a conceptos metafísicos tales como: alma, espíritu, voluntad, etc.; encuadrándose, por tanto, dentro de los ámbitos filosófico y religioso.

En este sentido, podemos remontarnos a Platón (Fedón) o bien a Aristóteles y sus contemporáneos para encontrar alguna referencia a la dicotomía cuerpo y alma (hilemorfismo). Hasta el siglo XVII, con Descartes y su cogito ergo sum, no se enfatiza la centralidad del yo en la conciencia, si bien Locke y Hume añadieron un nuevo ingrediente que mejoró la ecuación, la importancia de la experiencia (empirismo). Posteriormente, Kant, en su Crítica a la Razón Pura, especificó la distinción entre el yo como sujeto y el yo en cuanto objeto, que más tarde abordaría también Schopenhauer (conocedor-conocido).

Ya en el siglo XIX, William James (The Principles of Psychology, 1890) elaboró una forma más convincente de distinguir entre sujeto-objeto y le dio al autoconcepto un tratamiento más profundo que cualquiera de sus predecesores. Su idea clave fue la categorización del yo global en dos aspectos: El "mí", para la persona empírica, y el "yo", para el pensamiento evaluativo, considerando el yo global como la simultaneidad de ambos.

La ingeniosa fórmula de James (1890) dio una pauta a seguir: Autoestima: Éxito/ Pretensiones.

Unas décadas después, Watson, Thorndike, Hull y Skinner, con el énfasis puesto en el Método Científico a través del Conductismo, llevaron a la Psicología al estudio riguroso y exclusivo de aquellos aspectos observables y medibles de la conducta. Este dogma rígido colocó el estudio del autoconcepto bajo una considerable opresión, puesto que los constructos autorreferentes implican necesariamente una focalización central en la experiencia interna, en la interpretación subjetiva y en el autoinforme, lo que supuso el abandono momentáneo del interés por esta temática, si bien hubo un período de transición con la apertura de Hull y Tolman.

En esta línea evolutiva aparecieron nuevas ideas, tales como la de Cooley (interaccionismo simbólico, 1902), ofreciendo una alternativa a las de James y Freud (1923, 1946), que suponían la existencia de los individuos anterior a sus contactos y relaciones, y que después ampliarían Cattell (1950), Maslow y Rogers (1954 y 1967), Erikson (1968), Bandura (1986), entre otros.

La teorización y los estudios más recientes sobre el autoconcepto han tenido lugar en el ámbito de la fenomenología que Wylie (1961) definió como el estudio de la conciencia directa. Una de las tesis fundamentales de esta teoría es que la conducta se ve influenciada no sólo por el pasado y por las experiencias presentes, sino además por los significados personales que cada individuo atribuye a su percepción de esas experiencias. Ese mundo personal privado del individuo es el que más influye sobre su conducta. De este modo, el comportamiento es más que una mera función de lo que nos sucede desde el exterior y es también una consecuencia de cómo creemos que somos (Lewin 1936; Bruner y Goodman, 1947; Raimy (1948); Rogers, 1951; Vinacke, 1952; Kelly, 1955; Judson y Cofer, 1956).

A partir de ahí, aparecen nuevas aportaciones, en principio, en el sentido del autoconcepto como conjunto de actitudes del yo hacia sí mismo (Kretch, Crutchfield y Ballachey, 1962). De igual forma, comienzan a emplearse los términos: autoimagen, autoconfiguración, autovalía o autoeficacia y autoestima, en sentido autoevaluativo o autovalorativo, que cada autor argumenta para distinguirlo y darle mayor peso específico (Rosenberg, 1965; Coopersmith, 1967; Brisset, 1972; Cattell y Child, 1975; etc.).

Entre las citas de diferentes autores sobre el autoconcepto podemos destacar las siguientes:

Rosenberg (1979) supone la totalidad de los pensamientos y sentimientos que hacen referencia al sí mismo como objeto.

Wylie (1979) opina que el autoconcepto incluye las cogniciones y evaluaciones respecto a aspectos específicos del sí mismo, la concepción del sí mismo ideal y un sentido de valoración global, autoaceptación y autoestima general.

Burns (1990) interpreta el autoconcepto como conceptualización de la propia persona hecha por el individuo, siendo así considerado como adornado de connotaciones emocionales y evaluativas poderosas, puesto que las creencias subjetivas y el conocimiento fáctico que el individuo se atribuye son enormemente personales, intensos y centrales, en grados variables a su identidad única. Y, respecto a la

autoestima o autoevaluación, piensa que es el proceso mediante el cual el individuo examina sus actos, sus capacidades y atributos en comparación a sus criterios y valores personales que ha interiorizado a partir de la sociedad y de los otros significativos, de manera que estas evaluaciones dan una conducta coherente con el autoconocimiento, ubicando el autoconcepto en el ámbito de la actitud.

2.2.Marco Teórico

2.2.1. Antecedentes

2.2.1.1. Investigaciones en el extranjero

Desde el surgimiento de esta enfermedad hasta la actualidad se han desarrollado diversas investigaciones tanto del VIH en general, así como también el VIH relacionado con otras variables, como son la depresión, la ansiedad, la ira y otras reacciones emocionales y psicológicas.

En el marco del VIH-Sida se han desarrollado diferentes investigaciones, como la realizada por la Licda. en psicología clínica Mónica Pimentel Rodríguez y Aland Bisso Andrade, psicólogos del Hospital Militar Central del Perú en el año 2000, quienes realizaron un estudio sobre “Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH-Sida Asintomáticos y sintomáticos” con una muestra conformada por dos grupos de pacientes de atención ambulatoria. Un grupo 1 asintomático de diez personas y un grupo 2 sintomático de 10 sujetos. En dicho estudio utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Autoevaluación de Ansiedad: Rasgo-Estado. Los resultados encontrados indican que los pacientes asintomáticos como los pacientes sintomáticos no se diferencian estadísticamente en la sintomatología de depresión que comunican, aunque los pacientes asintomáticos tienden a ubicarse en el nivel de depresión leve, esto indica que el paciente que se encuentra infectado por el VIH-Sida desarrolla o tiene asociada una sintomatología no muy intensa. Por otro lado, si bien los pacientes asintomáticos presentan depresión leve, los síntomas están presentes en un nivel bajo; mientras que en

depresión moderada los síntomas están presentes en mayor grado, con dificultades en el desenvolvimiento de las actividades cotidianas. Otro aspecto encontrado es que el paciente que se le comunica que es portador de VIH presenta sentimientos de incertidumbre, aprensión y nerviosismo, así como el temor a la muerte, temor que indudablemente eleva los niveles de ansiedad.

Otra investigación importante es la realizada en el año 2005 en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente México DF. por Inmaculada Teva, María de la Paz Bermúdez, José Hernández-Quero, Gualberto Buela-Casal en Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH-Sida, el cual se realizó con una muestra de 100 pacientes adultos, en el cual se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo. En esta investigación encontraron que la depresión y la ansiedad son frecuentes entre los pacientes con VIH-Sida, encontrando niveles de depresión mayores en hombres que en mujeres. Por otra parte encontraron que la ansiedad también presenta diferencias entre hombres y mujeres, siendo más alta en hombres que en mujeres, lo que según la investigación demuestra un mejor afrontamiento de la infección por parte de las mujeres.

En la investigación sobre Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida realizada por Ana Milena Gaviria, Japcy Margarita Quiceno, Stefano Vinaccia, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Luz Adriana Martínez, Martha Cecilia Otalvaro de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia en el año 2009. El objetivo de este estudio fue evaluar las estrategias afrontamiento y la ansiedad-depresión en 92 pacientes de ambos géneros diagnosticados con VIH/Sida en tratamiento antirretroviral de la ciudad de Medellín, Colombia. Para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) de 98 ítems y la ansiedad-depresión se midió a través de los cuestionarios de Zung (SAS y SDS). Los resultados evidenciaron muy bajos niveles de ansiedad y depresión y alto uso de

estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo (focalizadas en el problema), de búsqueda de apoyo en la religión y profesionales de la salud, alto empleo de la estrategia de control emocional y muy bajo uso de la estrategia de reacción agresiva. En conclusión, las estrategias focalizadas en la cognición como búsqueda de alternativas, refrenar afrontamiento, reevaluación positiva e incluso la religión y búsqueda de apoyo profesional que son fundamentales para encontrar soluciones a nivel cognitivo ante los síntomas físicos y reacciones emociones tuvieron más relevancia en los pacientes con VIH/Sida.

Nivel de autoestima en pacientes con VIH/Sida del programa de TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Perú 2010. El objetivo era determinar el nivel de autoestima de los pacientes con VIH/Sida en el programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2010. Obtuvo como conclusiones que el 55.32%, presenta una autoestima de nivel medio, por otro lado el 26.59%, presenta un nivel alto de autoestima, y por último el 18.09%, presenta un nivel bajo de autoestima, en relación al objetivo de la investigación. Se encontró que mayoritariamente el nivel de autoestima de pacientes del programa TARGA, existentes en el área personal presentaban un nivel alto de autoestima, en segundo lugar los pacientes que presentan un autoestima moderada, y en tercer lugar los pacientes que presentan una autoestima baja; en el área social la mayor cantidad de pacientes presentan un nivel moderado de autoestima, seguido por los pacientes que presentan una autoestima baja, y en último lugar los que presentan una autoestima alta; en el área familiar el porcentaje más alto lo presentan los pacientes con autoestima moderada, en segundo lugar los pacientes con autoestima alta, y por último los pacientes con un autoestima baja; en el área educativa el mayor porcentaje lo presentan los pacientes con autoestima alta, seguido por los pacientes con una autoestima moderada, y en último lugar los pacientes con una autoestima baja.

Natali Ruth Alcántara Zapata. Lima, Perú. 2008 en investigación realizada sobre Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH busca investigar la presencia y factores relacionados a la sintomatología depresiva. El estudio muestra la importancia para diseñar líneas de intervención psicológica, ya

que de no ser tratada, ésta supone implicaciones negativas en el funcionamiento inmune, el que se encuentra sumamente vulnerable en estos pacientes, por lo que un deterioro de su funcionamiento podría implicar la muerte (OPS, 1999; Di Matteo, 2002; Villa y Vinacia, 2006). En la investigación se encontró que la mayoría de pacientes tienen un nivel de autoestima medio, seguido de pacientes con un nivel alto y una minoría de pacientes que presentan un nivel bajo de autoestima.

2.2.1.2. Investigaciones Nacionales

En nuestro país se han desarrollado investigaciones en relación al VIH-Sida, dentro de las cuales se puede destacar el estudio realizado en el Hospital Nacional de Chalatenango, en enero del 2008, el cual abordó la adherencia de la terapia antirretroviral en pacientes con VIH y su relación con la ansiedad. Fue realizado por Gisela Center docente de postgrados de salud de UEES, y se desarrolló con una muestra de 17 pacientes adscritos al hospital de Chalatenango en la terapia antirretroviral. Se utilizó como instrumentos, el Inventario de depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad estado Rasgo (STAI), escala de autoeficacia de Barclay. En dicho estudio se concluye que a mayor ansiedad de rasgo, mayor carga viral podría registrarse en el paciente, esto puede implicar que un paciente con ansiedad crónica puede presentar menor capacidad para desarrollar estrategias de afrontamiento. Por lo que se considera que la ansiedad y la comorbilidad afecta directamente la capacidad del individuo para adherirse efectivamente a la terapia antirretroviral.

También, se han desarrollado estudios enfocados a determinar en qué medida la aplicación de la Técnica de Entrenamiento Autógeno de J. H. Schultz incide en la reducción de la ansiedad en personas con VIH, tanto del sexo masculino como femenino inscritos en el Hospital Nacional de la Unión, Realizada en la Universidad de Oriente en San Miguel en el año 2008, con el que se pretendía proporcionar control emocional a las personas con VIH, para que tengan una mejor calidad de vida.

Otra investigación se centró en estudiar el perfil de la autoestima de la mujer portadora de VIH-Sida del Hospital San Juan de Dios, de la ciudad de Santa Ana en el año 2004. La muestra que se utilizó en esta investigación fue de quince mujeres pertenecientes al club de VIH-Sida, las edades oscilaron entre los dieciséis a los cuarenta y cuatro años. Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron una guía para la exploración del perfil de la autoestima; el cual consta de pruebas psicológicas estandarizadas para evaluar la autoestima y otras áreas relacionadas tales como: Escala Específica de Evaluación de Autoestima de Rosenberg (1965), Cuestionario de Depresión de Beck, exploración de áreas de inteligencia emocional tales como: Autoconocimiento, autorregulación, automotivación y síntomas asociados a través de S.R.Q. Según los datos obtenidos en la evaluación específica de la autoestima refleja que la mayoría de las personas entrevistadas presentan una autoestima equilibrada, reflejando una actitud positiva hacia sí misma, manteniendo un nivel aceptable en las relaciones interpersonales, identificando y aceptando sus cualidades, logrando un equilibrio en su estado emocional; a pesar de poseer un diagnóstico seropositivo. Por otro lado, existe una minoría que reflejaron desequilibrio en ésta área debido al poco tiempo de conocer su diagnóstico y de haber iniciado su tratamiento médico – psicológico. Según los resultados de la investigación reflejan que un poco menos de la mitad presentan un estado de ánimo depresivo, en la etapa posterior al diagnóstico, provocando un nivel de depresión leve en la mayoría de las personas. Asimismo, presentaron un nivel moderado y en su minoría una depresión grave. Los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento reflejó que menos de la mitad de las mujeres investigadas presentaron un nivel de ansiedad. En la etapa posterior al diagnóstico de seropositividad, las mujeres experimentaron periodos de ansiedad elevados.

Finalmente, se menciona la investigación realizada en el Hospital Rosales, por estudiantes de la Universidad Francisco Gavidia en el año 2007, sobre la Relación de los Niveles de Autoestima con las Conductas Sexuales de Riesgo en Personas Viviendo con VIH. Se trabajó con una muestra de veinticuatro personas del sexo

masculino y veintiséis del sexo femenino. Los instrumentos que se utilizaron son: el Inventario de Autoestima de Coopersmith y el Cuestionario de Conductas Sexuales de Riesgo, elaborado por los investigadores. En los resultados encontrados se observa que el 60% de la población se ubica en el nivel de autoestima medio –alto y en conductas de riesgo el 54% de la muestra de la población se ubicó en el nivel medio y el 46% se ubicó en un nivel bajo en el cuestionario.

2.2.1.3.VIH y VIH Avanzado (Sida)

2.2.1.3.1.¿Qué es el VIH?

Es el virus de inmunodeficiencia humana que ataca las defensas del organismo (sistema inmunológico). Estas defensas están formadas por los glóbulos blancos que defienden al organismo de las infecciones. El VIH utiliza los glóbulos blancos sanos para reproducirse a si mismo, dañando el sistema inmunológico y dejando el cuerpo más susceptible a las enfermedades.

