

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

CSH

**" AUTOCONCEPTO Y LOCUS DE CONTROL
EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA "**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTAN:

**DANIEL MARTÍNEZ HUERTA
RAÚL FERNANDO MARTÍNEZ LÓPEZ**

COORDINACIÓN DE SERVICIOS
DOCUMENTALES - BIBLIOTECA

ASESORES:

**J. OCTAVIO NATERAS DOMÍNGUEZ (UAM)
PATRICIA ANDRADE PALOS (UNAM)**

LECTORES:

**SALVADOR ARCIGA BERNAL
JOSUÉ R. TINOCO AMADOR**



SEPTIEMBRE DE 2001.

DEDICATORIAS

225613

A MI HIJA DANIELA

**QUE CON SU NACIMIENTO ME DIO FUERZAS PARA CONTINUAR
Y CON SU FRASE: "PAPA COLLELE...."
ME IMPULSO PARA TERMINAR ESTE TRABAJO.**

DANIEL.

**A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA
Y A LAS PERSONAS QUE LUCHAN CONTRA EL VIH/SIDA,
PARA EVITAR QUE SE EXTIENDA ESTA EPIDEMIA.**

RAÚL FERNANDO.

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I EL AUTOCONCEPTO	8
1.1.- DEFINICION DEL AUTOCONCEPTO.....	8
1.2.- DESARROLLO Y FORMACIÓN DEL AUTOCONCEPTO.....	11
1.3.- COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO.....	12
1.4.- EL AUTOCONCEPTO EN LA FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA.....	12
1.5.- DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO	13
1.5.1.- DIMENSION INTERNA.....	14
1.5.2.- DIMENSION EXTERNA.....	14
1.6.- IMPORTANCIA DEL AUTOCONCEPTO.....	15
1.7.- VIH/SIDA Y AUTOCONCEPTO.....	17
 NOTAS DE PIE DE PAGINA.....	 21
CAPÍTULO II EL LOCUS DE CONTROL.....	22
2.1.- DEFINICIÓN DEL LOCUS DE CONTROL.....	22
2.2.- CONCEPTUALIZACIÓN Y DESARROLLO DEL LOCUS DE CONTROL.....	24
2.3.- LOCUS DE CONTROL Y ATRIBUCIÓN.....	25
2.4.- LOCUS DE CONTROL E INCAPACIDAD APRENDIDA.....	26
2.5.- ATRIBUCIÓN Y MOTIVACIÓN AL LOGRO.....	27
2.6.- IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DEL LOCUS DE CONTROL.....	29
2.7.- VIH/SIDA Y LOCUS DE CONTROL.....	30
 NOTAS DE PIE DE PAGINA.....	 32
CAPÍTULO III CARACTERIZACIÓN DEL VIH/SIDA.....	33
3.1.- BREVE REVISIÓN HISTÓRICA DEL VIH/SIDA.....	33
3.2.- DEFINICIÓN DEL SIDA.....	34
3.3.- FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.....	35
3.3.1.- VÍA SEXUAL.....	35
3.3.2.- VÍA SANGUÍNEA.....	35
3.3.3.- VÍA PERINATAL.....	36
3.4.- DIFERENCIAS ENTRE SER UNA PERSONA CON VIH Y SER UNA PERSONA CON SIDA.....	36

3.5.- PRUEBA DE ANTICUERPOS PARA EL VIH Y SU SIGNIFICADO.....	37
3.5.1.- ASESORÍA PRE-PRUEBA.....	37
3.5.2.- ASESORÍA POST-PRUEBA.....	38
3.5.3.- SIGNIFICADO DE LA PRUEBA.....	39
3.5.4.- PRUEBAS DE DETECCIÓN.....	39
3.6.- HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR VIH.....	40
3.6.1.- INFECCIÓN AGUDA.....	40
3.6.2.- INFECCIÓN ASINTOMÁTICA.....	40
3.6.3.- LINFADENOPATÍA GENERALIZADA PERSISTENTE (LGP).....	40
3.6.4.- SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).....	41
3.7.- PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH.....	41
3.7.1.- EN LA VÍA SEXUAL.....	42
3.7.2.- EN LA VÍA SANGUÍNEA.....	42
3.7.3.- EN LA VÍA PERINATAL.....	42
NOTAS DE PIE DE PAGINA.....	43
CAPÍTULO IV PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.....	44
4.1.- JUSTIFICACIÓN.....	44
4.2.- PROBLEMAS.....	46
4.2.1.- PROBLEMA GENERAL.....	46
4.2.2.- PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	46
4.3.- OBJETIVOS.....	46
4.3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	46
4.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
4.4.- HIPÓTESIS.....	47
4.4.1.- HIPÓTESIS GENERAL.....	47
4.4.2.- HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	47
4.5.- VARIABLES.....	47
4.5.1.- TIPO DE VARIABLES.....	47
4.5.2.- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	47
4.6.- TIPO DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO Y DISEÑO.....	49
4.7.- MÉTODO.....	49
4.7.1.- SUJETOS.....	49
4.7.2.- MUESTREO.....	49
4.7.3.- INSTRUMENTOS.....	49
4.7.4.- PROCEDIMIENTO.....	55
4.8.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	56
CAPÍTULO V PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	58

5.1.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA.....	58
5.1.1.- SEXO.....	58
5.1.2.- EDAD.....	58
5.1.3.- ESCOLARIDAD.....	59
5.1.4.- ESTADO CIVIL.....	59
5.1.5.- OCUPACIÓN.....	59
5.1.6.- INGRESO ECONÓMICO.....	60
5.2.- CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MUESTRA	60
5.2.1.- REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA VIH.....	60
5.2.2.- SEROLOGÍA RESPECTO AL VIH	61
5.2.3.- TIEMPO DE SER PORTADOR DEL VIH.....	61
5.2.4.- RECIBIR O NO APOYO EMOCIONAL.....	61
5.2.5.- TIEMPO DE RECIBIR APOYO EMOCIONAL.....	61
5.2.6.- TIPO DE APOYO EMOCIONAL RECIBIDO.....	62
5.2.7.- PERIODICIDAD DE ASISTENCIA A SESIONES DE APOYO EMOCIONAL....	62
5.2.8.- PRESENCIA O NO DE SÍNTOMAS.....	63
5.2.9.- SINTOMATOLOGÍA.....	63
5.2.10.- TIEMPO DE APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS.....	63
5.3.- MEDICIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA MUESTRA RESPECTO AL VIH/SIDA: TABLAS DE RESULTADOS, FRECUENCIAS Y PORCENTAJES	64
5.4.- CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS.....	68
5.4.1.- ESCALA DE AUTOCONCEPTO.....	68
5.4.2.- ESCALA DE LOCUS DE CONTROL.....	69
5.5.- VALOR DEL AUTOCONCEPTO Y LOCUS DE CONTROL DE LA MUESTRA....	70
5.5.1.- VALOR DEL AUTOCONCEPTO.....	70
5.5.2.- VALOR DEL LOCUS DE CONTROL.....	70
5.6.- ANÁLISIS DE VARIANZA: TABLAS DE GRUPOS POR VARIABLE Y ANOVAS.	71
5.7.- ONEWAY.....	73
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES.....	78
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	87
BIBLIOGRAFÍA	88
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA.....	91
ANEXO 1	92
ANEXO 2.....	97
ANEXO 3.....	101

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en una pandemia que ha tocado a seres de todas las clases sociales: sin importar su sexo, edad, raza, credo religioso o preferencia sexual. Si bien en un principio, el SIDA se consideró como un problema perteneciente solamente a ciertos grupos de la población como el de los homosexuales, el de las prostitutas y el de los drogadictos por vía intravenosa, 20 años después la situación es diferente.

Esta enfermedad, como toda aquella de tipo incurable, ha provocado en la sociedad un gran temor por el contagio, debido principalmente al desconocimiento de lo que realmente es y de sus mecanismos de transmisión. En el caso particular de quienes se infectaron con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), agente causal del SIDA, la perspectiva es diferente, pues este hecho tendrá significativas repercusiones en su personalidad y carácter; es decir, cuando alguien se sabe portador del VIH sus expectativas de vida y ante el mundo cambian.

En general se afirma que este síndrome modifica la situación intra-individual, las relaciones inter-individuales y las grupales; trayendo por consiguiente cambios en el autoconcepto, la autoestima y en las relaciones psicoafectivas de los afectados con la pareja y los grupos de referencia como son la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc.

La intención del presente trabajo consiste en estudiar el Autoconcepto y el Locus de Control de personas que viven con el VIH/SIDA y las consecuencias que trae consigo. Se realiza un análisis de cómo el Autoconcepto y el Locus de Control se ven afectados en aquellas personas que viven con VIH/SIDA tomando en consideración su edad, escolaridad, ingreso económico, tiempo de ser portador del VIH, etc.

En cuanto al autoconcepto se analizan 5 dimensiones que son: Social, Emocional, Ética, Iniciativa y Ocupacional. Por su parte, en el locus de control también se analizan 5 dimensiones, a saber: Fatalismo/Suerte, Poderosos del Macro Cosmos, Poderosos del Micro Cosmos, Afectividad e Internalidad Instrumental.

Por otra parte, los avances logrados en el conocimiento de los mecanismos de infección y de prevención, así como de las características del virus y de algunos tratamientos médicos, éstos han resultado insuficientes como para detener la propagación del virus y el desarrollo de la enfermedad. De ahí la necesidad de llevar a cabo investigaciones que contribuyan a la solución o control de la epidemia.

En el ámbito psicosocial también se han efectuado análisis para colaborar con la ciencia que lucha contra el SIDA, pues éste no puede ser descontextualizado de sus diversos aspectos y si debe ser abordado desde diferentes perspectivas a fin de ayudar a conocerlo y entenderlo mejor.

La información existente en torno al VIH/SIDA es variada y toca distintos tópicos que van desde los avances médicos y alternativas de tratamientos, hasta los impactos sociales y apoyos emocionales para las personas infectadas o enfermas. Pero a su vez, es necesario realizar cada día estudios que reflejen la imagen más reciente de estos aspectos. Por otra parte, las propuestas en su mayoría son extranjeras y sólo se adaptan a nuestra cultura y realidad, por lo cual en ocasiones no dan resultado. De aquí la importancia de hacer trabajos de corte nacional como lo es la presente investigación.

CAPITULO 1

AUTOCONCEPTO

El ser humano posee la característica de poder verse a sí mismo como si lo estuvieran viendo los demás, como si estuviera viéndose desde fuera y esto es lo que, entre otras características lo hace diferente de los demás seres vivos, formularse cuestiones tales como: ¿Quién soy?, ¿Porqué soy?, ¿De dónde vengo?, ¿A dónde voy?, ¿Qué hago aquí?, ¿Qué quiero?, etc . son interrogantes y necesidades de respuesta que orientan el interés de realizar investigaciones que respondan a las cuestiones antes citadas. De aquí se desprende la importancia de realizar investigaciones acerca del auto concepto que coadyuven a las contestaciones de tales interrogantes y nos ayuden a entender mejor los conceptos que la gente se forma de sí mismo.

El término autoconcepto es usado en muchos sentidos por los diferentes autores de las más diversas teorías, y a veces en el contexto de una misma teoría: así, el término autoconcepto mantiene una gran variedad de definiciones de acuerdo a los diferentes autores han estudiado. Una definición general dejaría fuera ciertas cualidades o significados en los que cada autor hubiera preferido poner mayor énfasis. Sin embargo, conservan en común su concepción inicial.

En la presente investigación los términos autoconcepto, autoimagen, concepto de sí mismo, imagen de sí mismo y self, se emplearan como sinónimos, y serán diferentes del termino autoestima. puesto que consideramos al autoconcepto como parte integrante de la autoestima, según se describe en el apartado de la formación de la autoestima.

1.1 DEFINICION DEL AUTOCONCEPTO

En la literatura existente encontramos que hay una gran variedad de definiciones acerca del término autoconcepto, existen tantas definiciones como autores que han estudiado el tema del autoconcepto, lo que sería difícil incluir todas las definiciones existentes por lo que solo se incluirán aquellas que aun conservan su vigencia.

El Dr. Jorge La Rosa (1)define al autoconcepto de la siguiente manera: Es la percepción que uno tiene de sí mismo; específicamente son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

Así mismo refiere que aun cuando el termino o inicios de la investigación se lo acreditan a W. James. este autor encuentra que en el oráculo de delfos, ya se

postulaba el popular dicho "conócete a ti mismo " como un imperativo para alcanzar la armonía y la felicidad.

Williams James (2) define el autoconcepto de la siguiente manera: Es la suma de el todo que se puede llamar suyo, incluyendo su cuerpo, familia, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social. Se trata además de un fenómeno consciente.

Hace una diferencia entre el yo que se considera el conocedor y el mi que lo considera el conocido o bien, el agente de la experiencia y el contenido de la experiencia.

Fromm define al autoconcepto como un factor determinante de la manera en que una persona responde característicamente a otros

Taylor. el autoconcepto incluye una entidad variable que se encuentra durante toda la vida en constante transformación y que se va desarrollando con las concepciones que tienen los demás acerca de si mismo, y a la vez va asimilando los valores que constituyen el medio social como una experiencia de conocimiento.

Erikson (3) lo define como todo aquello que la persona sabe acerca de su propio yo.

Garrison define al autoconcepto como una adquisición de su conocimiento debido a que el hombre a través de su desarrollo va adquiriendo mayor conocimientos de si mismo como del mundo que lo rodea, de actividades, cuyo aprendizaje se efectúa en idénticas condiciones que las demás

Hammachek define al concepto de si mismo como la designación del conjunto de ideas y actitudes de las que se tiene conciencia en un momento determinado. Se puede considerar también como la estructura cognoscitiva organizada y derivada de las experiencias del yo personal. Así, de la conciencia acerca de uno, surgen ideas o conceptos sobre la persona que cada individuo piensa ser.

Thomas : el autoconcepto es la colección de actividades y concepciones que tenemos acerca de nosotros mismos; de vital importancia, para el sujeto en sus relaciones interpersonales.

Tamayo: se entiende como un proceso psicológico cuyos dinamismos son determinados socialmente, comprende un conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, atribuciones y juicios de valor referentes a si mismo.

Rodríguez Estrada menciona que el autoconcepto es una serie de creencias acerca de si mismo, que se manifiesta en la conducta. (4)

Cooley escribió desde la perspectiva social y refiere que es la concepción que un individuo tiene de si mismo, es determinada por la percepción de las reacciones que otras personas manifiestan hacia él.

Mead integra las perspectivas de James (yo-mi) según la cual el sujeto se convierte en objeto para si mismo y las perspectivas de Cooley que percibe el si mismo como fenómeno social. (5). Mead considera que el si mismo es estructurado socialmente solo puede aparecer en un ámbito que exista comunicación social .”...El individuo deviene de si mismo en la medida que es capaz de adoptar la actitud de otro y actuar respecto de si como actúan los demás...” (6)

Rogger (7) considera el autoconcepto como una fotografía organizada y una gestalt del si mismo la estructura des si mismo es una configuración organizada de percepciones del si-mismo las cuales pueden se conocidas.

Fitss (8) define el autoconcepto como la imagen que el individuo tiene de si mismo.

Hall y Lindzey (9) plantean que el término si mismo posee dos significados distintos: uno como las actitudes y sentimientos de una persona respecto de si misma; el otro como grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y adaptación. El primer significado constituye una definición del si mismo como objeto, ya que denota las actitudes, los sentimientos, las percepciones y las evaluaciones de la persona acerca de si misma considerada como in objeto; en tal sentido el si mismo es lo que un a persona piensa acerca de si. El segundo significado constituye una definición se si mismo como un proceso: el si mismo es ejecutar en el sentido de que consiste en un activo grupo de procesos tales como el pensar, el recordar y el percibir.

Como se pudo apreciar en las definiciones anteriores se podrían dividir los enfoques en el estudio del autoconcepto en enfoque individual y en enfoque social. En el primero se destacan los aspectos internos que el individuo posee como base para definir sus autoconcepto y el segundo enfoque destaca los aspectos que los demás depositan en un individuo para que se forme su autoconcepto.

En el enfoque individual se puede entender al si mismo como un conjunto de actitudes, sentimientos y procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación de la persona, es decir, se refiere lo que piensa el individuo de si mismo y a procesos tales como pensar, recordar y percibir acerca de si mismo.

En el enfoque social, se destaca la importancia que juega el medio para que se forme el autoconcepto tales como la influencia de las opiniones de los demás, la introyección de normas y valores sociales, etc.

1.2.-DESARROLLO Y FORMACIÓN DEL AUTOCONCEPTO

Rene Spitz (10) describe el origen del si mismo alrededor de los 15 meses de vida, a partir de entonces el self se desarrolla en etapas sucesivas. De estas etapas la primera es la separación del niño del mundo en yo y no yo, lo cual sucede en los tres primeros meses de vida. Posteriormente a los ocho meses aparece la ansiedad y se inician las relaciones objetales.

La segunda fase se caracteriza por la creciente autonomía del niño donde ve a la madre como objeto de amor. El proceso culmina cuando adopta el mecanismo logrado por identificación con el agresor contra el objeto libidinal y cuyo indicador es el uso del gesto "no" (gesto o palabra), el cual marca un nuevo nivel de autonomía.

En otras palabras Spitz habla de un doble origen del self: narcisista y social. Se refiere a que una parte del self se relaciona con el cuerpo y sus funciones y la otra con los intercambios de las relaciones objetales .

La conciencia del si mismo aparece en forma gradual, según el niño va percibiendo la distinción entre el yo y el no yo, entre el cuerpo y lo restante del ambiente visible, poco a poco va reconociendo y distingue las partes de su cuerpo, su nombre sus sentimientos y su conducta como partes integrantes de un yo unitario.

Allport (11) a diferencia de Spitz refiere que el si mismo se va formando a lo largo de la vida del individuo y que este proceso se inicia en los tres primeros años en el infante, durante este proceso se logran siete aspectos para la constitución del si mismo:

- 1.- sentido del si mismo corporal .
- 2.- sentido de una continua identidad de sí mismo.
- 3.- Estimación de sí mismo, amor propio
- 4.- Extensión de sí mismo.
- 5.- Imagen de si mismo.
- 6.- El sí mismo como solucionador racional.
- 7.- Esfuerzo orientado.

Allport maneja los tres primeros aspectos como la base del desarrollo del sí mismo, posterior a este; el individuo recibirá múltiples influencias que contribuyen a la maduración del si mismo.

En los siguientes años el niño consigue situarse en el punto d vista de otra persona lo cual intensifica su sentido de separación con respecto a los demás, así como el sentido corporal se hace mas agudo y se da paso a los aspectos 4 y 5 , el siguiente periodo abarca de los seis a los doce años y es en este periodo donde se desarrolla un nuevo aspecto de si mismo, el si mismo como solucionador racional en el cual el niño empieza a mantener un pensamiento reflexivo y formal, ahora el yo es pensador.

Por último se da el periodo de la adolescencia, en este el individuo experimenta un estado de confusión en él la imagen de sí mismo es dependiente en su totalidad de otras personas, aquellos propósitos y objetivos lejanos adquieren una nueva dimensión al sentido de sí mismo, se presenta el esfuerzo orientado a un objetivo definido.

Según Rogger (12) centra su atención sobre los modos en los que las evaluaciones de una persona realizada sobre otra en especial durante la niñez tienden a separar las experiencias del organismo del sí mismo, es decir el niño aprende a diferenciar entre las conductas y sentimientos que tiene valor (aprobadas) y aquellas sin valor (desaprobadas); el niño trata de ser aquello que los demás quieren que sea, en lugar de tratar de ser lo que realmente es. Poco a poco entonces y a lo largo de toda la vida el autoconcepto se deforma cada vez más debido a las evaluaciones de los demás.

Lo anteriormente descrito viene a confirmar lo que describe Schutz donde refiere que los acontecimientos ocurridos durante la infancia, los efectos que estos tienen en el niño tienen una gran importancia en la formación del concepto de sí mismo.

Asimismo James (13) considera el autoconcepto partiendo de tres aspectos: sus elementos constitutivos (sí mismo material, sí mismo social, sí mismo espiritual y yo puro), los sentimientos de sí mismo y las acciones destinadas a la búsqueda y la preservación de sí mismo.

El sí mismo material consiste en las posesiones materiales del individuo, el sí mismo social se refiere a cómo es considerado por sus semejantes; el sí mismo espiritual comprende las facultades y disposiciones psicológicas. Y el yo puro es la corriente de pensamiento que constituye el propio sentimiento de identidad personal.

1.3.-COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO,

El autoconcepto incluye varios componentes los cuales son:

Componente perceptual.

Componente conceptual.

Componente de actitudes (14)

1.4.-EL AUTOCONCEPTO EN LA FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA

Rodríguez Estrada (15) considera al autoconcepto como parte de un proceso en la formación de la autoestima, la cual la estructura como una pirámide siendo la base el AUTOCONOCIMIENTO: es conocer las partes que componen el yo, sus necesidades, manifestaciones y habilidades; los papeles que vive el individuo y a través de los cuales se conocen el porqué y cómo se siente y actúa. Al conocer todos sus elementos que no funcionan por separado sino entrelazados uno al otro para apoyarse, el sujeto tendrá

una personalidad fuerte y unificada: si una de sus partes funciona de manera deficiente, las otras verán afectadas y su personalidad será débil y dividida, con sentimientos de ineficiencia y desvalorización.

AUTOCONCEPTO. Es el segundo nivel en la escala y es toda la serie de creencias y sentimientos acerca de si mismo que se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto; si se siente inteligente o apto, actuará como tal.

AUTOEVALUACION: Refleja la capacidad interna de valorar las cosas como buenas, si lo son para la persona; si le satisfacen; le son interesantes, le hacen sentir bien o le permiten aprender y crecer, o considerarlas malas, si lo son para la persona; si no le satisfacen carecen de interés, le hacen daño o no le permite aprender y crecer.

AUTOACEPTACION es el siguiente nivel ascendente y se refiere al reconocimiento y admisión de todas las partes de si mismo como un hecho, como la forma de ser, sentir y actuar. Pues solo mediante la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello

AUTORRESPETO es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente los propios sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. Buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de si mismo.

AUTOESTIMA es el ultimo nivel en la escala en forma ascendente y la refiere como la síntesis de todos os pasos anteriores, si una persona se conoce y está conciente de sus cambios personales crea su propia escala de valores, desarrolla capacidades y se acepta y respeta, tendrá autoestima. Por el contrario si una persona no se conoce, tiene un concepto pobre de si misma, no se valora y no se acepta ni respeta no tendrá autoestima.

El autoconcepto en esta forma descrita es considerado como la parte cognoscitiva del yo, en tanto que la autoestima constituye la dimensión afectiva: indica el grado de admiración o de valor que le concedemos al yo. Asimismo algunos ven en el autoconcepto la parte afectiva de la autoestima

1.5.-DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO+.

Fitts (16) declara que la percepción que una persona tiene de sí misma es multidimensional y estas las divide en dimensiones interna y externa:

1.5.1 DIMENSION INTERNA

La dimensión interna la divide en tres factores: identidad del self (self como objeto), comportamiento del self (self como ejecutor) y satisfacción del self (self como observador y juzgador)

Identidad del self: la necesidad que el individuo tiene de contestar a la pregunta "¿quién soy yo?" es una necesidad de establecer su identidad. Esto lo logra a través de las etiquetas que el individuo y otros le asignan.

Conducta del self: las consecuencias que la conducta puede tener, influyen en si ésta continuara o desaparecerá, la conducta es practicada y dominada y la capacidad para realizar la conducta se convierte en parte de la identidad.

Satisfacción del self: la interacción entre la identidad y la conducta del self y su integración en un autoconcepto total involucra también la tercera parte del self, la satisfacción.

La satisfacción del self funciona como observador, idealista, comparador y sobre todo evaluador; también sirve como mediador entre los otros dos. La satisfacción observa a la identidad y a la conducta.

1.5.2.-DIMENSION EXTERNA

La dimensión externa la divide en cinco factores: Self físico, self ético-moral, self personal, self social y self familiar.

La suma de estos elementos dan como resultado un nivel determinado de autoconcepto y tanto este autor como De La Rosa, Diaz-Loving, Andrade y Reidl concordaron en los resultados obtenidos de sus investigaciones para la construcción de instrumentos que midan el autoconcepto, que este es multidimensional puesto que se da de acuerdo a los roles desempeñados por el individuo y que las principales dimensiones son como se describen a continuación.

