UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS
VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILIS TOGA. 1948

Facultad de Psicología

TRABAJO DE DIPLOMA

Titulo:

EL PERFIL SOCIOPSICOLOGICO DE MUJERES QUE ENFRENTAN LA MATERNIDAD VIVIENDO CON EL VIH/SIDA.

Autor: Sherrie Griffith-Benjamín
Tutor: Msc. Estrella Rodríguez Luna

2006

Ano de la Revolución Energética en Cuba

CON SU ENTRAÑABLE TRANSPARENCIA

PENSAMIENTO

Nunca prives a nadie de la esperanza;
puede ser lo único que una persona posea.

H. Jackson Brown

DEDICATORIA

A los hombres de mi vida,

Sobre todos Dios,

Mi papa Erskine,

Mi inspiración Dan,

Tíos Stanton y Keith,

Y Andrew

Quienes velan mis sueños y los mantiene lejos de la oscuridad.

Y a mi Estrella,
Que me han guiado, y fue mi verdadera madre, amiga y educadora.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por guiarme a este camino y ser lo que soy,

A mis hermanas Gail, Lora, Kerri, Séannel,Laverne y Rhonda.

A mis hermanos Erskine jr, Brandon, J.R. y Alex.

A mi familia Cubana, Myra, Quevedo, Luis y Liliana,

A mis amigas Naomi, Kozel, Tanya y Kendra por su amistad y ayuda en todo momento,

A mis compañeros de aula, especialmente Roxanna Abad, Roxanna Rodríguez, Arian y Jesse.

A Yaima y su familia por todo su amor y comprensión

Y a todos aquellos que me brindaron su ayuda y colaboración.

Al Partido Comunista Cubano y el Clement Payne Asociación de Barbados, por haberme dado la oportunidad de desarrollarme.

A mis profesores, por haberme transmitido sus conocimientos y experiencias.

Al pueblo cubano, por esta experiencia inolvidable.

RESUMEN

Resumen

El VIH/SIDA cada día cobra más vidas en nuestro planeta, un grupo significativo de ellas son mujeres, las cuales muchas veces no han tenido la posibilidad de reproducirse o consumar este anhelo y lo hacen ya contaminadas o infectadas por el virus. El mundo subjetivo de ellas, sus vivencias y particularidades psicológicas son desconocidas a plenitud, por lo que se realiza un estudio de casos con 5 pacientes de un universo de 7 que han asumido el embarazo o el parto en el período comprendido de Enero de 2005 al primer semestre de 2006, en el Hospital Universitario Gineco-Obstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara, con el objetivo de caracterizar psicológicamente a este grupo de mujeres y de identificar los diferentes estados psicológicas que con mayor frecuencia aparecen en ellas, así como describir los rasgos personológicos que se ponen de manifiesto. Para la realización del mismo se aplicó el estudio de casos múltiples como modalidad de la metodología cualitativa. Se aplicaron un conjunto de técnicas psicológicas (Rotter, IDARE, RAMDI, Zung Y Conde, Composición, Inventario de Autoestima, Historia Psicosocial, 16 PF, Escala de auto valoración). EL análisis de cada caso se realiza a partir de una valoración de cada técnica y de la triangulación de los resultados de forma que permita una visión integradora de cada paciente. Como resultados fundamentales se describe : Que es común en todas encontrar una baja autoestima, así como niveles medio y altos tanto de ansiedad y depresión, además de asunción de la maternidad con pleno consentimiento informado de responsabilidad y un sistema motivacional reducido y dirigido fundamentalmente a la crianza de los niños. Se realizan las recomendaciones pertinentes a parir de las conclusiones obtenidas.

INDICE

Índice

Resumen

Introducción 1

CAPITULO I. Fundamentación teórica 4

1.1. Mujer, Sexualidad y Reproduccion.....4

1.1.2 Derechos Sexuales y Reproductivos……..6

1.2 VIH/SIDA. Aspectos Psicológicos……..13

1.3 VIH, SIDA y el Embarazo……..16

1.3.1 Maternidad, VIH y SIDA……18

1.4 Personalidad. Algunos Estados Psíquicos. 20

C APITULO II. Metodología de la Investigación……..34

2.1 Selección de la muestra……..34

2.2 La Metodología Cualitativa como paradigma de investigación……35

2.3 Técnicas usadas. Estrategias de Aplicación……..43

2.3.1 Descripción de las Técnicas……..44

CAPITULO III. Presentación y Análisis de Caso……55

3.1 Analisis Particular de cada caso……..55

3.2 Análisis integral de los casos estudiados……..75

Conclusiones.....78

Recomendaciones .....7¡Error! Marcador no definido.

Bibliografía .....¡Error! Marcador no definido.

Anexos

INTRODUCCION

Introducción

Desde el surgimiento del hombre como ser pensante este ha tenido curiosidad y mas tarde preocupación por los problemas de la reproducción de la especie. Por esto en todas las civilizaciones se han escrito libros acerca de la manera de incrementar o limitar la reproducción humana, lo que ha dependido en gran parte de las condiciones socioeconómicas de cada sociedad en particular y de la decisión de las parejas a partir de su propio criterio sobre este hecho.

La reproducción como capacidad de multiplicar y perpetuar la especie es una propiedad de todos los seres vivos, que en el humano adquiere una connotación muy especial, por estar implicada en un contexto personológico donde diferentes subsistemas como autoimagen, imagen del mundo, toma de decisiones, motivaciones, voluntad entran a jugar un rol muy importante en esta toma de decisión de reproducirse, ya manifiesta en los derechos sexuales y reproductivos donde de forma explícita se plantea: la igualdad y el derecho a no ser discriminada, el derecho a la información y a la educación, a decidir si se tienen hijos o no y cuándo tenerlos, a formar una familia, a tener la atención y protección de la salud y acceso a los beneficios del progreso científico.

La maternidad para la mujer, con todo el derecho que le asiste se convierte en un acto de gran significación personal, de consumación de sueños e ideas, en expresión de felicidad, en perpetuación y continuidad de la especies y de la vida misma, que en el hombre y la mujer tiene una representación no solo humana, sino social y cultural por la propia génesis de la especie.

Luego hablar del embarazo, maternidad, paternidad es sinomino de felicidad como acontecimiento que genera el advenimiento de un hijo. Pero no todas las mujeres enfrentan la maternidad en igualdad de condiciones sociales y biológica, en ello influyen la pobreza, la riqueza, la enfermedades asociadas al embarazo o el estado psicológico (mental) de la mujer, pero sin que ninguna de ellas sean

una obstáculo para cumplir o ver realizados sus adorable sueños de ser madre y que la risa contagiosa o llanto de un niño o niña alegre el hogar.

Hoy el mundo se ve envuelto no solo en guerras, en grandes catástrofes naturales, sino también en epidemias entre las cuales se encuentran el SIDA que azota y amenaza a hombres, mujeres, niñas, niños de continentes enteros. Según datos publicados por la OMS cada día 14,000 personas son afectadas por el VIH/SIDA. 2000 de estas nuevas infecciones ocurren en niños principalmente como resultada de la transmisión madres-hijo/hija. Otras 12,000 nuevas infecciones ocurren en personas en la edad reproductiva (15-49 años) y de ellas 50% son mujeres. A nivel mundial, hay unos 12 millones de mujeres en la edad reproductiva que son VIH positivas, y el continente más afectado es el africano donde el según el UNIFEM plantea que cada 10 hombres africanos que se han infectado el contagio en mujeres africanas es entre 12 y 13.

Como expresamos anteriormente la maternidad se erige en un derecho de toda mujer pero la realidad del SIDA afecta a un gran número de ellas, sin haber experimentado en su vida este sentimiento de responsabilidad de ser madre. Aparece entonces uno de los dilemas éticos en relación a esta temática, que aunque no constituye objeto de nuestra investigación, es justo mencionarlo pues como tabú, mito, o realidad invade la toma de decisiones de las mujeres o la mente de quienes la rodean o asisten , en fin de la sociedad ,pero que muchas veces no toma en cuenta el derecho a la autonomía, a la autodeterminación, el derecho humano que les asiste y así se cuestionan ¿Por qué deciden por el futuro hijo?, ¿Por qué deciden por afectar a su propia vida? Pero bien este dilema ético no esta en el centro de nuestro estudio pero si nos motivó y nos propusimos caracterizar las peculiaridades psicológicas de la mujer que enfrenta la maternidad viviendo con el VIH/SIDA, penetrar en su mundo subjetivo para comprenderla mejor, ayudarlas partiendo de que realmente desconocemos en ellas sus rasgos personológicos esenciales y es a partir de esta problemática que nos trazamos los siguientes objetivos.

Objetivo General:

- Caracterizar psicológicamente a la mujer que enfrenta la maternidad siendo portadora de VIH/SIDA.