Pueden pasar varios años antes que el VIH dañe el sistema inmunológico de una persona y provoque el Sida (VIH avanzado). Las personas pueden presentar pocos síntomas durante varios años luego de haberse infectado y parecer saludables; sin embargo pueden transmitir el virus a otros.

2.2.1.3.2.¿Que es el Sida?

Es el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la fase avanzada de la infección por VIH. Una persona VIH positiva es diagnosticada con Sida (VIH avanzado) cuando su sistema inmunológico esta tan debilitado que ya no es capaz de combatir infecciones como la neumonía, tuberculosis y varias formas de cáncer. A estas enfermedades se les denomina “Infecciones oportunistas”, porque se aprovechan del sistema inmunológico debilitado. Finalmente, la mayoría de personas no mueren del mismo Sida, mueren a causa de una o más de estas infecciones oportunistas.

Actualmente no existe una cura, pero si existen medicamentos antirretrovirales y la conducta saludable que pueden mejorar la calidad de vida de estas personas.

2.2.1.3.3. Formas de transmisión del VIH

- **Transmisión Sexual**

La principal forma de transmisión es las relaciones sexuales (anales, vaginal, y orales) sin protección o método de barrera. Sin embargo, el riesgo aumenta debido a la fragilidad natural de la mucosa genital que hace que estas contengan micro lesiones e inflamaciones muchas veces no visibles. Durante la penetración estas lesiones permiten el contacto con el virus contenido en el esperma o en las secreciones vaginales, con la corriente sanguínea o los linfocitos del receptor. Todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones conllevan a un aumento del riesgo de transmisión. El riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una sola vez es suficiente para adquirir el virus. Los contactos orales-genitales también pueden transmitir el VIH, si hay lesiones en la boca o en los genitales del área expuestas.

- **Trasmisión por Sangre**

La transmisión puede darse a través del contacto inmediato con sangre infectada; ya sea por medio de una transfusión directa de una persona infectada o mediante el uso compartido de jeringas, agujas o instrumentos corto punzante, cabe mencionar que esta vía es la menos probable de trasmisión.

- **Transmisión vertical (madre-hijo)**

La infección por esta vía puede darse en tres momentos: durante el embarazo, en el parto y a través de la lactancia. Una mujer VIH positiva tiene posibilidades de tener

un hijo o hija infectada; sin embargo es importante hacerse la prueba de VIH ya que existe tratamiento que protege al bebé para que no nazca con el virus.

- **Fluidos corporales que transmiten VIH**

El VIH puede encontrarse en todos los fluidos corporales, pero solo cuatro de estos contienen una concentración lo suficientemente alta para trasmitirlo:

- ✓ La sangre
- ✓ Los fluidos vaginales
- ✓ El semen (incluyendo el liquido pre seminal)
- ✓ La leche materna de una madre infectada.

- **Conductas de riesgo para contraer el VIH**

- ✓ Sexo anal, vaginal y oral sin protección
- ✓ Intercambio de sexo con parejas múltiples
- ✓ Compartir agujas o jeringas de una persona infectada
- ✓ Uso de drogas inyectadas
- ✓ Uso de drogas y/o alcohol, que aumentan el riesgo, ya que hace mas difícil practicar una conducta segura, como es el uso correcto y consistente del condón.

2.2.1.3.4.Como no se transmite el VIH

- Bañarse en una piscina
- Dar la mano
- Visitar a una persona seropositiva
- Compartir vasos o cubiertos
- Convivir con personas seropositivas
- Las picaduras de insectos
- Abrazarse

- Besos (siempre y cuando no haya una ventana de entrada, como ulcera, heridas o laceraciones que permitan la transmisión del virus)

2.2.1.3.5. Como determinar si una persona tiene VIH

La única forma de saber que una persona está infectada con el virus es mediante la prueba de VIH. Esta prueba detecta la presencia de anticuerpos, no el virus en si. Los anticuerpos son proteínas que se producen en la sangre para atacar la infección y son estas las que se detectan en la prueba.

Entre las pruebas para detectar el virus que se realizan en nuestro país se encuentran:

- Elisa
- Determine
- Pruebas de Punción
- OraQuick (Prueba rápida)
- Western Blot (confirmatoria)

En el Salvador la ley establece que la prueba de VIH debe ser acompañada de la pre y post consejería, por personal entrenado y certificado. La prueba es voluntaria y confidencial.

2.2.1.3.6. Fases del VIH

- **Infección aguda o primaria**

Es la entrada del virus al cuerpo. En esta etapa pueden presentarse síntomas como: fiebre ligera, malestar general, dolores musculares, crecimiento de los ganglios. Los síntomas pueden confundirse con alguna otra infección viral como la gripe. Unas semanas después desaparecen todas las molestias.

- **Período de ventana**

Es el período de tiempo entre la fecha de la posible exposición y el momento en el que el organismo produce suficientes anticuerpos para ser detectados.

Al sistema inmunológico humano le lleva tiempo identificar el virus y comenzar a producir anticuerpos, por lo tanto, para que la prueba sea precisa, es importante esperar de tres a seis meses luego de una posible exposición al VIH.

Durante el período de ventana el virus se esta multiplicando; por lo tanto, aun si las primeras pruebas han dado resultados no reactivos es necesario continuar protegiéndose.

- **Etapas sintomática inicial**

En esta fase se continúa con mínimos o ningún síntoma. Esta etapa puede durar hasta 7 años aproximadamente. Si no hay control medico periódico y tratamiento oportuno sobreviene una etapa avanzada de la infección.

- **Etapas avanzada o Sida**

En este momento de la infección surgen enfermedades oportunistas y tumores malignos que nos indican que el sistema de defensa del cuerpo se encuentra deteriorado.

El Sida es un padecimiento crónico y grave. Dentro de las complicaciones o enfermedades oportunistas más frecuentes de esta etapa se encuentran: tuberculosis, neumonía, toxoplasmosis, cáncer y desordenes del sistema nervioso.

2.2.1.3.7. Formas de prevenir la infección por VIH

- La abstinencia de las relaciones sexuales
- Fidelidad mutua

- El uso de métodos de barrera en todas las relaciones sexuales (condón femenino y masculino)
- Uso de Jeringa y agujas descartables
- Controlar el uso de drogas y alcohol, especialmente si se combina con las relaciones sexuales
- Uso seguro e higiénico de materiales corto punzantes
- Realizar la prueba de VIH periódicamente.
- Control en el embarazo
- Evitar la reinfección. Cuando una persona está infectada con VIH y tiene relaciones sexuales sin protección con otra persona infectada pueden adquirir un virus más resistente al que ya se tiene y aumentar la carga viral, debilitando así más rápidamente el sistema inmunológico.

2.2.1.3.8. Tratamientos para el VIH y VIH avanzado (Sida)

En nuestro país existen tratamientos que ayudan a evitar que el virus continúe reproduciéndose, el cual no se ofrece inmediatamente al ser diagnosticado con VIH; es el médico el que establece el momento ideal para iniciarlo. Esto se determina por medio de pruebas de carga viral y recuento de células CD4.

Se debe tomar en cuenta que una vez iniciada la terapia antirretroviral (TAR), no se puede dejar de tomar y que se deben seguir fielmente las indicaciones.

En el país se ofrece el tratamiento de forma gratuita en la red de Hospitales Nacionales.

2.2.1.4. Ansiedad

2.2.1.4.1. Definición según autores

A continuación se presentan diferentes términos de ansiedad propuestos por algunos teóricos.

Lang (2002), considera que la ansiedad es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

Beck (1985), refiere que es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas.

Navas (1989), define la ansiedad como un estado emocional, o sea, que es un compuesto o mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas. En el aspecto subjetivo, la ansiedad es un sentimiento o emoción única que es cualitativamente diferente de cualquier otro estado emocional como: tristeza, depresión, coraje o pesadumbre. Se caracteriza por varios grados de sentimientos de aprensión, temor, terror o nerviosismo. En el lado más objetivo y conductual, la ansiedad es indicada por una elevada actividad del sistema nervioso autónomo y por síntomas tales como: palpitaciones cardíacas, sudoración, perturbaciones respiratorias, y tensión muscular.

Kiriadou y Sutcliffe (1987), es una respuesta del sistema nervioso con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardíaca, entre otras).

Lazarus (1976), define la ansiedad como un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

La ansiedad es una emoción que todos hemos experimentado en más de una ocasión ante muchas y variadas situaciones. Las sensaciones que produce son por lo general desagradables, temor angustia, intranquilidad, desasosiego, aunque causan malestar, en muchas ocasiones tienen funciones adaptativas a las circunstancias de la vida, si se considera dentro de lo normal. Pero cuando los niveles de ansiedad y duración son excesivos, sin causa aparente que los provoque, pueden convertirse en trastorno y debilitar e incluso incapacitar a la persona que lo sufre.

2.2.1.4.2. Enfoques teóricos sobre la Ansiedad

2.2.1.4.2.1. Enfoque biológico

A pesar de que, la mayoría de los trastornos de ansiedad no se desarrollan por alguna causa directa, el descubrimiento de causas físicas en otras condiciones sugiere la posibilidad que exista relación entre la ansiedad y el funcionamiento biofísico. Desde esa perspectiva se consideran los factores genéticos, en los cuales los experimentos de endogamia con animales han demostrado que la herencia tiene una fuerte influencia en características como la timidez, el miedo y la agresividad. Los trastornos se presentan con mayor frecuencia en familias, y los hijos de personas que han recibido tratamiento por trastornos de ansiedad tienden a ser más ansiosos y temerosos. En la actualidad, existe poca evidencia sólida sobre la forma en que los factores genéticos moldean la personalidad humana. Sin embargo se han hecho algunos descubrimientos, por ejemplo, un grupo de investigadores encontró una pequeña, pero perceptible conexión entre la conducta relacionada con la ansiedad y un gen que controla la capacidad del cerebro para utilizar la serotonina, el neurotransmisor que se relaciona con el movimiento, el apetito, la reproducción, la cognición y la emoción; y en particular se le relaciona con la ansiedad y la depresión.

Otro factor es la función cerebral, los estudios con animales y seres humanos se han enfocado en ubicar con exactitud las áreas específicas del cerebro que se relacionan con el trastorno de ansiedad. Se ha encontrado que la respuesta corporal del miedo es coordinada por una pequeña estructura que se encuentra en el cerebro que se llama amígdala. La amígdala, aunque relativamente pequeña, es una estructura complicada, y diferentes trastornos de ansiedad pueden asociarse con la activación anormal de partes particulares de ella. También se ha encontrado que la hormona llamada cortisona tiene influencia en la forma en que responden los individuos al estrés, y su producción está influida por exposiciones a altos niveles de estrés.

2.2.1.4.2.2. Enfoque Psicodinámico

De acuerdo con Freud, la ansiedad o el miedo se generan cuando impulsos reprimidos en el inconsciente (sexuales y agresivos) amenazan con expresarse a

través de la conducta. Esto genera un conflicto en el inconsciente, pues estos impulsos no son tolerados (por ello se reprimen) y existe el miedo de que si alcanzan la conciencia serán castigados.

Interpretando la ansiedad como mecanismo de defensa, se explican los distintos desórdenes. Estos mecanismos desplazan la ansiedad producida por los impulsos inhibidos a otros objetos o situaciones que se pueden evitar, lo que termina así, con el malestar que producen. En la ansiedad generalizada las personas tienen menos suerte, pues esta se experimenta o se siente, directamente (sin modificar) de la defensa sin desplazar hacia ningún objeto, y por ello están constantemente ansiosas.

2.2.1.4.2.3. Enfoque Conductista

El conductismo se basa en el hecho de que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

2.2.1.4.2.4. Enfoque Cognitivista

Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Esta teoría propone que un factor muy importante en el desarrollo de la ansiedad es la forma de

ver las cosas y el tipo de pensamiento y creencias que producen. De esta manera, los trastornos pueden originarse por causas directas, como una mala experiencia o un suceso traumático, o por causas indirectas, como por ejemplo, observar una reacción de miedo ante un objeto o situación en personas cercanas. Lo que añade esta perspectiva es que también influyen ciertas características de personalidad, como la predisposición a la ansiedad y una tendencia a interpretar erróneamente diferentes tipos de sensaciones.

Se ha observado que los ansiosos tienden a fijar más la atención y a detectar más rápido estímulos negativos que les producen miedo. Estos pueden ser internos, como señales y sensaciones extrañas o dolores del cuerpo; o externos, como posibles peligros en el entorno, como alturas, multitudes, u objetos fóbicos. Así mismo suelen interpretar estos estímulos negativos como muy amenazadores y de consecuencias catastróficas.

2.2.1.4.3. Clasificación de los trastornos de ansiedad (DSM IV-TR)

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de angustia
- Agorafobia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno por ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno por ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

2.2.1.4.3.1. Trastorno de ansiedad generalizada

Consiste en miedos prolongados, vagos e inexplicables pero intensos, que no parecen relacionarse con algún objeto en particular. Se parecen a los miedos normales, pero no existe un peligro real, y en la mayoría de los casos ni siquiera se imaginan que el peligro este presente. Las personas que sufren de trastorno de ansiedad no solo se preocupan por cosas sin importancia que han ocurrido, sino que también se sienten tensos o preocupados cuando ni siquiera existe una mínima alarma.

En este trastorno la ansiedad persiste por seis meses o más, y no se atribuye a experiencias recientes en la vida de las personas. Sus síntomas generalmente incluyen, preocupación, hipervigilancia, tensión motora y actividad excesiva del sistema nervioso autónomo.

2.2.1.4.3.2. Trastorno de angustia

Se identifica por terrores repentinos, sobrecogedores, aparentemente sin sentido. La crisis de pánico puede presentarse sin ninguna advertencia. Es una condición crónica y debilitante. Los indicadores del trastorno de angustia son similares a los del trastorno de ansiedad generalizada, excepto que son más intensos y casi siempre inician de manera repentina. El trastorno de angustia incluye crisis de pánico recurrente e inesperados y al menos un mes de preocupaciones persistentes de sufrirlas de nuevo. Las preocupaciones por las implicaciones y consecuencias de tener crisis de pánico es un aspecto clave de este trastorno. Entre las características de la crisis de pánico, se encuentran las palpitaciones severas, respiración entre cortada exagerada, dolores o molestias en el pecho, temblores, sudoración, mareos y sentimientos de impotencia.

2.2.1.4.3.3. Fobias

A diferencia de las personas que padecen de trastorno de ansiedad generalizada, las personas que padecen de fobias específicas, saben exactamente a lo que le temen. Excepto por sus miedos a objetos específicos, personas o situaciones. Las personas fóbicas generalmente no sufren distorsiones graves de la realidad. No parecen tener ningún mal físico. Sin embargo, sus miedos, están fuera de proporciones con

respecto a la realidad, parecen inexplicables y van más allá de su control voluntario. Las fobias pueden empezar con una crisis de ansiedad generalizada, pero la ansiedad se cristaliza en un objeto particular o situación.