Self físico: el individuo además de desarrollar percepciones corporales o de su físico adopta hacia si mismo las actitudes de otras personas hacia su cuerpo y sus partes. El concepto que el individuo se forma de su cuerpo constituirá una estructura nuclear en su personalidad posterior y en gran parte determinará su capacidad de adaptarse con éxito, su capacidad de adaptarse con éxito al estrés de enfermedades, traumatismos y cambios físicos.

El self físico esta integrado por los atributos y funciones físicas, por la sexualidad, por el estado de salud y la apariencia.

Self ético-moral: es el indicador de que alguna actividad del individuo ha quebrantado o esta quebrantando un importante aspecto de la imagen que tiene de si mismo,

causando ansiedad y sentimientos de culpa aunque no exista la amenaza de un castigo inmediato.

Self personal: La realización de las potencialidades del individuo influyen en el sentido de su valor personal, el grado en que se siente adecuado como la persona y en su evaluación de si mismo es un índice de donde el individuo se encuentra dentro de autorrealización, es decir, hasta donde el ha desarrollado sus potencialidades.

Los logros del individuo en las diferentes áreas en las que se desarrolla le permiten obtener mayor seguridad y confianza en si mismo.

Self familiar: se refiere a la percepción que el individuo tiene de si mismo en relación a la naturaleza y efectividad de sus relaciones con los miembros de su grupo primario (los familiares y amigos cercanos) y su sentido de adecuación como un miembro de la familia.

Self social: la participa y se forma en la interacción que el individuo llega a establecer en su vida diaria con otros . se considera una actitud derivada de la relación sostenida con otra personas del mundo externo y consigo mismo, se puede influir favorablemente o desfavorablemente en sus relaciones posteriores.

La interrelación social tiene una importancia básica en el desarrollo de la personalidad ya que contribuye a la formación del si mismo mediante las evaluaciones reflejadas de los otros frente a el, conformando un proceso de comunicación.

Cada uno de los factores dimensionales interactúa dinámicamente de tal forma que si uno de ellos se encuentra alterado los otros serán afectados directa o indirectamente. Por ello es importante conocer el total de autoconcepto y conocer también como se encuentra cada una de sus dimensiones.

1.6.-IMPORTANCIA DEL AUTOCONCEPTO.

Desde que se dio inicio a la investigación y estudio del autoconcepto ha surgido especial interés en analizar la importancia que tiene en el individuo, pues es un factor innegable en el desenvolvimiento de la persona en todos los aspectos de su vida: es indiscutible que una persona con mayor nivel de autoconcepto demuestra una mejor adaptación tanto social como psicológicamente, aunque existen desacuerdos en cuanto al valor del concepto de si mismo, es innegable que la sensación de poseer un self propio resulta un fenómeno que amerita ser estudiado mas a fondo.

El autoconcepto revela al individuo aspectos fundamentales de la personalidad, lo que permite a las personas dedicadas a la ayuda a comprender mejor a las personas mismas y plantear una serie de apoyos para una mejor ayuda (17)

La importancia que Fitts da al autoconcepto es que el conocimiento que un individuo pueda tener para una mejor comprensión de su mundo fenomenológico es que ayudaría a tener una mejor comprensión y predicción de su conducta.

Es importante subrayar que aun siendo el autoconcepto un rasgo de la personalidad estable puede llegar a modificarse tanto en forma positiva como negativa, la primera indicará la autorrealización de sus potencialidades y la segunda, ausencia de autorrealización (18)

James (19) señala por su parte que hay una relación directa entre mantener un buen autoconcepto se tiende a asociar con una alta tendencia a la consecución de metas y objetivos que el individuo se plantea en diferentes áreas de su vida y viceversa, es decir, mantener un bajo autoconcepto parece asociarse mas directamente con el desarrollo de sentimientos de inseguridad, así como una marcada confusión y frustración en muchas de sus actividades que la persona aprende.

Rogger sostiene que el desarrollo del self, mantiene su origen en la percepción aprobatoria y desaprobatoria que otorgan al individuo los demás , así una persona que se acepta a si misma aceptará a los demás, el individuo que se siente carente de valor rechazará o reinterpretará de modo que resulte congruente con sus sentimientos de minusvalía o pobre autoconcepto, la brecha entre un autoconcepto alto y un autoconcepto bajo desencadena en este ultimo en defensividad y afecta sus relaciones interpersonales, proyectando en ocasiones hostilidad hacia los demás y victimizándose de lo que le acontece.

Existe gran variedad de estudios acerca del autoconcepto tales como las tomadas como referencia en esa investigación: el autoconcepto en ancianos en tres situaciones de estancia diferentes de Ana María Jiménez Reyes, el autoconcepto en adolescentes de primer ingreso en el nivel educativo medio superior de Teresa Israel Cohen, el autoconcepto de la pareja estéril de Ana María García Sandoval y Hilda Guadalupe Ramos Sánchez, estudio comparativo de autoestima en función al status de Silvia Ortiz Nava, el autoconcepto, locus de control y desamparo en mujeres adultas con deficiencia mental que se encuentran en diferentes sistemas educativos de Gabriela Martínez Díaz y Mónica Galicia Tinoco, el autoconcepto y metas en niños maltratados que viven con familia y niños maltratados que viven en la calle de Rosa Xochitl Mercado Moreno, Readaptación profesional del trabajador incapacitado de Eloy Peña Campuzano, posibles efectos del autoconcepto en relación con el desarrollo del sida de Dan Kelestein Chapper. Y muchas otras mas tan solo como tesis.

Así mismo La Rosa (20) reporta que existen otros tipos de investigación tales como la que realizo Emite y Díaz Guerrero en las cuales la calificación esta directamente relacionados con su autoconcepto, Gómez Pérez-Mitre encontró relación directa entre un puntaje alto o bajo en su autoestima y su respectivo puntaje en expectativas de éxito o de fracaso, Díaz Guerrero reporta en otro estudio una relación y comparación del yo

mexicano y de otras naciones, así como también se reporta la construcción y validación de las escalas de control y autoconcepto que realizó Jorge La Rosa.

En México existen condiciones sociales, económicas, culturales y políticas entre otras, diferentes a otros países en los cuales se ha manifestado el fenómeno del VIH-SIDA, por consiguiente, la respuesta a este mal debe darse en función de nuestro propio tiempo, de nuestra propia cultura, de nuestros propios valores y de nuestro propio conocimiento, por lo que al abordar este tema de estudio debe tomarse en consideración estos aspectos.

1.7.- VIH/SIDA Y AUTOCONCEPTO.

Vivir con el VIH o con el SIDA, es vivir con una serie de cambios en diversas fases de nuestra vida, como lo es el autoconcepto, las relaciones interpersonales, la ideología, etc.

Tomando la conceptualización de Sarbin (21) al cual lo define como un concepto de sí mismo que es moldeado constantemente, dependiendo del rol social que esté desempeñando en un marco dado, se deduce que los valores del concepto que tenga el seropositivo al VIH se van a ver afectados por las consecuencias que trae consigo, es decir, el rechazo social, la estigmatización, etc.

Como ya se describió en páginas anteriores, una persona con VIH o con SIDA, reacciona de diferente manera ante el resultado de la prueba de detección de anticuerpos al VIH, así como sus reacciones posteriores en días consecutivos también son de diversas índoles, esta reacción depende tanto de la estructura de su carácter, su intra subjetividad e historia personal así como de su relación con los ámbitos familiar, social, laboral etc. en los cuales vive y se desarrolla, es decir, según sea el marco psicosocial en el cual viva.

La forma en que el individuo se percibe a sí mismo y cómo siente que los otros lo perciben a raíz de saberse portador del virus se va a modificar substancialmente, pues al focalizar su atención en sí mismo hace comparación entre un yo antes y un yo ahora (22) y es cuando se reconoce afectado, y sabe que su vida se va a modificar. Si a esto le sumamos las reacciones tratando de localizar explicaciones del por qué lo sucede esta situación, es decir, los rechazos, marginación, discriminación, etc. el resultado será un cambio significativo en su autoconcepto.

Por otra parte si consideramos lo que dice Wtaker acerca del autoconcepto, el cual lo define como un concepto personalizado que se construye en el proceso de ser socializado dentro de determinada cultura, esto vendrá a reforzar la importancia de estudiar en la cultura mexicana a partir de instrumentos validados y contruidos dentro de la misma, pues como se dijo anteriormente esta es diferente a las de otras naciones. además si tomamos en cuenta que el proceso de socialización se basa en el aprendizaje

de normas sociales , el hecho de vivir con el VIH marca nuevas directrices para la vida, tales como una mayor responsabilidad en su sexualidad, un mayor cuidado en su salud, a ver la vida desde otros aspectos, en general aprenderá nuevas reglas que deberá asimilar.

Retomando lo que se ha descrito hasta este momento resulta interesante conocer el autoconcepto de las personas que viven con el VIH o con SIDA, además de su locus de control tratando de localizar las áreas de su personalidad que necesiten mayor atención para su pronto restablecimiento, así como las consecuencias que estos provocan en sus relaciones del individuo, ya que la experiencia de vivir con el VIH o con SIDA los caracteres de su personalidad.

Las personas infectadas por el VIH o enfermas de SIDA se enfrentan a una gran diversidad de circunstancias en las que su integridad como personas, sus sentimientos, su imagen corporal y social se ven comprometidos de una manera directa ante si mismos y ante los demás.

Cuando una persona es conocida que porta el VIH, es marginada por la sociedad, se le rehuye y no se le acepta en los círculos sociales en que solía desenvolverse, siendo una causa importante de este rechazo la falta de información que posee la sociedad misma acerca de lo que representa el VIH.

Muchos de los infectados ven cómo sus amigos, compañeros de trabajo y familiares se alejan de ellos al momento de conocer su infección, esto genera que muchas personas decidan no informar a sus parientes y amigos acerca del diagnóstico, tendiendo más al aislamiento y a la soledad. Esto genera que las relaciones psicosociales de las personas que viven con el VIH se deterioren en el momento que más necesitan de ellas, este alejamiento se da porque entre otros prejuicios se sigue considerando a todo homosexual como una inminente víctima de SIDA y a todo infectado de VIH o SIDA como un posible homosexual, además del temor al contagio del virus, que consideran como sinónimo de muerte.

Dado que existen personas que tienen miedo y prejuicios contra aquellos sujetos que se infectaron con el VIH, resulta importante pensar en el apoyo que se les pueda brindar a estas últimas.

Así, es necesario desarrollar relaciones de apoyo entre los pacientes y quienes tienen contacto directo con ellos debido que el rechazo puede ser muy cruel. Dar apoyo en estos casos no significa dar consejos o decirle a alguien que debe hacer o como debe sentirse, las más de las veces simplemente significa saber escuchar. puede ayudar a que se sientan con mejor estado de ánimo, este acercamiento ayuda a la persona a comprender mejor su situación y o tomar una decisión propia (23).

Algunas personas hablan abiertamente sobre sus sentimientos a sus amigos, a sus familiares y a sus parejas; otras prefieren hablar con algún psicólogo, médico o

consejero personal, otros mas optan por asistir regularmente a grupos de autoapoyo. El apoyo emocional es muy valioso en los primeros meses después de recibir el resultado.

La participación en las sesiones de psicoterapia de grupo donde el sujeto o sus familiares puedan ventilar sus emociones, temores, fantasías e intentos de resolución a la problemática con otros individuos que se encuentran en la misma situación, resulta de gran valor terapéutico, a la vez sirve de orientación respecto de las medidas que deben de tomarse.

También la psicoterapia individual ofrece la posibilidad de elaborar satisfactoriamente los desafíos que implica el saberse portador de una infección que podría convertirse en mortal, a la vez que ayuda a hacer las modificaciones necesarias en sus hábitos para abandonar las conductas de riesgo en que pudiera estar incurriendo, sustituyéndolas por medidas preventivas.

El trato que la sociedad en su conjunto da a los infectados por el VIH ha sido matizado por los prejuicios que se generan por varios factores entre otros, se encuentran principalmente los siguientes:

- a) El SIDA es una infección incurable hasta el momento.
- b) Los homosexuales, prostitutas y drogadictos han sido discriminados desde antes de la aparición del SIDA.
- c) Riesgo de contagio mínimo, pero real.
- d) Desconocimiento o exageración de los riesgos de contagio de la infección por parte de algunos médicos.
- e) Falta de información de lo que es el VIH-SIDA.

De lo anterior se desprenden los prejuicios que han sido y siguen siendo objeto directo las personas que viven con el VIH entre los más característicos podemos mencionar los siguientes:

- a) Anti-locución o rechazo verbal.
- b) Esquivamiento o tendencia a evitar a una persona.
- c) Discriminación o tendencia a excluir a ciertas personas de trabajos, escuelas, lugares públicos, etc.
- d) Ataque físico.
- e) Exterminio de una persona o grupo.

La sociedad tiende a prejudicar y estigmatizar a las personas en grupos, es decir que produce descrédito. Goffman (24) hace mención de tres tipos de estigmas que la sociedad suele crear:

1.- Los que se relacionan con deformidades y enfermedades físicas, que son por ejemplo la sífilis, la lepra los mutilados, el SIDA, etc.

2.- Los que son percibidos como una falta de voluntad o como resultado de pasiones antinaturales o de creencias rígidas o falsas: ex-convictos, drogadictos, alcohólicos, prostitutas, homosexuales, adúlteros, etc.

3.- Los que se relacionan con una raza, nación o religión: Judíos, indios, negros, etc.

En el caso de los enfermos de SIDA o de los infectados por el VIH, es doblemente patético, puesto que se les considera que reúnen dos de las tres clases de estimas posibles, antes descritos, por lo que la estigmatización se acentúa mas, sin importar quien sea el portador del virus.

Aunado a lo anterior se suma la segregación que sufren los portadores del VIH por considera los actos que ocurrieron en privado como objeto de una valoración en publico, como lo es el acto sexual. Además de considerar a todo enfermo de SIDA o infectado de VIH como un posible homosexual y viceversa, y sobre todo, la gente en general no diferencia entre lo que es una persona enferma de SIDA y una persona infectada con el VIH.

NOTAS.-.

- 1.- La Rosa, Jorge. Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción validación y, pp 14,40.
- 2.- Ibid. pp 15
- 3.- Israel Cohen, Teresa. El autoconcepto en adolescentes. Pp 43-44.
- 4.- Cit en Martínez Díaz, Gabriela . et al. El autoconcepto, locus de control y desamparo en mujeres adultas con deficiencia mental que se encuentran en diferentes sistemas educativos, pp 3-4.
- 5.- La Rosa Op Cit pp 170.
- 6.- Jiménez Reyes Ana María. El autoconcepto en el anciano en tres situaciones de estancia diferentes. Pp14.
- 7.- La Rosa Op Cit pp16.
- 8.- Cit en Jiménez Reyes Ana María. Pp 25.
- 9.- Cit en García Sandoval. Ana María e Hilda Guadalupe Ramos Sánchez. El autoconcepto de la pareja estéril. Pp 5.
- 10.- Martínez Díaz Gabriela. Op Cit pp 5.
- 11.- Cit .en Ortiz Nava , Silvia. Estudio comparativo de autoestima en función al status, pp12-13.
- 12.-Cit en Jiménez Reyes Ana María Op Cit. Pp 13.
- 13.- Ibid pp. 10-11.
- 14.- Israel Cohen Teresa Op Cit pp. 45.
- 15.- Rodríguez Estrada Lauro. Autoestima: clave del éxito personal. Pp 9-11.
- 16.- García Sandoval, Ana María Op Cit. pp. 7-11.
- 17.- La Rosa. Op Cit. pp. 22
- 18.- Cit en García Sandoval. Ana María. Pp13.
- 19.- Cit en Israel Cohen Op Cit. pp 44
- 20.- La Rosa Op Cit. pp 26-28.
- 21.- Cit en Chapper dan .Kelestein. Posibles efectos del autoconcepto en relación con el desarrollo del SIDA. Pp 9.
- 22.- Lizarraga Crunchaga, Xavier. Algunos pretextos, textos y subtextos ante el SIDA pp 22.
- 23.-Acción en SIDA. Pp 6.
- 24.- Cit n Castro Pérez. Roberto. Aspecto psicosociales del SIDA: estigma y prejuicio. Pp 632.

CAPÍTULO II

EL LOCUS DE CONTROL

En nuestra vida diaria vivimos diversas experiencias que nos enfrentan al problema del control. Es común máxime en nuestra cultura, vivenciar situaciones cuyas causas atribuimos a la suerte, al destino o bien a otras personas; ubicándolas fuera de nuestro control, es decir, en ocasiones nos sentimos ajenos al hecho de ser nosotros mismos los determinantes de nuestros éxitos o fracasos, en otras ocasiones podemos percibir que los fenómenos que nos acontecen son el resultado de nuestro esfuerzo, capacidad o conocimientos, entonces la atribución la depositamos en nosotros mismos.

El individuo existe en un medio en el que se desenvuelve con otras personas, objetos y eventos, por lo que muchas de sus relaciones hacia éstos son vistas en términos de causalidad y control. Existe una fuerte tendencia a pensar en términos de causalidad siendo fácil atribuir como causa de las situaciones a objetos inanimados (1).

Relacionada, fundamentalmente con el problema del control se encuentra la noción del refuerzo, esto es, la medida en que una persona asocia una recompensa al comportamiento o características personales o, al contrario, si percibe la gratificación como dependiendo de fuerzas ajenas o externas. Percibir o no un nexo causal entre conducta y el refuerzo es un problema vital (2).

Existen diversas teorías en Psicología Social que abordan este problema y lo tratan de explicar desde diferentes enfoques, tal es el caso de la Atribución, Motivación al Logro, e Incapacidad Aprendida, entre otras. Como veremos más adelante, estas teorías no se contradicen entre sí, sino por el contrario, se pueden cohesionar para poder explicar un fenómeno determinado como lo puede ser el SIDA.

2.1.- DEFINICIÓN DEL LOCUS DE CONTROL.

El concepto de Locus de Control propuesto por Rotter proviene de la concepción que hace de la naturaleza y los efectos del reforzamiento en su teoría del Aprendizaje Social (3). Cuando una persona percibe que el reforzamiento es contingente a su propia conducta o a sus características relativamente permanentes (habilidades), se dice que tiene una creencia en control interno; mientras que si por el contrario la persona percibe el reforzamiento como no contingente a sus acciones, sino como resultado de la suerte, el destino o el poder de otros, se dice que tiene una creencia en control externo.

Se entiende por Locus la localización de la causa, la cual puede ser algo que está en la persona, como la habilidad o el esfuerzo, o fuera de ella, como la suerte o la dificultad de un problema. Esto significa que hay causas que son percibidas, y por lo tanto clasificadas, como internas o externas a la persona (4).

El control se relaciona con el hecho de que una persona puede o no ser capaz de manejar o influir la causa de un evento comportamental. Por ejemplo, normalmente la habilidad es percibida como incontrolable por parte de la persona mientras que el esfuerzo es percibido como controlable.

La Localización de una causa (locus) tiene consecuencias que determinan especialmente respuestas afectivas relacionadas con autoestima, por ejemplo, si un individuo fracasa en un evento laboral importante y lo atribuye a su falta de habilidad o esfuerzo esto tenderá a maximizar su sentimiento de incompetencia o vergüenza. Por otro lado, si el hecho es exitoso y lo atribuye a su habilidad o esfuerzo, los efectos serán un sentimiento de competencia u orgullo. La atribución del éxito a causas externas, tales como la intervención o ayuda de alguien, se relaciona con sentimientos de gratitud. De la misma manera la atribución del fracaso a tales causas se relaciona con afectos tales como la rabia y odio.

La controlabilidad de una causa influye primariamente los sentimientos y reacciones hacia otras personas. En este caso se trata de atribuciones por parte del observador, las que determinarán sentimientos y acciones hacia la persona que actúa. El fracaso de una persona por falta de esfuerzo, una causa controlable, determina una evaluación más negativa y menor probabilidad de ayuda por parte de otros que un fracaso debido a causas incontrolables (5).

Como un principio general, el Control interno se refiere a la percepción de los eventos positivos o negativos como una consecuencia de las acciones propias y bajo control personal. El control externo se refiere a la percepción ya sea positiva o negativa de los eventos como ajenos a sus propias conductas en ciertas situaciones y por lo tanto, más allá del control personal.

Ingalls define el control interno como la explicación que da el individuo de lo que le sucede atribuyéndolo a sus propias acciones, por el contrario, el control externo es la convicción que tiene la persona de asignar a causas externas como determinantes de lo que le pasa a él (6).

Rotter define el problema del control de la siguiente manera: cuando un refuerzo es percibido por el sujeto como no contingente a alguna acción suya, en nuestra cultura, típicamente se percibe esto como resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos, o como impredecible por una causa de la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean. Cuando el acontecimiento es interpretado de este modo, se le denomina como una creencia de control externo. Si la persona percibe que el evento es

contingente a su conducta o a sus características relativamente permanentes, se denomina creencia en el control interno (7).

Asimismo, Rotter considera al constructo locus de control unidimensional en que los dos polos del continuo representarían respectivamente la máxima internalidad y la máxima externalidad.

2.2.- CONCEPTUALIZACIÓN Y DESARROLLO DEL LOCUS DE CONTROL.

Se ha planteado que sobre la base de nuestras primeras experiencias todos desarrollamos una actitud generalizada, esto es, una expectativa de observar la naturaleza de las relaciones causales entre nuestra propia conducta y sus consecuencias. Una historia de experiencia cuyos resultados son vistos como fuera del control personal y además están sujetas a cambios y antojos de otros, puede provocar una expectativa general de control externo. En cambio, una historia personal cuyos resultados son percibidos como producto de nuestra propia conducta, puede desarrollar una expectativa general de control interno (8).

En otras palabras, si la persona ha tenido percepción de que lo que le acontece es el resultado de eventos fuera de su control tales como la suerte, la decisión de sus superiores, la inestabilidad, etc., se formará una firme idea de que todo lo que suceda en el futuro relacionado con los mismos fenómenos tendrá los mismos resultados; en cambio un historial personal cuyos resultados son percibidos como producto de la propia conducta, pueden desarrollar una expectativa de control interno, esto es, si en una serie de experiencias da como resultado que lo que más influyó en el mismo, son los factores internos como el refuerzo, los recursos que posee y maneja, etc., da como consecuencia un mayor fomento en la seguridad, en sus talentos y cualidades que posee.

Por otra parte, la percepción que el individuo tenga de su situación y las causas de su fracaso o éxito en lograr mejores condiciones materiales y sociales de vida, tendrán efectos importantes en su comportamiento económico y social.

Si una persona crece en el control externo, el reforzamiento después de haber emitido una conducta resulta muy pocos efectos. Si la persona crece en el control interno, los reforzadores a su conducta aumentan la probabilidad de que vuelva a actuar de la misma manera. En otras palabras, los efectos del reforzador dependen de las suposiciones que la persona haga acerca de las contingencias entre su conducta y los resultados de la misma (9).

Andrade Palos cita varias investigaciones en donde se demuestra que la percepción de una situación como controlada por la suerte, el destino o el poder de otros, influye en la predicción de diferencias conductuales, en comparación con situaciones en las que el individuo siente que el reforzamiento es controlado por su

Los procesos de atribución han tenido un importante impacto en el estudio de la motivación humana. En este caso se trata fundamentalmente de las propiedades de las atribuciones de causalidad y los efectos motivacionales, afectivos y comportamentales que resultan como consecuencia de tales atribuciones. De hecho, la aplicación del enfoque atribucionista de motivación del logro ha contribuido a la comprensión de aspectos fundamentales del comportamiento humano en variedad de situaciones clínicas, educacionales y sociales (21).

El análisis de las propiedades de las causas a las que atribuye el éxito o el fracaso ha permitido identificar tres dimensiones de propiedades subyacentes a las causas locus, estabilidad y control.

La localización de una causa (locus), tiene consecuencias que determinan especialmente respuestas afectivas relacionadas con la autoestima, por ejemplo, si un individuo fracasa en un evento laboral importante y lo atribuye a su falta de habilidad o esfuerzo, esto tenderá a maximizar su sentimiento de incompetencia o vergüenza. Por otro lado, si el hecho es exitoso y lo atribuye a su habilidad o esfuerzo los efectos serán un sentimiento de competencia u orgullo (22).

La estabilidad de una causa se relaciona fundamentalmente con la expectativa de éxito o de la ocurrencia futura de un evento dado. Esto se basa en la lógica de las relaciones causa-efecto, es decir, si la causa de un evento es susceptible al cambio, se espera que el afecto también lo sea. Esto significa que si un fracaso es atribuido a causas estables, esto redundará en una baja expectativa de éxito futuro. El mismo evento comportamental atribuido a causas que difieren en la dimensión de estabilidad tendrá distintos efectos motivacionales y afectará el comportamiento futuro de una manera diferente (23).