Objetivos Específicos:

- Describir los rasgos personológicos que se pone de manifiesto en la mujer que enfrenta la maternidad viviendo con VIH/SIDA.
- Identificar los estados psicológicos que con mayor frecuencia se manifiesta en las mujeres que enfrenta la maternidad siendo portadores del VIH/SIDA.

CAPITULO I

CAPITULO I. Fundamentación Teórica

1.1 Mujer. Sexualidad y Reproducción.

Históricamente, la sociedad ha otorgado roles determinados a cada sexo. Al hombre se le ha reservado el mundo de “lo publico”, la toma de decisiones iones y la responsabilidad de la familia; al la mujer se le ha asignado en ámbito de “lo privado”, de lo domestico, reduciendo su universo a la reproducción, a la educación de los hijos y los quehaceres del hogar. Tal división de las responsabilidades disminuye en la mujer el poder de decir como, cuando y con quien tener relaciones sexuales. Dicha condición prescrita por la tradición, es una de los factores que ha marcado su deficiente capacidad de protegerse contra el VIH/SIDA y afrontar sus consecuencias.

Un aspecto importante a la hora de estudiar la sexualidad en la mujer es el afecto, contacto positivo del individuo con su medio, que se pone en manifiesto en su más temprana infancia y es una necesidad imprescindible para crecer y cubrir las necesidades emotivas de todo ser humano; vital para todo su equilibrio biológico, psicológico y social, de forma integrada contribuye a su salud en general y específicamente a su salud sexual y reproductiva. Es necesario enfatizar la necesidad de considerar el afecto como un constructo, que quien lo desea tiene que edificar, trabajar, cuidar y mimar procurando que los objetos de su afecto lo perciban adecuadamente.

Utilizando la definición dada por la OMS, diríamos que “La sexualidad es una energía que nos motiva a buscar afecto, contacto, placer, ternura e intimidad. La sexualidad influencia nuestros pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones y, por tanto, influye en nuestra salud física y mental”. Esta no solo se refiere a la relación sexual, sino que se manifiesta en el amor, la comunicación y todas las expresiones corporales de la persona.

Para algunos especialistas, la sexualidad "…es una parte integral de toda personalidad, y se expresa en todo lo que una persona hace" (Aller Atucha, en González y Castellanos, 2003). Es inherente a la condición humana, es una configuración de la personalidad, y posee condicionamientos biológicos, psicológicos y sociales.

La sexualidad humana cumple diferentes funciones:

- La reproducción: concebida no solo como la capacidad de tener hijos, sino también por los sentimientos de paternidad y maternidad y el desempeño de roles encaminados a la crianza y educación de los hijos.
- El disfrute del placer erótico: la búsqueda del placer se haya en la base de muchas de las expresiones y comportamiento sexuales; y no solo el placer que conlleva generalmente la excitación y el orgasmo, sino el placer de dar, de recibir y comunicarse en una relación sexual positiva.
- La expresión de sentimientos: la sexualidad es un cauce privilegiado para la expresión de cariño, afecto o amor hacia otras personas, puesto que la relación sexual es una de las formas más íntimas y excitantes de relacionarse y comunicarse con la persona deseada.
- El refuerzo de la autoestima: nos ayuda a mejorar nuestra autoimagen, a sentirnos más vitales, a protegernos de otros factores negativos como el estrés, la competitividad, etc.
- Confianza en el desempeño social: mediante el diseño de los atributos y funciones de género, los sujetos de un sexo u otro disponen de guiones que pautan su desempeño como individuo insertados en relaciones sociales. En la adscripción a estos guiones le brindan al sujeto confianza para satisfacer las expectativas sociales.

En lo que respecta al género y la mujer, la jerarquía de su lugar maternal ha privilegiado su aspecto reproductor en detrimento de su erotismo. La mujer como expresara José Martí "es el taller natural donde se forja la vida".Ella es copia feliz de cuanto hay de animado, y de bello en el mundo.

La mujer más que una acompañante del hombre resulta una protagonista en la escena de la sexualidad, siendo capaz de cumplir con esa capacidad de multiplicar la especie, perpetuando en ellas características específicas, y dando la posibilidad de nuevas propiedades cualitativas, capacidad esta que solo tienen los organismos vivos, pero que en los seres humanos adquiere una connotación diferente y superior como ser social donde necesidades, afectos, motivos, toma de decisiones, etc. son fundamental.

1.1.2 Derechos Sexuales y Reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos y su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. (FNUAP,1996)

Por ejemplo, toda persona tiene el derecho de decidir cuántos hijos o hijas va a tener; cuándo los tendrá y con qué intervalo de tiempo; controlar su comportamiento sexual según su propia forma de ser, sentir y pensar sin tener miedo o vergüenza; y estar libre de enfermedades y deficiencias que interfieran con sus funciones sexuales y reproductivas.

¿Cómo se interpretan algunos de los derechos humanos en el campo de la sexualidad y la reproducción? El primero de todos es:

- El derecho a la vida. Este derecho lo tienen por igual hombres y mujeres, pero en materia de derechos sexuales y reproductivos tiene que ver particularmente con el derecho de las mujeres a no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o parto.
- Segundo: es el derecho a la libertad y seguridad. Tanto los hombres como las mujeres tienen derecho a decidir si tienen relaciones sexuales o no, con quién y con qué frecuencia.

- Tercero: es el derecho de toda persona a la igualdad y a no ser discriminada. Todos los seres humanos, hombres y mujeres, merecen un trato respetuoso.
- Cuarto: es el derecho a la privacidad. Es decir, toda persona tiene derecho a que se respete su intimidad e implica que los prestadores de servicios (en los consultorios, hospitales o centros asistenciales) están obligados a guardar el secreto profesional. Es decir, la información que el personal de salud obtiene, relacionada con la vida sexual y reproductiva de una persona, debe mantenerse en reserva y es parte de la vida privada de la o del paciente.
- Quinto: es el derecho a la libertad de pensamiento. En lo que respecta a la vida sexual y reproductiva, toda persona tiene derecho a pensar y obrar libremente.
- Sexto: es el derecho a la información y a la educación. En consecuencia, toda persona, hombre o mujer, desde temprana edad tiene derecho a ser educada y debe tener igual acceso a información oportuna y adecuada sobre los servicios y métodos de regulación de la fecundidad, enfermedades de transmisión sexual y todo lo que se relacione con su vida sexual y reproductiva.
- Séptimo: es el derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a formar o no formar una familia. Es decir, toda persona, hombre o mujer, tiene derecho a elegir si se casa o no se casa, cuándo y con quién.
- Octavo: es el derecho a decidir si se tienen hijos o no y cuándo tenerlos. Así, toda persona, mujer u hombre, debe tener a su alcance la más amplia información y servicios relacionados con los métodos anticonceptivos modernos, seguros y aceptables para regular la fecundidad, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Noveno: es el derecho a la atención y protección de la salud. Esto quiere decir que toda persona tiene derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria, libre de riesgos y a desarrollar su vida y relaciones de pareja en buenas condiciones. Esto implica que toda persona tiene derecho a la

calidad más alta posible en la atención de la salud sexual y reproductiva y que, en consecuencia, las personas usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva tienen derecho a exigir que la calidad de tales servicios sea óptima.

- Décimo: es el derecho a los beneficios del progreso científico, lo que significa que toda persona tiene derecho a beneficiarse de los avances de la ciencia y el progreso tecnológico.
- Onceno: es la libertad de reunión y participación política. Todas las personas tienen derecho a asociarse para promover el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y, por ende, el disfrute de una adecuada salud sexual y reproductiva.
- Duodécimo: es el derecho de toda persona a no ser sometida a torturas y maltratos y, por el contrario, el derecho a vivir una vida libre de violencia.

VIH Y SIDA. Mujer.

VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana. Pertenece a la familia de los retrovirus; su estructura es simple, esta compuesta por una corteza hacha de proteína y un núcleo interno con sus genes. Este virus penetra en el organismo, donde ataca y destruye las células CD4, elemento esenciales del sistema de defensa (inmunológico). El virus se replica intensamente evitado que las células CD4 desempeñen su función de defensa del organismo contra las enfermedades. Luego de un periodo de incubación (alrededor de los 11 años) se provoca el SIDA.

El VIH no discrimina a nadie por edad, sexo, color del la piel, integración social, política, creado o practicas religiosas, estatus económico o preferencia sexual. Cualquier persona que tenga prácticas de riesgo, puede adquirirlo. Sin embargo decimos que no afecta a todos por igual por la repercusión que tiene la vida en su conjunto, tanto económica, social y psicológica, como en aquellas personas que se vinculan directamente con el, ya sea portador o persona allegada.