2.2.1.4.3.3.1. Fobias específicas

Son una categoría muy variable de miedos marcados, persistentes e irracionales (por ejemplo a las víboras, perros, ratas), la claustrofobia y la acrofobia.

2.2.1.4.3.3.2. Fobias sociales

Son menos comunes que las fobias específicas, pero cuando se presentan tienen igual fuerza. Las fobias sociales se caracterizan por el miedo y la vergüenza a tratar con otras personas. Con frecuencia, el mayor temor es que las personas con quien tienen contacto detecten las señales de ansiedad, como sonrojarse, el temblor de las manos y la voz entrecortada. El miedo a hablar y a comer en público son características frecuentes en los individuos que padecen de fobia social.

2.2.1.4.3.3.3. Agorafobia

Las personas que la padecen tienen pavor de una espantosa ansiedad de una crisis de pánico y de perder el control en medio de una gran cantidad de personas. Las sensaciones físicas sin importancia quizá se interpreten como un preludio de alguna amenaza catastrófica en su vida. En casos severos, el individuo puede tener un miedo irracional de dejar el ambiente familiar del hogar; en los casos más extremos, la persona es incapaz de caminar por las calles o ir de compras. En gran medida la agorafobia es una complicación de crisis de pánico que no es tratada. Este trastorno es más común en mujeres que en hombres.

2.2.1.4.3.4. Trastorno obsesivo-compulsivo

Las personas diagnosticadas con este trastorno muestran características de ideas rituales. Las características específicas de esta condición varían de un caso a otro,

tienen en común la obsesión o compulsión recurrente, que son severas y que consumen demasiado tiempo (por ejemplo toman más de una hora al día) o causan una angustia marcada o una discapacidad significativa. Las personas con conducta obsesiva son incapaces de quitarse la idea de su mente (pensamientos sexuales, agresivos o religiosos). Las personas con conducta compulsiva se sienten obligadas a realizar actos particulares o serie de actos una y otra vez, por ejemplo lavarse las manos en repetidas ocasiones. Las conductas compulsivas mas comunes son contar, ordenar, revisar, tocar y lavar.

2.2.1.4.3.5. Trastorno por estrés post traumático

Este trastorno aparece después de experiencias traumáticas. Pero tienen la característica de que tiene un pronóstico relativamente bueno y las personas afectadas superan sus dificultades relativamente rápido. El trastorno incluye experiencias extremas como la guerra, catástrofes naturales, agresión física o un accidente automovilístico.

2.2.1.4.4. Tratamiento

El tratamiento puede variar según sea el enfoque o la teoría y el principal objetivo es que el paciente deje de evitar las situaciones u objetos que le producen ansiedad y lograr que pueda enfrentarse a ellos con normalidad. En algunos casos es necesaria la terapia farmacológica como los ansiolíticos y tranquilizantes.

2.2.1.4.4.1. Terapia psicoanalítica

El objetivo principal de este tipo de terapias es descubrir los conflictos reprimidos en el inconsciente que producen ansiedad como defensa. Una fobia por ejemplo, se supone que protege a las personas de un conflicto reprimido que sería demasiado doloroso afrontar.

A través de técnicas como, la libre asociación (verbalizar libremente cualquier cosa que se pase por la cabeza, ideas, palabras, pensamientos, etc, sin censuras) y de la interpretación de los sueños se intenta averiguar los orígenes de estos conflictos y de su represión. De esta manera se puede ayudar a enfrentarse a ellos y trabajar para resolverlos.

2.2.1.4.4.2. Terapia Cognitiva

Los terapeutas cognitivos emplean varias técnicas para tratar la ansiedad. Una de ellas es la restauración cognitiva, que se desarrolló a partir de la Terapia Racional Emotiva de Alberth Ellis. La restauración cognitiva capta la atención de las personas hacia los pensamientos irracionales, que sirven como claves de su conducta desadaptada. El terapeuta les ayuda a revisar sus creencias y expectativas irracionales y a desarrollar formas más racionales de ver su vida. Por medio de la restauración cognitiva las personas desarrollan valoraciones más realistas de sí misma y de los demás.

Otra técnica utilizada es la detención del pensamiento, funciona con base en el supuesto de un estímulo repentino que distrae al individuo, como un ruido fuerte, que servirá para poner fin al pensamiento obsesivo.

Existen considerables evidencias que la terapia cognitiva es eficaz para tratar trastornos o problemas de ansiedad y esta puede ser utilizada de forma individual y grupal.

2.2.1.4.4.3. Terapia Conductual

Esta terapia centra su atención en las respuestas adquiridas y las tendencias de respuesta de las personas. Cree que los principios generales del aprendizaje se pueden aplicar a la comprensión de todas las conductas, entre ellas el trastorno de la ansiedad, ya que la consideran como una respuesta adquirida y aprendida.

Se utilizan varias técnicas: relajación, desensibilización, exposición, terapia implosiva, imitación de modelos y aprendizaje de habilidades sociales.

2.2.1.4.4.4. Terapia farmacológica

Los objetivos del tratamiento farmacológico de la ansiedad son disminuir la frecuencia y la intensidad de las crisis de angustia hasta su control, disminuir el riesgo autolítico cuando la ansiedad se asocia con depresión, evitar el desarrollo de complicaciones como la agorafobia y la angustia anticipatoria y facilitar la combinación con la psicoterapia cognitivo-conductual y la psicoeducación.

Entre los fármacos que se utilizan, porque han demostrado eficacia en el tratamiento de este trastorno, se encuentran los siguientes:

- Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)
- Antidepresivos tricíclicos (ATC)
- Benzodiacepinas (BZD) de alta potencia
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Existen otros medicamentos que también son efectivos como la mirtazapina y la pregabalina y los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina y noradrenalina (ISRN-S), la venlafaxina y la duloxetina.

Es claro que los medicamentos solos no son suficientes, es necesario junto a estos, el tratamiento psicológico.

2.2.1.4.5. Ansiedad y VIH

En cuanto a la ansiedad, se ha investigado su relación con la infección por VIH y se ha puesto de manifiesto que la ansiedad varía en función del estadio de la infección. A su vez una mayor percepción de control de la salud por parte del paciente supone descenso en los niveles de ansiedad. De esta manera, si la persona percibe que tiene cierto control sobre la enfermedad, es decir, si la persona cree que puede influir

sobre ella y se siente capaz de afrontarla, se produce un descenso en los niveles de ansiedad. En una investigación realizada por Van-Servellen, Aguirre, Sarna y Brecht, se reveló que el 50% de los pacientes con VIH de la muestra presentaba ansiedad y aproximadamente uno de cada diez presentaba depresión. Dentro de otros estudios realizados en esta misma línea, las mujeres han presentado un peor ajuste a la infección por VIH que los hombres y tienen elevados niveles de ansiedad y depresión.¹

2.2.1.5. Depresión

2.2.1.5.1. Definición según autores

La depresión ha sido definida por muchos autores, entre los que cabe mencionar a Kraepelin, Marquez, Freud, Beck, Hipócrates, entre otros.

Hipócrates la considera una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia. Este autor la define como melancolía.

Kraepelin, citado en Polaino (1980), la denominó locura maniaco-depresiva. Derivado de la depresión por los diferentes síntomas característicos.

Breton (1998) describe el término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo.

Márquez (1990) considera que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica.

¹Inmaculada Teva, María del a Paz B, José H. Gualberto B-C. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH-Sida.

La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) ha llegado a describirla como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza o infelicidad, con algún grado de ansiedad.

2.2.1.5.2. Enfoques psicológicos sobre la depresión

2.2.1.5.2.1. Enfoque Psicoanalítico/Interpersonal

Freud reconoció la importancia de una “pérdida” como un desencadenante inmediato de la depresión. Sugirió que los acontecimientos adversos en la niñez temprana dejan algunos individuos vulnerables a una depresión posterior en su vida. Para Freud las pérdidas tempranas que sufra una persona lo dejan dependiente y en riesgo de experimentar ira, odio, hacia sí misma y depresión, si más tarde se encuentra con acontecimientos de pérdida que activan dichos sentimientos. Él afirmó que la causa principal de la depresión se encontraba en experiencias durante la infancia, que en algunos casos eran de falta de amor y en otros de exceso de amor.

Desde una visión mas interpersonal y de las relaciones objétales, se considera que las perdidas significativas y las relaciones interpersonales problemáticas son las causas de que se produzca y mantenga una depresión. No obstante, el papel de las relaciones interpersonales en la generación de la depresión, no se limita a una pérdida; los síntomas de depresión también pueden concebirse, en parte, como un intento inadaptado de tratar con un ambiente social difícil.

2.2.1.5.2.2. Enfoque cognitivo-conductual

La perspectiva conductual sobre la depresión también involucra el concepto de pérdida, sin embargo, en esta visión el acento se coloca en la pérdida tangible de reforzamientos en el ambiente de las personas. Es probable que la pérdida de una relación significativa conduzca a una reducción en las fuentes de reforzamiento en la vida de una persona. Desde la perspectiva de la teoría operante, esta pérdida de reforzamiento llevará a una reducción en las conductas emitidas por el individuo.

Este fenómeno se ve como síntoma de alejamiento social y actividad disminuida, características propias de gente deprimida.

La pérdida de reforzamiento y subsecuente disminución en la conducta inicia un círculo vicioso, en el cual el alejamiento social de la gente disminuye sus oportunidades de obtener reforzamiento, lo cual da como resultado que su conducta se inhiba más aún.

Desde un enfoque más cognitivo, se propone que algunos individuos desarrollan una manera de pensar acerca de sí mismos, el mundo y el futuro que los predispone a ser vulnerables a la depresión. No obstante, éste estilo disfuncional de pensamiento por sí solo no es suficiente como para causar depresión; debe ser activado por la experiencia de un acontecimiento vital estresante. Una vez que un estresor ha disparado o activado un estilo cognitivo disfuncional, los individuos propensos a la depresión empiezan a atender selectivamente y a interpretar la información de su mundo de manera negativa.

2.2.1.5.2.3. Enfoque Humanista

Desde la perspectiva humanista, la depresión es el resultado de la pérdida de la consideración positiva incondicional, que conduce a una disparidad inmanejable entre el yo verdadero y yo el ideal. Cuando la consideración positiva se experimenta como condicional, sólo sobre ciertas conductas, la teoría humanista predice que la gente se concentrará en ideales externos para guiar su conducta. Este énfasis llevará a la gente a perder contacto con su propia experiencia interna y a desatender sus metas y valores personales como guías del comportamiento.

2.2.1.5.2.4. Enfoque Biológico

Las teorías biológicas han aportado dos fuentes de información sobre las causas de la depresión; la investigación de la genética conductual sobre la heredabilidad de la depresión y las investigaciones sobre la desregulación de los neurotransmisores en la depresión. La evidencia a favor de la heredabilidad de la depresión es más fuerte para el trastorno bipolar, el cual solía llamarse depresión maníaca, que para la

depresión unipolar. Sin embargo, existe evidencia de que la vulnerabilidad para la depresión unipolar puede ser, al menos en parte, heredada. Los científicos han demostrado también que los procesos de neurotransmisión en los individuos no deprimidos son diferentes a los deprimidos, la depresión se caracteriza por niveles elevados de cortisol producidos en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal del sistema nervioso central y por niveles disminuidos de serotonina o norepinefrina en el sistema nervioso central. Se cree que esta desregulación de neurotransmisores contribuye a la interrupción de una serie de procesos biológicos relacionados con la depresión incluyendo el sueño, la activación, y la respuesta al estrés².

2.2.1.5.2.5. Integración de los enfoques: Hacia una perspectiva Bio-psico-social.

Existe apoyo empírico para cada una de las teorías, por lo que no se ha demostrado que alguna de ellas sea claramente superior a la otra en el factor que causa la depresión. Es posible que todos esos modelos sean correctos hasta cierto grado y que los procesos biológicos, psicológicos y sociales operen en el desarrollo de la depresión. Los investigadores y los teóricos han llegado a reconocer algunos de los elementos comunes en esas teorías y han ofrecido modelos integrales de la depresión. Los modelos integrales reconocen que la depresión tiene causas múltiples. Esta visión sugiere que pueden existir varios factores diferentes que sean suficientes para causar la depresión, pero que ninguno es una causa necesaria.

Algunas de las teorías sobre las causas de la depresión que se popularizaron en años recientes, son aquellas basadas en lo que se conoce como teorías cognitivas. Para los que proponen estas teorías la depresión es el resultado de un entendimiento irracional o defectuoso que se manifiesta en forma de pensamientos y juicios distorsionados. Estos entendimientos defectuosos pueden originarse en las personas que han carecido de experiencias que les faciliten el desarrollo de destrezas para manejar su entorno.

² Bruce E.C. Lean H.G. Introducción a la psicología Clínica. Ciencia y Práctica. Primera Edición en español. EditoriaMacGraw-Hill.

Es importante aclarar que un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, que puede ser considerado como una reacción normal ante un acontecimiento negativo (pérdida de un ser querido, divorcio, etc.). Sin embargo. Si dicho estado se prolonga en el tiempo o sus sistemas se agravan, impidiendo el desarrollo adecuado de la vida cotidiana, puede llegar a convertirse en un trastorno depresivo, de ahí la importancia que las personas reciban un tratamiento adecuado.

En la actualidad, en los Estados Unidos, los síntomas psicológicos están organizados en categorías de diagnóstico, establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y se conocen como los criterios DSM IV-TR.

2.2.1.5.2.6. Teoría de A. Beck sobre la depresión

Beck desarrolló una de las teorías más influyentes de las causas y mantenimientos de la depresión. El argumento central es que las personas deprimidas se sienten así por sus pensamientos; están predispuestas a hacer interpretaciones negativas de la información sobre si mismas, el mundo y el futuro. La forma natural e inconsciente de organizar todo tipo de información que recibimos, es a través de la creación de esquemas mentales; esto ayuda a percibir la información, almacenarla, clasificarla y acceder a ella más sencillamente.

De acuerdo con Beck, las experiencias traumáticas durante la infancia y adolescencia, como la pérdida de los padres, el rechazo de los compañeros, la crítica de los profesores, las actitudes depresivas en los padres, etc. contribuyen a la creación de esquemas negativos sobre la vida. Estos contienen exigencias poco realistas y muy rígidas para hacer a las personas vulnerables a la depresión.³

Estas creencias o esquemas negativos se activan cuando, en la vida adulta, se encuentran situaciones que se parecen de alguna manera a circunstancias en las

³ Susana Paz Enríquez. El Psicólogo en casa. Editorial Labsa. 2003

cuales fueron aprendidas. Al estar activos actúan como filtros a la hora de procesar nueva información y la distorsionan.