La expectativa de éxito es también afectada por la percepción de control en el sentido de que las causas controlables se espera que sean más susceptibles al cambio que las incontrolables.

La controlabilidad de una causa influye primariamente los sentimientos y reacciones hacia otras personas. En este caso se trata de atribuciones por parte del observador, las que determinarán sentimientos y acciones hacia la persona que actúa. El fracaso de una persona por falta de esfuerzo, una causa controlable, determina una evaluación más negativa y menor probabilidad de ayuda por parte de otros que un fracaso debido a causas incontrolables.

Algunos teóricos de la motivación tales como Atkinson, plantearon que las reacciones afectivas y las expectativas son la base de importantes problemas motivacionales, tales como la elección de un objeto o curso de acción, intensidad y persistencia del comportamiento frente a una situación o tarea determinada. Por lo tanto, es obvio que si los procesos de atribución influyen en las expectativas y las reacciones afectivas de la manera en que ha sido demostrado, estos procesos

constituirán un aspecto fundamental de cualquier modelo motivacional que pretenda explicar la motivación humana (24).

2.6.- IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DEL LOCUS DE CONTROL.

La importancia del locus de control radica en que una persona se anticipa ante una situación dada de acuerdo a las expectativas generales que se ha formado según sus experiencias pasadas de reforzamiento, lo cual puede afectar una gran variedad de sus conductas. Estas expectativas generalizadas provocarán diferencias características de la conducta, al considerar situaciones culturalmente categorizadas como determinadas por la suerte versus determinadas por la habilidad, y pueden actuar produciendo diferencias individuales dentro de una condición específica. Lo anterior hace esta variable un aspecto relevante en la descripción de la personalidad (25).

Como anteriormente se mencionó el constructo del locus de control resulta de gran interés, pues a través de él se pueden conocer algunas de las características de la persona tales como la seguridad en sí mismo, los sentimientos de inferioridad, la depresión, la dependencia, las expectativas hacia el futuro, la iniciativa, etc., que repercuten de una u otra forma en su interacción con su medio ambiente social.

Las preguntas que se derivan del locus de control, son entre otras las siguientes: ¿quién controla mi vida?, ¿qué factores la determinan?, esta percepción y experiencia son universales, pues la literatura que estudia esta variable es inmensa y ha demostrado, por lo tanto, su importancia.

Entre las investigaciones más relevantes que se han llevado a cabo en esta ámbito, están las que se relacionan con ansiedad, hostilidad, autoritarismo, dogmatismo, uso de información, control de nacimientos, motivación al logro, rendimiento académico, cambio de actitud, conformidad, sanción moral, inteligencia, etc. (26).

La importancia ha sido tal, que han existido diversos instrumentos que miden el locus de control, por ejemplo, uno de los primeros instrumentos que se crearon para medir el locus de control fue la escala I-E de Rotter en 1966, a partir de entonces se han elaborado otras escalas como la que construyeron Crandall y Katkovsky, la llamada Intellectual Achievement Responsibility Questionare (IAR), la escala de Levenson que es considerada como la suma de las anteriores y fue la primera que se considero como multidimensional, debido a que abarcaba control interno, la dimensión del azar (suerte) y la de poderosos; también está una de las más recientes y es la que construyeron Díaz-Loving y Andrade Palos en 1984: escala de locus de control para niños mexicanos y una más es la que construyó el Doctor Jorge de la Rosa también en y para la cultura mexicana (27).

Además de estas escalas para medir el locus de control existen otras como la de Walleston, la de Reid y Ziegler, la de Paulhus y Christie, la de Worrell y Timilty, entre otras, pero debido a su importancia estas son las más significativas (28).

El problema del control es fundamental, no sólo por el número de autores que tratan el asunto, y sus múltiples implicaciones, sino también por la experiencia personal de uno que se enfrenta en el acontecer diario con un sinnúmero de cuestiones: ¿Aprobaré mi examen?, ¿conseguiré empleo?, ¿aceptará ser mi pareja?, ¿me podré comprar el auto?, mantendré mis amistades?, ¿obtendré un buen cargo político?, en realidad son muchos los retos que se enfrenta el control, que justifican plenamente su estudio.

2.7.- VIH/SIDA Y LOCUS DE CONTROL.

Hasta este apartado se ha hecho referencia a lo que suele suceder con las personas en su grupo de referencia más cercano, se ha visto como la sociedad se involucra de distintas maneras en este fenómeno, ya sea proporcionando apoyo o rechazando de alguna manera este hecho, esto provoca cambios en el interior de la persona infectada por el VIH. es decir, provoca cambios que pueden significar una revalorización de sí mismo y según las circunstancias en que viva esta valoración puede resultar positiva o negativa.

Todas las personas desde su nacimiento necesitamos experimentar una sensación de seguridad, necesitamos percibir que somos dueños de nuestros actos y podemos modificar de algún modo las situaciones en las que estamos envueltos. En caso contrario se pierde el equilibrio emocional de seguridad. Cuando nuestro pensamiento se vuelve negativo y adoptamos actitudes como "haga la lo que haga el resultado siempre va a ser el mismo", "lo que me sucede no depende de mí resolverlo", etc. Entonces no estamos percibiendo control alguno sobre la situación y por consiguiente dejamos de actuar.

Esta situación de no control la experimentan mayormente las personas que reciben un resultado positivo al VIH y es probable que entren en consecuencia en un estado de postración nerviosa, mismo que puede durar unos minutos o quizá varios días. Una vez que ha pasado este período inicial, algunas personas se sienten abrumadas emocionalmente y experimentan una sensación de pérdida de control, de seguridad en sí mismos, seguida por una sensación de emociones, pensamientos y preguntas acerca de sí y de sus relaciones con los demás (29).

Las personas se deprimen más cuando piensan que no tienen efecto en el proceso o resultado final de los acontecimientos, la depresión resulta porque las persona atribuyen los malos resultados a su incapacidad para controlar la situación. La experiencia de una persona positiva al VIH, amedrentada y desolada, le indica que toda lucha es vana, que más vale doblar la espalda y esperar el desenlace fatal.

Aunque la forma anterior de pensar suele ser subjetiva, misma que no es percibida así por los afectados, dado que el enfoque y sus perspectivas que tienen acerca de la situación que viven, cambia en relación con la de los demás. Por consiguiente cabe hacer mención que la localización de una causa tiene consecuencias que determinan las respuestas tanto hacia sí mismo como hacia los demás.

Como en todo fenómeno existen diferentes puntos de vista, existen personas que afirman que no puede hacerse nada, como aquellas que declaran que debe hacerse algo y por lo tanto hay mucho por hacer, por ejemplo tratar de detener y controlar la epidemia del SIDA, en este caso las personas ven más objetivamente la situación, cabe hacer mención que en este segundo grupo se encuentran tanto las personas positivas como las no positivas al VIH y por consiguiente la percepción que se formen será de mayor control sobre la situación.

Con el transcurrir del tiempo la gente tiende a ver su situación de manera diferente esto acontece por que mucho de sus temores que en un principio se formaron no resultaron como ellos se lo habían imaginado, además con el apoyo de otras personas la percepción de sí mismos y de su coexistencia con el VIH cambian poco a poco de manera positiva hasta el grado de aceptar vivir con el VIH. Esto origina que experimenten un nuevo control de la situación, lo que determina que las relaciones consigo mismo y con los demás mejore.

Las consecuencias que trae consigo el hecho de experimentar un control de la situación se ven reflejadas en muchos aspectos, entre los que se encuentran una mejoría en su estado de ánimo, deseo de ayudar a otras personas, participación en diferentes actividades en conjunto con otras personas, mejorar perspectivas para enfrentarse a la vida y al medio ambiente y sobretodo mejorías en su autoconcepto.

En caso de que la persona no pueda conservar su empleo ya sea porque el estado de la infección no se lo permita o porque decida dejarlo. Resulta útil aprovechar este tiempo para descansar y reflexionar sobre su vida y las ventajas que pueda obtener como son el estar más cerca de su familia. mayor cuidado en su persona, o emplearlo para definir lo que va a hacer en el futuro con su familia.

NOTAS.-

- 1.- Martínez Díaz, Gabriela y Mónica Galicia Tinoco. El autoconcepto, locus de control y desamparo en mujeres adultas con deficiencia mental que se encuentran en diferentes sistemas educativos. pp 14.
- 2.- La Rosa, Jorge. Escala de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. pp 4.
- 3.- Andrade Palos, Patricia. La influencia de los padres en el locus de control de los hijos. pp 21.
- 4.- Betancourt, Héctor. "Atribuciones, motivación de logro e implicaciones para el desarrollo económico y social", Revista de la asociación Latinoamericana de psicología social. pp 76.
- 5.- Ibid pp 77.
- 6.- Cit en Martínez Díaz. op cit pp 15.
- 7.- Martínez Díaz. op cit pp 15.
- 8.- Ibid pp 8.
- 9.- Ibid pp 8.
- 10.- Andrade Palos. op cit pp 22.
- 11.- Ibid pp 29.
- 12.- La Rosa. op cit pp 11.
- 13.- Schneider, David J. Et al. Percepción personal. Pp 46
- 14.- Perlman, Daniel y P. Chris Cozby. Psicología Social. Pp 127-134.
- 15.- Ibid pp. 124
- 16.- Betancourt. Op cit pp. 76
- 17.- Cit en Giraldo, Celina Imaculada y Patricia Andrade Palos. "incapacidad aprendida en adolescentes mexicanos", revista de la asociación mexicana de psicología social. Pp 21
- 18.- Ibid pp 21
- 19.- Ibid pp 22
- 20.- Betancourt op cit pp 73
- 21.- Ibid pp 75
- 22.- Ibid pp 76
- 23.- Ibid pp 77
- 24.- Ibid pp 78
- 25.- Andrade Palos. Op cit pp 22
- 26.- La Rosa. Op cit pp 3
- 27.- Ibid pp 5
- 28.- Ibid pp 9-12.
- 29.- A través del espejo, pp 8

CAPÍTULO III

CARACTERIZACIÓN DEL VIH-SIDA

3.1.- BREVE REVISIÓN HISTÓRICA DEL VIH-SIDA.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) fue notificado por primera vez en los Estados Unidos en el año de 1981, cuando se detectaron en San Francisco y Nueva York los primeros casos de una infección pulmonar conocida como *Pneumocystis Carinii*, que sólo afectaba a personas que tuvieran el sistema inmunológico muy deteriorado (1). Casi de manera simultánea empezaron a llegar informes de gente homosexual entre 20 y 40 años de edad que habían desarrollado una forma grave de cáncer llamado Sarcoma de Kaposi, cuya aparición se restringía a varones de edad avanzada.

La aparición inesperada de estos casos llamó el interés de los científicos para tratar de conocer el origen de estos fenómenos. A medida que se avanzaba en las investigaciones, se fueron conociendo mejor las causas que ocasionaban la aparición de estos fenómenos, en un primer momento se consideró que estos fenómenos sólo pertenecían exclusivamente a ciertos grupos como el de los homosexuales, el de los adictos a las drogas intravenosas, hemofílicos y en América, en haitianos; posteriormente se descubrió que la epidemia abarcaba cada día a mas sectores de la población hasta entonces no incluidos en los antes llamados grupos de riesgo (actualmente se habla de practicas de riesgo y no de grupos).

Los científicos han coincidido en sus resultados al determinar que el origen del SIDA se hallaba en el centro de África aunque aun no se determinaba la causa de lo que lo estaba ocasionando ni como se había difundido al resto del mundo (2). Antes de llegar a estas conclusiones surgieron varias teorías acerca de donde provenía el virus que estaba ocasionando el debilitamiento del sistema inmunitario.

Uno de estos rumores fue que se trataba de un súper virus desarrollado en algún laboratorio secreto norteamericano como experimento de una guerra bacteriológica, el cual accidentalmente salió de su control (3). Otro rumor que refería al origen del Síndrome fue aquel que afirmaba que el origen del contagio del virus se debió a las relaciones sexuales que algunas personas mantenían con los animales en especial se culpo a aquellos que las tenían con simios, debido a que los monos verdes poseen un virus que ataca a los linfocitos CD4 de su organismo, pero tampoco se pudo comprobar que este fuera el origen del mismo virus que estaba atacando al humano (4). La religión por su parte argumentaba que se trataba de un castigo divino dado el libertinaje sexual que se vive en el mundo en la actualidad.

Adquirida porque se refiere a algo que se transmite después de la fecundación con esto se esta dando a entender que no es una característica que se herede.

Así, el SIDA es una enfermedad que ataca al sistema inmunitario debilitando las defensas naturales del organismo que previenen una variedad de infecciones y cánceres potencialmente mortales que no dañarían a ninguna persona que tuviera un sistema inmunitario sano, es decir que no estuviera afectado por el VIH (6).

El principal efecto destructor del VIH ocurre a través del ataque y depresión selectivo de células inmunitarias específicas en sangre y tejidos, en particular un subgrupo de linfocitos conocidos como linfocitos T4 (7).

3.3.- FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.

Mucho se ha hablado sobre las posibles formas de contagio pero en realidad son pocas las maneras en que realmente se puede transmitir el VIH al organismo. Este virus se ha detectado en sangre, semen, secreciones vaginales, orina, líquido cefalorraquídeo lágrimas, saliva, heces fecales, tejido cerebral, liquido pre-eyaculatorio, sudor y leche materna. Sin embargo, sólo se ha comprobado su transmisión por sangre, semen, secreciones vaginales y a través de la leche materna (8). Para que pueda existir contagio en primer lugar debe existir una persona que ya se encuentre infectada por el virus a fin de que lo pueda transmitir a otras personas. A continuación se explica las posibles formas de transmisión del virus.

3.3.1.- VÍA SEXUAL.

En una relación sexual sin usar condón u otro protector existe el peligro de contagio pues al existir intercambio de fluidos corporales (semen, fluido vaginal, sangre) que contengan virus este puede penetrar a través del mismo fluido en la otra persona. Es necesario recordar que basta una sola relación sexual para poder infectarse con el virus, en la practica del sexo oral (boca-pene, boca-vagina, boca-ano) se corre el riesgo de adquirir o transmitir el VIH.

3.3.2.- VÍA SANGUÍNEA.

En la actualidad está bien establecido que el VIH se transmite a través de transfusiones sanguíneas y derivados: Glóbulos rojos, plaquetas, plasma, sangre total y concentrados de factores coagulantes además de transplantes de órganos y tejidos contaminados, así como las agujas contaminadas con sangre infectada por el VIH constituyen un mecanismo de infección.

3.3.3.- VÍA PERINATAL.

La transmisión perinatal puede ocurrir en los primeros tres meses de embarazo, la infección ocurre principalmente a través de la placenta la cual lleva la sangre de la madre infectada hacia el feto.

La transmisión durante el parto ocurre probablemente porque el bebé se ve expuesto a una gran cantidad de sangre y de secreciones maternas infectadas con el VIH. Hasta el momento no se ha encontrado alguna diferencia significativa de acuerdo al tipo de parto ya sea vaginal o por cesárea.

La transmisión después del parto se da cuando una madre alimenta al bebé con leche materna, esta puede llevar el virus y así contagiar a su hijo; el riesgo aumenta cuando la madre contrae la infección después de dar a luz y se seroconvierte (9).

No se transmite por saludar, convivir, abrazar, utilizar los mismos cubiertos para comer, ni por besar en la mejilla, tampoco por estornudar ni por compartir baños, albercas ni por ningún otro medio que se considere puramente casual o social, debido a que el virus no vive en el medio ambiente sólo en el hombre.

3.4.- DIFERENCIAS ENTRE SER UNA PERSONA CON VIH Y UNA PERSONA CON SIDA.

En un principio se confundió fácilmente a una persona con el VIH con aquella que realmente padecía el SIDA, debido al desconocimiento de las diferencias que existen entre ser seropositivo al VIH y ser enfermo de SIDA. A continuación se marcan algunas diferencias entre estos dos términos:

Ser seropositivo al VIH significa que el cuerpo ha estado en contacto con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y ha penetrado en el organismo y este ha producido anticuerpos contra el virus que se encuentra en la sangre; estar en período de seropositividad quiere decir que a pesar que nuestro organismo ya ha desarrollado anticuerpos contra el VIH, este no se ha activado sino que permanece en estado latente, como si estuviera dormido. Esto no quiere decir que se este enfermo pero si que tiene el riesgo de contraer infecciones así como de infectar a otras personas si no se toman las precauciones para evitarlo.(10).

Por el contrario para poder considerar que una persona está enferma de SIDA se debe tomar en cuenta la opinión de los médicos y otros datos de laboratorio, tomando en consideración la clasificación de los Centros de Control de las Enfermedades de los EE.UU. (CDC), que incluye una correlación de la cuenta de linfocitos CD4 con las manifestaciones clínicas con la cual la Dirección General de Epidemiología tiene coincidencias en relación a las enfermedades asociadas al SIDA.

CATEGORÍA CLÍNICA			
Grupo de las células CD4	A	B	C
>=500/mm3	A1	B1	C1
200-499/mm3	A2	B2	C2
<200/mm3	A3	B3	C3

Los casos clasificados como A3, B3; C1, C2 y C3 se consideran casos de sida, aun cuando en México no está disponible los estudios de CD4 en todo el país (11).

En conclusión podemos afirmar que una persona es seropositiva al VIH cuando se le ha detectado por diferentes métodos el virus en el organismo, pero que no ha desarrollado manifestaciones clínicas del síndrome. Por su parte se considera una persona con SIDA a la que se le ha demostrado la presencia del VIH en su organismo por cualquier método y que además tiene manifestaciones clínicas, inmunológicas y epidemiológicas específicas.

3.5.- PRUEBA DE ANTICUERPOS PARA EL VIH Y SU SIGNIFICADO.

3.5.1.- ASESORÍA PRE-PRUEBA.

Conocer el contexto psicosocial que envuelve al individuo que vive con el VIH es vital para poder ayudarlo en los momentos en que reciba el resultado de la prueba, pues algunas personas reciben el diagnóstico en un marco de problemas que pueden ser sociales, laborales, domésticos, o consigo mismas por consiguiente es necesario conocer el estado emocional de los pacientes para poder brindarles una mejor ayuda y tratar de minimizar la crisis emocional que pueden llegar a experimentar.

Lizarraga (12) se dedica a observar estas distintas reacciones que manifiestan los seropositivos al VIH y propone un modelo psicoafectivo con el cual intenta explicar las fases por las que atraviesa una persona con VIH/SIDA:

- 1.- Negación.
- 2.- Estructuración.
- 3.- Deterioro de la autoestima y la autoimagen.
- 4.- Autodestructividad.
- 5.- Vengatividad.
- 6.- Pacto o negociación.
- 7.- Aceptación

Es importante para quien desea realizarse la prueba de anticuerpos acudir a un centro de salud donde reciba atención médica y psicológica en vista de que el impacto

psicológico y social ante un resultado positivo de la prueba de detección de anticuerpos al VIH puede ser fuerte e impactante y para poder revisar su actual estado de salud.

La asesoría pre-prueba incluye información como que significa la prueba del VIH, información acerca de la infección por VIH. En esta sesión pre-prueba se ofrecen alternativas para ayudar al sujeto a tomar la decisión o no de hacerse la prueba además en ella se brinda apoyo emocional para la adopción de comportamientos de bajo riesgo.

3.5.2.- ASESORÍA POST-PRUEBA.

Para la entrega de los resultados es conveniente dar apoyo emocional por parte de quienes entregan los resultados, debido al impacto emocional que pueda tener el sujeto. Esta sesión está diseñada para aclarar información que no recuerde, expresar sentimientos y reacciones, integrar la información sobre los resultados de la prueba, adaptarse a la realidad de sus reacciones iniciales al resultado de la prueba, ayudarlo a formarse un plan de salud.

Miller y Rosy (13) afirman que la mayor necesidad en la persona después de escuchar la noticia de ser seropositivos al VIH, es la información clara y precisa sobre su padecimiento y estado de salud, disminuyendo así el temor a lo desconocido. Las personas que no reciben información, a quienes se deja que mediten solas sobre su situación, sin la suficiente información de su infección, casi siempre se deprimirán y se resignarán a morir.

Las características que con mayor frecuencia se presentan en las personas con VIH son: incertidumbre sobre el curso y tratamiento de su situación, lo cual permite que existan distintas reacciones en cada persona tales como enojo, culpabilidad, incertidumbre, negación, miedo, aislamiento, agresión, irritabilidad, etc.

Es importante señalar que las personas a quienes se les diagnosticó VIH, al momento de recibir la información conducente parecen no captar nada de lo que se les está diciendo, pero no es así, ya que al paso del tiempo van procesando la información misma que les será de gran utilidad en el momento de solicitar ayuda posteriormente.

Las decisiones que vaya a tomar el sujeto, vendrán una vez que haya comprendido en parte lo que significa y representa para él la infección, así como los cambios en el estilo de vida que se le recomienda para mantener y mejorar, según sea el caso, su estado de salud.

Es importante que la persona infectada cuente con una familia o con relaciones afectivas cercanas ya que suelen ser en la mayoría de los casos el único apoyo con el cual cuentan. El apoyo que puedan recibir debe preferentemente estar enfocado al estado de ánimo, que es lo más necesario para el sujeto en ese momento, es decir, es necesario

hacer sentir al infectado que no esta solo, sino que cuenta con alguien que lo respalda , lo reconforte y lo reanime para enfrentar su nueva situación.

Por lo anteriormente descrito, se puede afirmar que el VIH/SIDA origina cambios en la adaptación del sujeto en relación a sus grupos de referencia, cambios en su autoconcepto, en sus valores, en su identidad, etc.

3.5.3.- SIGNIFICADO DE LA PRUEBA.

Es erróneo identificar la prueba de anticuerpos contra el VIH como una prueba para el SIDA. La prueba no detecta los virus, únicamente detecta la presencia de los anticuerpos que el organismo hubiese desarrollado para combatir al VIH.

Si la prueba resulta negativa existen tres posibilidades de explicar este resultado:

- 1) No se ha tenido contacto con el virus.
- 2) Ya se estuvo en contacto con el virus que causa el SIDA pero no se ha contagiado, por este motivo no se ha producido anticuerpos.
- 3) Ya se esta infectado con el virus pero el organismo todavía no ha producido anticuerpos al VIH (14).

Por otra parte si la prueba resulta positiva No significa que se tenga SIDA o que necesariamente desarrollará esta enfermedad. La prueba sólo indica que el organismo ha sido contagiado con el VIH y los anticuerpos contra el mismo se encuentran presentes en la sangre por tanto la prueba no es la prueba del SIDA, no puede dar el diagnóstico del SIDA y no puede indicar si este desarrollará el sida (15). Sin embargo, deben tomarse precauciones y medidas preventivas como el uso del condón, evitar intercambios de fluidos corporales etc. para evitar que se contagie a más personas.

3.5.4.- PRUEBAS DE DETECCIÓN.

Para tener la seguridad de que se esta o no infectado por el virus que causa el SIDA es necesario acudir a realizarse la prueba de detección de anticuerpos al VIH para estar completamente seguros. las pruebas preliminares que más comúnmente se aplican en México son la de ELISA y la de Aglutinación, en caso de que alguna de las dos pruebas salga positiva se aplica una segunda confirmatoria y puede ser la de Inmunofluorescencia o la de Western Blot; en caso de que la primera salga negativa no se realiza la confirmatoria.

3.6.- HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR VIH.

3.6.1.- INFECCIÓN AGUDA Y SEROCONVERSIÓN.

La mayoría de los individuos que contraen la infección por VIH desarrollarán anticuerpos dentro de las primeras seis semanas, aunque en algunos casos pueden transcurrir seis meses o más de tiempo antes de que desarrollen anticuerpos, sin presentar manifestación alguna. Sin embargo, algunas personas experimentan de tres a seis semanas después de la infección dolores de cabeza, dolor en las articulaciones, dolor muscular, manifestaciones orofaríngeas, erupción de manchas en la piel, dolor abdominal, diarreas, enfermedades de los ganglios linfáticos y esplenomegalia.

Este cuadro puede ir acompañado de alteraciones en el sistema nervioso central, en un principio no se presentan cambios inmunológicos detectables por laboratorio. La búsqueda de anticuerpos contra el VIH resulta negativa (periodo de ventana); sin embargo después de algunas semanas existe seroconversión, es decir, es posible detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH. El cuadro desaparece en forma casi espontánea en un lapso menor a tres semanas y no existe tratamiento específico para los mismos (17).