El SIDA es un trastorno clínico grave y mortal, que se identificó como un síndrome definido e independiente en l981. El síndrome representa la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que por lo común daña en forma progresiva el aparato inmunitario y otros órganos y sistemas, en especial, el sistema nervioso central (SNC).

En el término de semanas a varios meses, después de la infección por el virus, muchas personas presentan un cuadro agudo similar a la mononucleosis, de curso limitado, y que dura una o dos semanas. Después de ese lapso las personas infectadas pueden permanecer asintomáticas durante meses o años antes de que aparezcan otras manifestaciones clínicas, como infecciones oportunistas y síntomas generales y neurológicos. Por lo regular, la gravedad de la enfermedad causada por el VIH guarda correlación directa con el grado de disfunción del sistema inmunitario. El comienzo del cuadro clínico suele ser insidioso, con síntomas inespecíficos como linfadenopatía, anorexia, diarrea crónica, pérdida de peso, fiebre y fatiga. Existen también otros síntomas que son más comunes, graves y difíciles de tratar en las mujeres que padecen VIH como infecciones vaginales por hongos, otras infecciones vaginales tales como la vaginosis bacteriana y enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea, la clamidia, y la trichomoniasis, enfermedad inflamatoria de la pelvis (PID, por sus siglas en inglés) o la infección de los órganos reproductores de la mujer, cambios en el ciclo menstrual, tales como no tener períodos o sangrado abundante y constante, infecciones del virus papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) que causan verrugas genitales y pueden llevar al cáncer del cuello uterino.

A medida que el sistema inmune continúa debilitándose, pueden desarrollarse otras enfermedades que afecten sus ojos, sistema digestivo, riñones, pulmones, piel y cerebro Sin embargo, dicha constelación de síntomas específicos por lo regular no basta para confirmar el diagnóstico de SIDA. Se denomina complejo relacionado con el SIDA (CRS) o "infección sintomática por el VIH" a los signos y síntomas recién mencionados en una persona infectada por el VIH.

Se han identificado más de una docena de infecciones oportunistas y algunos cánceres que constituyen indicadores suficientemente específicos de la inmunodeficiencia subyacente como para ser incluidos en la definición de casos de SIDA. Las infecciones oportunistas incluyen: neumonía por Pneumocystis carinii, criptosporidiosis crónica, toxoplasmosis o del SNC, candidiasis del esófago o de las vías respiratorias inferiores, criptococosis diseminada o del SNC, microbacteriosis atípica diseminada e infección pulmonar, de las vías gastrointestinales, del sistema nervioso central, u ocular, por citomegalovirus (CMV), infección mucocutánea ulcerada crónica o diseminada, por el virus del herpes simple, y leucoencefalopatía multifocal progresiva; entre los cánceres están el sarcoma de Kaposi: el linfoma primario de células B limitado al encéfalo y el linfoma no-Hodgkin. Estas enfermedades, si se diagnosticaban por medio de las técnicas histológicas, o de cultivo estándares, o por ambas, satisfacían la definición de vigilancia del SIDA hecha por los Centros para el Control de Enfermedades (EUA) si se habían descartado otras causas identificadas de la inmunodeficiencia.

En l987 se revisó la definición mencionada para incluir más enfermedades indicadoras (como el síndrome de desgaste, la tuberculosis extrapulmonar y enfermedades neurológicas como la demencia o la neuropatía sensitiva por el VIH), y para aceptar como diagnóstico presuntivo algunas de las enfermedades indicadoras si en las pruebas de laboratorio, como las mediciones de anticuerpos contra el VIH, se detectaban signos de infección por el VIH. Es posible que se revise de nuevo la definición de casos conforme se cuente con mayor información clínica. Por ejemplo, se están estudiando las manifestaciones mayores o principales de la inmunodeficiencia por el VIH la septicemia o la neumonía bacteriana recurrente (ya que se consideran como cuadros indicadores de SIDA en los niños), y la tuberculosis pulmonar.

Con las medidas modernas de tratamiento, estos períodos de incubación sin duda son más largos. Sin tratamiento específico, la tasa de mortalidad por SIDA

ha sido muy alta, y la mayoría de los pacientes (del 80 a 90%) mueren en un plazo de tres a cinco años después del diagnóstico de SIDA.

Esta descripción y definición de casos de SIDA es válida para los adultos, principalmente en los países industrializados. En los países en desarrollo, donde a menudo no existen los medios adecuados de laboratorio para el diagnóstico histológico o por cultivo de las enfermedades indicadoras sustitutas específicas, la OMS ha hecho una definición de casos clínicos de SIDA para el diagnóstico y la notificación en salud pública, que se basa en combinaciones específicas de síntomas y signos mayores y menores, y de enfermedades. Las manifestaciones clínicas del SIDA en los lactantes y en los niños de corta edad, se entrecruzan con la falta de crecimiento, las inmunodeficiencias hereditarias y otros problemas de salud.

Desde l985, se cuenta en el comercio con métodos serológicos para detectar anticuerpos contra el VIH, y la prueba de detección inicial más utilizada (enzimoinmunoensayo o ELISA) es muy sensible y específica. Sin embargo, si la prueba muestra reactividad, debe suplementarse con otra más específica, como la de Western blot, o inmunofluorescencia indirecta. La falta de reactividad de una prueba suplementaria es un argumento en contra de una prueba de enzimoinmunoensayo reactiva; la reacción positiva la refuerza y, en caso de un resultado indeterminado con la de Western blot, son necesarios nuevos estudios.

Casi todas las personas infectadas por el VIH generan anticuerpos detectables en el término de uno a tres meses; en ocasiones se observa un período más largo. Están en fase de estudio y elaboración otras pruebas para detectar infecciones por el VIH durante el período que transcurre después de la infección pero antes de la seroconversión, como son las pruebas serológicas para identificar antígeno circulante VIH y la reacción en cadena de la polimerasa (RCP), para identificar secuencias del ácido nucleico vírico. Las pruebas son

prometedoras, pero quedan dudas no resueltas respecto a su sensibilidad, especificidad e interpretación.

¿Cómo ocurre la infección?

El virus del SIDA NO se propaga a través del aire, los alimentos o por el contacto social casual, como por ejemplo, estrecharse la mano o darse un abrazo. Se transmite solamente cuando la sangre o los líquidos corporales de una persona infectada se mezclan con los líquidos corporales de otra persona. Esta mezcla puede ocurrir durante actividades como: actividad sexual sin protección, compartir agujas para inyecciones intravenosas, nacer de una madre infectada del VIH y transfusiones de sangre.

Los siguientes grupos tienen el más alto riesgo de infección por VIH (HIV) y posible desarrollo de SIDA:

- Hombres homosexuales sexualmente activos.
- Hombres bisexuales y sus parejas.
- Usuarios de drogas intravenosas y sus parejas sexuales.
- Personas que comparten agujas.
- Heterosexuales con más de una pareja sexual.
- Personas que reciben transfusiones de sangre o productos derivados de la sangre, especialmente personas que reciben transfusiones de emergencia con sangre sin verificar y personas que reciben transfusiones en países donde la sangre no se verifica escrupulosamente.
- Inmigrantes de áreas con numerosos casos de SIDA (tales como Haití y el este de África central).
- Personas que tienen relaciones sexuales con cualquiera de los grupos mencionados anteriormente.
- Personas que tienen relaciones sexuales con alguien que tenga infección por VIH.
- Bebés nacidos de madres que estén infectadas por VIH.

¿Por qué las mujeres son más vulnerables?

Cada vez más mujeres contraen el VIH, y no solo debido a relaciones fortuitas y desprotegidas, sino también como resultado de vínculos estables: es decir, infectadas por sus propios esposos y novios. Esto obliga a extremar las medidas de protección y autocuidado para evitar la infección.

¿Por qué la mujer es más vulnerable biológicamente? Son varias las razones:

El semen contiene más VIH que los fluidos vaginales, y permanece más tiempo en la vagina y el tracto rectal que las secreciones vaginales en el pene.

Las adolescentes y las adultas en etapa post menopausica tienen la mucosa vaginal más permeable al VIH.

Los desgarros y sangramientos durante la relación sexual multiplican los riesgos de infección por VIH.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), que muchas veces transitan sin síntomas en la mujer, facilitan la transmisión del virus.

¿Qué las hace vulnerables culturalmente? Las mujeres han sido educadas para una sexualidad en función del goce masculino y, por tanto, muchas veces les da vergüenza exigir una relación sexual responsable pues temen que las consideren una mujer sin moral. No exige ni propone el condón.

1.2 VIH/SIDA. Aspectos Psicológicos

La notificación o sospecha de VIH resulta, por lo general, en conductas o respuestas emocionales desadaptadas por parte de la persona, las cuales incluyen negación, cólera o enojo, ansiedad y depresión. El reconocimiento de la importancia de estos disturbios emocionales provienen de los estudios sobre los suicidios en pacientes que fueron informados acerca de su condición de persona viviendo con VIH (PVVIH) o seropositiva.