2.2.1.5.3. Causas de la depresión

La depresión puede ser de tipo reactivo, ante un suceso extremo que ocasiona tristeza; ó endógena, en cuyo caso la persona se deprime sin existir una causa externa. Por otra parte, se considera que en una depresión pueden estar implicados ambos factores tanto endógenos como exógenos, en distintas proporciones en los distintos pacientes. Se puede concluir que la depresión es el resultado de la acción de varios factores: químicos, hormonales, genéticos, psicosociales, es decir, el entorno en que crecemos y vivimos.

2.2.1.5.3.1. Factores Químicos

La causa básica de la depresión esta asociada a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores importantes. Los neurotransmisores son los mensajeros químicos del cerebro y, en cada caso de depresión se ven alterados los siguientes: serotonina, acetilcolina y catecolaminas; estos mensajeros químicos se alteran por diversas causas como: anomalías estructurales cerebrales leves, trastorno de sueño o herencia genética. Se han efectuado investigaciones y se ha identificado un defecto en un gen llamado SERT, que regula la serotonina, la que ha sido asociada a la depresión.

2.2.1.5.3.2. Factores Hormonales

En la depresión se encuentran alteraciones en el funcionamiento de las glándulas del hipotálamo, hipófisis y glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre los riñones. Estas tres glándulas funcionan sincronizadas entre sí, de modo que las hormonas segregadas por el hipotálamo estimulan la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol. En las depresiones mayores se puede observar niveles elevados de cortisol. Las anomalías de la función de la glándula tiroides también se han relacionado con el trastorno de ánimo, ya que el hipotiroidismo a veces se expresa con síndrome depresivo. Las

hormonas femeninas, estrógeno y progesterona juegan un papel importante en la depresión.

2.2.1.5.3.3. Factores Genéticos

La predisposición genética a la depresión no implica que se padezca sino que existe una disposición hacia ella. Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en caso del trastorno bipolar, pero a su vez hay otros factores adicionales como situaciones de estrés, tensiones, problemas familiares, trabajo o estudio.

2.2.1.5.3.4. Factores Psicosociales

La depresión puede ser consecuencia o respuesta a determinadas situaciones traumáticas como la pérdida de un ser querido, enfermedades, divorcio, situaciones fuertes de estrés, pero que se ven influenciados por patrones de comportamiento como la inseguridad en el carácter, la baja autoestima y la ansiedad.

2.2.1.5.3.5. Otras causas

Los trastornos médicos generales también pueden desencadenar depresión, entre estos se pueden considerar los mas depresógenos: insuficiencia renal, post infarto al miocardio, el cáncer y el VIH-Sida; también ocurre con enfermedades como el Parkinson, y otras más.

2.2.1.5.4. Clasificación de los trastornos depresivos

2.2.1.5.4.1. Trastorno depresivo mayor

Se da cuando las personas han experimentado uno o más episodios depresivos mayores sin haber sufrido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco.

Un episodio depresivo mayor está marcado tanto por un estado de ánimo depresivo como por la pérdida de interés o el placer en casi todas las actividades, así como, por lo menos cuatro síntomas adicionales del siguiente grupo:

- Pérdida o aumento marcado de peso sin estar a dieta
- Problemas de sueño constante
- Conducta agitada o bastante lenta; fatiga
- Incapacidad para pensar con claridad; sentimientos de inutilidad y pensamientos frecuentes sobre muerte o suicidio

Se trata de un tipo de depresión incapacitante que altera la vida de la persona. Estos síntomas deben durar dos semanas y representar un cambio del funcionamiento normal de la persona.

2.2.1.5.4.2. Distimia

Se define como un cuadro caracterizado por síntomas depresivos leves y crónicos. Los pacientes aquejados de distimia pueden llevar una vida normal pero se sienten permanentemente deprimidos, tienen dificultad para disfrutar la vida y no muestran cambios aparentes en la conducta o comportamiento diario, aunque tienen menos energía, una negatividad general, y un sentido de insatisfacción y desesperanza.

La distimia se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres y es más común entre las personas solteras.⁴

2.2.1.5.3.3. Trastornos bipolares

2.2.1.5.3.3.1. Trastorno Bipolar

Es una enfermedad mental que incluye episodios de manía o depresión. Las personas afectadas por este trastorno, por lo regular experimentan cambios del estado de ánimo, de estar “elevado” (y a menudo irritables) a triste y desesperados y

⁴Irvin G. S. Barbara R. Sarason. Psicopatología anormal: el problema de la conducta inadaptada. Pearson Prentice Hall. Undécima edición.

nuevamente a estar elevados, con períodos intermedios de estado de ánimo normales o casi normales.

Muchos epidemiólogos piensan que la cantidad de personas afectadas es más alta debido a que, algunas personas cuyos síntomas maniacos son relativamente leves, nunca son diagnosticadas con este trastorno. El trastorno bipolar suele iniciarse en la vida adulta y aunque es menos común, también puede comenzar en la adolescencia; algunas raras veces en la niñez.

2.2.1.5.3.3.2. Trastorno bipolar I

Se caracteriza por episodios de manía y también por episodios depresivos mayores.

2.2.1.5.3.3.3. Trastorno bipolar II

Se diferencia del trastorno bipolar I en que la conducta maniaca esta presente en un menor grado, llamado hipomanía o episodio hipomaniaco.

2.2.1.5.3.3.4. Trastorno ciclotímico

Se podría definir como un trastorno bipolar mas continuo pero cuyos síntomas no son tan graves como para alterar excesivamente la vida de la persona (tanto lo laboral, social o familiar)

2.2.1.3.1. Tratamientos para la depresión

Ningún problema de la salud mental ha recibido más atención que la depresión. Los trastornos depresivos pueden ser caracterizados como el resfriado común de los problemas de salud mental. Aunque existe creciente evidencia de que con frecuencia la psicoterapia es útil para superar la depresión, la conexión entre los tratamientos específicos y la mejoría clínica no se ha establecido claramente. Existe investigación considerable que muestra que, por lo regular, la psicoterapia da como resultado porcentajes mas bajos de recaída que los tratamientos médicos. Esta elevada prevención de recaída se podría atribuir a los cambios duraderos en los patrones

cognitivos y conductuales, resultado de la psicoterapia. Esta técnica se utiliza ya sea sola o combinada con terapias biológicas (antidepresivos y TEC) para tratar los trastornos del estado de ánimo.

2.2.1.3.1.1. Psicológicos

2.2.1.3.1.1.1. Terapia psicodinámica

El propósito de esta terapia es ayudar al paciente a descubrir el conflicto reprimido, descubrir los orígenes de la depresión, y liberar la hostilidad, es decir, hacer consciente lo inconsciente. Ayudarle a que comprenda los sentimientos de pérdida e inadecuación en la infancia y la culpabilidad posterior.

Otro punto importante es atender a las dificultades presentes de la vida del paciente que causan o mantienen la depresión. Entre las más frecuentes están las relaciones diarias de la persona con su entorno social, y se ha comprobado que trabajar estos problemas reduce el estado de ánimo deprimido, y, sobre todo, ayuda a mantener su curación.

Esta terapia como único método, suele ser efectiva en los casos de trastornos leves y moderados. Los más severos suelen ir acompañados de otros tratamientos como el uso de fármacos.

2.2.1.3.1.1.2. Psicoterapia interpersonal

La psicoterapia interpersonal se desarrolló inicialmente para prevenir las recaídas, después de un episodio agudo de depresión que había sido tratado con antidepresivos. Desde ese momento se ha convertido en una de las intervenciones psicoterapéuticas muy investigadas, útiles, tanto en el tratamiento de la depresión aguda, como la prevención de las recaídas de quienes están recuperándose de un episodio depresivo mayor.

La psicoterapia interpersonal se enfoca en enseñar a las personas a ser mas eficaces socialmente como una forma de mejorar sus relaciones con las personas que ama. Los terapeutas interpersonales están interesados en los detalles de las relaciones sociales del paciente y la exploración de sus opciones para lidiar con los problemas interpersonales.

2.2.1.5.5.1.3. Terapia conductual

Debido a que las personas deprimidas con frecuencia carecen de habilidades necesarias para desarrollar relaciones satisfactorias con los demás, el enfoque conductual para solucionar este problema lo hace mediante el entrenamiento en habilidades sociales, la cual consta de varias etapas. Primero a la persona se le enseñan habilidades verbales y no verbales básicas; luego se practican con la persona de manera gradual utilizando principios básicos; luego se le asignan tareas en las cuales el objetivo es adaptarse a las nuevas habilidades para que sea útil en el entorno diario. También se les capacita para que sean mas receptivos. Por último, a las personas se les enseña a adoptar criterios realistas para evaluar su desempeño y se entrenan en técnicas de autoreforzo.

2.2.1.5.5.1.4. Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitiva se ha combinado con otros enfoques terapéuticos. Las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizan dependen de las capacidades y el grado de depresión de las personas, así como las metas de la terapia. A menudo desde la TCC se les enseña a las personas a monitorear y registrar sus pensamientos negativos. Se hace especialmente hincapié en los pensamientos automáticos, que son ideas recurrentes que llegan a la mente de las personas casi como un hábito más que como una respuesta específica. Para que la terapia cognitiva sea eficaz, la persona debe de poder identificar estos pensamientos automáticos en el momento en que ocurren. Se pueden utilizar varias técnicas para ayudar a identificar estos pensamientos, así como también, preguntas directas. Se le pide que registre todos

los pensamientos automáticos a diario. Las sesiones de TCC tienden a ser activas, estructuradas y enfocadas en problemas específicos.

2.2.1.5.5.2. Farmacológicos

2.2.1.5.5.2.1. Los antidepresivos

Este tipo de medicamentos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Los científicos que estudian la depresión han descubierto que estas sustancias químicas en particular participan en la regulación de los estados de ánimo, pero no están seguros de cómo exactamente funcionan.

Los tipos de medicamentos antidepresivos más nuevos y populares se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; entre estos se encuentran: la fluoxetina (Prozac), el citalopram (Celexa), la sertralina (Zoloft), y varios otros. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son similares a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e incluyen la venlafaxina (Effexor) y la duloxetina (Cymbalta). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son más populares que los antidepresivos más antiguos, como los tricíclicos (llamados así por su estructura química) y los inhibidores de la monoamino oxidasa porque tienden a tener menos efectos secundarios. No obstante, los medicamentos pueden tener distintos efectos en las personas, no existe una única propuesta cuando se trata de medicamentos.

2.2.1.5.6. La depresión en personas VIH positivas

Después de que la persona se entera que es VIH positiva reacciona con altos niveles de depresión. Para comprender los factores psicológicos relacionados a la

sintomatología depresiva en personas seropositivas, debemos enmarcarnos dentro del contexto de las enfermedades crónicas y entender, tal como señala Rodríguez (1995), que la enfermedad es un proceso que deteriora el funcionamiento biológico de la persona. Si bien ésta no se presenta de forma inmediata, la enfermedad implica un deterioro importante en el estado de salud, el cual es un factor esencial de la calidad de vida, y que depende de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos que tengan ambos (Rodríguez, 1995).

Dado que la enfermedad crónica está sujeta, para su manejo, a la toma de tratamientos de forma constante ya los cambios permanentes en las actividades físicas, familiares, vocacionales y sociales, además de integrar el rol de pacientes dentro del esquema psicológico de las personas, éstos se encuentran después del diagnóstico en un estado de crisis caracterizado por el desequilibrio físico, psíquico y social (Taylor, 2003).

Según estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra (Suiza) que se publica en la revista "PlosMedicen", estiman que para el año 2030 las tres principales causas de enfermedades serán el VIH/Sida, la Depresión y las enfermedades cardíacas.

2.2.1.6. Autoestima

2.2.1.6.1. Definición de Autoestima

Autoestima es el sentido general de valía y bienestar de una persona. La imagen personal, concepto personal, y autopercepción, son términos muy relacionados que se refieren a la forma en que las personas se ven y evalúan.

La autoestima ha sido definida por muchos autores:

Coopersmith (1990) "El término autoestima se refiere a las evaluaciones que una persona hace y comúnmente mantiene sobre sí mismo es decir la autoestima global, es una expresión de aprobación o desaprobación que indica la extensión en que la

persona cree ser capaz, competente, importante y digno. Y por lo tanto la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia si mismo”.

Maslow, la define como “la valoración que uno tiene de sí mismo”. Se desarrolla gradualmente desde el nacimiento, en función a la seguridad aliento o desaliento que la persona recibe sobre todo de su entorno, está relacionado con el sentirse amado, capaz, exitoso, valorado.

Además afirma que existe un deseo de fuerza de logro, de adecuación de dominio y competencia, de confianza frente al mundo y de la independencia y libertad que conllevan al deseo de fama o prestigio (definida en tanto a respeto o estima recibido en otras personas) que llevan a status, dominación, reconocimiento, atención, importancia o apreciación, que hacen merecerse el respeto de otros. La gratificación de esas necesidades provoca “sentimientos de confianza en sí mismo, de dignidad, de fuerza, de capacidad y de adecuación”.

Alcántara: (1993), define la autoestima habitual como una actitud hacia uno mismo, la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Es la descripción permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos. Es el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias refiriéndolo a nuestro “YO personal”.

Branden (1995) “La autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo”.

Vargas (2002) señala que” la autoestima es la suma de varios aspectos sobre competencia y valía, traducido en la confianza, seguridad y respecto a uno mismo”.

Rosenberg (1996), define que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

Barroso (2000), asevera que la autoestima es una energía que existe en el organismo vivo, cualitativamente diferente que organiza, integra, cohesiona, unifica y direcciona todo el sistema de contactos que se realizan en el sí mismo del individuo.

2.2.1.6.2. Niveles de Autoestima

En relación a los grados o niveles de autoestima, Coopersmith (1996), afirma que la autoestima puede presentarse en tres niveles: alta, media o baja, que se evidencia porque las personas experimentan las mismas situaciones en forma notablemente diferente.

2.2.1.6.2.1. Autoestima alta

Explica el autor que estos niveles se diferencian entre sí dado que caracteriza el comportamiento de los individuos, por ello, las personas con autoestima alta son activas, expresivas, con éxitos sociales y académicos, son líderes, no rehúyen al desacuerdo y se interesan por asuntos públicos. También es característico de los individuos con alta autoestima, la baja destructividad al inicio de la niñez, les perturban los sentimientos de ansiedad, confían en sus propias percepciones, esperan que sus esfuerzos deriven en éxito, se acercan a otras personas con la expectativa de ser bien recibidas, consideran que el trabajo que realizan generalmente es de alta calidad, esperan realizar grandes trabajos en el futuro y son populares entre los individuos de su misma edad.