3.6.2.- INFECCIÓN ASINTOMÁTICA.

Dentro de esta fase se incluyen a individuos que se saben infectados por el VIH debido a la presencia de anticuerpos contra el virus y no presentan manifestaciones clínicas de la enfermedad. Generalmente no evidencian cambios inmunológicos detectables por laboratorio en términos específicos estas personas podrían continuar sin síntomas durante varios años, sin embargo otras podrían evolucionar a otras formas del espectro clínico de la enfermedad, mientras que otros continuarán en ese estadio por tiempo indeterminado.

Si las personas que existen en este grupo mejoran su calidad de vida, podrán evitar así el proceso para que aparezca el fenómeno del SIDA o cualquiera de sus manifestaciones que se incluyen en el siguiente apartado.

3.6.3.- LINFADENOPATÍA GENERALIZADA PERSISTENTE (LGP).

Dentro de este grupo se incluyen a aquellos individuos que como consecuencia de la infección por VIH presentan adenomegalias en dos o más sitios extrainguinales durante más de un mes. Este síndrome puede tomar de tres a más de diez años en aparecer a partir de la infección. Se presenta como cuadro de tipo viral caracterizado por manifestaciones orofaríngeas, febrícula, dolor muscular, debilidad, fatiga y linfadenopatía. El síntoma más frecuente es la debilidad generalmente leve.

Los ganglios linfáticos más afectados son los cervicales auxiliares y los occipitales, aunque también pueden estar crecidos los submaxilares y otros. El laboratorio puede revelar anemia, leucopenia y linfopenia en grados variables.

3.6.4.- SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

El paciente durante esta fase eventualmente puede desarrollar manifestaciones clínicas diversas, que permiten llegar al diagnóstico de SIDA. No es raro que un mismo individuo presente dos o más problemas clínicos en forma simultánea.

Entre las manifestaciones clínicas que el individuo puede desarrollar se encuentran las siguientes:

a) Síndrome de desgaste caracterizado por la pérdida de peso involuntaria mayor al 10% del peso corporal y diarrea crónica o fiebre documentada en ausencia de otra enfermedad que pudiera explicar estas manifestaciones.

b) Encefalopatía por VIH; se caracteriza por disfunción cognoscitiva motora incapacitante. El cuadro clínico de estos sujetos puede tener tres variantes:

- 1.- Encefalitis subaguda
- 2.- Mielopatía
- 3.- Neuropatía periférica

c) Infecciones oportunistas; habitualmente son las producidas por Neumonía por P. Carinii, meningitis criptocócica, micobacteriosis atípicas, infecciones por citomegalovirus, tuberculosis y la salmonelosis.

d) Neoplasias; siendo la más frecuente el Sarcoma de Kaposi, el Linfoma primario, Linfoma no Hodgkin, el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, el cáncer de cavidad oral y el cáncer cloacogénito anorectal.

e) Otros; en este grupo se incluyen alteraciones que no pueden ser clasificadas en los grupos anteriores tales como la hepatitis, dermatosis, cardiopatías, trombocitopenia y otras alteraciones hematológicas (18).

3.7.- PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH.

La prevención constituye en la actualidad la única medida con la que se cuenta para atender la propagación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. A continuación se describen las medidas preventivas de acuerdo a los tipos de transmisión:

3.7.1.- EN LA VÍA SEXUAL.

La prevención de la transmisión sexual de la infección por VIH se facilita debido a que el sujeto esta en posibilidades de seleccionar sus practicas sexuales. Las tres medidas preventivas que se recomiendan para evitar o disminuir el riesgo de exposición son:

- 1) Abstinencia sexual.
- 2) Relación mutuamente fiel con una pareja sana.
- 3) Utilización de preservativos o condones.

PRACTICAS SIN RIESGO: abrazos, caricias, besos secos, masajes, frotarse el cuerpo mutuamente, masturbación mutua sin penetración, exhibiciones y fantasías sexuales.

PRACTICAS DE BAJO RIESGO: Besos profundos, penetración vaginal usando condón, penetración anal usando condón, sexo oral con condón, contacto bucal con la vagina.

PRACTICAS DE ALTO RIESGO: Penetración anal sin condón, penetración vaginal sin condón, sexo oro-anal, contacto con sangre, semen u orina en la boca y compartir juguetes sexuales.

3.7.2.- EN LA VÍA SANGUÍNEA.

La prevención a través de transfusiones se basa en la detección de la infección por VIH en todos los donadores de sangre y en la eliminación de los productos contaminados, si se va a recibir alguna donación de sangre deberá de exigirse la etiqueta que confirme que es sangre segura (19).

3.7.3.- EN LA VÍA PERINATAL.

Una mujer embarazada y portadora del VIH puede infectar a su bebé durante el embarazo, al momento del parto o cuando lo amamanta, se recomienda por consiguiente que toda pareja se realice la prueba antes de decidir el embarazo en caso de que alguno de los dos tenga dudas acerca de su vida sexual o que se esté en duda si tiene o no el virus, y en este caso evitar el embarazo hasta que se este completamente seguros de que ninguno de los dos lo posee.

NOTAS.-

- 1.- Chapper, Dan. Posibles efectos del autoconcepto en relación con el desarrollo del SIDA. pp 14.
- 2.- Lorenzo, Ricardo. SIDA, el asunto está que arde. pp 62-63.
- 3.- Rodríguez Duarte, Rubén. Política de racismo y SIDA. pp 23.
- 4.- Adeht, Mauricio. SIDA alarmante en México. pp 9.
- 5.- Miller, David. Viviendo con SIDA y HIV. pp 3-4.
- 6.- AIDSCOM. A través del espejo. pp 5.
- 7.- Miller, David. op cit pp 5.
- 8.- Sepúlveda Amor, Jaime. SIDA: información básica para el personal de salud. pp 11.
- 9.- Uribe, Patricia. Como vivir con el virus del SIDA. pp 3-4.
- 10.- Adeht, Mauricio. op cit pp 10-12.
- 11.- CONASIDA/SSA. Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y Xavier. Algunos pretextos, textos y subtextos ante el Sida hospitalares. pp 16-17.
- 12 Lizarraga Crunchaga, pp. 12
- 13 Miller, David. Op cit pp 21—25.
- 14.- Mora Galindo, José Luis. Las pruebas de detección del SIDA y su significado. pp 7.
- 15.- Adeht, Mauricio. op cit pp 12.
- 16 Ariza, Luis Manuel. Si aparece la marca roja al hacemos las pruebas del sida...estamos infectados. Pp23-24.
- 17.- García García, María de Lourdes. Manual de vigilancia epidemiológica. pp 22-23
- 18.- Sepúlveda Amor, Jaime. op cit pp 21.
- 19.- Ibidem pp 47.

CAPÍTULO IV

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

4.1.- JUSTIFICACIÓN.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) además de constituir un problema de salud que requiere ser considerado como tema de estudio por las Ciencias Médico-Biológicas, es también un problema de connotación psicológica y social que debe ser analizado por las diversas Ciencias Sociales y, en nuestro caso, desde la perspectiva de la Psicología Social.

Dentro de toda la gama de situaciones y cambios sociales que ha provocado el SIDA, destaca la necesidad de realizar trabajos de investigación que nos brinden un panorama claro del fenómeno al cual nos estamos enfrentando. Es decir, el ámbito de investigación no debe reducirse a los avances médicos, sino por ser ésta una enfermedad que agrede tanto al sistema inmunológico como al estado psicológico del individuo, se hace patente la necesidad de ahondar en los impactos que el síndrome produce tanto en la personalidad de quienes lo padecen como en la mentalidad del resto de la sociedad. Así, son importantes las aportaciones que puedan derivarse del campo psicosocial.

Aún dentro de la Psicología Social, el SIDA como fenómeno de estudio puede ser abordado desde diferentes enfoques: Actitudes, Socialización, Representación Social, Dinámica de Grupos, Influencia Social, etc. Nuestra intención es realizar una investigación sobre el AUTOCONCEPTO y el LOCUS DE CONTROL en uno de los sectores que más directamente se ve afectado por este problema: los infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (agente causal del SIDA), es decir, los seropositivos al VIH.

La reacción que surge en un individuo al saberse portador del VIH - independientemente del mecanismo por el cual contrajo el virus- se relaciona con la estructura de su carácter, su intra subjetividad e historia personal, y con los ámbitos familiar, laboral, etc., en los cuales vive y se desarrolla. Por otra parte, la reacción a nivel social respecto a la problemática del SIDA se relaciona con los valores culturales y morales imperantes, la interacción que se da entre los sujetos y la información que se maneja en torno al tema.

Generalmente, las personas que viven con el VIH pasan por el proceso psicológico de negación-aceptación de ese importante cambio en su vida, en el cual se

propia conducta. Estas investigaciones muestran claramente diferencias entre individuos externos e internos en lo que respecta a: el valor que otorgan a la misma recompensa; el tiempo que tardan para tomar una decisión con instrucción de habilidad o de causalidad; la atracción por el éxito y la repulsión por el fracaso cuando se incrementa la dificultad de una tarea; la influencia del éxito o fracaso inicial en desempeños posteriores; la reducción del valor del reforzamiento y la reacción a la amenaza (10).

Estas diferencias conductuales están relacionadas con la forma en que los individuos enfrentan su medio ambiente, considerándose que los individuos orientados internamente, confiarán más en sus habilidades y sentirán que son capaces de modificar algunas situaciones del medio ambiente; en cambio, los individuos orientados externamente confiarán más en la suerte, el destino o el poder de otros, y por lo tanto, sentirán que los cambios dentro del medio ambiente son debidos a fuerzas externas a ellos.

La teoría del locus de control ha sido modificada y complementada, pues cuando se inició este estudio por sus precursores como Lefcourt y Rotter plantearon a un individuo o bien externo o bien interno, posteriormente Andrade Palos planteó tres dimensiones generales del locus de control: control personal: habilidades percibidas para controlar el ambiente, dentro del dominio personal sobre el curso de la vida propia, 2.- Control ideológico: creencias ideológicas generales en las habilidades de la mayoría de la gente para controlar su medio ambiente y 3.- Fatalismo: creencias en la determinación de la vida por la suerte o el destino (11) y finalmente La Rosa pasa a estudiar otras dimensiones y factores tales como la dimensión fatalismo-suerte, dimensión poderosos del macrocosmos o enajenación socio-política, dimensión afectividad dimensión internalidad instrumental y dimensión poderosos del microcosmos (12).

2.3.- LOCUS DE CONTROL Y ATRIBUCIÓN.

La sociedad y cada individuo que la conforman tienden a tratar de explicar lo que le acontece o lo que le ocurre a su alrededor, es lo que se podría llamar atribución, es decir, el proceso mediante el cual el individuo desea saber más acerca de la situación que de alguna manera le afecta, busca causa para determinar juicios, emociones, indiferencias y situaciones.

Las atribuciones son las respuestas que la gente se hace para tratar de explicar los fenómenos que le atraen y para responder a las preguntas que se formulan a sí mismos.

Las atribuciones pueden surgir de acuerdo al contexto de dos maneras: la primera surge cuando se decide que son reactivas, es decir, son comportamientos de una persona como respuesta relativamente no consciente y a menudo involuntaria a

algún estímulo interno o externo; la segunda forma surge cuando el perceptor decide que el comportamiento tiene un propósito o intención (13).

En cualquiera de los dos casos anteriores las atribuciones son las respuestas que se forman para mediar los estímulos y las respuestas que damos a éstos. Asumimos que la causa de la atribución hecha por cualquier individuo en particular refleja su visión del mundo y tiene consecuencias importantes para su conducta o reacciones para con los demás.

Así, la atribución que se hace depende no sólo del caso en sí, sino también de que se conozca el contexto, información de casos similares y de la personalidad o factores motivacionales.

La información que se requiere para analizar las atribuciones que la gente se hace parte de la información acerca del fenómeno que se atribuye, información acerca de lo que hicieron otras personas, información de la conducta pasada de los actores e información acerca de los propios sentimientos (14).

Por otra parte las atribuciones pueden ser analizadas con base en las dimensiones que la involucran como son la internalidad, estabilidad y capacidad de control.

La internalidad se refiere a poder diferenciar entre fuerzas internas y externas; esta diferenciación entre las causas personales internas del actor y las causas ambientales externas al actor constituyen la dicotomía causal fundamental de la atribución; la estabilidad se refiere a qué tan permanente o cambiante pueden ser las causas que provocan un fenómeno, es decir, que si una causa es considerada como poco común, tendrá una atribución diferente a la que es provocada por una causa que se presente en forma regular, entre tanto que la capacidad de control hace referencia a la causa de un acontecimiento que puede denominarse controlable si las conductas (causas) que conducen a este acontecimiento están dentro de la capacidad de manipulación de los actores o por el contrario si el actor no puede controlar la situación por estar fuera de sus capacidades entonces tendrá otro efecto para su atribución (15).

Con base en las tres dimensiones de las propiedades subyacentes a las que se atribuye, la mayor parte de las atribuciones de causalidad pueden ser clasificadas en un esquema 2x2x2: interna vs externa, estable vs inestable, controlable vs. incontrolable (16).

2.4.- LOCUS DE CONTROL E INCAPACIDAD APRENDIDA.

El término Incapacidad Aprendida fue definido por Seligman como el estado psicológico que sucede frecuentemente como resultado de eventos incontrolables (17); con base en este constructo el autor postula que la expectativa de que una

consecuencia sea independiente del comportamiento 1) reduce la motivación para controlar la consecuencia; 2) interfiere en el aprendizaje de que el responder podría controlar la consecuencia y, si la consecuencia es de naturaleza traumática, 3) produce temor ya que el sujeto produce depresión. Sin embargo, el modelo propuesto por Seligman generó controversias teóricas y a veces se reveló inadecuado para entender la Incapacidad Aprendida en humanos.

Para resolver estas controversias generadas por el constructo original, Abramson Seligman y Teasdale proponen un modelo atribucional para entender la incapacidad aprendida (18). Este modelo postula que cuando las personas perciben que son incapaces, ellas implícita o explícitamente cuestionan esa incapacidad y consecuentemente intentan descubrir la causa de la misma. La atribución causal que hacen, es resultante de una no contingencia objetiva entre la conducta del sujeto y sus consecuencias e influye en la percepción de no contingencia pasada o presente, así como en la formación de expectativas personales de no contingencias.

Tomando en cuenta las críticas relativas al modelo original de incapacidad aprendida y al modelo atribucional Imaculada Girardi y Andrade Palos proponen un modelo más sencillo y objetivo para analizar la incapacidad aprendida (19), la definen como un proceso que involucra la tríada incontrolabilidad, atribución y depresión definida de la siguiente forma:

- El individuo percibe la controlabilidad o incontrolabilidad de los eventos como resultado de las experiencias de control o no control sobre las situaciones diarias.
- El individuo analiza su control o no sobre distintas situaciones cotidianas propias de su contexto y atribuye el control o no de las mismas causas internas (presentes en él; tales como su habilidad o capacidad de controlar las situaciones) o externas (presentes en el ambiente, tales como la familia, o los amigos, la suerte, Dios, etc.).
- El individuo presenta o no depresión de acuerdo con la cantidad de incontrolabilidad manifiesta y con las atribuciones hechas.

2.5.- ATRIBUCIÓN Y MOTIVACIÓN AL LOGRO.

El éxito y el fracaso pueden ser analizadas desde un enfoque atribucionista, con base en sus tres dimensiones: locus, estabilidad y control y su relación con la autoestima, la expectativa de éxito futuro y las reacciones hacia otros respectivamente (20).

La teoría de la atribución como se hizo mención con anterioridad, tiene la tendencia a buscar información y comprensión, especialmente en situaciones sociales. Frente a un fracaso por ejemplo, la persona tiende a buscar una explicación. La causa a la cual ésta persona atribuye tal fracaso, influye de manera importante en sus afectos, sentimientos y la expectativa de lo que ocurrirá en el futuro, lo cual a su vez afectará su acción.

pueden presentar varias fases que incluyen sentimientos de aislamiento, ira, pérdida o disminución de la autoestima, angustia, depresión, autodestrucción, etc. Estos sentimientos pueden entremezclarse y agravar su situación emocional y fisiológica. Así, personas que están "en la plenitud de su vida" de pronto se ven inmersas en una nueva situación de incertidumbre, pues sus perspectivas de vida se ven modificadas. Igualmente, este síndrome ha venido a provocar ciertos desajustes psicosociales como son la desarticulación familiar, el rechazo social, despidos laborales, negación de la atención médica, marginación, críticas moralistas, etc., constituyendo, algunos de estos casos, violaciones a los derechos humanos y civiles de los afectados. Por lo anterior, consideramos importante el trabajo que pueda desarrollarse en el conjunto de personas seropositivas al VIH.

El interés de nuestra investigación es conocer de cerca la situación de las personas que viven con el virus causante del SIDA, en lo referente al concepto de sí mismas y a su foco de control. Específicamente se trabajará con los sujetos seropositivos al VIH que asistan, ya sea por primera vez o a sesiones terapéuticas regulares, a la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA, a los grupos de auto-apoyo de la Casa de la Sal, Hospital de Jesús, Víctor Harris y de Serapio Rendón. Con el análisis que se efectúe se pretende detectar el nivel de su autoconcepto y la orientación de su locus de control. Con esta información se les podrá auxiliar en el fortalecimiento de las áreas de su personalidad afectadas por el hecho de vivir con el VIH, mediante procedimientos terapéuticos adecuados.

La autoimagen y el locus de control son dos factores que juegan un papel importante en el desenvolvimiento social del hombre. La manera en que un hombre interactúa con el mundo que le rodea, es en parte una función de la manera en que él se ve a sí mismo: su conducta es un reflejo o una expresión de sus constructos psicológicos. Por otro lado, no se pueden comprender completamente las acciones de otra persona o predecir perfectamente su conducta, pero conociendo su autoconcepto y su foco de control podría mejorarse tal comprensión y predicción, y entonces estos aspectos serían unas variables significativas para el tratamiento.

Cualquier programa de terapia psicológica debe considerar a la persona en su totalidad, ya que el mayor recurso en la rehabilitación es el sujeto por sí mismo, pues ésta tendría como objetivo ayudarlo a utilizar y realizar sus propias capacidades. En el proceso terapéutico, el autoconcepto y el locus de control del individuo influyen en si deseará, buscará y cooperará en la utilización exitosa del tratamiento. Por lo que con la presente investigación se busca generar un conocimiento sobre estas dos áreas de la personalidad de los sujetos que viven con el VIH/SIDA, a fin de que los profesionales responsables y organismos relacionados con esta problemática cuenten con otros elementos que les ayuden en la determinación de sus estrategias terapéuticas o programas de atención.

4.2.- PROBLEMAS.

4.2.1.- PROBLEMA GENERAL.

¿Cuál es el AUTOCONCEPTO y el LOCUS DE CONTROL de personas seropositivas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)?

4.2.2.- PROBLEMAS ESPECÍFICOS.

- a) ¿Cuál es el autoconcepto de personas seropositivas al VIH?
- b) ¿Cuál es el locus de control de personas seropositivas al VIH?
- c) ¿Cuáles son las dimensiones más afectadas del autoconcepto de personas seropositivas al VIH?
- d) ¿Cuáles son las dimensiones más afectadas de locus de control de personas seropositivas al VIH?

4.3.- OBJETIVOS.

4.3.1.- OBJETIVO GENERAL.

Conocer el Autoconcepto y el Locus de Control de personas seropositivas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

4.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a) Elaborar un diagnóstico acerca de la situación general del autoconcepto y el locus de control de personas seropositivas al VIH.
- b) Detectar las dimensiones o áreas más afectadas del autoconcepto y del locus de control de personas seropositivas al VIH.

4.4.- HIPÓTESIS.

4.4.1.- HIPÓTESIS GENERAL.

Ho: El Autoconcepto y el Locus de Control de personas seropositivas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) serán negativo y externo respectivamente.

Ha: El Autoconcepto y el Locus de Control de personas seropositivas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) serán positivo e interno respectivamente.

4.4.2.- HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

a) Ho: El autoconcepto de personas seropositivas al VIH es negativo.

Ha: El autoconcepto de personas seropositivas al VIH es positivo.

b) Ho: El locus de control de personas seropositivas al VIH es externo.

Ha: El locus de control de personas seropositivas al VIH es interno.

4.5.- VARIABLES.

4.5.1.- TIPOS DE VARIABLES.

a) Variable Independiente (VI): Ser seropositivo al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

b) Variables Dependientes (VD): El Autoconcepto y el Locus de Control.

c) Variables Intervinientes (Vi): Información que poseen personas seropositivas al virus de la inmunodeficiencia humana, acerca del VIH y SIDA.

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de seropositividad al VIH hasta el día de la entrevista.

4.5.2.- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.

a) VI: Ser seropositivo al VIH.

—Definición Conceptual: Son aquellas personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (agente causal del SIDA) en su organismo y se conservan en estado asintomático. Es decir, que resultaron positivas en la prueba de detección de anticuerpos para el VIH y no han desarrollado ninguna enfermedad relativa al SIDA.

--Definición Operacional: Sujetos seropositivos al VIH y que se encuentran en estado asintomático. Característica que será corroborada en el cuestionario de datos sociodemográficos.

b) VD: El Autoconcepto.

--Definición Conceptual: Es la percepción que una persona tiene de sí misma (La Rosa, 1986).

--Definición Operacional: Es un constructo psicológico cuyos contenidos y dinanismos son determinados socialmente, y comprende un conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, atribuciones y juicios de valor referentes a sí mismo. Será determinado con la Escala de Autoconcepto de Jorge de la Rosa.

Nivel de medición: Ordinal.

c) VD: El Locus de Control.

--Definición Conceptual: Es la percepción que una persona tiene de un evento como contingente o no a alguna acción suya (La Rosa, 1986).

--Definición Operacional: Se habla de control interno cuando el individuo atribuye a sus propias acciones la causa de los que sucede. Por el contrario, el control externo es cuando asigna a causas externas las determinantes de lo que a él le pase. Se determinará mediante la Escala de Locus de Control de Jorge La Rosa.

Nivel de medición: Ordinal.

d) Vi: Información que poseen personas seropositivas al virus de la inmunodeficiencia humana, acerca del VIH y SIDA.

--Definición Conceptual: Se refiere al grado de conocimientos de las personas seropositivas al VIH acerca del tema en cuestión; sobre los antecedentes, naturaleza, mecanismos de transmisión, medidas preventivas, etapas de evolución, así como las implicaciones de vivir con el VIH y sus diferencias respecto al SIDA.

--Definición Operacional: El grado de conocimientos de las personas seropositivas al VIH. Se determinará en base a las respuestas que proporcionen en el cuestionario de conocimientos generales acerca del VIH Y SIDA.

Nivel de medición: Nominal.

e) Vi: Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana, hasta el día de la entrevista.

--Definición Conceptual: Es conocer el periodo transcurrido a partir del momento en que la persona seropositiva al VIH supo que era portadora del virus y hasta cuando se realice la entrevista.

—Definición Operacional: Se determinará en meses y años, a partir de las respuestas que los sujetos seropositivos al VIH nos den en el cuestionario de datos sociodemográficos.

Nivel de medición: Ordinal.

4.6.- TIPO DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO Y DISEÑO.

Las características que presenta nuestro problema de investigación requieren de un panorama más claro sobre el fenómeno en cuestión. Por ello, nuestra intención es plantear un estudio evaluativo y descriptivo de campo, con un diseño ex-post-facto de una muestra.

4.7.- MÉTODO.

4.7.1.- SUJETOS.

Específicamente se consideraron aquellas personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en su organismo y se encuentren ya sea en estado asintomático o sintomático. Las cuales asisten por motivos médicos, a terapia o por asesoría a las organizaciones con trabajo en SIDA que fueron contactadas y dieron su apoyo para la realización de esta investigación.

Cabe hacer mención que se respetará en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los sujetos entrevistados.

4.7.2.- MUESTREO.

El número final de sujetos para la muestra fue de 70 y estuvo determinado por el número de personas que se entrevistaron y aceptaron participar en el estudio durante el periodo de aplicación, mismo que duró seis meses.

El muestreo fue de tipo no probabilístico: pues todos los sujetos seropositivos al VIH que asistieron a las ONG'S tuvieron la misma oportunidad de ser tomados en cuenta y porque sólo participaron en la investigación aquellos que aceptaron hacerlo.

4.7.3.- INSTRUMENTOS.