La incertidumbre es uno de los problemas más comunes y difíciles que las pacientes infectadas con el VIH tienen que enfrentar durante el proceso de enfermedad.

La ansiedad es de las reacciones más comunes después de la información del estado de seropositividad. Al mismo tiempo, niveles elevados de ansiedad pueden contribuir a crear estados de desesperanza que originan una pérdida de control o el riesgo de adquirir conductas desadaptadas como el consumo excesivo de drogas o alcohol.

El estrés y las emociones han sido asociados con cambios sustanciales que afectan en numerosos aspectos de la inmunidad.

Existen algunas situaciones potencialmente estresantes que hacen que las personas seropositivas al VIH requieran intervención psicológica para contribuir al adecuado funcionamiento del sistema inmunológico como son:

- Programa de control.
- Prejuicios de los profesionales.
- Asistencia a centros de diagnostico y atención.
- Demora del proceso de análisis del laboratorio.
- Información publica acerca de las características biomédicas del SIDA.
- Activación de conflictos en la imagen de si mismos.
- Temores en relación con el entorno familiar.
- Relación de pareja estable.
- Sexualidad.
- Búsqueda de nueva pareja.
- Etapa de modificación con el estilo de vida sexual.
- Enfrentamiento al medio laboral y/o escolar.
- Posible rechazo en zona de residencia.
- Reajuste de metas y cambios de hábitos.
- Sistema de acción.

- Problemas asociados a los tratamientos médicos.
- Enfermedad y muerte de otros seropositivos.
- Aparición de síntomas.
- Fase más avanzada de la enfermedad.

Esta enfermedad, debido a que su trasmisión es principalmente por la vía de las relaciones sexuales, ha creado en la sociedad prejuicios y cuestionamientos de la moral y la conducta sexual en los portadores de esta, provocando aislamiento y la marginación de los mismos; por lo que en este aspecto el trabajo psicológico esta encaminado a la orientación de las personas que de un modo o de otro están relacionados con la enfermedad para lograr un mejoramiento de las condiciones de vida, su aceptación social, así como prepararlas para una sexualidad responsable, que implicaría asumir también una maternidad o paternidad responsable y la práctica de sexo seguro.

El manejo psicológico de este grupo de personas no es solo responsabilidad de profesionales, sino también de la comunidad y sus redes de apoyo. El apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés. Algunos investigadores sostienen que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos. La naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones.

Según Miguel A. Roca (1998), “El apoyo social son los recursos sociales accesibles y/o disponibles a un individuo en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales y que pueden influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Su característica distintiva es su carácter dinámico, interactivo y extensible a lo largo de la dimensión temporal”.

El apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios, o bien el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, favoreciendo el cambio de conductas de los individuos, lo cuál a su vez tiene consecuencias positivas para los individuos ayudándoles a redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibiendo los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social.

La certeza para un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos no definirían en esos términos. Esta no-definición evita que se genere la respuesta psico-fisiológica que a su vez repercute en la salud.

Para la mujer, el apoyo social puede operar de las más diversas maneras; tanto de forma objetiva como subjetiva. Objetiva porque la provisión de servicios, la ayuda económica, o acciones educativas directas sobre la salud de un individuo tienen su efecto en el proceso salud-enfermedad; y subjetiva porque la disponibilidad de ayuda, la pertenencia a los grupos etc. elevan los sentimientos de control del medio, fortalecen la autoestima y favorecen el bienestar psicológico de los individuos, todo lo cual se traduce en un mejor funcionamiento de los sistemas inmunológicos y endocrinos y por tanto protegen a los individuos de momentos morbosos, o sea de la enfermedad.

1.3 VIH, SIDA Y EL EMBARAZO

En el ámbito mundial, miles de mujeres están infectadas por el VIH; la mayoría de ellas se encuentran en edad reproductiva, por lo que lo coexistencia de infección por el VIH y embarazo no es evento raro.

La transmisión de VIH de madre a hijo puede ocurrir durante el embarazo, a través de la placenta; durante el parto, al ponerse en contacto feto con secreciones vaginales y la sangre de la madre; durante la lactancia, a través de la leche materna.

La posibilidad de transmisión de la infección de una madre infectada a su niño esta determinada por diferentes factores entre los cuales se destaca mencionar la etapa en que se encuentra la infección en la madre, otras infecciones agregadas, realización de procedimientos que contribuyan a la diseminación del virus y la presencia o ausencia de tratamiento antirretroviral en la madre.

En mujeres infectadas por el VIH, el embarazo es de particular importancia, por una parte, por la posibilidad de transmisión vertical de la infección al bebe que esta por nacer y, por la otra, por un potencial incremento del riesgo de adquirir alguna enfermedad o infección que ponga en riesgo la vida de estas mujeres. Debido al aumento en el número de ellas en edad reproductiva infectadas por el VIH, la coincidencia de esta infección y el embarazo se ha incrementado.

El objetivo del diagnóstico prenatal en la paciente seropositiva sería diagnosticar precozmente los fetos no infectados, y establecer un tratamiento preventivo para el feto, así como brindar los cuidados y atención adecuados a la embarazada seropositiva para evitar complicaciones posteriores. En principio, la serología de VIH debe realizarse a toda aquella gestante que pertenece al grupo de riesgo de infección por dicho virus.

Se describen como factores de riesgo de infección por VIH en gestantes, aquellas mujeres que han tenido antecedentes de un compañero sexual infectado o con riesgo de infección, mujeres que han tenido múltiples parejas sexuales en un determinado período de tiempo, pacientes provenientes de áreas geográficas endémicas, así como aquellas que refieran adicción a drogas, especialmente endovenosa.

Una vez diagnosticada la condición de Persona Viviendo con VIH, y confirmado el diagnostico de embarazo, la mujer puede optar por continuar el curso este o el interrupción de mismo.

La interrupción voluntaria del embarazo es una situación a contemplar dentro del contexto de la gestante seropositiva. La transmisión vertical del VIH puede producirse de forma muy precoz, habiéndose detectado el virus en el feto en la 15 semana de gestación.

Si la mujer seropositiva decide continuar con el curso del embarazo, debe ser referida al servicio especializado para que reciba atención integral que cubrirá las demandas de necesidades clínicas, obstétricas y psicológicas. Así mismo, debe continuar con sus controles prenatales según se plantea en el programa nacional materno infantil y continuar el estudio de la posible presencia de otras ITS, como la búsqueda de infecciones oportunistas. Y a partir de las 14 semanas de embarazo hasta el término, debe acceder al tratamiento con Zidovudina (ACT).

Con respecto a los sucesos a ocurrir en la embarazada a causa de la gestación, se han realizado múltiples estudios en el mundo, los que concluyen que no existe un riesgo mayor de desarrollar complicaciones médicas durante el curso del embarazo ni en el momento del parto, especialmente cuando la mujer está viviendo la etapa asintomática y tiene indicado el tratamiento profiláctico con antirretrovirales.

Los principales problemas obstétricos a los que se ven enfrentadas las mujeres gestantes son básicamente dos:

- El retardo del crecimiento del bebé dentro del útero.
- La prematuridad.

Está determinada la importancia de suministrar a la embarazada los medicamentos antirretrovirales con la finalidad de disminuir a la mínima

expresión el riesgo de que el bebé contraiga la infección por VIH durante el curso del embarazo o durante el proceso del parto.

1.3.1. Maternidad, VIH y SIDA

Es muy difícil la decisión de procrear hijos cuando uno o ambos miembros de la pareja son seropositivos, pues tenerlos implica una gran responsabilidad, ya que no solo se decide la concepción y el crecimiento de otro ser, sino también garantizarle todo lo necesario para su adecuado desarrollo biológico y psicosocial.

Cierto es que la decisión de tener hijos es de la pareja, pero es importante tener en cuenta que existen muchas posibilidades de que el bebé nazca infectado o quede huérfano desde temprana edad. También se pone en peligro de infección al miembro seronegativo de la pareja, o reinfección en le caso de que ambos sean seropositivos.

Por otra parte, hoy se conoce que existen medidas para disminuir al mínimo el riesgo de infección de la mujer al hijo.

- Incluir el AZT a partir del tercer mes del embarazo.
- Realizar cesárea al momento del nacimiento.
- No lactar al recién nacido, alimentarlo con leche maternizada.

Para tomar la decisión de ser madre, debemos tener en cuenta los aspectos anteriores, la situación de salud de la pareja y las consultas con los especialistas.

No obstante, si aún con los altos riesgos que eso implica, la pareja decide concebir un hijo y este contrae la enfermedad, debe adoptarse las medidas especiales siguientes:

- Es importante llevarlo a su control médico durante los dos primeros años. de vida.