2.2.1.6.2.2. Autoestima media

En referencia a los individuos con un nivel de autoestima medio, Coopersmith (1996), afirma que son personas que se caracterizan por tener similitud con las que presentan alta autoestima, pero la evidencian en menor magnitud, y en otros casos,

muestran conductas inadecuadas que reflejan dificultades en el autoconcepto. Sus conductas pueden ser positivas, tales como mostrarse optimistas y capaces de aceptar críticas, sin embargo, presentan tendencia a sentirse inseguros en las estimaciones de su valía personal y pueden depender de la aceptación social.

Por ello, se indica que los individuos con un nivel medio de autoestima presentan autoafirmaciones positivas más moderadas en su aprecio de la competencia, significación y expectativas, y es usual que sus declaraciones, conclusiones y opiniones en muchos aspectos, estén próximos a los de las personas con alta autoestima, aún cuando no bajo todo contexto y situación como sucede con éstos.

2.2.1.6.2.3. Autoestima baja

Finalmente, Coopersmith(1996), conceptualiza a las personas con un nivel de autoestima bajo como aquellos individuos que muestran desánimo, depresión, aislamiento, que se sienten poco atractivos, así como incapaces de expresarse y defenderse, pues sienten temor de provocar el enfado de los demás.

Agrega que estos individuos se consideran débiles para vencer sus deficiencias, permanecen aislados ante un grupo social determinado, son sensibles a la crítica, se encuentran preocupados por problemas internos, presentan dificultades para establecer relaciones amistosas, no están seguros de sus ideas, dudan de sus habilidades y consideran que los trabajos e ideas de los demás son mejores que las suyas.

Para concluir, es importante indicar que estos niveles de autoestima pueden ser susceptibles a variación, si se abordan los rasgos afectivos, las conductas anticipatorias y las motivaciones de los individuos.

2.2.1.6.3. Dimensiones de Autoestima

Coopersmith (1996), señala que los individuos presentan diversas formas y niveles perceptivos, así como diferencias en cuanto al patrón de acercamiento y de respuesta a los estímulos ambientales. Por ello, la autoestima presenta áreas

dimensionales que caracterizan su amplitud y radio de acción. Entre ellas incluye las siguientes:

- **Autoestima Personal**

Consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con su imagen corporal y cualidades personales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad e implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.

- **Autoestima en el área académica**

Consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con su desempeño en el ámbito escolar, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.

- **Autoestima en el área familiar**

Es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones en los miembros del grupo familiar, su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.

- **Autoestima en el área social**

Consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones sociales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.

2.2.1.6.4 Actitudes o Posturas habituales que indican Autoestima Baja

- **Autocrítica dura y excesiva**

La persona mantiene un estado permanente de insatisfacción consigo misma. Que solo consigue desestabilizar, culpabilizar y reducir los niveles de autoestima.

- **Hipersensibilidad a la crítica**

Se siente exageradamente atacada o, herida; culpabiliza de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva resentimientos tercos contra sus críticos. Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.

- **Deseo innecesario por complacer**

Le cuesta o no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión que tienen de él o ella.

- **Perfeccionismo**

Autoexigencia esclavizadora de hacer "perfectamente" todo lo que intenta, que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.

- **Culpabilidad neurótica**

Se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo.

- **Hostilidad flotante**

Irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas de poca importancia, propia del supercrítico a quién todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.

- **Tendencias pesimistas**

Un negativo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, a sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

2.2.1.6.5 Características de la autoestima

Coopersmith (1996), afirma que existen diversas características de la autoestima, entre las cuales incluye que es relativamente estable en el tiempo.

- Susceptible de variar, pero esta variación no es fácil, dado que la misma es el resultado de la experiencia, por lo cual sólo otras experiencias pueden lograr cambiar la autoestima. Así mismo, explica que la autoestima puede variar de acuerdo al sexo, la edad y otras condiciones que definen el rol sexual. De esta manera, un individuo puede manifestar una autoestima en relación con sus factores específicos.
- Individualidad. Dado que la autoestima está vinculada a factores subjetivos, ésta es la resultante de las experiencias individuales de cada persona, el cual es diferente a otros en toda su magnitud y expresión. La autoevaluación implícita en el reporte de la autoestima exige que el sujeto examine su rendimiento, sus capacidades y atributos, de acuerdo con estándares y valores personales, llegando a la decisión de su propia valía.
- No es requisito indispensable que tenga conciencia de sus actitudes hacia sí mismo, pues igualmente las expresará a través de su voz, postura o gestos, y en definitiva, al sugerirle que aporte información sobre sí mismo, tenderá a evaluarse considerando las apreciaciones que tiene elaboradas sobre su persona.

Otras características

- Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aun cuando encuentre fuertes oposiciones colectivas, y se siente lo

suficientemente seguro como para modificar esos valores y principios, si nuevas experiencias indican que estaba equivocada.

- Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirse culpable cuando a otros le parece mal lo que haya hecho.
- No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
- Tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
- Se considera y realmente se siente igual, a cualquier otra persona aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
- No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
- Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena. Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigos, etc. Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas, reconoce sinceramente que no tiene derecho a mejorar o divertirse a costa de los demás.

2.2.1.6.6 Autoestima y VIH-Sida

Para las personas que son VIH positivas la discriminación tiene muchas facetas que se evidencian por un inadecuado cuidado profesional; estigmatización y aislamiento de la familia, del contexto social, de la comunidad y de la Iglesia; pérdida del empleo; violencia física y/o psicológica contra personas de orientación homosexual, del trabajo sexual y drogodependientes; presiones familiares; negativa a brindar

cuidados sanitarios básicos y seguros de vida o salud; registros obligatorios; rechazo a brindar alojamiento.

Es aquí donde se observa notoriamente una alteración negativa en la autoestima ya que esta serie de actitudes tomadas por la sociedad condenan a la persona que tiene VIH, al aislamiento, el auto juicio valorativo que es la base del autoestima se ve deteriorada, desencadenar un cuadro depresivo y llevándolo incluso al suicidio.

2.2.1.7 Grupos de Apoyo

2.2.1.7.1 Que son los Grupos de apoyo

Se conocen también como grupos de ayuda mutua, en las cuales se tiene reuniones estructuradas de persona que comparten un sentir común, situaciones o experiencia de vida y se caracterizan por la ausencia de un nivel jerárquico entre sus miembros. Uno de sus grandes beneficios es compartir las experiencias con otras personas que están atravesando situaciones similares. Los grupos de apoyo fueron creados con la idea de contribuir al empoderamiento de las personas con VIH y mejorar su calidad de vida.

Dentro de sus objetivos se encuentran el apoyo mutuo de sus miembros por medio de las reuniones periódicas, la oportunidad de conocer a otras personas en la misma situación, compartir sus experiencias y sentimientos. El grupo también les permite tener un lenguaje común y comprender con mayor rapidez la problemática, teniendo como regla básica que todo lo que se diga y discuta es de forma confidencial, escuchando y brindando apoyo sin hacer ningún tipo de crítica o juicio, respetando la situación personal de cada miembro.

Dentro de los grupos de apoyo existen clasificaciones de acuerdo a su objetivo entre los que se encuentran:

- a) Grupos terapéuticos**
- b) Grupos de autoayuda**
- c) Grupos de apoyo**

Historia del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir”

El grupo de apoyo fue fundado en el año 2008 por Olga Hernández, una transexual que también fue la persona que reactivó la Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH. Al inicio el grupo empezó con 5 personas y luego se fueron incorporando más. El grupo comenzó siendo exclusivo para hombres HSH (hombres que tienen sexo con hombres) que tenían el diagnóstico de VIH positivo; pero unos dos años después se abrió el espacio para otras personas, con la condición de ser VIH. El grupo no tiene ni ha tenido alguien que lo dirige porque ha seguido la modalidad de los grupos de apoyo donde todos son parte activa en el grupo. Al grupo también llega gente que forma parte de otros grupos de apoyo y se reúnen los días jueves por la tarde. Actualmente tiene 4 años de estar funcionando.

2.2.1.8. Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida

2.2.1.8.1. Misión

Generar una incidencia permanente en las políticas públicas y privadas; para que eleven la calidad de la salud a las personas con VIH, que garanticen sus derechos, su expectativa de vida y bienestar socioeconómico y médico de todas las personas que son afectadas a causa del Sida en El Salvador, promoviendo un acceso universal a terapia antirretroviral, tratamiento para infecciones oportunistas, régimen nutricional y psico-afectivo de manera integral.

2.2.1.8.2. Visión

Es el referente político y técnico a nivel nacional, e internacional que vela, promueve y defiende sobre la situación de los derechos de las personas con VIH.

2.2.1.8.3. Historia de la institución

La Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida nace en la Palma Chalatenango en el año 2001, en una reunión de activistas que buscaban tener el acceso a la TAR. La organización surge con la visión de ser el referente para las personas diagnosticadas con VIH a nivel nacional y nace el mismo año en que inicia la terapia antirretroviral en el país. La idea de la Red se consolida hasta el año 2006 bajo la dirección de Olga Hernández, una trans VIH positiva, quien convoca a otras cinco personas que también comparten el diagnóstico para formar parte de esta red. En la actualidad sus ejes de trabajo son la capacitación en temas de VIH al personal de salud ya la población en general, así como también la defensa de los derechos de las personas con VIH. Actualmente esta organización ha logrado tener presencia en los grupos de apoyo de los 14 departamentos.

2.3 Marco Conceptual

Definición de Términos

Acetilcolina: Neurotransmisor de acción central y periférica (actúa como mensajero todas las uniones entre una neurona motora y el músculo correspondiente en el que se produce una contracción) caracterizado por su síntesis, su almacenamiento, su acción postsináptica y su inactivación. Si se bloquea su acción, los músculos no se contraen y se paralizan. El exceso de acción provoca convulsiones musculares.

Agorafobia: Miedo a pasar por lugares abiertos, al aire libre; asociada a sensación de vértigo.

Amígdala: Estructura pequeña ubicada en lo profundo del cerebro que puede ser activada de manera anormal en el trastorno de la ansiedad.

Ansiedad: Definida como un estado emocional desagradable en el que hay sensaciones de peligro amenazador; es caracterizado por malestar, tensión o aprensión, generalmente la causa es un conflicto intrapsíquico inconsciente o irreconocible.

Antidepresivos: Son medicamentos que tratan la depresión. El médico puede recetarlos para mejorar el estado de ánimo, el sueño, el apetito y la concentración. Pueden ser necesarios varias semanas para sentir sus efectos.

Autoestima: Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. Es la percepción evaluativa de sí mismo.

Ciclomanía: Cambios de estado de ánimo entre la hipomanía y depresión menos severa. A menudo, con el paso del tiempo, se convierte en una enfermedad bipolar más severa.

Compulsión: Tendencia interior imperativa que empuja a un sujeto a llevar a cabo cierta acción o pensar en cierta idea en tanto que la desaprueba o se la prohíbe en un plano consciente.

Confidencialidad: Es el derecho a que se mantenga reserva sobre el resultado del diagnóstico, manejo de los exámenes clínicos y de laboratorio, y de la progresividad de la enfermedad. Una vez confirmado el resultado que demuestre la presencia del VIH, las autoridades, profesionales, técnicos, auxiliares y demás personal encargado de la atención del paciente, están obligados a respetar este principio.

Consentimiento informado: Decisión potencial de los sujetos de participar o no en una investigación.

Cortisol: Hormona secretada por la glándula córtico-suprarrenal, perteneciente al grupo de los gluco-corticoides y estimulante del catabolismo proteico y de la formación del glucógeno en el nivel del hígado. Tiene un importante papel en el estrés y la depresión, participa en el control de metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas. Las situaciones de estrés producen un aumento de

ACTH, y consecuentemente se produce la secreción de cortisol que prepara al organismo para defenderse.

Depresión: En el lenguaje de la psicología clínica, la depresión es un síndrome, un grupo de síntomas emocionales, físicos y del comportamiento; caracterizados por la tristeza, la disminución de la autoestima, la pérdida del placer y algunas veces dificultad para desempeñarse. Si estos problemas persisten a través del tiempo, causan un verdadero sufrimiento.

Desensibilización sistemática: Técnica terapéutica que se basa en la teoría del aprendizaje, en el cual el paciente recibe primero entrenamiento sobre la relajación muscular y después imagina una serie de situaciones que le provocan cada vez mayor ansiedad, hasta que ya no la experimenta al pensar en el estímulo.

Distimia: También conocida como depresión crónica, y se caracteriza por la presentación de la mayoría de los síntomas que aparecen en la depresión mayor, aunque dichos síntomas suelen ser menos intensos en este caso y se prolongan más en el tiempo (como mínimo dos años).

Estrés: Estado de gran tensión nerviosa originado por el exceso de trabajo, las aspiraciones no satisfechas, la ansiedad, etc.

Hipomanía: Estado caracterizado por una exaltación leve y persistente del ánimo, un aumento de la vitalidad y, por lo general, sentimientos marcados de bienestar y elevado rendimiento físico y mental. El individuo se vuelve más sociable, hablador, se comporta con una familiaridad excesiva, pudiendo mostrar un excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad de sueño, pero sin una intensidad suficiente como para interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social.

Hipotálamo: Estructura nerviosa del sistema límbico que regula las reacciones emocionales, inicia y controla parte de la conducta y de la respuesta sexual, así como el hambre y la sed, y controla la temperatura. Es responsable de las

reacciones de excitación general del organismo. Promueve respuestas mediatizadas por la adrenalina, como la taquicardia, la frecuencia respiratoria y la actividad somática de tipo simpático, es también responsable de las reacciones de relajación, es el centro cerebral de la recompensa, del asco y de la aversión.

Histeria: Neurosis caracterizada por la hiperexpresividad de las ideas, de las imágenes y de las emociones inconscientes. Se produce una estrechez del campo de la conciencia y una alteración motriz o sensorial que se caracterizan por fenómenos de conversión o disociativos.

Manía: Episodios caracterizados por un estado de ánimo anormal o persistentemente elevado, expansivo o irritable, que incluye por lo menos tres de los siguientes síntomas: autoestima exagerada o grandiosidad, reducción del sueño, verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades dirigidas a una meta, participación excesiva en actividades placenteras.

Melancolía: Estado depresivo particularmente severo, caracterizado por un dolor moral intenso, con sentimientos de culpabilidad y de auto desprecio, gran tristeza, lentitud psicomotora que puede alcanzar, a veces, el estupor, y una ansiedad mayor que se acompaña frecuentemente de insomnio, de trastornos digestivos y culpabilidad excesiva o infundada. Como melancolía se ha denominado históricamente a la conocida en la actualidad, como depresión mayor.

Negación: Mecanismo de defensa por el cual el individuo rechaza todo tipo de pensamiento, sentimiento o acción.

Neurotransmisor: Producto químico del sistema nervioso que hace posible el movimiento de los impulsos nerviosos a través de la sinapsis. Los neurotransmisores más conocidos son la acetilcolina, las endorfinas y las catecolaminas.