El tipo de estudio planteado requiere de información directa, concisa y mensurable. Para acceder a ésta se utilizaron herramientas propias de una investigación de campo. Por tal motivo, como ya se ha mencionado, el cuestionario de datos sociodemográficos y de conocimientos generales acerca del VIH/SIDA, así como

las Escalas de Autoconcepto y de Locus de Control de Jorge La Rosa (1986) fueron nuestros instrumentos, a fin de obtener con ellos información significativa para la realización de nuestro proyecto. A continuación se describe cada uno:

a) Cuestionario de Datos Sociodemográficos y de Conocimientos Generales acerca del VIH/SIDA.

La primera parte de éste tuvo como finalidad conocer las características personales de los sujetos que conforman la muestra. Además de corroborar el dato de seropositividad al VIH.

Otro dato importante dado a conocer por este instrumento y que constituye la otra variable interviniente, es el tiempo -en meses y años- transcurrido desde el día del diagnóstico de seropositividad al VIH hasta el día de la entrevista. Mismo que se utilizará en el análisis del Autoconcepto y del Locus de Control de la muestra, así como para la explicación de los resultados encontrados.

En su segunda parte se buscó determinar si las personas seropositivas al VIH contaban o no con información referente al sida, para definir el grado de conocimientos que al respecto tienen los sujetos. Dato que esperamos contribuya significativamente en la discusión de los resultados.

Se presentó con base en preguntas mixtas (cerradas y abiertas), las cuales se codificaron a fin de calcular las frecuencia y las medidas de tendencia central y de dispersión pertinentes.

VER ANEXO 1.

b) Escala de Autoconcepto (La Rosa, 1986).

Es una escala multidimensional que abarca diferentes áreas de la vida personal y social del individuo. Constituida por 65 pares de adjetivos autodescriptivos, en los cuales uno es el antónimo del otro (un polo positivo y otro negativo) y se refieren a las diversas dimensiones propuestas para el autoconcepto.

Está construida con base en la técnica del diferencial semántico, con siete intervalos (que van de 3 a 0 a -3) entre los adjetivos bipolares: las respuestas se dan en este continuo.

Las subescalas (en la técnica del diferencial semántico cada par de adjetivos bipolares y sus respectivos intervalos constituyen una subescala) están mezcladas en forma aleatoria tanto en lo referente a las dimensiones del autoconcepto como en lo concerniente a la direccionalidad de los adjetivos, es decir, el extremo positivo y el negativo están indistintamente en el lado derecho y en el izquierdo. El concepto evaluado es el YO y las subescalas bipolares son precedidas por la expresión "YO SOY".

La Rosa (1986) encontró en el análisis factorial con rotación varimax efectuado para verificar la validez de construcción de su instrumento, nueve factores conceptualmente claros que explican 48.9% de la varianza total de la prueba. Igualmente, reporta una confiabilidad (índice de consistencia interna) de .94 en la escala total, obtenida a través de la prueba del Alpha de Cronbach. Además de los índices de cada una de las dimensiones (subescalas-factores) del autoconcepto evaluadas por el instrumento.

Las cifras anteriores representan porcentajes bastante significativos en pruebas de este tipo.

Las dimensiones básicas que evalúa la escala son: Social, Emocional, Ética y Ocupacional; con una dimensión agregada, la de Iniciativa. La Rosa (1986) descarta la dimensión Física del autoconcepto en la construcción de su instrumento, por las limitaciones intrínsecas de la técnica del diferencial semántico, pues no permite evaluar los diversos aspectos que en la subescala física pretendía contemplar. La técnica permitiría, por ejemplo, elaborar una escala que midiera el espectro de atractividad, de salud o de limpieza, pero no de los tres simultáneamente.

Hemos mencionado ya que son 9 los factores medidos por el instrumento, correspondientes a las dimensiones y subdimensiones (subescalas) del autoconcepto, a saber:

La DIMENSIÓN SOCIAL se refiere al comportamiento del individuo en la interacción con sus semejantes y goza de una gran universalidad, pues abarca tanto las relaciones con sus familiares y amigos como la manera en que interactúa con sus jefes y subalternos, conocidos o no. Se divide, además, en tres subdimensiones representadas por los factores 1, 3 y 9.

La Social 1 (factor 1) es llamada "sociabilidad afiliativa" porque especifica en los polos positivos el estilo afiliativo del sujeto para relacionarse con los demás (alpha = .85).

La Social 2 (fac. 3) es denominada "sociabilidad expresiva" ya que se refiere a la comunicación o expresión del individuo en su medio social. (Alpha = .85)

La Social 3 (fac. 9) define, en el aspecto positivo, a la persona accesible a quien los demás se aproximan confiadamente, pues contarán con su comprensión. A esta se decidió llamarla "accesibilidad". (Alpha = .65).

La DIMENSIÓN EMOCIONAL abarca los sentimientos y las emociones de la persona, considerados desde los puntos de vista intraindividual, interindividual y de su sanidad o no. Se divide, también, en tres subdimensiones representadas por los factores 2, 4 y 6.

La Emocional 1 (fac. 2) caracteriza la vida emocional intraindividual, es decir, los estados de ánimo experimentados en la subjetividad. Se le denomina "estados de ánimo" o "emociones intraindividuales". (Alpha = .86).

La Emocional 2 (fac. 4) se refiere a los sentimientos interindividuales, en donde el "otro" es el objeto de las afecciones personales. Se le llama "sentimientos interindividuales". (Alpha = .81).

La Emocional 3 (fac. 6) considera los aspectos intraindividual e interindividual desde el punto de vista de su sanidad o no, si producen o no salud mental. Y se le nombra "salud emocional". (Alpha = .76).

La DIMENSIÓN OCUPACIONAL (fac. 5) se ocupa del funcionamiento y de las habilidades del individuo en su ocupación: estudios, trabajo o profesión. Abarca, entonces, tanto la situación del estudiante como del empleado, patrón, funcionario, profesionalista, etc. (Alpha = .80).

La DIMENSIÓN ÉTICA (fac. 7) concierne al aspecto de congruencia o incongruencia con los valores éticos o morales personales y que son, por lo general, un reflejo de los valores culturales imperantes en la sociedad o de grupos particulares en una cultura dada. (Alpha = .77).

Por último, la DIMENSIÓN INICIATIVA (fac. 8) verifica si la persona tiene o no la iniciativa en diferentes campos de la actividad humana incluso la social. Se asemeja y corresponde, en parte, a subescalas que miden liderazgo e independencia. Desde otro punto de vista, la iniciativa también puede referirse a una característica de la personalidad que se aplica a la manera como el individuo desempeña sus actividades u ocupación. Sin embargo, La Rosa (1986) reporta la inexistencia del factor iniciativa en muestras femeninas, por lo que se debe tener cuidado al analizar diferencias en grupos constituidos a partir de las variables demográficas. (Alpha = .71).

Se hace notar que la escala mide un constructo global, el AUTOCONCEPTO. Proporciona un puntaje para el individuo en cada una de las dimensiones (subescalas-factores) y también un puntaje global en el Autoconcepto.
VER ANEXO 2.

REACTIVOS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO:

FACTORES	DIMENSIONES	REACTIVOS
Fac. 1	Social 1 (Afiliativa)	18,33,38,44,47,50,56,57,59,63
Fac. 2	Emocional 1 (Edo. de ánimo)	15,17,22,31,46,53,58,65
Fac. 3	Social 2 (Expresiva)	1,4,29,41,43,45,51,64
Fac. 4	Emocional 2 (Afectividad)	3,12,37,55,60,62
Fac. 5	Ocupacional	8,19,24,26,30,35,40,52
Fac. 6	Emocional 3 (Salud emocional)	2,6,16,21,23,25,32,34,36,39
Fac. 7	Ética	9,11,13,20,28,49
Fac. 8	Iniciativa	27,42,48,54,61
Fac. 9	Social 3 (Accesibilidad)	5,7,10,14

c) Escala de Locus de Control (La Rosa, 1986).

Se trata de una escala multidimensional que descarta la perspectiva de la dicotomía, en la cual el individuo es concebido como interno o como externo exclusivamente, por representar una excesiva simplificación. Consta de 53 reactivos formulados en la primera persona del singular, pues interesa evaluar la percepción del sujeto respecto a qué o quién tiene el control de lo que sucede y no evaluar la creencia del pueblo en general. Los items se refieren a las diversas dimensiones contempladas para el locus de control.

Asimismo, los reactivos se presentan en el formato Likert y no en el estilo de elección forzada (en donde se elige una de dos opciones), lo cual permite la independencia estadística. Las respuestas se dan en un continuo de 5 puntos, que varían desde completamente en desacuerdo (1) hasta completamente de acuerdo (5). Los items se encuentran mezclados aleatoriamente en lo que respecta a las dimensiones del locus de control.

Con la finalidad de verificar la validez de construcción de su instrumento, La Rosa (1986) realizó un análisis factorial con rotación varimax en el cual encontró cinco factores con claridad conceptual que explican 40.7% de la varianza total de la prueba. Igualmente, calculó los índices de consistencia interna (confiabilidad), mediante la prueba del Alpha de Cronbach, de cada una de las dimensiones (subescalas-factores) del locus de control evaluadas por la escala. Estos valores indican porcentajes muy satisfactorios para pruebas de esta naturaleza.

Las dimensiones básicas que evalúa el instrumento, son: Fatalismo/Suerte, poderosos del Macro Cosmos, Afectividad, Internalidad Instrumental y Poderosos del Micro Cosmos. Con ello se hace posible configurar al sujeto a partir de diversos

parámetros y no simplemente desde una limitada polaridad interno-externo. A continuación se describen los 5 factores medidos por la escala, correspondientes a las dimensiones (subescalas) del locus de control.

La DIMENSIÓN FATALISMO/SUERTE (factor 1) se refiere a creencias en un mundo no ordenado, en donde los refuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte o el destino. (Alpha = .89).

La DIMENSIÓN PODEROSOS DEL MACRO COSMOS O ENAJENACIÓN SOCIO-POLÍTICA (fac. 2) describe creencias en un mundo ordenado dependiente de las personas que tienen poder y, por lo tanto, el control; las cuales están alejadas del individuo, no las conoce directamente y, no obstante, sus acciones repercuten en su vida. Se pueden nombrar, entre otros, los diputados, políticos, presidentes y gobernantes de las naciones poderosas.

Esta dimensión mide, en cierto sentido, la enajenación socio-política; o sea, la experiencia de la marginalización que se vive ante las grandes decisiones tomadas respecto al destino de la comunidad, el país o el mundo. Por supuesto, estas decisiones afectan las vidas de los sujetos y olvidar su inserción en el macro sistema social sería una gran limitación. Permite verificar el grado de involucramiento del individuo en los grandes problemas de carácter más amplio, tales como: el hambre, la contaminación, la pobreza, las pandemias, la paz, la corrupción, el destino del país, etc. (Alpha = .87).

La DIMENSIÓN AFECTIVIDAD (fac. 3) describe situaciones en donde el sujeto consigue sus objetivos a través de las relaciones afectivas que mantiene con quienes le rodean. (Alpha = .83).

La DIMENSIÓN INTERNALIDAD INSTRUMENTAL (fac. 4) se refiere a situaciones en las que el individuo controla su vida gracias a su esfuerzo, trabajo y capacidades. (Alpha = .82).

La DIMENSIÓN PODEROSOS DEL MICRO COSMOS (fac. 5) describe, también, creencias en un mundo ordenado dependiente de las personas que tienen el control, dado que tienen poder, están cercanas del sujeto y controlan su vida, los refuerzos que le interesan. Entre tales personas se encuentran el dueño de la empresa, el jefe, el supervisor, el Padre y otros.

La diferencia entre los poderosos del micro y macro cosmos radica en la mayor proximidad o lejanía en que se encuentra la persona con poder respecto al individuo. Uno hace parte de su microsistema social, mientras que el otro se ubica en el macrosistema.

La Rosa (1986) señala la necesaria cautela en la interpretación de resultados provenientes de la aplicación de esta subescala, en donde se involucren muestras

constituidas por individuos de ambos sexos. Pues considera que es adecuada para muestras de sujetos masculinos, pero presenta limitaciones con población femenina. (Alpha = .78).

Cabe hacer notar que el instrumento proporciona un puntaje para el sujeto en cada una de las dimensiones (subescalas-factores), más no un valor global en el Locus de Control, debido a que las subescalas miden aspectos interno y otras aspectos externos, lo que no puede ser juntado para un análisis global. Permite, por tanto, dar un perfil en base a sus diferentes puntajes. Así, los perfiles posibles derivados de las combinaciones son variados y facilitan una mejor comprensión del individuo.

VER ANEXO 3.

REACTIVOS DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL:

FACTORES	DIIMENSIONES	REACTIVOS
Fac. 1	Fatalismo/Suerte	2,5,8,9,12,16,21,25,27,31,40,44,48,52
Fac. 2	Poderosos del Macrococosmos	1,3,4,7,14,18,24,30,36,47,53
Fac. 3	Afectividad	6,11,13,19,22,26,35,45,49
Fac. 4	Internalidad Instrumental	10,17,23,28,33,37,39,42,46,50
Fac. 5	Poderosos del Microcosmos	15,20,29,32,34,38,41,43,51

Con el objeto de verificar la discriminación de los reactivos de ambas escalas, La Rosa calculó las frecuencias de respuesta y las medidas de tendencia central y de dispersión. Asimismo, realizó pruebas "t" de student entre las medidas de los sujetos que quedaron arriba de la mediana y los que se ubicaron abajo. Los resultados mostraron niveles de discriminación satisfactorios ($p = .001$).

Las escalas son multidimensionales: corresponden a lo que ha sido desarrollado en otras culturas respecto de estas variables, respetan y hacen justicia a lo complejo de la personalidad (La Rosa, 1986). Otra característica importante de estas escalas, es que fueron construidas a partir de la cultura mexicana y para la cultura de los mexicanos, y con ello se han abierto buenas perspectivas para la investigación.

4.7.4.- PROCEDIMIENTO.

Se acudió a diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S) con trabajo en sida y en una entrevista con sus dirigentes se plantearon las razones y objetivos de nuestro proyecto, lo que el estudio podía ofrecer y lo que se esperaba de ellos, es decir: contar con su colaboración a fin de poder contactar a las personas seropositivas al VIH.

Una vez lograda la participación de las ONG'S, se procedió al reclutamiento de los sujetos y a la aplicación de los instrumentos. Lo cual se llevó a cabo tanto de manera individual como grupal dentro de las Instituciones participantes, según las personas fueron asistiendo a los servicios o mediante citas que nos fueron concertadas por los dirigentes de los grupos.

Al establecer directamente el contacto con las personas seropositivas al VIH, nos presentamos ante ellos, se les explicó el propósito del estudio y se les solicitó su colaboración para contestar una serie de cuestionarios con una duración aproximada de una hora. Por último se les agradeció su ayuda en ello.

Cada cuestionario contiene instrucciones precisas para su contestación, primero se les entregó el de datos sociodemográficos y conocimientos sobre VIH/SIDA, una vez resuelto se les entregó la escala de autoconcepto y resuelto este finalmente se les proporcionó la escala de locus de control, una vez que terminaban de contestarlos se les recogían los 3 instrumentos juntos. Se les aclararon dudas a fin de que procedieran a la resolución de los mismos. Para la aplicación se contó con espacios y mobiliario adecuados a fin de que las personas se sintieran cómodas y libres de factores distractores. Cabe hacer mención que en algunas ocasiones la aplicación fue de manera individual y en otras grupal, pero en ningún caso se les dejó a solas.

El tiempo total que duró el proceso de reclutamiento y aplicación fue de 6 meses, en el año de 1993, el cual nos permitió llegar a una muestra de 70 sujetos.

4.8.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Se utilizaron los siguientes análisis estadísticos:

--Cálculo de la distribución de frecuencia y las medidas de la tendencia central de la muestra y de sus respuestas a los instrumentos.

--Análisis de varianza para estudiar las diferencias entre cada una de las dimensiones o factores de las escalas de autoconcepto y locus de control, y las variables edad, escolaridad y síntomas.

--Cálculo de los índices de consistencia interna (confiabilidad) de las escalas, mediante la prueba del Alpha de Cronbach.

--Correlaciones Oneway de la variable conocimientos y cada una de las dimensiones o factores de ambas escalas contra las variables edad, escolaridad, ingreso económico, tiempo de saberse portador del VIH, tiempo de recibir apoyo psicológico, presencia o no de síntomas y tiempo de aparición de los síntomas, a fin de verificar si alguna de estas variables explica el comportamiento o puntaje obtenido en la variable conocimientos y en los factores de las escalas.

–Correlación entre las variables conocimientos, autoconcepto y locus de control.

Los análisis estadísticos se realizaron con la ayuda del paquete SPSS y los cálculos se efectuaron por computadora.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA.

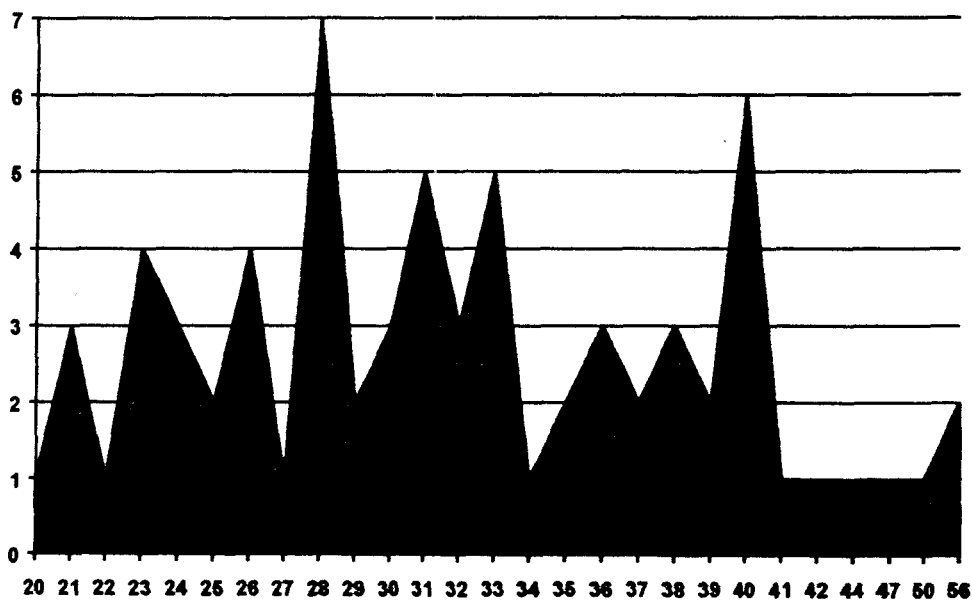
5.1.1.- SEXO.

Los sujetos que participaron en el estudio fueron en su totalidad del sexo masculino, mismos que fueron contactados en diversas instituciones como son: La Casa de la Sal, Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, Hospital de Jesús, Grupo Víctor Harris, Grupo de Albergues de México y el IMSS.

5.1.2.- EDAD.

Por lo que respecta a la edad, la muestra presentó un media de 32.34 años, siendo el más joven de 20 años y el de mayor edad de 56 años, y como se puede apreciar en la gráfica siguiente, la mayor parte de los sujetos fueron menores de 37 años.

Frecuencia



Edad (años)

5.1.3.- ESCOLARIDAD.

En la que corresponde a la formación académica, las personas muestran un nivel académico promedio de bachillerato incompleto, el 51.4% de la gente no posee estudios profesionales y el 48.6% ha cursado algún nivel universitario.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria Incompleta	1	1.4
Primaria Completa	4	5.7
Secundaria Completa	11	15.7
Técnico o Comercio	2	2.9
Bachillerato Incompleto	3	4.3
Bachillerato Completo	15	21.4
Profesional Incompleto	7	10.0
Profesional Completo	26	37.1
Maestría o Especialidad	1	1.4
TOTAL	70	100.0

5.1.4.- ESTADO CIVIL.

El estado civil tiende al espacio de los solteros, ya que este representa el 94.3% de la totalidad y los individuos restantes de la muestra (5.7%) se distribuyen en casados, separados y divorciados.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	66	94.3
Casado	1	1.4
Divorciado	2	2.9
Separado	1	1.4
TOTAL	70	100.0

5.1.5.- OCUPACIÓN.

En lo concerniente a la ocupación que desarrollan a las personas estudiadas, se le encontró una diversidad, 14 diferentes actividades, en la que destaca en más del 25% el grupo de los profesionistas, tal como se muestra en la siguiente tabla.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudiante	3	4.3
Hogar	1	1.4
Obrero	2	2.9
Chofer	1	1.4
Empleado	8	11.4
Oficinista	4	5.7
Maestro	1	1.4
Burócrata	1	1.4
Comercio/Ventas	6	8.6
Docente	3	4.3
Profesionista	18	25.7
Jubilado	3	4.1
Desempleado	12	17.1
Otros	7	10.0
TOTAL	70	100.0

5.1.6.- INGRESO ECONÓMICO.

El ingreso económico fue también muy variado, y va desde aquellos que no perciben algún ingreso hasta los que reciben más de 10 salarios mínimos y se muestra en la siguiente tabla. El promedio fue de 2 salarios mínimos.

INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
no percibe	14	20.0
menos de 1 salario mínimo	2	2.9
1 salario mínimo	2	2.9
más de 1 a 2	15	21.4
más de 2 a 4	9	12.9
más de 4 a 6	11	15.7
más de 6 a 8	6	8.6
más de 8 a 10	2	2.9
más de 10	9	12.9
TOTAL	70	100.0

5.2.- CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MUESTRA.

5.2.1.- REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA VIH.

La totalidad de la muestra (70 sujetos) se había practicado la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

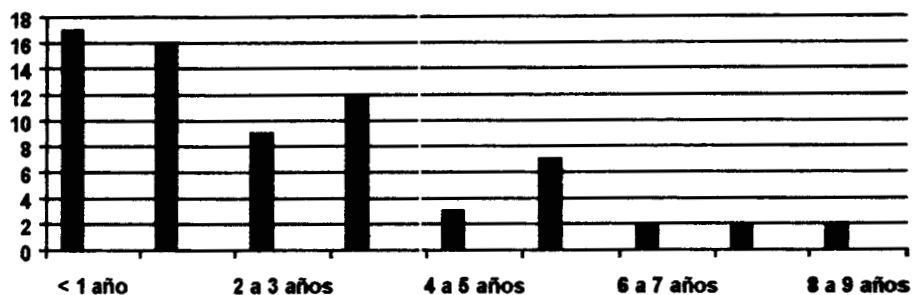
5.2.2.- SEROLOGÍA RESPECTO AL VIH.

Se corroboró que los 70 sujetos fueran seropositivos al VIH, pues todos contestaron que resultaron positivos en la prueba de detección de anticuerpos.

5.2.3.- TIEMPO DE SER PORTADOR DEL VIH.

La muestra se presentó bastante heterogénea, pues se encontraron casos de gente que acababa de recibir el resultado de la prueba de anticuerpos para el VIH, hasta quienes se sabían portadores del virus desde hace 9 años. Sin embargo, la mayor parte de la muestra tiene menos de tres años de saberse portador.

Frecuencia



Cabe hacer mención que los datos reportados se refieren al tiempo a partir de cuando los sujetos conocieron su resultado, no al tiempo transcurrido desde que se hayan infectado, pues ni ellos mismos lo saben.

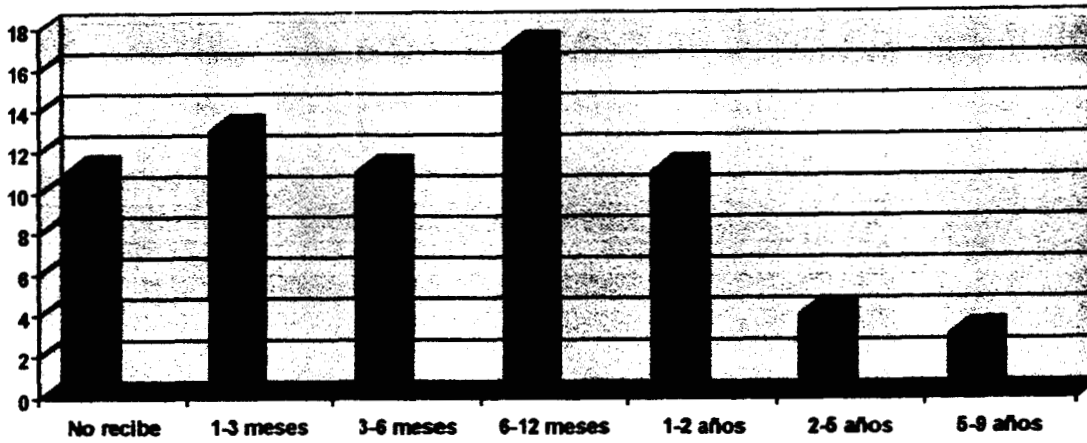
5.2.4.- RECIBIR O NO APOYO EMOCIONAL.