- Se le pueden poner todas las vacunas como cualquier niño, excepto la llamada BCG, si tiene molestias o síntomas de estar infectado.
- Registrar atentamente cualquier cambio en su desarrollo físico y psicológico para informar de inmediato a los médicos.
- Tener en cuenta que el menor entiende que sus padres y familiares respondan sus preguntas acerca del VIH/SIDA, siempre de acuerdo con su edad y nivel de comprensión.

En Cuba, los niños nacidos de madre seropositivo llevan un estudio de seguimiento que comienza con al aplicación de AZT en las primeras horas de vida, durante seis semanas en unas dosis de 2mg- Kg. cada seis horas oral que se continua hasta los 18 meses de edad y que posteriormente tienen evaluaciones periódicas de acuerdo con al evolución y el criterio del facultativo. Si los resultados de los análisis de VIH resultan negativos, se les indica el alta.

1.4 Personalidad. Algunos Estados Psíquicos.

La personalidad es la máxima configuración de los contenidos psicológicos y su función, que determinan como la persona se expresan en el medio social, incluye el carácter regulador y autorregulador del comportamiento. La misma está compuesta por diferentes subsistemas como son: Imagen del mundo, auto estima, sentido personal, motivación, cualidades volitivas, toma de decisiones, que se hallan en un nivel superior de integración del subsistema.

La personalidad es una unidad indivisible y es siempre única e individual, no hay, ni habrá nunca dos personalidades exactamente iguales: la combinación de los subsistemas que la componen y que constituyen la estructura dinámica de ella es complejísima e irrepetible; única en cada sujeto concreto, ello se debe a que las condiciones internas de cada sujeto siempre van a ser tan diversas como las externas.

Para referirnos al desarrollo de la personalidad no podemos olvidarnos del rol de la actividad como proceso en interacción consciente del hombre con la realidad

originado y dirigido por la necesidad y su satisfacción; durante este proceso se produce la autorregulación de las propias acciones. El carácter conciente y autorregulado de la actividad le permite al hombre tener su conducta, aún cuando esta no implique la satisfacción inmediata de la necesidad, esto es posible porque la actividad no es solamente conducta en el plano externo, si no también en el interno, le corresponde la preparación del modelo que se debe ejecutar en el plano externo pero entre ambos se establece una interrelación dialéctica, pues constantemente las acciones y los movimientos prácticos se confrontan con el modelo planificado, lo que le permite ir haciéndole las correcciones necesarias a estas acciones, establecer variaciones en el modelo original.

El marco histórico cultural establece la idea paradigmática de que la psiquis se va estructurando como sistema a lo largo de todo el desarrollo individual del sujeto y la forma superior de la estructuración de la psiquis lo constituye la personalidad (Vigotski L. S, 1979). De esta forma, la personalidad es reconocida como el sistema superior de autorregulación del sujeto por cuanto sólo en el marco personológico es que puede ser explicada y comprendida la conducta compleja del ser humano.

Ahora este sistema no puede ser entendido como algo rígido y acabado, por cuanto ella (la personalidad) es una unidad dinámica abierta a las influencias externa del medio y a los propios procesos internos que ocurren en el individuo.

El subsistema imagen del mundo permite que ese conocer de la realidad objetiva pase a formar parte de nuestra personalidad, aunque con nuestras percepciones y la capacidad de nuestro pensamiento de desentrañar esencias descubrimos muchas cosas, la mayor parte de nuestros conocimientos aprendidos a partir de los conocimientos ya logrados por la cultura en que estamos inmersos. El proceso de socialización desde las etapas más tempranas en el seno de la familia y más tarde en la escuela y demás instituciones sociales, al grupo a que pertenecemos, etc. permiten que la imagen del mundo no difiera

mucho del resto del grupo. Esta imagen del mundo se compone de ideas, opiniones, criterios, convicciones, creencias e ideología que posee cada sujeto en particular, por lo que es importante comprender que buena parte de las cosas de que estamos seguros, que son así y que deben hacerse de esa manera son producto de opiniones, criterios y creencias del grupo en que fuimos socializados de pequeños.

Luego queda claro que las ideas, opiniones y criterios sobre aspectos de salud influirán inevitablemente en nuestra conducta de salud, y que también se ha evidenciado que esas opiniones, criterios, en cada uno de nuestros pacientes no dependen en la mayoría de los casos del aprendizaje científico, sino de los criterios, opiniones de grupos sociales de muy diverso nivel cultural en relación con la salud; y que en cada uno de esos grupos, la imagen del mundo sobre algunos de estos aspectos están muy próximos al criterio científico, mientras que en otros casos difieren notablemente de los conocimientos que reflejan la realidad, lo que nos conduce de manera obvia a conductas impropias.

Es evidente que nuestra manera de ver las cosas, nuestra imagen del mundo influye en nuestra conducta hacia las acciones de salud. No sólo existen criterios sobre la importancia de la salud en general, sino también sobre la importancia de cada sistema y órgano del cuerpo en la salud.

Resulta evidente que el sujeto tendrá opiniones y criterios (una imagen del mundo) de que cosa debe priorizar en su atención de salud. Esta jerarquía de criterio personal, que desde luego está influida por la jerarquía de criterios de los grupos en que se ha socializado, es la que nos permite conocer más fielmente como influye este subsistema en la conducta de salud.

Es por ello que alertamos una vez más que aunque informar bien es necesario, no siempre es suficiente; y que para lograr cambios de conductas influidas por este subsistema, se hace indispensable lograr modificaciones en el orden jerárquico de sus criterios. Mientras no se consiga que lo que se propone que

haga o deje de hacer se convierta dentro de la jerarquía de criterios del paciente en algo más importante que los obstáculos que le impiden hacerlo o dejar de hacerlo, difícilmente se logre el cambio de conducta de salud deseado, lo que implica que se debe trabajar no sólo en el plano cognoscitivo, sino también en el afectivo motivacional para lograr los cambios deseados.

La imagen que se tiene sobre si mismo, tanto la ideal (como quisiera ser) como la que supone real (como cree que es) influirá en la toma de decisiones y en la conducta.

Las opiniones y criterios sobre lo que perjudica la autoimagen, la autoestima son aprendidos del grupo a partir del proceso de socialización. Si este proceso de aprendizaje ha sido bien logrado el sujeto no solo hará o dejará de ser algo para evitar lo que cree que provocaría rechazo de su grupo, sino que sentirá rechazo por si mismo en el caso de hacer o dejar de hacer dichas cosas.

El subsistema sentido personal forma parte de la personalidad donde el proceso afectivo (emociones, sentimientos y estados de ánimo) permite saber que sentido tiene para el sujeto cada una de las cosas que conoce. Las percepciones e ideas con las que se conoce el mundo objetivo van siempre acompañadas de respuestas afectivas que dan el sentido personal; es decir el sentido que tiene para el sujeto lo que percibe y piensa: el significado afectivo que tiene para las cosas.

No es difícil a partir de lo anterior, comprender la importancia de este subsistema en la regulación de la conducta. Al existir afectos positivos que producen una sensación de bienestar y afectos negativos que producen sensaciones desagradables, es lógico que la conducta de los seres humanos intente no producir acciones que saben que lo harán sentir mal, y por tanto, deberá repetir cada vez que le sea posible acciones que le produzcan bienestar.

La función "Autorreguladora de la autovaloración" se ha analizado en psicología, principalmente, a partir del estudio de la adecuación o inadecuación, sin embargo

la adecuación de la autovaloración es inseparable de su contenido y el contenido, al igual que la adecuación juega un papel esencial en la autorregulación.

La autovaloración es un sistema regulador, constante de la actividad del sujeto, mediante la cual no se analiza solamente la correspondencia entre las conductas expresadas y las cualidades integrantes de la autovaloración, si no que se relacionan las cualidades y elementos que la integran tanto en la vida futura como en las exigencias del medio hacia el sujeto. Esta sería la función valorativa de la autovaloración que le permite al mismo tiempo comparar las cualidades que posee tanto de su realización con la conducta como con las exigencias con su vida y sus aspiraciones futuras.

Un aspecto definitorio en la formación reguladora lo ocupan los motivos, los que poseen determinados potencial regulador sobre el comportamiento y las formas de su expresión, por la posición que ocupa en la jerarquía motivacional.

La personalidad, decimos que se altera bajo la influencia de la enfermedad no cabe duda que la actitud ante la misma condiciona y es a la vez condicionada por la autovaloración y jerarquía de motivos etc., del individuo, pero no solo en este sentido, la enfermedad acentúa los estados psicológicos como la ansiedad, depresión y la frustración sino que en ella se encuentra: autocontrol, autocorrección, capacidad autocrítica, autoperfeccionamiento, donde se reflejan las experiencias adquiridas y estas se relacionan con el carácter, temperamento, capacidades, con el intelecto, etc.