Noradrenalina: Neurotransmisor del sistema nervioso simpático, perteneciente a la familia de las catecolaminas. Se transforma en adrenalina por un proceso denominado metilación. Incrementa la tensión arterial y provoca taquicardia. Estimulador específico del sistema nervioso central. Es conocida también con el nombre de norepinefrina.

Obsesión: Idea intrusiva que se impone a la mente, fuera del control consciente del sujeto, que no acostumbra a aceptarla. El sujeto no puede apartarla de su pensamiento, a pesar de reconocer su carácter absurdo. Es característico del trastorno obsesivo-compulsivo, aunque puede presentarse también en otras alteraciones (esquizofrenia, depresión, etc.).

Pensamientos automáticos: Son pensamientos estereotipados que aparecen de forma involuntaria e incontrolada y que para el individuo son reales y posibles.

Recuento de células CD4: Los valores de CD4 ayudan a definir el riesgo de adquirir infecciones oportunistas, así como evaluar si hay que colocar al paciente antirretrovirales y determinar si el tratamiento que se está aplicando es efectivo. El método actual para medir el CD4 es la citometría de flujo.

REDSAL: Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-SIDA.

Serotonina: Neurotransmisor que interviene en el control del dolor, el sueño y el tono postural; en la inhibición del hambre, el sexo o la impulsividad; y en la adecuada modulación del estado de ánimo. Se ha demostrado una disfunción serotoninérgica en múltiples patologías psiquiátricas, además de la depresión, ansiedad, esquizofrenia, conductas adictivas, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de la alimentación, pérdida del control de los impulsos y otros.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Síndrome: Agrupación de signos y síntomas, basada en su frecuente co-ocurrencia, que puede sugerirse una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

Síntoma: Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por los individuos afectados más que el observado por el examinador.

TAR: Terapia Antirretroviral. Se administra a las personas diagnosticadas con VIH.

Trastorno de ansiedad: Trastorno en el cual el miedo o la tensión superan al individuo y son el síntoma principal. Incluye fobias, trastornos de pánico y trastorno de ansiedad generalizada.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana. Es un virus que ataca las defensas del organismo humano (sistema inmunológico). Estas defensas están formadas por los glóbulos blancos que defienden al organismo de las infecciones. El VIH utiliza los glóbulos blancos sanos para reproducirse a si mismo, dañando el sistema inmunológico y dejando el cuerpo más susceptible a las enfermedades.

VIH avanzado: Es la fase avanzada con la infección de VIH. Una persona VIH positiva es diagnosticada con Sida cuando su sistema inmunológico esta tan debilitado que ya no es capaz de combatir infecciones como la neumonía, y varias formas de cáncer.

Virus: Los virus son un reino de parásitos intracelulares obligatorios, de pequeño tamaño, de 20 a 500 milimicras, constituidos sólo por dos tipos de moléculas: un ácido nucleico y varias proteínas. El ácido nucleico, que puede ser ADN o ARN, según los tipos de virus, está envuelto por una cubierta de simetría regular de proteína, denominada cápside.

2.4 Marco Legal

2.4.1 La lucha por los derechos de las personas con VIH

A lo largo de la historia han existido diversos esfuerzos en la búsqueda de garantizar el respeto a la dignidad humana. Partimos que toda persona tiene derechos y libertades fundamentales independientemente de su nacionalidad, sexo, raza, religión, idioma o cualquier condición social. Sin embargo, nos encontramos con diversos grupos de personas, que por alguna condición de vida, sufren diferentes formas de discriminación. Uno de los grupos que han realizado grandes esfuerzos en la búsqueda de hacer validar sus derechos son las personas portadoras del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Actualmente, encontramos diferentes mecanismos legales internacionales y nacionales que buscan evitar todo tipo de discriminación o violación a los derechos de las personas. Existen diferentes maneras de lograr que las personas que viven con VIH no tengan diferencia en los derechos y obligaciones, una de ellas es crear a través de políticas, planes y programas que permitan gozar de mejores servicios para lograr una mejor calidad de vida.

Dichas estrategias para que sean implementadas, necesitan que exista una buena legislación y que esta vaya de acuerdo al contexto de cada país. El principal objetivo es proteger, promover y mejorar la vida de las personas viviendo con VIH, y a su vez garantizar el bienestar físico, emocional y mental. Dentro de este marco y en relación al VIH-Sida en El Salvador existe la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, la cual, según Decreto 588 de la Asamblea Legislativa, tiene como objetivo prevenir, controlar y regular la atención de la infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana, establecer las obligaciones de las personas portadoras del virus y definir de manera general la Política Nacional de atención integral ante el VIH/Sida.

Además, garantiza los derechos individuales y sociales de las personas viviendo con el VIH/Sida; según Art. 2 “Principios Rectores” La no discriminación, la confidencialidad, la continuidad, la integridad, la calidad, la calidez, la equidad, la

información y la corresponsabilidad son los principios rectores que inspiran las disposiciones de la presente ley; sin perjuicio de los derechos establecidos en la constitución y en los tratados internacionales que en materia de salud y derechos humanos, haya suscrito y ratificado.

En el Salvador todavía falta mucho por hacer en el tema, para lograr mejorar las condiciones de salud y derechos de las personas que viven con VIH.

2.4.2 La Ética Profesional en el ejercicio de la Investigación Científica.

El profesional en psicología tiene un mayor papel en el campo de la salud, especialmente en la prevención y tratamiento de las enfermedades, dichos avances implican efectuar estudios donde se muestre que en muchos casos los trastornos emocionales se relacionan con la salud y la enfermedad, y de ser identificados se podrían evitar efectos colaterales del tratamiento debido a su estado emocional. Las investigaciones psicológicas pueden promover una mejor respuesta emocional ante las enfermedades. A través de las investigaciones, los psicólogos y psicólogas tienen enormes posibilidades de contribuir a la salud física y bienestar de las personas que han sido infectadas con el VIH.

Las investigaciones con Humanos en El Salvador se encuentran normadas por el código de Ética para el ejercicio de la profesión de psicología, fiscalizado por la Junta de Vigilancia de dicha profesión. El código de Ética, en uno de los Principios Básicos, retoma la Responsabilidad Social.

“Como psicólogo acepta que el compromiso científico profesional está al servicio de las personas y de la sociedad; se esfuerza por contribuir al desarrollo de la psicología como una disciplina para lograr la salud integral y especialmente la salud mental de los individuos de la comunidad”.⁵

⁵Código de Ética para el ejercicio de la profesión de psicología en El Salvador. II Principios Básicos. Responsabilidad social No. 6

A través de la investigación científica se fortalece la responsabilidad social y para ello se debe cumplir con las normas expresadas en el Código de Ética(III Normas Éticas 2. Normas específicas, 2.7. Como investigadores 2.7.1 Con Humanos), el cual ofrece los lineamientos legales que garantizan un proceso investigativo donde los participantes puedan obtener la información adecuada y necesaria, así como un trato que les proporcione el respeto a todos sus derechos para participar de una investigación científica.

En muchos casos para realizar investigaciones se tienen que emplear Instrumentos de evaluación psicológica que también se encuentran normados en dicho código y que en el inciso 2.3 letra J declara la responsabilidad de “proteger los resultados de las evaluaciones e interpretaciones para que no sean mal utilizados por personas inescrupulosas, y evitar, en las instituciones en donde hay base de datos psicológicos que no se revelen y no se utilicen sin autorización”.

El proceso de investigación exige, por encima de todo, el respeto de los derechos fundamentales de los pacientes. El respeto por la autonomía y la libertad de las personas a participar en la investigación es un derecho fundamental del individuo; que se garantiza con el consentimiento informado que sirve para que las personas, que serán sometidas a la investigación, puedan conocer todo acerca del estudio y decidir libremente si desean o no participar.

Por lo tanto para realizar investigaciones, los profesionales en la psicología deben de estar apegados a normas científicas, éticas y legales que den cumplimiento al Código de Ética y que a través del ejercicio de la profesión contribuya con la responsabilidad social por medio de recursos científicos.

2.4.3 Investigaciones con humanos

La decisión de emprender una investigación, por parte del profesional de la salud, descansa en el juicio de contribuir a la ciencia de la psicología y al bienestar humano. Sobre esta base el psicólogo realiza estudios con respeto y consideración de la dignidad y bienestar de las personas que participan, y con conocimiento de las regulaciones legales, normas éticas y profesionales que rigen la realización de

investigaciones con humanos.⁶ En este sentido el investigador/a debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- **Consentimiento informado**

El investigador ético informa a los sujetos, antes de que participen “de todos los aspectos de la investigación que influyen en su disposición a participar y explica todo asunto adicional sobre dudas de los participantes”. Esto quiere decir que debe advertirse a los participantes sobre los aspectos de la investigación que pudieran tener efectos perjudiciales. En la mayor parte de las investigaciones psicológicas, los participantes reciben información completa sobre lo que se les pedirá que hagan durante el estudio, de manera que puedan decidir libremente participar, es decir, que haya consentimiento a sabiendas de los posibles problemas asociados con su participación.

- **Libertad de Retirarse**

En una investigación debe “respetarse la libertad del individuo de rehusarse a participar o retirarse de la investigación en cualquier momento”. El investigador ético toma muy en cuenta este aspecto.

- **Protección contra daños y revelación de la información.**

La APA (Asociación de Psicología Americana) propone una garantía adicional que ofrece protección contra daños a los participantes en las investigaciones. Los sujetos deben contar con algún medio para ponerse en contacto con el investigador después de participar en la investigación. Los investigadores proporcionan información detallada, lo que significa que explica los propósitos generales de la investigación. Además, describe minuciosamente las manipulaciones de modo que se disipe cualquier duda o malentendido.

- **Confidencialidad**

⁶Kantowitz B.H. Roediger III H.L. Elmes D.G. Psicología Experimental. Séptima Edición. Editorial Thomson Learning

A menos que se acuerde otra cosa, debe mantenerse en estricto secreto la participación de las personas en un estudio. En las investigaciones, no se puede revelar la información personal de los participantes.

CAPÍTULO III

FORMULACION DE HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis de Investigación

H1. Las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida) del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida presentan **altos** niveles de Ansiedad.

H2. Los niveles de depresión que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida) del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida son **altos**.

H3. Las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida) del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida presentan **bajos** niveles de Autoestima.

3.2. Hipótesis Nulas

Ho. Las personas que han sido diagnosticadas con VIH-Sida del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida **NO** presentan altos niveles de Ansiedad.

Ho. Los niveles de depresión que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH-Sida del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida **NO** son altos.

Ho. Las personas que han sido diagnosticadas con VIH-Sida del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida **NO** presentan bajos niveles de Autoestima.

CAPÍTULO IV

METOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño de la investigación

La investigación corresponde a un diseño no experimental, ya que no existe ningún tipo de manipulación de variables¹ y Transeccional porque la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento.

4.2. Tipo de Investigación

Debido al problema de investigación y a las variables que se midieron, se trata de un estudio de alcance descriptivo, ya que tiene como propósito medir, evaluar y recoger información de manera conjunta sobre tres variables para luego describir lo que se investiga (Hernández Sampieri, 2010).

4.3. Población y Muestra

4.3.1 Población

La población se encuentra formada por 18 personas que integran el Grupo de Apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida.

¹Sampieri R.H. Fernández-Collado C. Baptista L.P. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. Editorial MacGraw-Hill.

4.3.2.1. Características de la población

Nivel Académico		Estado laboral	
Nivel	# Participantes	Estado	# Participantes
Ningún grado	1	Desempleado	5
Primaria	5	Ama de Casa	6
Secundaria	4	Vendedor Informal	3
Tercer ciclo	5	Empleados	4
Universitarios	3		
Totales	18		18
Sexo de la Muestra			
Masculino		Femenino	
7		11	

4.4. Descripción de la población

La población está constituida por 18 personas, 7 hombres y 11 mujeres, que oscilan entre las edades de 24 a 72 años, con niveles académicos que van desde 0 hasta educación superior, encontrándose la mayoría en el nivel básico.

Todos los miembros de este grupo tienen un diagnóstico confirmado de VIH positivo y pertenecen al Grupo de Apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” que se reúnen los días jueves en las instalaciones de la Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida (REDSAL).

4.5. Diseño Muestral

Muestra extraída de forma dirigida, no probabilística. Se tomaron subgrupos de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad si no de las características de la investigación.

4.6. Cálculo del tamaño de la Muestra

No se efectúa cálculo de la muestra ya que la estimación es de tipo no probabilística.

CAPÍTULO V

RECOLECCION DE LOS DATOS

5.1 Técnicas e instrumentos de investigación

En la investigación se utilizó la técnica del cuestionario con preguntas cerradas por medio de los cuales se recogieron datos sobre las tres variables.

5.2. Instrumentos de investigación

Para esta investigación se utilizaron los instrumentos siguientes:

- **Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung**

La escala fue diseñada por William Zung en 1971 con el objeto de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad. La prueba es conocida también como ASI.

La escala consta de 20 ítems. 5 hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad. Las respuestas de la escala son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas: 1. Ausente 2. Ligera 3. Moderada 4. Fuerte.

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

Es un inventario elaborado por A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendel son, J. Mock y J. Erbaugh. El objetivo de esta prueba es evaluar la gravedad del cuadro depresivo y consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de

melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. La administración de la prueba es autoaplicada, aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante entrevista. El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Usereos. Las puntuaciones correspondientes a las distintas gravedades de la depresión según este instrumento, son: 1. Depresión ausente o mínima. 2. Depresión leve 3. Depresión moderada 4. Depresión grave.

- **Inventario de Autoestima de Coopersmith**

El inventario de Autoestima de Coopersmith (Adaptación de Muriel B. Ryden para personas con VIH-Sida) corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. Este fue presentado originalmente por Stanley Coopersmith en 1959. Se aplica a partir de los 14 años, individualmente, con un tiempo de aplicación de 20 a 30 minutos. Es un instrumento de auto-reporte de 58 ítems y mide autoestima general, social, familiar y académico; con un análisis cuantitativo. Mediante la prueba se obtiene una valoración de la autoestima en tres niveles: nivel alto, nivel medio y nivel bajo.

5.3. Aplicación de instrumentos de investigación

Se solicitó el permiso por escrito a la directora de la institución para la aplicación de los instrumentos. Se obtuvo el consentimiento por parte de los miembros del grupo de apoyo, los cuales decidieron participar en el estudio libremente. Se estableció el día y la hora de la aplicación de las escalas. En la aplicación se dieron las indicaciones correspondientes según la consigna de cada uno de los cuestionarios. La aplicación se hizo de forma colectiva y tuvo una duración de aproximadamente tres horas.