Del total de la muestra, el 15.7% no ha recibido apoyo emocional, mientras que el 84.3% restante si, el cual básicamente se refiere a psicoterapia individual, de grupo y grupo de autoapoyo.

5.2.5.- TIEMPO DE RECIBIR APOYO EMOCIONAL.

El tiempo durante el cual los sujetos han recibido terapia varía de 1 mes hasta 9 años; tal y como se puede apreciar en la siguiente gráfica, en donde además se incluye el grupo de los que no habían recibido apoyo emocional.

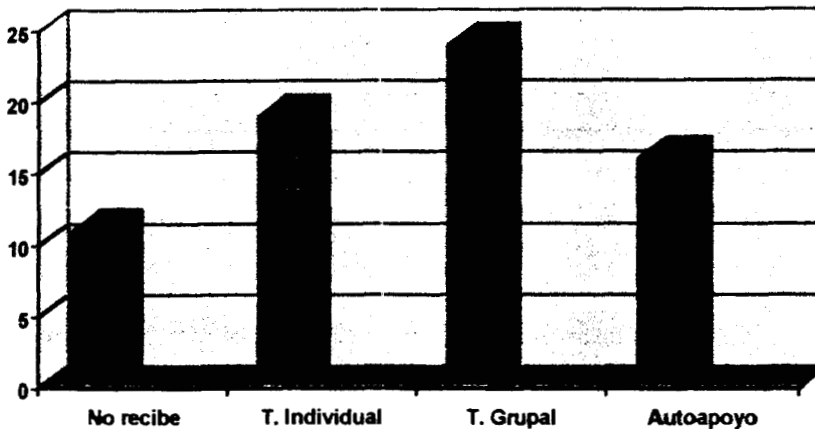
Frecuencia



5.2.6.- TIPO DE APOYO EMOCIONAL RECIBIDO.

El apoyo emocional que los sujetos han recibido se refiere a psicoterapia individual, de grupo y grupo de autoapoyo. A continuación se describe gráficamente la composición, en donde además se incluye el grupo de los que no habían recibido.

Frecuencia



5.2.7.- PERIODICIDAD DE ASISTENCIA A SESIONES DE APOYO EMOCIONAL.

El tiempo que le dedican para acudir a las terapias o sesiones grupales varía de acuerdo al tipo de apoyo que reciben los sujeto y a la necesidad que sienten de los mismos. Lo cual se muestra en la siguiente gráfica.

PERIODICIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 veces por semana	1	1.4
1 vez por semana	35	50.0
2 veces por mes	4	5.7
1 vez por mes	2	2.9
menos de una vez por mes	5	7.1
no recibe	11	15.7
no contestó	12	17.1
TOTAL	70	100.0

5.2.8.- PRESENCIA O NO DE SÍNTOMAS.

El 57.1% (40) de las personas que participaron en el estudio han presentado algunos síntomas relacionados con la infección del VIH/SIDA, el restante 42.9% (30) no han desarrollado sintomatología asociada al SIDA.

5.2.9.- SINTOMATOLOGÍA.

De los 40 sujetos que han presentado sintomatología, 32 reportan síntomas correspondientes a las fases de Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP) o Complejo Relacionado al SIDA (CRS) y los 8 restantes manifestaron síntomas propios de la fase del SIDA.

5.2.10.- TIEMPO DE APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS.

Aún no se conoce con precisión las causas que dan origen a la aparición de los primeros síntomas asociados al sida, ni el por qué algunas personas los desarrollan y otras no, a pesar de tener el mismo tiempo de seropositividad al VIH. A continuación se muestra como se reportaron estos tiempos.

TIEMPO DE APARICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
menos de 1 años	10	14.3
de 1 a 2 años	23	32.8
de 2 a 3 años	3	4.3
de 3 a 4 años	3	4.3
más de 4 años	1	1.4
no presentaron	30	42.9
TOTAL	70	100.0

5.3.- MEDICIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA MUESTRA RESPECTO AL VIH/SIDA.

Con el fin de saber si las personas infectadas con el VIH manejan información verídica en relación al VIH/SIDA, se aplicó un cuestionario para saber el grado de conocimientos que poseen al respecto. Si bien en un principio se trataba de un número mayor de preguntas, existieron algunas que no pudieron ser consideradas para el análisis entre este instrumento y las escalas de autoconcepto y locus de control, debido a la falta de discriminación que se encontró en algunas respuestas. Para ser incluidas se consideró un máximo de 80% para la respuesta principal.

El número de las preguntas que se presenta a continuación, es el que aparece en el cuestionario que se aplicó a los sujetos (ver anexo 1).

FRECUENCIAS DE RESPUESTAS A LOS ITEMS.

	<u>Frec.</u>	<u>%</u>
17: De los siguientes fluidos corporales los 3 que se han relacionado con la transmisión del VIH son: No se considera.		
18: Indique a que tipo de células ataca el VIH.		
Contestación correcta	55	78.6
Contestación incorrecta	15	21.4
No contesto	<u>0</u>	<u>0.0</u>
	70	100.0
19: El VIH es un retrovirus porque: No se considera.		
20: Diga brevemente cómo afecta al sistema inmunológico el VIH.		
Contestación correcta	55	78.6
Contestación incorrecta	15	21.4
No contesto	<u>0</u>	<u>0.0</u>
	70	100.0
21: Una de las características del VIH es:		
Contestación correcta	19	27.1
Contestación incorrecta	33	47.1
No contesto	<u>18</u>	<u>25.7</u>
	70	100.0
22: ¿Cuánto dura el período máximo conocido de incubación de la infección?		
Contestación correcta	55	78.6
Contestación incorrecta	10	14.3
No contesto	<u>5</u>	<u>7.1</u>
	70	100.0

23: Indique en orden las fases por las que cursa la enfermedad.

Contestación correcta	33	47.1
Contestación incorrecta	32	45.7
No contesto	<u>5</u>	<u>7.1</u>
	70	100.0

24: Señale los síntomas que corresponden a la fase de infección aguda.

Contestación correcta	25	35.7
Contestación incorrecta	38	54.3
No contesto	<u>7</u>	<u>10.0</u>
	70	100.0

25: ¿Cuál de los siguientes factores es indicador de la progresión de la enfermedad?

Contestación correcta	9	12.9
Contestación incorrecta	50	71.4
No contesto	<u>11</u>	<u>15.7</u>
	70	100.0

26: Las infecciones oportunistas más frecuentes en una persona en fase IV son:

Contestación correcta	32	45.7
Contestación incorrecta	27	38.6
No contesto	<u>11</u>	<u>15.7</u>
	70	100.0

27: Los 2 tumores más frecuentes en el paciente con sida son: No se considera.

28: Valore en los siguientes casos el riesgo de transmisión del VIH, según la escala indicada.

-Relación sexual anal sin condón:

Contestación correcta	29	41.4
Contestación incorrecta	36	51.4
No contesto	<u>5</u>	<u>7.1</u>
	70	100.0

-Transfusión sanguínea después de 1986:

Contestación correcta	52	74.3
Contestación incorrecta	8	11.4
No contesto	<u>10</u>	<u>14.3</u>
	70	100.0

-Besar a una persona VIH (+):

Contestación correcta	55	78.6
Contestación incorrecta	6	8.6
No contesto	<u>9</u>	<u>12.9</u>
	70	100.0

-Intercambio de fluidos corporales:		
Contestación correcta	19	27.1
Contestación incorrecta	42	60.0
No contesto	<u>9</u>	<u>12.9</u>
	70	100.0
-Compartir agujas o jeringas: No se considera.		
-Contacto social con persona VIH (+):		
Contestación correcta	31	44.3
Contestación incorrecta	32	45.7
No contesto	<u>7</u>	<u>10.0</u>
	70	100.0
-Tener relaciones sexuales con desconocido (a) y sin protección:		
Contestación correcta	56	80.0
Contestación incorrecta	9	12.9
No contesto	<u>5</u>	<u>7.1</u>
	70	100.0
-Mujer VIH (+) que se embaraza:		
Contestación correcta	49	70.0
Contestación incorrecta	17	24.3
No contesto	<u>4</u>	<u>5.7</u>
	70	100.0
-Compartir objetos personales con persona VIH (+): No se considera.		
-Madre VIH (+) que amamanta a su hijo: No se considera.		
-Pincharse con aguja hipodérmica con sangre: No se considera.		
29: ¿En qué fase de la enfermedad procede el despido laboral?:		
Contestación correcta	54	77.1
Contestación incorrecta	9	12.9
No contesto	<u>7</u>	<u>10.0</u>
	70	100.0
30: La azidotimidina (AZT) es:		
Contestación correcta	20	28.6
Contestación incorrecta	43	61.4
No contesto	<u>7</u>	<u>10.0</u>
	70	100.0
31: Indique si los siguientes enunciados son falsos (f) o verdaderos (v):		
-Los cofactores nutricionales y emocionales influyen en el desarrollo de síntomas relacionados con VIH:		
Contestación correcta	47	67.1
Contestación incorrecta	17	24.3
No contesto	<u>6</u>	<u>8.6</u>
	70	100.0

-La desnutrición puede causar estragos en el sistema inmunológico:

Contestación correcta	50	71.4
Contestación incorrecta	16	22.9
No contesto	<u>4</u>	<u>5.7</u>
	70	100.0

-El ejercicio no es un factor importante para ayudar a controlar el desarrollo del VIH:

Contestación correcta	39	55.7
Contestación incorrecta	27	38.6
No contesto	<u>4</u>	<u>5.7</u>
	70	100.0

-Un nivel alto y prolongado de tensión nerviosa debilita el organismo y su capacidad para defenderse de las enfermedades: No se considera.

-Es recomendable para las personas con VIH evitar las comidas que contengan grasas: No se considera.

-Es sano formar un ambiente natural y cálido en el trabajo con personas VIH (+): No se considera.

-Es recomendable que las personas con VIH coman la carne bien cocida:

Contestación correcta	54	77.1
Contestación incorrecta	15	21.4
No contesto	<u>1</u>	<u>1.4</u>
	70	100.0

32.- Mencione qué prácticas de sexo seguro recomendaría a personas que viven con VIH./SIDA: No se considera.

33.- ¿A que tipo de incapacidad tienen derecho una persona que vive con VIH/SIDA?:

Contestación correcta	30	42.9
Contestación incorrecta	38	54.3
No contesto	<u>2</u>	<u>2.9</u>
	70	100.0

34.- Las dimensiones que involucra el VIH/SIDA son: No se considera.

35.- Lugar de aplicación: Los sujetos fueron entrevistados en 6 lugares diferentes distribuidos de la siguiente manera.

INSTITUCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casa de la Sal	16	22.9
Fund. Mex. vs. el sida	36	51.4
Hospital de Jesús	7	10.0
Gpo. Víctor Harris	8	11.4
Gpo. Albergues de Méx.	2	2.9
IMSS	1	1.4
TOTAL	70	100.00

5.4.- CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS.

Para comparar la confiabilidad de las escalas de Autoconcepto y Locus de Control aplicadas a nuestra muestra, se realizó la estadística de prueba de Alpha de Cronbach.

5.4.1.- ESCALA DE AUTOCONCEPTO.

Como se mencionó en el Capítulo IV, la escala de autoconcepto es multidimensional: en su conjunto mide nueve subdimensiones o factores. A continuación se presenta los índices de consistencia interna calculados para cada uno de los factores o subescalas y de la escala global. Mismos que se comparan con los obtenidos por La Rosa (1986).

SUBESCALAS O FACTORES	No. Reactivos	Alpha de La Rosa	Alpha de la Muestra
Social 1 (Sociabilidad afiliativa)	10	0.85	0.91
Emocional 1 (Estado de ánimo)	8	0.86	0.90
Social 2 (Sociabilidad expresiva)	8	0.85	0.81
Emocional 2 (Afectividad)	6	0.81	0.83
Ocupacional	8	0.80	0.78
Emocional 3 (Salud emocional)	10	0.76	0.69
Ética	6	0.77	0.79
Iniciativa	5	0.71	0.59
Social 3 (Accesibilidad)	4	0.65	0.63
Autoconcepto Global	65	0.94	0.95

5.4.2.- ESCALA DE LOCUS DE CONTROL.

Al igual que en el caso anterior, para la escala de locus de control también se calculó los índices de consistencia interna para cada una de las cinco subdimensiones. Datos que se comparan con los obtenidos por La Rosa en la siguiente tabla.

SUBDIMENSIONES FACTORES	O	No. de Reactivos	Alpha de La Rosa	Alpha de la Muestra
Fatalismo/Suerte		14	0.89	0.92
Poderosos del Macro Cosmos		11	0.87	0.88
Afectividad		9	0.83	0.89
Internalidad instrumental		10	0.82	0.83
Poderosos de Micro Cosmos		9	0.78	0.86
Locus de Control Global		53	No reporta	No reporta

5.5.- VALORES DEL AUTOCONCEPTO Y LOCUS DE CONTROL DE LA MUESTRA.

5.5.1.- VALOR DEL AUTOCONCEPTO.

Los datos obtenidos con la aplicación de la escala de autoconcepto en la muestra de 70 personas seropositivas al VIH, nos muestran valores que tienden hacia el polo positivo; ya que caen por arriba de la media del intervalo que va de 1 a 7. Para lo cual se decodifico los valores de la escala para que todos vayan de negativo a positivo, quedando el intervalo de 1 a 7. A continuación se presenta la información encontrada en cada una de las subdimensiones del autoconcepto y de la escala total.

SUBESCALAS O FACTORES	VALOR MEDIO
Social 1 (Sociabilidad afiliativa)	5.730
Emocional 1 (Estado de ánimo)	4.933
Social 2 (Sociabilidad expresiva)	4.657
Emocional 2 (Afectividad)	5.761
Ocupacional	5.591
Emocional 3 (Salud emocional)	4.370
Ética	5.896
Iniciativa	4.812
Social 3 (Accesibilidad)	5.749
Autoconcepto Global	5.277

5.5.2.- VALOR DEL LOCUS DE CONTROL.

Los datos obtenidos con la aplicación de la escala de locus de control en la muestra de 70 personas seropositivas al VIH, nos muestran valores que tienden lo interno en donde se observan los puntajes mas alto y los que miden lo externo obtuvo puntajes bajos. Igual que en la escala de autoconcepto se recodifican las respuestas para tener un continuo de menos a mas para tener un continuo de 1 a 5. Encontramos que en general las personas VIH (+) se orientan más hacia la internalidad. A continuación se presenta la información encontrada en cada una de las subescalas del locus de control.

SUBDIMENSIONES FACTORES	O	VALOR MEDIO
Fatalismo/Suerte		2.101
Poderosos del Macro Cosmos		2.756
Afectividad		2.747
Internalidad instrumental		4.447
Poderosos de Micro Cosmos		2.336

5.6.- ANÁLISIS DE VARIANZA: TABLAS DE GRUPOS POR VARIABLE Y ANOVAS

Se hicieron análisis de varianza para verificar si había diferencias entre los grupos constituidos a partir de las variables (edad, escolaridad y síntomas) respecto de las escalas de autoconcepto y locus de control.

EDAD: Se decidió dividir a los sujetos en dos grupos en cuanto a la edad, después de observar la distribución de frecuencia de los sujetos en esta variable, los grupos fueron los siguientes.

GRUPOS	EDAD (años)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	De 20 a 31	36	51.4
2	De 32 a 56	34	48.6
TOTAL		70	100.00

ESCOLARIDAD: Se decidió dividir a los sujetos en dos grupos en cuanto a la escolaridad, después de observar la distribución de frecuencia de los individuos en esta variable, los grupos quedaron de la siguiente manera.

GRUPOS	ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	No Profesionistas	36	51.4
2	Profesionistas	34	48.6
TOTAL		70	100.00

SÍNTOMAS: Los sujetos fueron divididos también en dos grupos en lo que respecta a la presencia o no de síntomas asociados con el sida, los grupos fueron los siguientes.

GRUPOS	SÍNTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Si presentan	40	57.1
2	No presentan	30	42.9
TOTAL		70	100.00

TABLAS RESÚMENES DE LAS ANOVAS.

Los resultados de los análisis de varianza cuyas Fs fueron significativas se reportan a continuación:

En el caso de la escala de Autoconcepto, no se encontraron diferencias significativas respecto de sus subdimensiones y las variables edad, escolaridad y síntomas.

En cuanto a la escala de Locus de Control se encontraron las siguientes diferencias significativas:

FATALISMO/SUERTE: Medias y sumarios de anovas de fatalismo por las variables edad, escolaridad y síntomas.

Fuente de variación	Medias de los grupos		gl	F	Sig. de F
Edad	20-30	31-56	1	0.817	0.370 (N. S.)
	2.26 (36)	1.93 (34)			
Escolaridad	No Prof.	Prof.	1	6.006	0.017
	2.36 (36)	1.82 (34)			
Síntomas	Si	No	1	0.023	0.881 (N. S.)
	2.10 (40)	2.09 (30)			

Como se puede apreciar en la tabla anterior, se encontraron diferencias significativas en la dimensión fatalismo respecto a la escolaridad. Los no profesionistas son más fatalistas que los profesionistas. Con la edad y síntomas no hubo significancia.

INTERNALIDAD INSTRUMENTAL: Medias y sumarios de anovas de intemalidad por las variables edad, escolaridad y síntomas.

Fuente de variación		Medias de los grupos		gl	F	Sig. de F
Edad 20-31	Escolaridad	No Prof.	Prof.	1	8.418	0.005
		4.35 (24)	4.67 (12)			
32-56		4.73 (12)	4.28 (22)			
Edad 20-31	Síntomas	.Si	No	1	0.006	0.936 (N.S.)
		4.42 (20)	4.50 (16)			
32-56	1	4.45 (20)	4.41 (14)			
Escolaridad No Prof.	Síntomas	Si	No	1	0.000	0.991 (N.S.)
		4.47 (22)	4.47 (14)			
Prof.		4.38 (18)	4.45 (16)			

En este caso se puede observar que hubo un efecto importante debido a una interacción entre la edad y la escolaridad, como variables determinantes de diferencias significativas en la dimensión intemalidad instrumental. Los de mayor edad no profesionistas resultaron más intemos que los profesionistas del mismo grupo. En las otras interacciones no hubo diferencias significativas.

5.7.- ONEWAY.

En virtud de que con los análisis de varianza efectuados inicialmente, se encontraron pocas diferencias significativas entre las escalas y los grupos formados a partir de las variables edad, escolaridad y síntomas; se tomó la decisión de realizar correlaciones oneway con las escalas de autoconcepto, locus de control y el cuestionario de conocimientos respecto de las variables edad, escolaridad, ingreso, tiempo de ser portador del VIH, tiempo de recibir terapia, presencia o no de síntomas y tiempo de aparición de síntomas. Cabe mencionar que para todas las variables se hicieron nuevas divisiones en grupos, debido a que los grupos antes divididos tenían rangos muy grandes por lo que para realizar de manera mas especifica el análisis se rehace una nueva distribución de frecuencia de los sujetos en dichas variables.

No se encontraron oneway significativas entre las escalas y la variable conocimientos respecto de las variables ingreso, tiempo de recibir apoyo o terapia, presencia o no de síntomas y tiempo de aparición de los mismos.

A continuación se reportan los casos en los cuales se encontraron correlaciones oneway significativas.

**DIMENSIÓN FATALISMO/SUERTE
POR EDAD**

Fuente	Frecuencia	Medias	gl	P	F
			3	0.001	5.893
Gpo. 1 de 20 a 26	18	2.4802			
Gpo. 2 de 27 a 31	18	2.0317			
Gpo. 3 de 32 a 37	16	1.4955			
Gpo. 4 de 38 a 56	18	2.0959			
Total	70	2.0959			

La muestra permite concluir, con 0.001 de significancia, que hay pendiente diferente de cero. La variable explicativa es útil para explicar el comportamiento de la variable respuesta. Es decir, la edad es una variable que explica el puntaje obtenido en la dimensión fatalismo/suerte del locus de control.

**DIMENSIÓN AFECTIVIDAD
POR EDAD**

Fuente	Frecuencia	Medias	gl	P	F
			3	0.043	2.867
Gpo. 1 de 20 a 26	18	2.8642			
Gpo. 2 de 27 a 31	18	2.8395			
Gpo. 3 de 32 a 37	16	2.2222			
Gpo. 4 de 38 a 56	18	3.0062			
Total	70	2.7476			

La muestra permite concluir, con 0.043 de significancia que hay pendiente. Es decir, la edad es una variable que explica el puntaje obtenido en la dimensión afectividad del locus de control.

VARIABLE CONOCIMIENTOS
POR ESCOLARIDAD

Fuente	Frecuencia	Medias	gl	P	F
			2	0.001	7.700
Gpo. 1 Hasta Bachillerato incompleto	21	1.5173			
Gpo. 2 Hasta Profesional incompleto	22	1.4112			
Gpo. 3 Hasta Maestría	27	1.3316			
Total	70	1.4123			

La muestra permite concluir, con 0.001 de significancia que hay pendiente. Es decir, la escolaridad es una variable que explica el puntaje obtenido en la variable conocimientos.

DIMENSIÓN OCUPACIONAL
POR ESCOLARIDAD

Fuente	Frecuencia	Medias	gl	P	F
			2	0.028	3.774
Gpo. 1 Hasta Bachillerato incompleto	21	5.1786			
Gpo. 2 Hasta Profesional incompleto	22	5.4886			
Gpo. 3 Hasta Maestría	27	5.9398			
Total	70	5.5696			

La muestra permite concluir, con 0.028 de significancia que hay pendiente. Es decir, la escolaridad es una variable que explica el puntaje obtenido en la dimensión ocupacional del autoconcepto.

DIMENSIÓN FATALISMO/SUERTE
POR ESCOLARIDAD

Fuente	Frecuencia	Medias	gl	P	F
			2	0.004	5.956
Gpo. 1 Hasta Bachillerato incompleto	21	2.5340			
Gpo. 2 Hasta Profesional incompleto	22	2.0584			
Gpo. 3 Hasta Maestría	27	1.7857			
Total	70	2.0959			

La muestra permite concluir, con 0.004 de significancia que hay pendiente. Es decir, la escolaridad es una variable que explica el puntaje obtenido en la dimensión fatalismo/suerte del locus de control.

DIMENSIÓN AFECTIVIDAD
POR ESCOLARIDAD

Fuente	Frecuencia	Medias	gl	P	F
			2	0.026	3.826
Gpo. 1 Hasta Bachillerato incompleto	21	3.1058			
Gpo. 2 Hasta Profesional incompleto	22	2.7879			
Gpo. 3 Hasta Maestría	27	2.4362			
Total	70	2.7476			

La muestra permite concluir, con 0.026 de significancia que hay pendiente. Es decir, la escolaridad es una variable que explica el puntaje obtenido en la dimensión afectividad del locus de control.

VARIABLE CONOCIMIENTOS
POR TIEMPO DE SER PORTADOR DEL VIH

Fuente	Frecuencia	Medias	gl	P	F
			4	0.031	2.830
Gpo. 1 de 0 a 10 meses	13	1.4755			
Gpo. 2 de 1 a 2 años	15	1.5091			
Gpo. 3 de 2 a 3 años	14	1.3604			
Gpo. 4 de 3 a 5 años	13	1.3392			
Gpo. 5 de 5 a 9 años	15	1.3727			
Total	70	1.4123			

La muestra permite concluir, con 0.031 de significancia que hay pendiente. Es decir, el tiempo de ser portador del VIH es una variable que explica el valor obtenido en la variable conocimientos.

DIMENSIÓN AFECTIVIDAD
POR TIEMPO DE SER PORTADOR DEL VIH

Fuente	Frecuencia	Medias	gl	P	F
			4	0.030	2.851
Gpo. 1 de 0 a 10 meses	13	2.9744			
Gpo. 2 de 1 a 2 años	15	2.9333			
Gpo. 3 de 2 a 3 años	14	3.0476			
Gpo. 4 de 3 a 5 años	13	2.6667			
Gpo. 5 de 5 a 9 años	15	2.1556			
Total	70	2.7476			

La muestra permite concluir, con 0.030 de significancia que hay pendiente. Es decir, el tiempo de ser portador del VIH es una variable que explica el valor obtenido en la dimensión afectividad.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Desde los preparativos para iniciar nuestra investigación, el interés fue estudiar un tema relacionado con el sida, que poco a poco al ir delimitándolo nos enfocamos al estudio de dos constructos, el autoconcepto y el locus de control, ligados entre sí de cierta manera y que a partir de una muestra de personas seropositivas al VIH/SIDA resultaba novedadoso.