Algunos autores conciben la autovaloración como un nivel de desarrollo de la autoconciencia; pero, estudios realizados sobre el desarrollo de esta última, han demostrado que, desde las primeras etapas de formación de la autoconciencia, los contenidos que pasan a formar parte de ella tienen matices valorativos, es decir, la función autovalorativa se forma paralelamente a la autoconciencia. Esto ayuda a esclarecer conceptualmente las relaciones entre la autoconciencia y la autovaloración.

Actualmente se reconocen tres funciones de la autovaloración para el desarrollo de la personalidad:

- Función valorativa: El sujeto compara las cualidades que el cree poseer tanto con su realización en la conducta como con las exigencias de su vida y aspiraciones futuras.
- Función autorreguladora: Mediante la autovaloración el sujeto participa activamente en el proceso de autorregulación consciente, puesto que sus contenidos intervienen en la elaboración de los objetivos y planes futuros de la personalidad.
- Función autoeducativa: El sujeto a través de un complejo proceso de reflexión valora sus acciones y vivencias en forma de éxito o fracaso de sus diferentes comportamientos y se orientará hacia nuevos objetivos conscientemente establecidos.

El Dr. Fernando González Rey. (1989), quien se ha dedicado al desarrollo de la psicología sobre la personalidad, y dentro de ella, ha investigado la autovaloración, al abordar la adecuación de la autovaloración plantea que, la autovaloración adecuada debe incluir:

- Flexibilidad, es decir la posibilidad de asimilar elementos autovalorativos que resulten disonantes con la tendencia general de la personalidad, así como, de aceptar resultados que no se correspondan con las expectativas personales.
- Integridad, se refiere a la tendencia de la autovaloración a mantenerse estable, a pesar de los contenidos disonantes y que los resultados de la actividad no se correspondan con las expectativas del sujeto.
- Riqueza de contenido, lo que le permite al sujeto orientarse de manera consciente y con adecuada previsión en todas las esferas de la actividad.

De todo lo anterior se infiere la importancia de la adecuación para el desarrollo y funcionamiento armonioso de la personalidad, sobre todo por el papel esencial

que juegan los contenidos autovalorativos en la autorregulación consciente de la actividad.

El nivel de aspiración plantea los nuevos logros a alcanzar, ya sea mediata o inmediatamente, por el hombre. Es el pronóstico de sus posibles éxitos y fracasos.

Existe una estrecha interrelación entre autovaloración y el nivel de aspiración del individuo, puesto que las aspiraciones, como se ha planteado, se basan en la valoración que el sujeto hace de sus posibilidades para lograr un determinado objetivo, y al mismo tiempo, la eficacia al establecer las aspiraciones, el hecho de que el individuo obtenga o no los logros a que aspiraba, condiciona que la autovaloración se mantenga estable o se modifique.

El nivel de aspiración no solo está condicionado por la autovaloración, sino también por la motivación del sujeto, pues no basta con que el individuo se valore con las posibilidades necesarias para lograr un objetivo, sino que es necesario que el individuo se sienta motivado para el logro de este objetivo (nadie se propone obtener algo que no le interese).

La autovaloración supone la presencia de reflexiones, valoraciones, vivencias sobre sí mismo, sobre los contenidos esenciales de la propia personalidad a través de los cuales se expresan las tendencias motivacionales más importantes en las cuales nos implicamos afectivamente. Se trata de un proceso vivo, dinámico, organizado de reflexiones desde un compromiso altamente emocional en torno a un conjunto de marcos estables de referencia.

La fuerza de los motivos que están en su base y la mediatización reflexiva de los mismos generan el nivel de elaboración presente en la autovaloración de gran significación en su eficacia reguladora. Es por ello que la misma funciona a través de mecanismos de razonamiento y elaboración cognoscitiva con fuerte carga emocional.

Luego, uno de los factores que intervienen en la regulación de la conducta humana es la motivación, esta surge de las necesidades e impulsa al hombre a realizar actividades para satisfacerlas que, las cuales muchas veces crean tensiones psicológicas. Estas necesidades se convierten en motivos para la conducta, y llamamos motivación a la carga afectiva que nos producen estos motivos.

Existe una estrecha relación entre auto valoración y autoestima, la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad, además es aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o reconstruye por dentro. Esto depende, también, del ambiente familiar, social y educativo en el que estemos y los estímulos que este nos brinda.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una baja enfoca autoestima irá a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Cuando una persona no logra ser auténtica se le originan los mayores sufrimientos, tales como, enfermedades psicológicas, la depresión, las neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como por ejemplo, timidez, vergüenza, temores, trastornos psicosomáticos.

Una de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse y hasta enfermar, es por la comparación con los demás, destacando de éstos las

virtudes en las que son superiores, por ejemplo: sienten que no llegan a los rendimientos que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de otorgárselo; sus seres significativos los descalifican y la existencia se reduce a la de un ser casi sin ser. No llegan a comprender que todas las personas son diferentes, únicas e irrepetibles, por lo que se consideran menos que los demás.

La voluntad es una de los subsistemas de la personalidad muy relacionado con la motivación, así como el resto de los subsistemas, por lo que sin dudas no es solo una resultante de los otros subsistemas sino que en el hay elementos que participan el la regulación de la conducta, entre los componentes de la voluntad encontramos la independencia, firmeza, perseverancia y autodominio. La independencia es la capacidad de tomar decisiones por si mismo, la firmeza se manifiesta cuando se adoptan sin vacilaciones las decisiones y se llevan a cabo, se considera como un rasgo positivo siempre que las decisiones están bien fundamentadas y se realizan en el momento oportuno. La perseverancia esta dada por la constancia con que se lleva a cabo el plan de acciones trazados por el sujeto a partir de las toma de decisiones, a pesar de los obstáculos externos e internos que puede presentarse en el logro de sus objetivos. En tanto el autodominio describe la capacidad del sujeto para dominar su propia conducta, vencer los obstáculos internos, lo que resulta imprescindible para enfrentar con éxito los obstáculos externas. Se expresa en el control en los estados afectivo que pueden obstaculizar nuestra toma de decisiones y nuestra conducta.

La toma de decisiones es una forma de actividad voluntaria que presupone la previa conciencia del fin, donde el hombre responde a una jerarquía de motivos de entre los que tiene una mayor significación para él, por corresponderse con sus intereses y aspiraciones fundamentales, con ellos no se niega las posibilidades que tiene los hombre para tomar decisiones que respondan a un estado de animo pasajero o a motivos de menor significación jerárquica, con conciencia de su responsabilidad cuando estas decisiones afecta el cumplimiento de fines mayores que se ha trazado el. La actividad volitiva del

hombre presupone la capacidad de ejercer control sobre sí mismo y de reprimir impulsos y deseo que no responden en un momento dado a sus intereses fundamentales.

El sentido personal del deber implica que los valores sociales se hayan interiorizado y sean transformados en convicciones (imagen del mundo de la personalidad). Así mismo determina hacia donde se inclina los motivos. El éxito alcanzado provoca un sentimiento positivo en el hombre (sentido personal).

El término “ansiedad’ significa un estado de inquietud o zozobra de animo, donde el sujeto vivencia la sensación de un desagradable malestar y opresión indefinida, aso como un presentimiento de un peligro próximo vago o determinado, lo cual provoca inseguridad y se percibe como “amenaza”.

Sus formas básicas de expresión son:

- Ansiedad Personal como Estado o Peculiar.

Se pone de manifiesto como una característica estable y al mismo tiempo dinámica, que da una idea de predisposición a la percepción de un amplio circulo de situaciones como amenazantes y a la reacción ante ellas como un estado de ansiedad que se activa en un momento determinado, de diferente nivel de expresión. Se revela ante todo como disposición, como “ustanovka”, como una propiedad individual de la personalidad, dependiendo no tanto de las características de las situaciones desfavorables estresantes, como de la esfera motivacional de la persona. (Grau, J. 1982)

Este tipo de ansiedad es percibida por el sujeto como cierta “inquietud” y prácticamente están ausentes las expresiones de miedo excesivo y de desconfianza. Con frecuencia se observan verborrea, inquietud motora en forma de movimientos rítmicos de pies y de manos, gesticulación aumentada, constante onicofagia, y algunos padecimientos psicosomáticos crónicos. Los sujetos se consideran como personas ansiosas pero no enfermas.

- Ansiedad Situacional

Se considera como un estado de intensa tensión emocional, que en la medida de su “maduración” se convierte en una tensión estable y se acompaña de vivencia desagradables, que se percibe como desorganizador de la actividad. Este estado surge por lo regular ante nuevas situaciones que tienen un enorme significado vital para el individuo.