5.4. Proceso de recolección de datos

Una vez aplicados los instrumentos para la recolección de los datos, se llevo a cabo el procesamiento de la información para su respectivo análisis; lo que permitió elaborar las conclusiones y recomendaciones del estudio.

CAPÍTULO VI

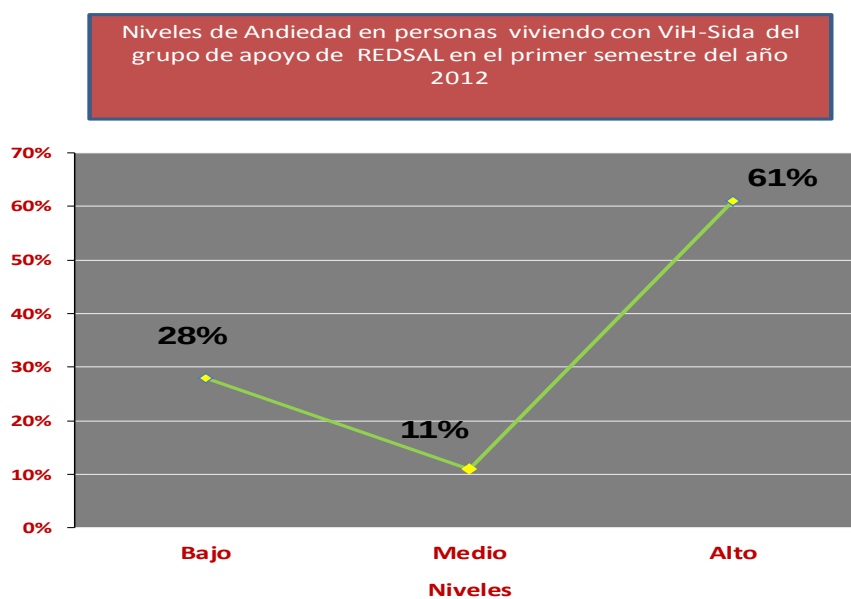
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

6.1. Resultados Variable Ansiedad

Niveles de Ansiedad

Niveles	Participantes	%
Bajo	5	28%
Medio	2	11%
Alto	11	61%
Total	18	100%

En el cuadro 6.1 se observan los resultados de la escala de Ansiedad, en donde un 61% de la población en estudio presentan altos niveles de ansiedad; mientras que un 11% se encuentra en un nivel medio y un 28% se ubica en un nivel bajo de ansiedad. Estos resultados confirman la presencia de altos niveles de ansiedad en personas viviendo con VIH-Sida.



Frente a un diagnóstico de VIH positivo las personas presentan niveles altos de ansiedad, ya que se encuentran expuestos a situaciones particulares a raíz de su diagnóstico como la pérdida de empleo, falta de apoyo familiar, tratamiento farmacológico constante, situaciones de discriminación, entre otras, lo que genera miedo y preocupación excesiva que los lleva a estados de ansiedad y aprensión, pensamientos intrusivos; paralelo a estos factores se encuentran los síntomas físicos como mareos, sudoración, temblores, taquicardia, y sentimientos de tensión que puede llegar agudizar su estado de salud.

Esta situación que se refleja en la anterior gráfica, ya que de 18 participantes, 11 presentan niveles altos de ansiedad, lo que representa a un 61% de la población estudiada.

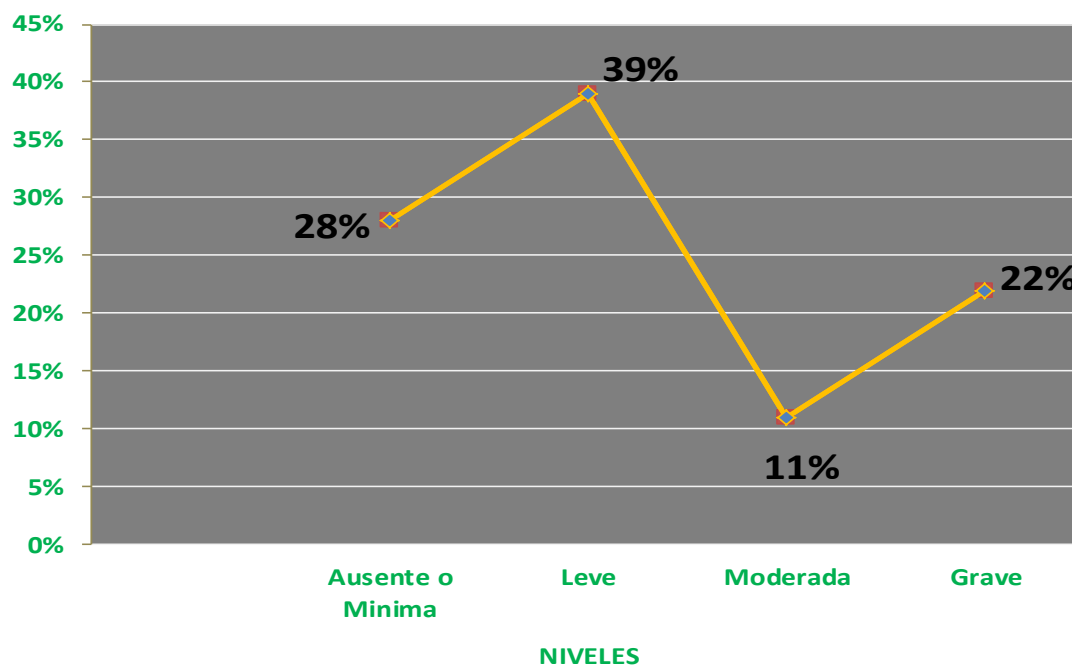
6.2. Resultados Variable Depresión

Niveles de depresión

Niveles	Participantes	%
Ausente o Mínima	5	28%
Leve	7	39%
Moderada	2	11%
Grave	4	22%
Totales	18	100%

En la tabla 6.2 se destaca que un 72% de la población presenta algún grado de depresión, en niveles de: grave moderado y leve; lo cual indica que aunque no se observa una predominancia en uno específico, si existe la presencia de depresión en diferentes niveles; y sólo un 28% presenta ausencia o un nivel mínimo de depresión.

Niveles de Depresión en personas viviendo con VIH-Sida del grupo de apoyo de REDSAL en el primer semestre del año 2012



Los factores ambientales, eventos de vida, en especial la acumulación de sucesos estresantes, pueden jugar un papel importante en el aparecimiento de la depresión.

Según lo encontrado en el estudio, cuando una persona es diagnosticada con VIH-Sida, puede verse afectada en su estado de ánimo ya que 13 de 18 personas presentaron algún grado de depresión, según la sintomatología, reflejan desde una melancolía menor hasta una visión profundamente negativa del mundo que no le permite funcionar en una forma eficaz, llevándolo a presentar resultados negativos a largo plazo.

Un diagnóstico de VIH puede aumentar en la persona el riesgo de desarrollar trastornos depresivos. A su vez la depresión puede predecir una afectación en el sistema inmunológico, lo que puede apresurar el curso de la enfermedad.

La depresión altera las funciones vitales y repercute en las actividades de la vida diaria. Los síntomas mas evidentes son la apatía y pérdida de interés o disminución del placer al realizar ciertas actividades, así como la sensación de vacío, desesperanza, problemas del sueño constante, fatiga y pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, disminución en la capacidad para concentrarse, y hasta pensamientos recurrentes de muerte o ideaciones suicidas, lo que puede llegar a generar un deterioro mayor en la persona diagnostica con VIH-Sida.

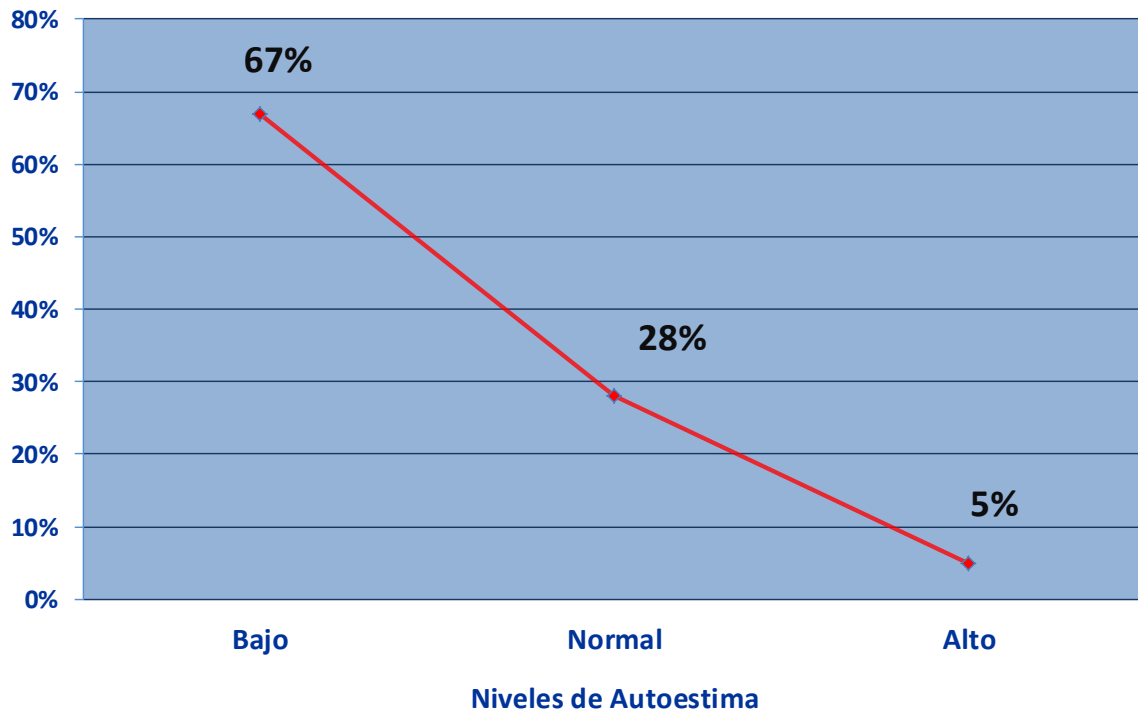
6.3 Resultados Variable Autoestima

Niveles de Autoestima

Niveles	Autoestima General	%
Autoestima Baja	12	67%
Autoestima Normal	5	28%
Autoestima Alta	1	5%
Total	18	100%

En la tabla 6.3 se observa que un 67% de la población presentan un nivel bajo de autoestima y solo un 28% presenta un nivel normal de autoestima; mientras que un 5% de la población presentan un nivel alto.

Niveles de Autoestima General en personas viviendo con VIH-Sida del grupo de apoyo de REDSAL en el primer semestre del año 2012



Estos resultados destacan la presencia de bajos niveles de autoestima en la población estudiada; esta situación puede deberse a las experiencias negativas a las que se enfrentan las personas diagnosticadas con VIH-Sida, como la discriminación, estigmatización, presiones y/o aislamiento familiar y el contexto social de la comunidad, la Iglesia y lugar de trabajo, restricciones de viajes; negativa a brindar cuidados sanitarios básicos inciden en la baja autoestima que pueda tener una persona que ha sido diagnosticada con VIH. Aunado a estos factores se generan otros como: violencia física y/o psicológica contra personas de orientación homosexual, del trabajo sexual y drogodependientes. Esto trae como consecuencia que las personas diagnosticadas positivas en muchas ocasiones se caractericen por ser individuos ansiosos, vacilantes e inseguros de sí mismo, piensan que son perdedores e inútiles, pueden ser celosos, desconfiados de los demás, se desprecian a sí mismos, están llenos de culpa, autrechazo, vergüenza y remordimiento frente al

hecho de haber sido diagnosticados con VIH-Sida, lo que pueden llevar a agravar la condición de salud física y emocional.

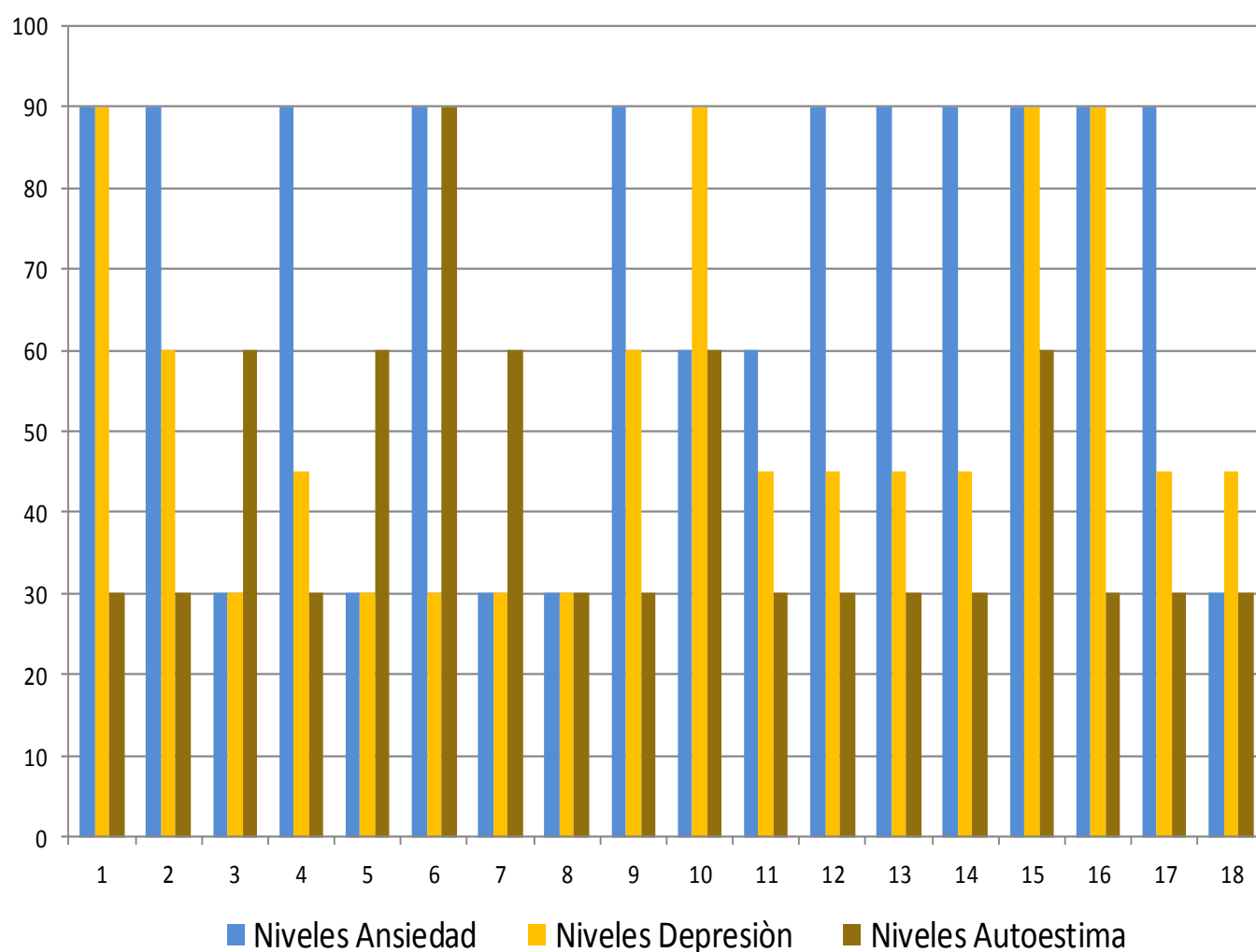
Según los datos arrojados por el estudio, solo el 28% de la población presenta un nivel normal, lo que indica que un porcentaje mínimo de personas toman una actitud positiva de sí mismos y que probablemente no es común entre la población que vive con VIH-Sida; es decir que no es frecuente encontrar niveles de autoestima positiva normal.