Una vez que tuvimos definido nuestro principal objeto de estudio, resultó interesante armar la metodología que nos fuera útil para acercarnos al fenómeno en cuestión. Cabe mencionar que no obstante el poco tiempo transcurrido desde la aparición del sida, las publicaciones y bibliografía a este respecto son extensas y muy variadas. Así, el enfoque dado en esta investigación esperamos venga a contribuir al mejor entendimiento del tema con un conocimiento adicional.

En cuanto al tema del autoconcepto, también resultó interesante y enriquecedor consultar la gran gama bibliográfica existente en referencia al mismo. Por otra parte, información respecto al locus de control se localizó muy poca y buena parte de esta bibliografía se encuentra disponible solamente en inglés, es decir que éste constructo se ha estudiado poco en México.

Como ya se ha mencionado en el Cap. 5, para la evaluación del autoconcepto y del locus de control en nuestra muestra, tomamos como base las escalas construidas y validadas por Jorge La Rosa (1986). Una ventaja brindada por estas escalas es que fueron construidas en la cultura mexicana, pues la mayoría de las pruebas psicológicas utilizadas actualmente siguen siendo de corte extranjero y sólo se adaptan o estandarizan para otras culturas. Situación que en nuestro caso no fue necesaria, aunque también calculamos en nuestra muestra la confiabilidad para ambas escalas, misma que resultó confiable pues los índices de consistencia interna (Alpha de Cronbach) fueron similares a los reportados por su autor.

En lo concerniente a la localización de los seropositivos al VIH, fue relativamente accesible. La mayoría de los grupos y organizaciones contactadas (5 de 7) nos dieron su apoyo para la realización de las entrevistas con los sujetos y muy pocos de ellos (5 de 77) se negaron a colaborar con nosotros. En 4 de las asociaciones se acordó visitar a las personas durante una de sus reuniones grupales a fin de efectuar la entrevista y la aplicación de los instrumentos de manera conjunta en una sola sesión. En la otra asociación, que atiende a un mayor número de personas, el acuerdo fue acudir durante

las horas de consulta para el reclutamiento de los pacientes y poder aplicar la entrevista individualmente o a pequeños grupos. De manera casual se entrevistó a una persona que acudía a una clínica del IMSS. Sólo se descartaron dos casos por información incompleta y se hicieron las visitas anteriores durante varias semanas hasta completar una muestra final de 70 sujetos.

De los grupos o personas que no aceptaron participar en este estudio, básicamente recibimos las siguientes razones: El ya estar "cansados" de que se les tomara como objeto de estudio pues en ocasiones anteriores ya habían aceptado contestar otros cuestionarios, el sentir que de alguna manera se veían descubiertos o que se violaba su intimidad y por el celo de algunos dirigentes que no aceptaron que sus grupos fueran "analizados", exigían que se les respetara su privacidad.

Por otra parte, debemos hacer mención que la muestra resultó totalmente homogénea pues el 100% fueron del sexo masculino debido a que eran básicamente los hombres quienes acudían a los grupos y nunca se pudo contactar mujeres, aunque si existen grupos mixtos o sólo de mujeres.

En cuanto a la ocupación la muestra fue heterogénea con 14 subgrupos pues encontramos desde estudiantes, comerciantes, desempleados hasta profesionistas. Todos se encuentran dentro del rango considerado como personas económicamente activas (20 a 56 años de edad), cuyos ingresos económicos son bajos, ya que en promedio ganan 2 salarios mínimos, lo cual es realmente insuficiente para cubrir los gastos de una atención médica adecuada y en particular para la compra de medicamentos específicos y excesivamente costosos. Si bien es cierto que algunos de la muestra no han desarrollado síntomas relacionados con el sida, si tienen que atenderse siguiendo tratamientos con al menos los antivirales básicos (AZT; DDI; DDC, etc.).

Por fortuna para las personas que viven con VIH/SIDA, los servicios médicos tales como el IMSS y el ISSSTE cuentan ya con los últimos medicamentos especializados contra el sida (Crixivan, Ritonavir y Saquinavir), aunque con frecuencia escasean. Y para los individuos que no cuentan con estos servicios, el gobierno por presiones de organizaciones no gubernamentales y de personas afectadas por el VIH/SIDA está creando un fideicomiso a fin de poder proveer de tratamientos a quienes no cuentan con los recursos necesarios para adquirirlos.

En lo referente a los conocimientos que poseen acerca del VIH/SIDA, nos percatamos que aún tienen muchas lagunas, mala información o incompleta. En el cuestionario se incluyeron preguntas sobre cuestiones básicas, es decir lo que mínimamente consideramos debían saber. Las áreas que necesitan reforzarse son: Qué es el VIH, Características de c/u de las fases de la enfermedad, Formas de Transmisión y Medidas para el autocuidado.

Los objetivos general y específicos de nuestra investigación fueron concluidos satisfactoriamente, pues se logró medir el Autoconcepto y el Locus de Control de personas seropositivas al VIH.

VALOR DEL AUTOCONCEPTO.-

Se mencionó en el Cap. anterior que los valores medios obtenidos en los factores o subdimensiones del Autoconcepto tienden a ser positivos. A continuación se describe cada una de las subescalas.

SOCIAL 1 (M = 5.730): Este factor corresponde a lo que La Rosa llama sociabilidad afiliativa, en el lado positivo se refiere al estilo afiliativo para relacionarse con los demás. Consideramos por tanto, que las personas VIH (+) tienden a ser afiliativos, es decir tienen cierta facilidad de relacionarse con otros y son en general respetuosos, amables, amigables, sencillos, atentos, etc. Esto de alguna manera se comprueba cuando se forman continuamente grupos de autoapoyo, que buscan aliarse entre sí por fines específicos y en donde existe mayor aceptación o unidad entre ellos.

SOCIAL 2 (M = 4.657): Esta subdimensión es la de sociabilidad expresiva y se refiere a la comunicación o expresión del individuo en su medio social. Aún cuando fue uno de los puntajes más bajos, resulta que son comunicativos, Es decir, tienden a expresar sus sentimientos, temores, ira, enojo o coraje. Los seropositivos al VIH suelen con el transcurso del tiempo manifestar mayor confianza para expresar sus sentimientos, son extrovertidos, comunicativos, divertidos, amigueros, sociables, etc.

SOCIAL 3 (M = 5.749): Esta define la accesibilidad, que en el aspecto positivo hace que los demás puedan acercarse confiadamente pues contarán con la comprensión del otro. Es decir, las personas VIH (+) permiten o facilitan el acercamiento de los demás hacia ellos, lo cual genera confianza y empatía pues son accesibles, comprensivos, agradables y tratables.

Estos tres factores conforman la Dimensión Social, la cual se refiere al desenvolvimiento o conducta del individuo en la interacción con sus semejantes y abarca un gran universo pues tiene que ver tanto con las relaciones familiares y amistosas, como con la forma en que la persona interactúa con sus jefes y compañeros de trabajo. En el caso de los seropositivos al VIH podemos afirmar que "positivamente" estos aspectos se cumplen; es decir, son personas muy afiliativas, se relacionan fácilmente con los demás y en especial con otros VIH (+) y lo mismo expresan sus sentimientos o pensamientos que escuchan y reciben los de sus semejantes.

EMOCIONAL 1 (M = 4.933): Es la vida emocional intraindividual de cada sujeto. Tiene que ver con sus estados de ánimo. Observamos que cuando llegan a aceptar el hecho de vivir con el VIH tienden a ser animados, alegres, joviales, contentos,

optimistas, etc. Pues al principio, como lo afirma Lizarraga, sucede lo contrario son pesimistas amargados, frustrados y sobre todo deprimidos.

EMOCIONAL 2 (M = 5.765): Este factor considera los sentimientos que se expresan hacia los demás tales como cariño, afecto, ternura, amor, etc. Aquí nos podemos dar cuenta que en general los sujetos de la muestra son afectivos en la manera de relacionarse con los demás.

EMOCIONAL 3 (M = 4.370) Se refiere a la salud emocional de los sujetos. Es la subdimensión que abarca tanto los aspectos internos como externos, en donde se pudo manifestar nobleza, paz, estabilidad, tranquilidad, generosidad, etc. dependiendo de su estado de ánimo.

En la Dimensión Emocional concluimos que las personas seropositivas al VIH son gente que tiene sentimientos y emociones positivos acerca de sí mismo y sobre los demás. Es decir, tratan de proyectar sus estados de ánimo positivamente, lo cual puede generar ambientes de tranquilidad, nobleza y paz. Esto no quiere decir que se les pueda considerar como productores de salud mental, aunque mantienen una buena salud emocional.

OCUPACIONAL (M = 5.591): Se ocupa del funcionamiento y habilidades del individuo en su ocupación ya sea trabajo, estudio o profesión. Las personas de la muestra se consideran cumplidas, estudiosas, capaces, responsables, puntuales, eficientes, etc. en la tarea en la cual se desenvuelven.

ÉTICA (M = 5.896): Son los aspectos de congruencia o incongruencia con los valores éticos o morales personales, y que generalmente se refieren a los valores culturales imperantes en un grupo o sociedad de una cultura determinada. Cabe mencionar que este factor fue el de mayor puntaje, lo cual nos indica que se trata de una muestra donde se consideran bastante auténticos por su lealtad, honestidad, sinceridad, honradez, etc.

INICIATIVA (M = 4.812): Se refiere a si la persona tiene o no iniciativa en diferentes campos de la actividad humana, incluso la social. Se puede comparar con tener o no liderazgo e independencia pues tiene que ver con la audacia, rapidez, dinamismo, ser dominantes y activos, con lo cual nuestra muestra si se orienta hacia dichos aspectos.

De esta manera, se acepta la hipótesis alterna en la cual afirmamos: *El autoconcepto de las personas seropositivas al VIH es positivo.* En virtud de que efectivamente resultaron tener una definición favorable de si mismas, pues como acabamos de analizar son individuos que se consideran expresivos, amorosos, honestos, leales, cumplidos, responsables, nobles y de buenos sentimientos. Por lo cual, podemos decir que son personas con un buen autoconcepto.

VALOR DEL LOCUS DE CONTROL.-

Al analizar el locus de control de una población dada y considerarlo solamente como interno o externo nos puede dar una visión un tanto limitada, razón por lo cual La Rosa (1986) diseñó su escala a fin de hacer un análisis más específico. En este sentido, para conocer más ampliamente la externalidad de los sujetos se analizan las dimensiones Fatalismo/Suerte, Poderosos del Macrocosmos y Poderosos del Microcosmos. En contraparte, para verificar la internalidad se analiza la Dimensión Internalidad Instrumental, la cual se relaciona positiva y significativamente con los diversos aspectos de la Autoestima y también con Motivación de Logro, el interno no será un producto de la casualidad: el hogar, la escuela, el gobierno y la cultura son responsables de su formación.

También se analiza la Dimensión Afectividad, la cual representa una síntesis entre la externalidad y la internalidad: la externalidad porque reconoce que las personas con poder controlan los refuerzos y la internalidad porque el individuo debido a sus "buenas relaciones" puede obtener los refuerzos.

De acuerdo con los datos encontrados podemos considerar que los sujetos seropositivos al VIH son poco externos, pues los puntajes de la Dimensión Fatalismo/Suerte fueron los más bajos (2.101). Lo cual significa que las personas de nuestra muestras no creen demasiado en un mundo en donde las situaciones dependen del azar o destino.

En relación a la Dimensión Poderosos del Macro Cosmos el valor obtenido fue de 2.756. Esto nos da a entender que se orientan un poco más a considerar que existen personas tales como Presidentes, Diputados y Políticos, entre otros, que controlan el poder y de estos dependen las decisiones que ellos les afectan. En nuestro caso podemos mencionar a las autoridades de la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE como las instancias responsables en la toma de decisiones.

Por lo que respecta a la Dimensión Poderosos del Micro Cosmos el puntaje encontrado fue de 2.336. Lo cual significa que los seropositivos al VIH no permiten que otras personas cercanas a ellos determinen las acciones que les puedan afectar. En este rubro podemos incluir a los coordinadores, dirigentes, jefes de organizaciones o movimientos relacionados con el trabajo en SIDA y con los cuales se desenvuelven más directamente.

En contraste, tenemos a la Dimensión Internalidad Instrumental con un valor de 4.447 (el más alto de todos). Lo que representa que son personas internas, es decir, son individuos que controlan su vida gracias a su esfuerzo, trabajo y capacidades; lo que a ellos les suceda depende de ellos mismos.

Por último, la Dimensión Afectividad resume lo anterior pues las personas seropositivas al VIH consideran que gracias a las buenas relaciones sociales sostenidas con los demás, pueden ser partícipes en la toma de decisión que a ellos les afecta, pues lo que les acontezca no es producto de la suerte sino de lo que son capaces de hacer o decidir.

En resumen, podemos decir que los sujetos de la muestra tienen un locus de control tendiente más a lo interno que a lo externo, por lo cual se acepta nuestra hipótesis alterna: *El locus de control de personas seropositivas al VIH es interno*. Es decir, los seropositivos al VIH consideran tener el control de su vida debido a su esfuerzo, trabajo y capacidad. Pues el puntaje obtenido en la dimensión internalidad instrumental fue alto y en las dimensiones de poderosos del macro y micro cosmos, así como de fatalismo/suerte fueron bajos.

Es decir aquellas dimensiones en donde la externalidad resultaría influyente en la formación del locus de control: como es fatalismo /suerte, poderosos del macrocosmos y poderosos del microcosmos resultaron con puntajes bajos 2.101, 1.751, 2.336, lo que contrasta y explica que la dimensión que analiza la internalidad como fue la de internalidad instrumental resultara con el puntaje mas alto: 4.447, tomando en consideración que la escala va de un continuo de 1 a 5, lo que confirma la hipótesis alterna donde se afirma que el locus de control es interno porque los puntajes antes referidos indican que la población estudiada no considera los aspectos externos como los mas importantes para justificar y comprender lo que les acontece en relación a su infección del VIH, sino que al retomar el control con base en la información que se les proporciona acerca de los mecanismos de transmisión básicamente la información que se proporciona en la asesoría pre-prueba y la asesoría post-prueba hacen que las personas a quienes se les diagnostica VIH tiendan mas a confiar en sus elementos internos que externos, cabe destacar que la dimensión afectividad juega un papel importante la cual como se mencionó anteriormente representa una síntesis entre la internalidad y la externalidad, puesto que la gente que acude en busca de información o de ayuda terapeutica termina por ser aceptado y comprendido lo que repercute que considere que gracias a estas relaciones y lo que acontece en estos lugares en donde se refuerzan los aspectos positivos y se les orienta para que tengan el control de sus vidas, esto mismo hace que las personas acudan nuevamente al sitio en donde son aceptados, repercutiendo así en la mejoría de su autoconcepto.

ANOVAS

Al realizar el análisis de varianza para corroborar si hay diferencias significativas en los diversos factores del autoconcepto y el autoconcepto global con relación a la edad, escolaridad y presencia o no de síntomas, encontramos que estas variables no influyen en ninguna de las áreas del mismo. Es decir, no hay datos estadísticamente significativos que indiquen diferencia alguna en el autoconcepto de los sujetos de la muestra con relación a los grupos de menor y mayor edad, profesionistas o no profesionistas, ni entre quienes han presentado o no síntomas.

En relación a las anovas del locus de control se hallaron dos diferencias significativas en las medias, una respecto de la Dimensión Internalidad Instrumental con la Edad y la otra entre la Dimensión Fatalismo/Suerte con la Escolaridad. En cuanto a las Dimensiones de Afectividad, Poderosos del Macro y Micro Cosmos no se vieron afectadas por estas variables ni por la presencia o no de síntomas.

En resumen se encontró que a mayor edad mayor internalidad y a mayor escolaridad menor fatalismo suerte. Es decir, las personas del grupo de más edad confían más en su capacidad, esfuerzo y trabajo. Asimismo, los que poseen más grado escolar tienden a creer menos en la suerte o el destino, esto se debe en mayor medida a la experiencia que da la experiencia que viene con la edad a considerar que solo en base a los esfuerzos propios se alcanzan los objetivos deseados y que el destino lo forman cada persona, así como las personas que tiene mayor grado de estudio confían más en su capacidad y que la experiencia que les deja el conocimiento proporciona la seguridad de quitar infinidad de creencias mal fundadas y que la teoría o el conocimiento se encargan de despejar.

Así mismo entre mayor sea el grado de estudios son menos fatalistas que aquellos que poseen menos estudios esto se debe a que los conocimientos vuelen a influir en el proceso de confiar más en uno mismo que en los demás, lo mismo acontece con las personas de mayor edad no profesionistas que tienden más al fatalismo que aquellas de mayor edad con mayor escolaridad o profesionistas que confían más en sus capacidades.

Por lo que podemos concluir que a mayor escolaridad menor nivel de caer en el fatalismo, es decir que los seropositivos confían menos en las cuestiones azarosas, en lo que el destino les depara y confían más en sus capacidades, en su esfuerzo, en sus conocimientos, en su trabajo etc, es decir en las cualidades que emanan de su persona misma, en donde ellos tienen el control y conocimiento y que no tiene que ver con aspectos externos y que podrían controlar su vida.

Otro aspecto importante a destacar es el tiempo de ser portador del VIH, es decir tal y como lo afirman Miller y Rosy (pág. 39) el hecho de recibir información clara y precisa sobre su padecimiento y estado de salud después de recibir la noticia de ser portador del VIH, disminuye el temor a lo desconocido, el hecho de que una persona perciba que pierde el control al conocer la noticia se relaciona con la información que posee y este generalmente tiende a ser negativista, de rechazo, de aislamiento y de muerte, esto generalmente sucede debido a los aspectos amarillistas que cuando surgió la epidemia se propagó: si es una enfermedad de homosexuales, de que tener Sida causa la muerte y la gente rechaza al portador del virus que causa el SIDA, por lo que la gente se halla estigmatizada por estos prejuicios.

El poseer información es relevante para tener el control de sí mismo, pues el saberse portador del VIH lo desconcierta, se pierde el control de la vida, sobre uno

mismo, tal como lo afirma Lizarraga se pasa por todo un proceso que va de la negación hasta la aceptación de vivir con el VIH.

Después de que se conoce que es portador del VIH la gente tiende a regresar por mas información para entender que es lo que le sucede y retomando a Seligman y Teasdale (pág. 28), refiere que las personas con VIH/SIDA implícitamente o explícitamente cuestiona si incapacidad para tener le control y hay una relación directa entre la conducta de la persona y sus consecuencias por lo que influye en la percepción hasta lograr retomar el control sobre si, lo que repercute al tomar el control en el mejoramiento de su autoconcepto; La gente busca información acerca de lo que le acontece para esto busca localizar la causa de su malestar o infección.

En sesiones de psicoterapia, orientación, o consejería, no se busca localizar en donde se infecto con el VIH, sino que aprenda a tener el control de si mismo, de su vida y que genere planes de vida, que mejore su calidad de vida, que se potencialice sus aspectos positivos, asi cuando una persona concibe el hecho de que su contagio se debe a consecuencias de sus actos y decide tomar las consecuencias de su comportamientos tendera a manejar la situación de una manera positiva, tomara las precauciones necesarias para evitar dañar su salud, retoma asi el control de si repercutiendo en forma positiva en la imagen de si mismo, lo mismo acontece si percibe que fueron causas ajenas a si mismo lo que produjo los cambios en su vida pero acepta el hecho de vivir con VIH y decide los cambios necesarios para no reinfectarse con alguna otra enfermedad y permanecer asintomático, se puede afirmar que ha retomado el control, por esto es importante reforzar los cambios positivos tal y como lo afirma Andrade Palos (pag. 25) una vez que la persona retoma el control, se debe de reforzar el comportamiento y como consecuencia se tendrá un efecto positivo.

En los centros que trabajan VIH/SIDA se forman grupos de autoapoyo lo que redundo en el mejoramiento de su autoconcepto de su autoconcepto, puesto que lo que ahí se ventila es el apoyo, reconocimiento, exaltación de sus aspectos positivos o delo que el SIDA, les ayuda a redescubrir: el valor de si mismo, se pretende en general que el individuo deba de desarrollar la capacidad de verse tal como es y tal como lo perciben los demás, de tener los deseos de mejorar su personalidad para acercase a su propio ideal y a las expectativas de su grupo social y ademas de contar con un ambiente que le permita realizar los cambios necesarios para lograrlo.

ONEWAY

En relación a las correlaciones oneway efectuadas entre los factores del autoconcepto y las variables edad, escolaridad, ingreso económico, tiempo de ser portador del VIH, tiempo de recibir terapia, presencia o no de síntomas y tiempo de aparición de los mismos, solo se encontró evidencia estadísticamente significativa en la siguiente correlación:

Correlación entre el factor ocupacional y la escolaridad: la escolaridad explica el comportamiento del factor ocupacional y la formación de los valores que conforman esta dimensión tales como la responsabilidad, capacidad y eficiencia en el estudio o trabajo. Es decir, la escolaridad influye en el funcionamiento y en las habilidades del individuo respecto a su ocupación, ya sea trabajo, estudio o profesión. En este caso se encontró que a mayor escolaridad, mayor funcionamiento y habilidades en sus ocupaciones.

En cuanto a las correlaciones efectuadas entre los demás factores del autoconcepto y las variables antes mencionadas, no se encontraron evidencias estadísticamente significativas ($\text{Alpha} = .05$) para afirmar que alguna variable explique el comportamiento de las subdimensiones del autoconcepto.

Por lo que respecta a las correlaciones oneway efectuadas entre las dimensiones del locus de control y las variables edad, escolaridad, ingreso económico, tiempo de ser portador del VIH, tiempo de recibir terapia, presencia o no de síntomas y tiempo de aparición de los mismos, se hallaron las siguientes evidencias estadísticamente significativas:

Correlación entre la dimensión Fatalismo/Suerte y la Edad: La edad es una variable que interviene para explicar el hecho de que las personas seropositivas al VIH tiendan a creer o no en el azar, el destino o la suerte. En la muestra encontramos que las personas del grupo de 32 a 37 años son quienes creen menos en el azar o el destino, en tanto que las del grupo de 20 a 26 años creen más en la suerte o el destino.

Correlación entre la Dimensión Afectividad y la Edad. La edad es una variable que explica el sentir de las personas seropositivas al VIH para conseguir sus objetivos a través de sus relaciones afectivas, en esta correlación se encontró que a mayor edad mayor tendencia a considerar sus relaciones afectivas como el medio por el cual consiguen sus objetivos.

Correlación entre la Dimensión Fatalismo/Suerte y la Escolaridad: El grado escolar es una variable que influye en la creencia de las personas que viven con VIH respecto al destino, azar o suerte. En esta correlación se halló que a mayor escolaridad se es menos fatalista y se cree menos en el destino, azar o suerte.

Correlación entre la Dimensión Afectividad y la Escolaridad: El grado escolar es una variable que ayuda a explicar las relaciones afectivas mantenidas con quienes rodean a la persona, y cómo estas relaciones le ayudan a conseguir sus objetivos. En este caso se encontró que a menor escolaridad mayor afectividad.

Correlación entre la Dimensión Afectividad y el Tiempo de ser portador del VIH: El tiempo que llevan de saberse portadores del VIH influye en la afectividad, es decir

que a mayor tiempo transcurrido las personas consideran menos probable que mediante sus "buenas relaciones sociales" puedan lograr sus objetivos.

Correlación entre la variable Conocimientos y la Escolaridad: La escolaridad influye en el hecho de tener mayor o menor nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA. En esta correlación encontramos que a mayor escolaridad menores conocimientos sobre el tema.

Correlación entre la variable Conocimientos y el Tiempo de ser portador del VIH: El tiempo transcurrido desde que se enteraron de su seropositividad al VIH influye en el grado de conocimientos acerca del sida manejado por las personas de la muestra. A mayor tiempo menor nivel de conocimientos. Esto podría explicarse por el hecho de que en los primeros años de la aparición del sida existía poca información y poco interés por buscarla, incluso por parte de los infectados.

En cuanto a las correlaciones efectuadas entre las demás dimensiones del locus de control y las variables antes mencionadas, no se encontraron evidencias estadísticamente significativas ($\text{Alpha} = .05$) para afirmar que alguna variable explique el comportamiento en tales dimensiones.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS:-

Una limitación puede ser el hecho de que la muestra estuvo constituida únicamente por sujetos del sexo masculino, por lo cual no se pueden generalizar los resultados por no contar con sujetos de sexo femenino.