Puede manifestarse Inicialmente con gran intensidad, poco factible de curar con la aplicación de psicoterapia de apoyo y procedimientos sedativos; y debe desaparecer cuando el agente causal deja de ejercer su acción, o si cambia subjetivamente la valoración de la situación por el individuo. Si esto ocurre, la persona recobra autoconfianza y se torna mas tranquila, este le concede a dicho estado duración efímera y bajo nivel de estabilidad, los trastornos ocasionales se superan a la desorganización temporal de la actividad, no conduce a una alteración de la autorregulación de la misma, el funcionamiento normal de los sistemas fisiológicos del organismo esta garantizado.

Sus manifestaciones neurovegativas son más intensas que la de los estados de ansiedad personal, pero no alcanzan el polimorfismo propio de los estados de ansiedad patológicos, su dinámica se caracteriza por una aparición brusca, aguda directamente relacionada con la situación estresante nueva. Sus contribuyentes psicológicos predominante son el disconfort, la inquietud interna, la irritabilidad, la desconfianza hacia los demás y la inseguridad en si mismo.

- Ansiedad Patológica

Grau, J. y Potero, D. (1978), observaron que la ansiedad patológica se diferencia cualitativamente de la ansiedad situacional en lo que a manifestaciones somáticas se refiere, ya que la patología aparece como un síndrome estructurado, relativamente estable caracterizado por la riqueza en el polimorfismo de sus componentes psicofisiologicos: taquicardia, disnea, mareos, nausea, hipermotilidad intestinal, vómitos, dolores en diferentes partes

del cuerpo, a veces sin etiología orgánica, trastornos en el sistema cardiovascular, especialmente cambios en la tensión arterial, salto epigástrico y disfunciones sexuales.

Ella ha sido conceptualizada como un estado afectivo desagradable, negativamente matizado, más o menos estable, de compleja estructura, en el que las vivencias de un miedo determinado y la expectación de un peligro amenazante, entran como componentes psíquico-correctores. Además, este autor la considera como una alteración peculiar de la actividad del hombre estrechamente vinculados a determinados trastornos de los proceso psíquicos, del autocontrol, de las distorsiones de la autovaloración, y de la inefectividad de los mecanismos de autorregulación de la personalidad.

La depresión puede variar entre la “tristeza” común que experimentan ocasionalmente todas las personas y que no requiere tratamiento y un trastorno depresivo importante, que es una enfermedad grave y a menudo mortal.

Podemos nombrar dentro de este estados el trastorno de adaptación con humor (estado de ánimo) deprimido, donde el agente psicosocial identificable es el producto del estrés, los síntomas desaparecen cuando desaparece el agente estresor.

La distimia es un trastorno crónico del humor, que dura un mínimo de dos años, hay una marcada pérdida por interés o placer por las actividades normales. La depresión mayor es el mas grave de los trastorno, ya que obstaculiza la realización de las actividades diarias. El trastorno bipolar antes llamado depresión maniaca puede manifestarse como depresión grave, el sujeto presenta cambios del humor frecuentes (euforia, irritabilidad) hasta la depresión.

La depresión es un problema generalizado. Se estima que el 20-26% de las mujeres y el 12% de los varones sufrían algún tipo de depresión en su vida. La depresión ocurre a menudo de manera concomitante con otros problemas médicos, lo que hace su identificación más difícil.

Tradicionalmente se ha empleado de manera genérica el término depresión para referirse a un aspecto alteraciones del hombre relacionadas con sentimientos de tristeza, aflicción, infelicidad.

Este estado psíquico varía entre síntomas depresivos y sentimientos de aflicción transitorios hasta un trastorno mental de categoría específica, se acompaña de cambios variables de humor, conducta, pensamientos, relaciones sociales, y funciones corporales. Como entidad clínica, la depresión es un trastorno mental que se produce en una persona y que se acompaña de sufrimiento.

Entre los síntomas más comunes descritos en este estado tenemos: sentimientos de tristeza, pérdida del placer por las actividades, irritabilidad, cambios de conducta, propensos al llanto, aislamiento social, pensamiento preocupación por la muerte, disminución de la atención, sentimientos de desesperación en relación al futuro, cambios de apitito, quejas somáticas, trastornos en el sueños, etc.

La frustración psicológica que caracteriza un estado de la personalidad, según Levitov, es un estado psíquico del hombre que se manifiesta en rasgos de carácter, de las emociones y la conducta y que se provoca por dificultades objetivamente insuperables, que surgen en el camino hacia el alcance de objetivos, a la solución de problemas a tareas. Según este autor hay dificultades totalmente superables y otros que se perciben subjetivamente como insuperables.

La frustración se caracteriza además de su contenido psicológico u orientación, por su duración, por ejemplo: estados de ánimo prolongados pueden dejar una sensible huella en la personalidad del individuo, todo obstáculo que interrumpa el logro de un objetivo es considerado frustrante y que solo se produce la frustración cuando el motivo que la impulse tiene alta significación para el individuo y hay una implicación afectiva y cuando la situación por su fuerza motivacional tiende a convertirse en un componente estable de la personalidad.

Al fenómeno psicológico que se produce cuando el sujeto no puede decidir entre dos o más motivaciones, o entre las acciones que serían necesarias para satisfacer una necesidad se llama conflicto.

La esencia del conflicto está dada por que al satisfacer una necesidad, dejaría de satisfacer otra u otras que tienen una jerarquía similar en la escala de motivos.

Según la clasificación de K.Lewin, puede producir un conflicto entre dos objetos deseables o positivos igualmente motivantes, pero que el hecho de escoger uno, implica renunciar el otro. También hablo de dos estímulos desagradables o negativos, en los casos en que evitar uno significa enfrentar el otro. Al primer caso lo llamo conflicto de aproximación- aproximación y al segundo, conflicto de evitación- evitación.

La tercera forma de conflictos serían los de aproximación- evitación, que puede presentar dos variantes distintas: el conflicto de aproximación-evitación simple, en el que el objetivo en si tiene cosas positivas y negativas al mismo tiempo, lo que desencadena en la persona un estado afectivo dual o ambivalente y el conflicto de aproximación doble o múltiple, que se produce al tener que escoger entre dos o mas objetivos y cada uno de ellos tiene elementos positivos o negativos.

El conflicto, como fenómeno psicológico, siempre va cargado de afectos negativos como son la ansiedad y la inseguridad, pero debemos estar alerta ya que podemos encontrarnos con conflictos de muy poco transcendencia y con conflictos de tal magnitud que provocan angustia insoportable y se prolonguen durante largos períodos, por lo que llegan a producir danos psicológicos importantes en los sujetos.

Todo lo anteriormente expuesto nos presenta la siguiente interrogante científica:

¿Cuáles son las características psicológicas que se ponen de manifiesto en la mujer que enfrenta la Maternidad viviendo con VIH/SIDA?

CAPITULO II

CAPITULO II. Metodología de la Investigación.

2.1 Selección de la muestra

Se realiza un estudio de caso múltiple con el uso de la metodología cualitativa, de la totalidad de las mujeres que han enfrentado la maternidad portando el virus de VIH que han tenido su parto en el Hospital Universitario Gineco-Obstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara en los año 2005 y el primer semestre de 2006, que aparecen registradas en el Departamento de Estadística de la Institución y que residen en el Municipio de Santa Clara. La muestra quedo conformada por un total de cinco pacientes.

Criterios de Inclusión

- Todas las mujeres portadores de VIH que han parido en el período comprendido del año 2005 y primer semestre de 2006, que aceptan participar en la investigación.
- Mujeres que residen en el municipio de Santa Clara.
- Mujeres que tienen más de noveno grado y no presentan incapacidad mental o física en el momento de la investigación.

Criterios de Exclusión

- Las mujeres que no deseen participar en la investigación respetando el derecho a la autonomía.
- Las mujeres que una vez iniciado la investigación no desean continuar.

Criterios Éticos y Bioéticos

- Se les informará oportunamente los objetivos de la investigación para obtener su consentimiento.
- Se le respetará la decisión de las pacientes.

- No se le enjuiciarara, ni criticará ninguna de sus posiciones o conductas en el transcurso de la investigación.
- Se les respetará su voluntad de escoger horarios y momentos más adecuados que no interfieran otra actividad.
- Se les garantizará la confidenciabilidad de la información.
- Se les garantizará que los resultados de la investigación serán utilizados única y exclusivamente con fines científicos.

2.2 La Metodología Cualitativa como paradigma de investigación

La epistemología cualitativa ubica en el centro de los estudios al sujeto y el investigador ocupa un rol de potenciador y facilitador.