6.4 Comparación entre variables

COMPARATIVO DE ANSIEDAD DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA			
PARTICIPANTES	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	AUTOESTIMA
1	ALTO	GRAVE	BAJA
2	ALTO	MODERADA	BAJA
3	BAJO	AUSENTE O MINIMA	NORMAL
4	ALTO	LEVE	BAJA
5	BAJO	AUSENTE O MINIMA	NORMAL
6	ALTO	AUSENTE O MINIMA	ALTA
7	BAJO	AUSENTE O MINIMA	NORMAL
8	BAJO	AUSENTE O MINIMA	BAJA
9	ALTO	MODERADA	BAJA
10	MEDIO	GRAVE	NORMAL
11	MEDIO	LEVE	BAJA
12	ALTO	LEVE	BAJA
13	ALTO	LEVE	BAJA
14	ALTO	LEVE	BAJA
15	ALTO	GRAVE	NORMAL
16	ALTO	GRAVE	BAJA
17	ALTO	LEVE	BAJA
18	BAJO	LEVE	BAJA

En el cuadro 6.4 se muestra una comparación de resultados entre variables de la población estudiada en donde los resultados altos de depresión y ansiedad están asociados a niveles bajos de autoestima; mientras que los niveles bajos de ansiedad y depresión están asociados con altos niveles de autoestima.

Compartivo de variables Ansiedad, Depresión y Autoestima que presenta el grupo de apoyo de REDSAL en el primer semestre del año 2012

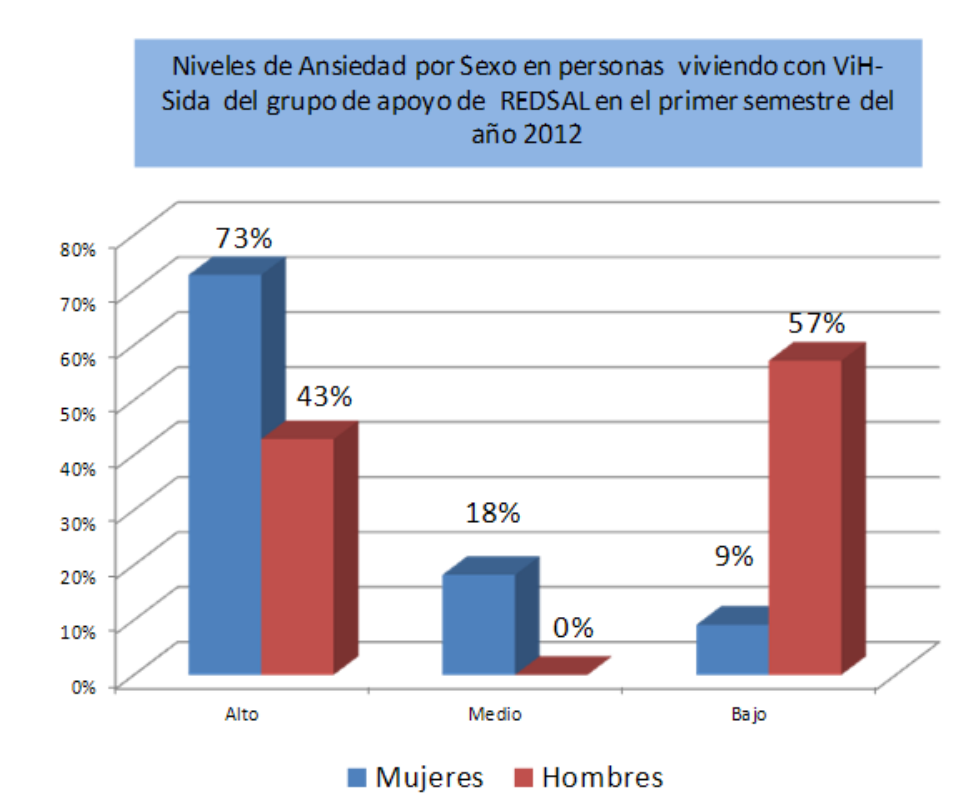


6.5 Comparativo de los Niveles de Ansiedad en Mujeres y Hombres

Niveles de Ansiedad Mujeres/Hombres

Sexo	Alto	Medio	Bajo
Mujeres	73%	18%	9%
Hombres	43%	0%	57%

En la tabla 6.5 se muestra que existe una diferencia significativa entre los niveles de ansiedad que presentan hombres y mujeres, ya que, el 73% de las mujeres presentan altos niveles de ansiedad, contrario a los hombres que solo un 43% se encuentran en este nivel. Por otro lado, un 57% de los hombres se ubican en un nivel bajo de ansiedad; mientras que solo el 9% de las mujeres se ubican en este nivel. Cabe destacar que en comparación con los hombres, las mujeres son las más afectadas con esta problemática.



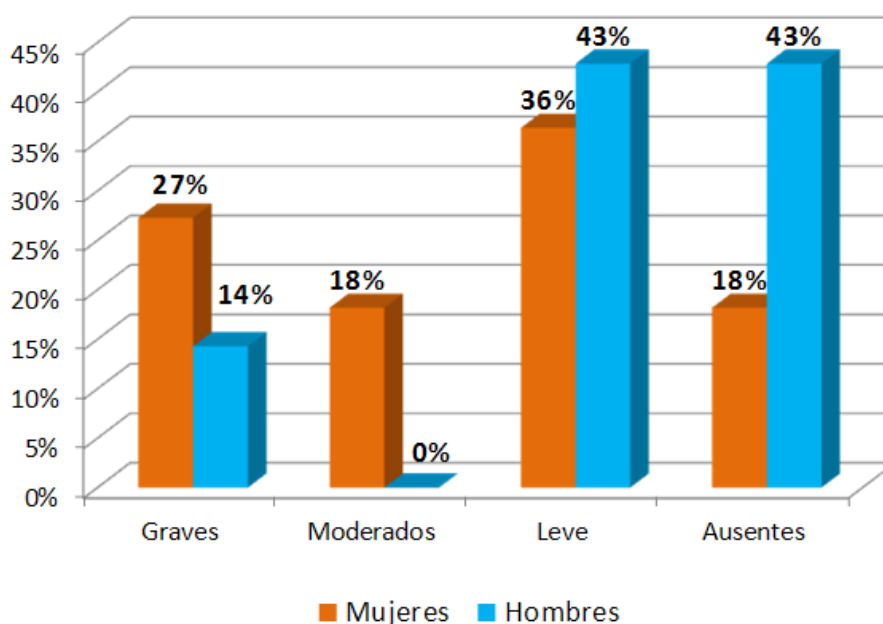
6.6 Comparativo de los Niveles de Depresión en Mujeres y Hombres

Niveles de Depresión Mujeres/Hombres

Sexo	Graves	Moderados	Leve	Ausentes
Mujeres	27%	18%	36%	18%
Hombres	14%	0%	43%	43%

En la tabla 6.6 se observa una comparación entre mujeres y hombres en la variable depresión, en donde un 81% de la población femenina presenta algún nivel de depresión, comparado con un 57% en la población masculina. Otro dato importante es la ausencia de depresión en ambos sexos; donde se ve reflejado que el 43% de los hombres presenta ausencia de depresión y solo un 18% de la población femenina no presenta depresión. Estos resultados nos indican que las mujeres tienden a desarrollar cuadros depresivos frente a un diagnóstico de VIH con más frecuencia que los hombres.

Niveles de Depresión entre Hombres y Mujeres que presentan los miembros del grupo de apoyo de REDSAL en el primer semestre del año 2012



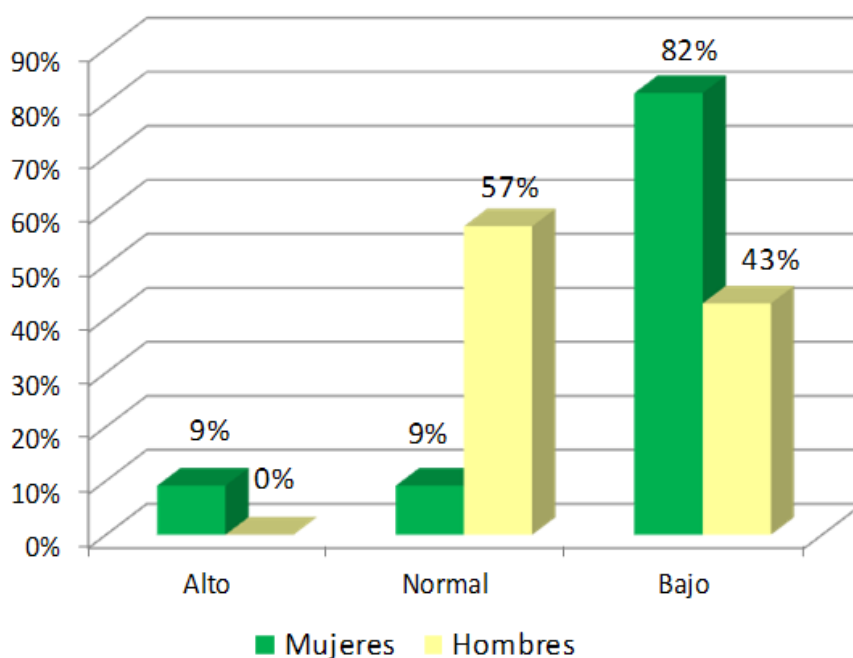
6.7 Comparativo de los Niveles de Autoestima en Mujeres y Hombres

Niveles de Autoestima Mujeres/Hombres

Sexo	Alto	Normal	Bajo
Mujeres	9%	9%	82%
Hombres	0%	57%	43%

En la tabla 6.7 encontramos una clara diferencia entre los niveles de autoestima que presentan ambos sexos, en donde un 82% de la población femenina presenta niveles bajos de autoestima y solo un 43% en el caso de los hombres, concluyendo una predominancia en niveles bajos de autoestima en mujeres.

Niveles de Autoestima entre Hombres y Mujeres que presentan los miembros del grupo de apoyo de REDSAL en el primer semestre del año 2012



Análisis sobre las diferencias entre hombres y mujeres en las tres variables

Como puede observarse en las gráficas comparativas entre hombres y mujeres existe una clara diferencia de porcentajes mas elevados en mujeres que en hombres, en las variables de ansiedad y depresión, y porcentajes más bajos en autoestima.

De acuerdo a lo observado en la población estudiada y a los datos encontrados, esta predominancia en mujeres podría estar asociada a factores psicosociales a los que aun se ven expuestas las mujeres, como es el hecho de que ellas consultan con mayor frecuencia su estado de salud, tanto emocional como física, lo que conlleva a un incremento en las estadísticas sobre trastornos mentales y casos de VIH, y en nuestro estudio, esta no fue la excepción, ya que el grupo de apoyo estaba conformado por mas mujeres que hombres. Las mujeres, por tanto, tienden más a buscar ayuda, mientras que los hombres tienden a reprimir más y a resolver solos sus conflictos.

Otros factores que también contribuyen son los patrones culturales, como el machismo y los roles asignados a la mujer.

Otros estudios destacan la vulnerabilidad biológica, lo cual no se profundizó en nuestra investigación. Mientras otros investigadores sugieren que los cambios hormonales en determinados periodos de su vida justifican su mayor vulnerabilidad, sobre todo en las épocas en que sufren los cambios hormonales más significativos, como el periodo premenstrual, postparto y menopausia.

6.8. Comprobación de hipótesis

6.8.1. Hipótesis Específica 1(Hi1)

En vista de que los niveles de ansiedad encontrados fueron altos, en un 61% de la población, se acepta la Hipótesis de Investigación y se rechaza la Hipótesis Nula.

Por lo que el resultado de la investigación permite expresarla de la siguiente manera:

Las personas que han sido diagnosticadas con VIH-Sida del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida presentan **altos** niveles de Ansiedad.

6.8.2. Hipótesis Específica 2 (Hi2)

En vista que un 72% de las personas presentaron algún nivel de depresión, se acepta la Hipótesis de Investigación y se rechaza la Hipótesis Nula.

Por lo que el resultado de la investigación permite expresarla de la siguiente manera:

Los niveles de depresión que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH-Sida del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida son **altos**.

6.8.3. Hipótesis Específica 3 (Hi3)

En vista que los niveles de autoestima encontrados en el estudio fueron bajos, en un 67% de la población, se acepta la Hipótesis de Investigación y se rechaza la Hipótesis Nula.

Por lo que el resultado de la investigación permite expresarla de la siguiente manera:

Las personas que han sido diagnosticadas con VIH-Sida del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida presentan **bajos** niveles de Autoestima.

MATRIZ DE CONGRUENCIA

Problema de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Técnica de recolección de datos
¿Cuáles serán los Niveles de Ansiedad, Depresión y Autoestima que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH-Sida del grupo de apoyo de la Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH-Sida (REDSAL), en el primer semestre del año 2012?	General Identificar los niveles de ansiedad, depresión y autoestima que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida), del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida (REDSAL), en el primer semestre del año 2012.			
	Objetivo Específico 1 Investigar los niveles de ansiedad que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida), del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida (REDSAL), en el primer semestre del año 2012.	He.1 Las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida) del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida presentan altos niveles de Ansiedad	Ansiedad	Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung
	Objetivo Específico 2 Conocer los niveles de depresión que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida), del grupo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de apoyo de la Red	He.2 Los niveles de depresión que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida) del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas	Depresión	Inventario de Depresión de Beck

	Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida (REDSAL), en el primer semestre del año 2012.	viviendo con VIH-Sida son altos.		
	Objetivo Específico 3 Identificar los niveles de autoestima que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida), del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida (REDSAL), en el primer semestre del año 2012.	He.3 Las personas que han sido diagnosticadas con VIH y VIH avanzado (Sida) del grupo de apoyo “Olga estamos luchando por sobrevivir” de la Red Salvadoreña de Personas viviendo con VIH-Sida presentan bajos niveles de Autoestima.	Autoestima	Inventario de Autoestima de Coopersmith. Adaptación de Muriel B. Ryden para personas viviendo con VIH.