El tiempo transcurrido desde el inicio de la investigación hasta su conclusión fue de cinco años, con lo cual alguna información pierde vigencia.

La falta de investigaciones con población similar a fin de poder hacer comparaciones.

Los sujetos de la muestra fueron todos del Distrito Federal.

Se sugiere realizar estudios que incluyan muestras femeninas y que abarquen otros puntos de la república.

Resultó una buena idea acudir a los grupos de autoapoyo para seropositivos en virtud de la posibilidad que hubo de entrevistar a un mismo tiempo a 8 y hasta 16 personas.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- ACCIÓN EN SIDA. Boletín internacional sobre prevención y control del SIDA, Núm. 19, AHRTAG, (Reino Unido), abril-junio de 1993, 16 pp.
- ADEATH, Mauricio. "SIDA alarmante en México". Gente. (México), agosto de 1992, Núm. 401, pp 8-18.
- ANDRADE PALOS, Patricia. La influencia de los padres en el locus de control de los hijos. (Tesis de maestría en psicología social), UNAM, 1984.
- ARIZA, Luis Manuel y Enrique Coperías. "Si aparece la marca roja al hacernos las pruebas del SIDA... estamos infectados". Muy interesante. (México), Núm. 9, septiembre de 1988, pp 20-25.
- A TRAVÉS DEL ESPEJO. Guía de Consejería, AISCAM, EUA. 1991, 32 pp.
- BETANCOURT, Héctor. "Atribuciones, motivación del logro e implicaciones para el desarrollo económico y social". Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. (México), Vol. 2, Núm. 1, enero-junio de 1992.
- CASTRO PÉREZ, Roberto. "Aspectos psicosociales del SIDA: estigma y prejuicio". Salud Pública en México. (México), Vol. 30, Núm. 4, 1988, pp. 629-634.
- CHAPPER DAN, Kelestein. Posibles efectos del autoconcepto en relación con el desarrollo del SIDA. (Tesis de licenciatura), UNAM, México, 1991.
- CHRISTENSON, Bruce A. "Las implicaciones del SIDA en las fuerzas de trabajo en México". Salud pública en México, (México), Vol. 30, Núm. 4, 1988, pp. 619-628.
- DÍAZ LOVING, Rolando y Sofía Rivera Aragón. "Percepción y autopercepción del riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios". Investigación psicológica. Vol. 2, Núm. 1, 1992, pp. 27-38.
- DUARTE RODRÍGUEZ, Rubén. "Política de racismo y SIDA". El Universal. (México), 30 de junio de 1990, p 23.
- GARCÍA GARCÍA, María de Lourdes et. al. Manual de vigilancia epidemiológica VIH/SIDA. Secretaría de Salud, INDRÉ, México, 1990, 132 pp.
- GARCÍA SANDOVAL. Ana María e Hilda Guadalupe Ramos Sánchez. El autoconcepto de la pareja estéril. (Tesis de licenciatura), UNAM, México, 1991.

- GIRARDI, Celina Imaculada y Patricia Andrade Palos. "Incapacidad aprendida en adolescentes mexicanos". Revista de la Asociación Mexicana de Psicología Social. (México), Vol. 2, 1988. pp 21.27.
- GUÍA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH-SIDA. En consulta externa y hospitales. CONASIDA, México, 1996, 35 pp.
- ISRAEL COHEN, Teresa. El autoconcepto en adolescentes de primer ingreso en el nivel educativo medio superior. (Tesis de licenciatura), UNAM, México, 1990.
- JIMÉNEZ REYES, Ana María. El autoconcepto en el anciano en tres situaciones de estancia diferentes. (Tesis de licenciatura), UNAM, México, 1990.
- LA ROSA, Jorge. Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. (Tesis de doctorado), UNAM, México, 1986.
- LIZARRAGA CRUCHAGA, Xabier (Compilador). Algunos pre-textos, textos y subtextos ante el SIDA. Edit. Cuicuilco, ENAH, México, 1991.
- LORENZO, Ricardo y Héctor Anabitarte. SIDA el asunto está que arde. Textos breves, Edit. Revolución, S.A.L., Madrid, 1987, 111 pp.
- MARTÍNEZ DÍAZ, Gabriela y Mónica Galicia Tinoco. El autoconcepto, locus de control y desamparo en mujeres adultas con deficiencia mental que se encuentran en diferentes sistemas educativos. (Tesis de licenciatura), UNAM, México, 1991.
- MILLER, David. Viviendo con SIDA y HIV, Manual Moderno, México, 1989, 142 pp.
- MORA GALINDO, J. L. et. al. "Las pruebas de detección del SIDA y su significado". Gaceta CONASIDA. (México), septiembre-octubre de 1988, Núm. 3, pp 6-7.
- ORTÍZ NAVA, Silvia. Estudio comparativo de autoestima en función al status. (Tesis de licenciatura), UNAM, México, 1990.
- PERLMAN, Daniel y P. Chris Cozby. Psicología Social. interamericana, México, 1985, 521 pp.
- RODRÍGUEZ RUEDA, Lucila. Los estilos educativos de los padres y el desamparo aprendido o indefensión en sus hijos. (Tesis de maestría en psicología educativa), UNAM, México, 1989.
- SEPÚLVEDA AMOR, Jaime et. al. SIDA: información básica para personal de salud. México, 1990, 74 pp.

SCHNEIDER, David J. et. al. Percepción personal. Fondo Educativo Interamericano, E.U.A., 1982, 349 pp.

URIBE Z., Patricia. "Cómo vivir con el virus del SIDA" Gaceta CONASIDA. (México), mayo-junio de 1989, Núm. 1, pp 3-7.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- ALANIS CARSI, Leticia. SIDA: manual de trabajo para capacitadores. Secretaría de Salud, Dirección general de epidemiología, México, 1990, 58 pp.
- ÁVILA ROMERO, Mauricio. "La expansión del SIDA está modificando de modo profundo las relaciones sociales". El Día. (México), 28 de agosto de 1988, p 22.
- CAHN, Pedro et. al. PSIDA: un enfoque integral. Argentina, Paidós, 1992, 238 pp.
- CALVIN S., Hall y Cardner Lindzey. La teoría de sí mismo y la personalidad. Bs. As., Paidós, 1974, 123 pp.
- GÓMEZ PÉREZ-MITRE, Gilda. "Autoestima: expectativas de éxito o de fracaso en la realización de una tarea". Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. (México), Vol. 1, Núm. 1, enero-junio de 1981.
- LEYVA, José Ángel. "El SIDA, su impacto social y demográfico". Gaceta CONASIDA. (México), Núm. 1, mayo-junio de 1988, pp 5-7.
- MERCADO MORENO, Rosa Xóchitl. Autoconcepto y metas en niños maltratados que viven con familia y niños maltratados que viven en la calle. (Tesis de licenciatura), UNAM, México, 1991.
- PEÑA CAMPUSANO, Eloy. Readaptación profesional del trabajador incapacitado. (Tesis de licenciatura), UNAM, México, 1990.
- PÉREZ PADILLA, José y Samuel Ponce de León. "Actitudes éticas ante los problemas de manejo de pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida". Salud pública en México, (México), Vol. 32, Núm. 1, 1990, pp 105-115.
- ROJAS SORIANO, Raúl. "Aspectos sociales del SIDA". Gaceta CONASIDA. (México), Núm. 4, noviembre-diciembre de 1989, pp 5-7.
- ROSSI, Luisa. "Necesidades psicológicas del paciente infectado". SIDA. Boletín mensual del Comité de Epidemiología del CONASIDA, México, Núm. 11, noviembre-diciembre de 1990, pp 1009-1013.
- SEPÚLVEDA AMOR, Jaime y Mario Bronfman. "El SIDA en México: características y perspectivas". Salud pública en México, (México), Vol. 30, Núm. 4, 1988, pp 498-557.

13.- ¿Con qué regularidad ha asistido a las sesiones de apoyo o terapia?

____|

14.- ¿Ha presentado algún (os) síntoma (s) relacionado (s) con la infección por VIH/SIDA?

() SI. () NO. Pase a la 17

____|

15.- ¿Cuál (es) síntoma (s)?

____|

16.- ¿Cuánto tiempo hace desde que aparecieron los primeros síntomas?

____|____|____|

17.- De los siguientes fluidos corporales, los tres que se han relacionado con la transmisión del VIH son:

- a) Saliva
- b) Sangre
- c) Orina
- d) Secreciones vaginales
- e) Sudor
- f) Semen

____|____|____|

18.- Indique a qué tipo de células ataca el VIH:

- a) Células de sostén del Sistema Nervioso Central
- b) Células Reproductoras (Sexuales)
- c) Linfocitos T
- d) A todas las anteriores
- e) A ninguna de las anteriores

____|

19.- El VIH es un retrovirus porque:

- a) Tiene efectos a largo plazo
- b) Es un virus que convierte su RNA en DNA
- c) Afecta sólo a algunas células
- d) Es un virus que convierte su DNA en RNA

____|

20.- Diga brevemente cómo afecta al Sistema Inmunológico el VIH:

____|

21.- Una de las características del VIH es:

- a) Se replica rápidamente
- b) Sobrevive a temperaturas mayores a 80° C
- c) Requiere para integrarse al núcleo celular de una enzima llamada Transcriptasa Reversa
- d) No cambia de forma
- e) Es fácil detectarlo

____|

22.- ¿Cuánto dura el período máximo conocido de incubación de la infección?

- a) 6 a 8 semanas
- b) 2 a 3 días
- c) 1 año
- d) 10 años o más
- e) 3 semanas

|__|

23.- Indique en orden las fases por las que cursa la enfermedad:

|__|__|

24.- Señale los síntomas que corresponden a la fase de infección aguda:

- a) Infecciones oportunistas graves
- b) Síndrome de desgaste
- c) Cuadro catarral
- d) Cuadro diarreico

|__|

25.- ¿Cuál de los siguientes factores es indicador de la progresión de la enfermedad?

- a) Presencia de diarrea
- b) Aparición de candidiasis oral
- c) Disminución de anticuerpos anti P24
- d) Disminución de anticuerpos anti GP120
- e) Todos los anteriores

|__|

26.- Las infecciones oportunistas más frecuentes en una persona en fase IV son:

|__|

27.- Los dos tumores más frecuentes en el paciente con SIDA son:

- a) Sarcoma de Kaposi
- b) Neoplasias del Sistema Digestivo
- c) Melanoma
- d) Linfoma no Hodgkin

|__|__|

28.- Valore en los siguientes casos, el riesgo de transmisión del VIH según la escala indicada:

Sin riesgo = 1 3 5 = Mucho riesgo

- ___ Relación sexual anal sin condón
- ___ Transfusión sanguínea después de 1986
- ___ Besar a una persona VIH (+)
- ___ Intercambio de fluidos corporales
- ___ Compartir agujas o jeringas
- ___ Contacto social con persona VIH (+)
- ___ Tener relaciones sexuales con desconocido (a) y sin protección
- ___ Mujer VIH (+) que se embaraza

_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_
_	_

- Compartir objetos personales con persona VIH (+) | |
- Madre VIH (+) que amamanta a su hijo | |
- Pincharse con aguja hipodérmica con sangre | |

29.- ¿En qué fase de la enfermedad procede el despido laboral?

- a) Fase asintomática
 - b) Fase sintomática
 - c) Fase terminal
 - d) En cualquier fase
 - e) En ninguna fase
- | |

30.- La azidotimidina (AZT) es:

- a) Una vacuna para prevenir la infección por VIH
 - b) Una vitamina para el paciente con SIDA
 - c) Un tratamiento contra el VIH
 - d) La cura del SIDA
 - e) Un tumor maligno
- | |

31.- Indique si los siguientes enunciados son falsos (F) o verdaderos (V):

- Los co-factores nutricionales y emocionales influyen en el desarrollo de síntomas relacionados con VIH | |
- La desnutrición puede causar estragos en el sistema inmunológico | |
- El ejercicio no es un factor importante para ayudar a controlar el desarrollo del VIH | |
- Un nivel alto y prolongado de tensión nerviosa debilita el organismo y su capacidad para defenderse de las enfermedades | |
- Es recomendable para las personas con VIH evitar las comidas que contengan grasa | |
- Es sano formar un ambiente natural y cálido en el trabajo con personas VIH (+) | |
- Es recomendable que las personas con VIH coman la carne bien cocida | |

32.- Mencione qué prácticas de sexo seguro recomendaría a personas que viven con VIH/SIDA:

_____ | |

_____ | |

_____ | |

33.- ¿A qué tipo de incapacidad tiene derecho una persona que vive con VIH/SIDA?

- a) Incapacidad parcial
 - b) Incapacidad permanente total
 - c) Incapacidad por maternidad
 - d) Incapacidad temporal
 - e) Cualquier tipo de incapacidad dependiendo del estadio de la enfermedad
- | |

34.- Las dimensiones que involucra el VIH/SIDA son:

- a) Vida
- b) Sexualidad
- c) Muerte
- d) Economía
- e) Social
- f) Religión
- g) Todas las anteriores

|_ |

LUGAR: _____

FECHA: _____

**Por favor, verifique si contestó a todas las preguntas.
Gracias.**

II.- CUESTIONARIO (AC)

A continuación encontrará un conjunto de adjetivos que sirven para describirle. Ejemplo: YO SOY

Negro (a) Blanco (a)
 muy bastan poco ni ne- poco bastan muy
 negro te ne- negro gro ni blan- te blan-
 gro blanco co blanco co

En el ejemplo se puede verificar que hay siete espacios entre "negro" y "blanco". Cuanto más cerca está el espacio de un adjetivo, indica un grado mayor en que se posee dicha característica. El espacio central indica que el individuo no es negro ni blanco.

Si usted se cree "muy blanco", pondrá una "X" en el espacio más cercano a la palabra blanco; si se siente "bastante negro", pondrá la "X" en el espacio correspondiente; si no se percibe negro ni blanco, pondrá la "X" en el espacio de en medio. O, si es el caso, en otro espacio.

Conteste en los renglones de abajo como en el ejemplo de arriba: tan rápido como le sea posible, pero con cuidado, utilizando la primera impresión que tenga de sí mismo.

Conteste en TODOS los renglones, dando una SOLA respuesta en cada renglón. Acuérdesese que, en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. Conteste, aquí, **COMO ES USTED Y NO COMO LE GUSTARÍA SER.** Gracias.

YO SOY

Introvertido (a)	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Extrovertido (a)	__
Angustiado (a)	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Relajado (a)	__
Amoroso (a)	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Odioso (a)	__
Callado (a)	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Comunicativo (a)	__
Accesible	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Inaccesible	__
Rencoroso (a)	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Noble	__
Comprensivo (a)	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Incomprensivo (a)	__
Incumplido (a)	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Cumplido (a)	__
Leal	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Desleal	__
Desagradable	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Agradable	__

YO SOY

Honesto (a)	___	___	___	___	___	___	Deshonesto (a)	__
Afectuoso (a)	___	___	___	___	___	___	Seco (a)	__
Mentiroso (a)	___	___	___	___	___	___	Sincero (a)	__
Tratable	___	___	___	___	___	___	Intratable	__
Frustrado (a)	___	___	___	___	___	___	Realizado (a)	__
Temperamental	___	___	___	___	___	___	Calmado (a)	__
Animado (a)	___	___	___	___	___	___	Desanimado (a)	__
Irrespetuoso (a)	___	___	___	___	___	___	Respetuoso (a)	__
Estudioso (a)	___	___	___	___	___	___	Perezoso (a)	__
Corrupto (a)	___	___	___	___	___	___	Recto (a)	__
Agresivo (a)	___	___	___	___	___	___	Pacífico (a)	__
Feliz	___	___	___	___	___	___	Triste	__
Tranquilo (a)	___	___	___	___	___	___	Nervioso (a)	__
Capaz	___	___	___	___	___	___	Incapaz	__
Impulsivo (a)	___	___	___	___	___	___	Reflexivo (a)	__
Inteligente	___	___	___	___	___	___	Inepto (a)	__
Apático (a)	___	___	___	___	___	___	Dinámico (a)	__
Verdadero (a)	___	___	___	___	___	___	Falso (a)	__
Aburrido (a)	___	___	___	___	___	___	Divertido (a)	__
Responsable	___	___	___	___	___	___	Irresponsable	__
Amargado (a)	___	___	___	___	___	___	Jovial	__
Estable	___	___	___	___	___	___	Voluble	__
Amable	___	___	___	___	___	___	Grosero (a)	__
Conflictivo (a)	___	___	___	___	___	___	Conciliador (a)	__
Eficiente	___	___	___	___	___	___	Ineficiente	__
Egoísta	___	___	___	___	___	___	Generoso (a)	__
Cariñoso (a)	___	___	___	___	___	___	Frío (a)	__

YO SOY

Decente	___	___	___	___	___	___	Indecente	__
Ansioso (a)	___	___	___	___	___	___	Sereno (a)	__
Puntual	___	___	___	___	___	___	Impuntual	__
Tímido (a)	___	___	___	___	___	___	Desenvuelto (a)	__
Lento (a)	___	___	___	___	___	___	Rápido (a)	__
Desinhibido (a)	___	___	___	___	___	___	Inhibido (a)	__
Amigable	___	___	___	___	___	___	Hostil	__
Reservado (a)	___	___	___	___	___	___	Expresivo (a)	__
Deprimido (a)	___	___	___	___	___	___	Contento (a)	__
Simpático (a)	___	___	___	___	___	___	Antipático (a)	__
Sumiso (a)	___	___	___	___	___	___	Dominante	__
Honrado (a)	___	___	___	___	___	___	Deshonrado (a)	__
Deseable	___	___	___	___	___	___	Indeseable	__
Solitario (a)	___	___	___	___	___	___	Amiguero (a)	__
Trabajador (a)	___	___	___	___	___	___	Flojo (a)	__
Fracasado (a)	___	___	___	___	___	___	Triunfador (a)	__
Miedoso (a)	___	___	___	___	___	___	Audaz	__
Tierno (a)	___	___	___	___	___	___	Rudo (a)	__
Pedante	___	___	___	___	___	___	Sencillo (a)	__
Educado (a)	___	___	___	___	___	___	Malcriado (a)	__
Melancólico (a)	___	___	___	___	___	___	Alegre	__
Cortés	___	___	___	___	___	___	Descortés	__
Romántico (a)	___	___	___	___	___	___	Indiferente	__
Pasivo (a)	___	___	___	___	___	___	Activo (a)	__
Sentimental	___	___	___	___	___	___	Insensible	__
Atento (a)	___	___	___	___	___	___	Desatento (a)	__
Sociable	___	___	___	___	___	___	Insociable	__

YO SOY

Pesimista

Optimista

|_ |

Por favor, verifique si contestó en todos los renglones.
GRACIAS.

III.- CUESTIONARIO (LC)

A continuación hay una lista de afirmaciones. Usted debe indicar en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles: 1 = completamente en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = completamente de acuerdo. Especifique su respuesta haciendo un círculo alrededor del número que mejor exprese su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas: hay puntos de vista diferentes. Conteste **CUAL ES SU PUNTO DE VISTA PARA CADA AFIRMACIÓN**. Gracias.

	completamente de acuerdo (5)					
	de acuerdo (4)					
	ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)					
	en desacuerdo (2)					
	completamente en desacuerdo (1)					
	↓	↓	↓	↓	↓	
1) El problema del hambre está en manos de los poderosos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto.....	1	2	3	4	5	__
2) El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que tenga.....	1	2	3	4	5	__
3) Los precios, en general, dependen de los empresarios y no tengo influencia al respecto.	1	2	3	4	5	__
4) No puedo influir en la solución del problema de la vivienda ya que depende del gobierno..	1	2	3	4	5	__
5) Que yo tenga un buen empleo es una cuestión de suerte.....	1	2	3	4	5	__
6) Puedo mejorar mi vida si le caigo bien a la gente.....	1	2	3	4	5	__
7) La paz entre los pueblos depende de los gobiernos y mi contribución al respecto es insignificante.....	1	2	3	4	5	__
8) El que yo llegue a tener mejores puestos en mi trabajo dependerá mucho de la suerte....	1	2	3	4	5	__
9) El hecho de que yo tenga pocos o muchos amigos se debe al destino.....	1	2	3	4	5	__
10) Mi futuro depende de mis acciones presentes.	1	2	3	4	5	__
11) Puedo tener éxito en la vida si soy simpático.	1	2	3	4	5	__
12) Que yo tenga mucho o poco dinero es cosa del destino.....	1	2	3	4	5	__

completamente de acuerdo (5)
de acuerdo (4) ↓
ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) ↓ ↓
en desacuerdo (2) ↓ ↓ ↓
completamente en desacuerdo (1) ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|----|
| 13) Mi éxito dependerá de lo agradable que sea. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 14) El problema de la contaminación está en manos del gobierno y lo que yo haga no cambia nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 15) El puesto que yo ocupe en una empresa dependerá de las personas que tienen el poder.... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 16) Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 17) Que yo tenga éxito en mi empleo (ocupación) depende de mí..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 18) Los problemas mundiales están en las manos de los poderosos y lo que yo haga no cambia nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 19) Si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 20) Para subir en la vida necesito ayuda de gente importante..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 21) Casarme con la persona adecuada es cuestión de suerte..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 22) Me va bien en la vida porque soy simpático (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 23) Mi vida está determinada por mis propias acciones..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 24) Siento que es difícil influir en lo que los políticos hacen..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 25) Como estudiante siento (sentí) que las calificaciones dependen mucho de la suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 26) Mi éxito en el trabajo dependerá de qué tan agradable sea yo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 27) Puedo subir en la vida si tengo suerte..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 28) Mejorar mis condiciones de vida es cuestión de esfuerzo personal..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |
| 29) El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mí..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | __ |

	<u>completamente de acuerdo (5)</u>					
	<u>de acuerdo (4)</u>					
	<u>ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)</u>					
	<u>en desacuerdo (2)</u>					
	<u>completamente en desacuerdo (1)</u>					
	↓	↓	↓	↓	↓	
30) Mi país está dirigido por pocas personas en el poder y lo que yo haga no cambia nada...	1	2	3	4	5	__
31) Cuando logro lo que quiero es porque he tenido suerte.....	1	2	3	4	5	__
32) La gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando éstos son opuestos a los de las personas que tienen el poder.....	1	2	3	4	5	__
33) El que yo llegue a tener éxito depende de mí.	1	2	3	4	5	__
34) El que mejoren mis condiciones de vida depende principalmente de las personas que tienen poder.....	1	2	3	4	5	__
35) Puedo conseguir lo que quiero si agrado a los demás.....	1	2	3	4	5	__
36) No tengo influencia en las decisiones que se toman respecto al destino de mi país.....	1	2	3	4	5	__
37) Que yo tenga el dinero suficiente para vivir depende de mí.....	1	2	3	4	5	__
38) Yo siento que mi vida está controlada por gente que tiene el poder.....	1	2	3	4	5	__
39) Cuando lucho por conseguir algo, en general lo logro.....	1	2	3	4	5	__
40) No siempre es bueno para mí planear el futuro porque muchas cosas son cuestión de buena o mala suerte.....	1	2	3	4	5	__
41) El hecho de que conserve mi empleo depende principalmente de mis jefes.....	1	2	3	4	5	__
42) Mis calificaciones dependen de mi esfuerzo.	1	2	3	4	5	__
43) Mi éxito dependerá de las personas que tienen el poder.....	1	2	3	4	5	__
44) Muchas puertas se me abren porque tengo suerte.....	1	2	3	4	5	__
45) La cantidad de amigos que tengo depende de lo agradable que soy.....	1	2	3	4	5	__

	<u>completamente de acuerdo (5)</u>						
		<u>de acuerdo (4)</u>					
	<u>ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)</u>						
	<u>en desacuerdo (2)</u>						
	<u>completamente en desacuerdo (1)</u>						
	↓	↓	↓	↓	↓		
46) Que yo consiga un buen empleo depende de mis capacidades.....	1	2	3	4	5		
47) Las guerras dependen de los gobiernos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto..	1	2	3	4	5		
48) Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte.....	1	2	3	4	5		
49) Muchas puertas se me abren porque soy simpático (a).....	1	2	3	4	5		
50) Que yo obtenga las cosas que quiero depende de mí.....	1	2	3	4	5		
51) Mi sueldo dependerá principalmente de las personas que tienen el poder económico...	1	2	3	4	5		
52) Puedo llegar a ser alguien importante si tengo suerte.....	1	2	3	4	5		
53) La mejoría de las condiciones de vida depende de los poderosos y yo no tengo influencia sobre esto.....	1	2	3	4	5		

Por favor, verifique si contestó en todas las afirmaciones.
GRACIAS.