La epistemología cualitativa es un método de estudio que permite abordar la personalidad en sus variadas dimensiones y relaciones, permitiendo penetrar, interpretar el mundo subjetivo de la persona. Se puede trabajar con ella partiendo del enfoque fenomenológico, aceptando que la realidad existe pero cada uno de nosotros la interpreta de manera muy peculiar. La postura del investigador es abierta con una visón dinámica de la realidad, aquí esta la veracidad de la investigación cualitativa, la realidad es cambiante y con ella nuestra percepción y comprensión.

Es un diseño emergente, en el cual no se predetermina el curso de la investigación sino que esta se modifica o cada instante con nuevas reflexiones del investigador, con el cambio de la propia realidad circundante. Se apoya en instrumentos cualitativos, es decir, que no tratan de cuantificar la subjetividad humana, pero no por esto es incognoscible.

Se distinguen, según Álvarez I. M. (1996), por orientarse a describir e interpretar los fenómenos, por ir al abordaje del mundo subjetivo de las personas, a la búsqueda de las personas, a la búsqueda de significados. Esta metodología se caracteriza por:

- Presentar un estudio holístico: estudia globalmente la realidad, sin fragmentarla.
- Realiza análisis inductivos: Las categorías, explicaciones e interpretaciones, se elaboran partiendo de los datos y no de las teorías previas.
- Presenta un estudio ideográfico: Se centra en las particularidades de los sujetos más que en el logro de las leyes generales.

Es un proceso activo y sistemático. Sus fases no se dan de forma lineal, es decir, resulta muy difícil dividirlo en etapas. Tiene características que lo convierten en un método dialéctico. El problema sale de la realidad abordada globalmente de forma natural y holístico. Los objetivos proponen investigar la realidad de las acciones humanas, la teoría es construida y la metodología es flexible y abierta, prácticamente emergente.

Para el desarrollo del presente trabajo científico, se determinó utilizar un diseño cualitativo de investigación. Dentro de ello, se hará uso del estudio de caso como método cualitativo fundamental según los objetivos propuestos para la investigación. A continuación se explica algunos aspectos importantes relacionados con este diseño de investigación.

Lo que caracteriza el estudio de caso es el descubrimiento de nuevas realidades y conceptos, más que la unificación o comprobación de hipótesis previamente establecidas. El estudio de caso facilita la comprensión del fenómeno que se está estudiando. Puede dar lugar al descubrimiento de nuevos significados, ampliar la experiencia o confirmar lo que sabe.

Guba (1981), considera que a través del estudio de caso se pueden conseguir algunos de los siguientes objetivos:

a) Hacer una crónica, o sea, llevar a cabo un registro de los hechos más o menos como han sucedido.
b) Representar o describir situaciones o hechos.

c) Enseñar, es decir, proporcionar conocimiento o instrucciones acerca del fenómeno estudiado.
d) Comprobar o constatar los efectos, relaciones y contextos presentes en una situación y/o grupo de individuos analizado.

Bartolomé (1992), por su parte considera que el estudio de caso se plantea con la finalidad de llegar a generar hipótesis, a partir de establecimientos sólidos, de relaciones descubiertas, intentándose alcanzar niveles de supuestas relaciones causales que aparecen en un contexto naturalístico concreto y dentro de un proceso dado. Para Meriam (1998), el estudio de caso se plantea con la intención de describir, interpretar o evaluar y Stake (1996), opina que el investigador puede alcanzar una mayor claridad sobre un tema o aspecto teórico concreto o indagar un fenómeno, población o condición general. En definitiva, en un intento de síntesis de esas diversas posiciones podemos ver como los objetivos que orientan los estudios de caso, no son otros que guían a la investigación en general: explorar, describir, explicar, evaluar, y/o transformar.

Estudiosos del tema trataron de definir el estudio de caso, entre ellos encontramos a:

Denny (1978), que lo definió como “una escena completa e intensa de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tiene lugar en el marco geográfico a lo largo del tiempo”.

Mac Donald y Walter (1977), habla de un estudio de caso como un examen de caso en acción.

Palton (1980), la considera como una forma particular recoger, organizar datos, todas estas definiciones vienen a coincidir en que el estudio de caso implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de investigación (García y Timenez; 1991).

Stalle (1994), como forma de investigación, el estudio de caso se define por el interés en el/los casos individuales.

Stenhocese (1990), lo define como un “método que implica la recogida y registro de datos sobre un caso o casos y la preparación de un informe o una presentación del caso”.

Un caso puede ser una persona, una organización, un programa de enseñanza, una colección, un acontecimiento particular o un simple depósito de documentos. La única exigencia es que posea algún límite físico o social que trabaja como si fuera entidad. Ej.: alumno, profesor, una clase, un claustro, un centro en proyecto curricular pueden construir casos potenciales objeto de estudio.

Luego de exponer las distintas concepciones, conceptos y clasificaciones de los estudios de caso planteadas por varios autores, se considera oportuno hacer referencia a la visióna de Merrian acerca de las principales características que definen este tipo de estudio.

Merrian (1998), llega a presentar como características esenciales de los estudios de caso de los siguientes:

- Particularidad
- Descriptivo
- Heurístico
- Inductivo

Su carácter particular viene determinado porque el estudio de caso se centra en una situación suceso, programa, o fenómeno concreto. Esta especificidad le hace ser un método muy útil para el análisis de problemas prácticos, situaciones o acontecimientos que surgen en la cotidianidad como producto final de un estudio de caso, nos encontramos con una rica descripción del objeto de estudio

en la que se utilizan las técnicas narrativos y literarias para describir, producir imágenes y analizar las situaciones: el registro del caso (Shenhouse, 1990).

Estos autores coinciden con Wolcott (1992), en considerar el estudio de caso como una estrategia de diseño de la investigación.

Desde esta consideración el estudio de caso, como especificidad, puede ser utilizado desde cualquier campo disciplinario, como demuestra Yin (1993) al presentarnos sus posibles aspiraciones, y puede utilizarse para dar repuesta a cualquiera de las interrogantes que orienta la indagación.

Tipología de los Estudios de Caso

Tomando como base la multiplicidad de matices que se consideran al presentar los estudios de caso, no es de extrañar que también se de una proliferación de clasificaciones de los mismos. En el siguiente cuadro podemos observar la realizada por Guba y Lincoln (1981), a partir de la consideración de los propósitos con que se realiza y los niveles del estudio de caso. Según el propósito que se persiga con la investigación, así se desarrolla el estudio de caso y se obtienen ciertos resultados. A un nivel interpretativo el investigador, a partir del propósito elegido, realiza determinadas acciones de las que se desprenden ciertos resultados. Finalmente, a nivel evaluativo, las acciones del investigador se traducen en los productos correspondientes.

Tipos de estudio de caso (Guba y Lincoln, 1981:374)

Propósito del estudio de caso	***Factual***		***Interpretativo***		***Evaluativo***	
	Acción	Producto	Acción	Producto	Acción	Produ
Hacer una crónica	Registrar	Registro	Construir	Historia	Deliberar	Evide
Representar	Construir	Perfil	Sintetizar	Significados	Representación	Retra
Enseñar	Presentar	Cogniciones	Clasificar	Comprensiones	Contraste	Discrimina
Comprobar	Examinar	Hechos	Relatar	Teoría	Pesar	Juici

Otra clasificación es la que presentan Bogdan y Biklen (1982), distinguiendo básicamente entre el estudio de caso único y el estudio de casos múltiples, y en cada uno de ellos distintos tipos.

Por último, entre los distintas clasificaciones al uso podemos destacar la presentada por Stake (1994), quien diferencia entre estudio de caso intrínseco, instrumental y colectivo. En el estudio de caso intrínseco lo que se pretende es alcanzar una mejor comprensión del caso concreto. No se trata de elegir un caso determinado para que sea representativo de otros casos para que ilustre un problema o rasgo, sino para que el caso en si.

Tipos de Estudio de caso (Elaborados a partir de Bogdan y Biklen, 1982)

Tipo	***Modalidades***	***Descripción***

Estudio de caso Único	Histórico-organizativo	Se ocupa de la evaluación de una institución
	Observacional	Se apoyan en la observación participante como principal técnica de recogida de datos.
	Biografía	Buscan a través de extensas entrevistas con una persona, una narración en primera persona.
	Comunitario	Se centran en el estudio de un bario o comunidad de vecinos.
	Situacional	Estudian un acontecimiento desde la perspectiva de los que han participado en el mismo
	Microetnografia	Se ocupan de pequeñas unidades o actividades específicas dentro de una organización.
Estudio de casos Múltiples	Inducción analítica	Persigue el desarrollo y contrastación de ciertas explicaciones en un marco representativo de un contexto mas general
	Comparación Constante	Pretende generar teoría constatando las hipótesis extraídas en un contexto dentro de contextos diversos

En su ya clásica obra de 1984, Yin nos presentó una matriz donde consideraba cuatro tipos básicos de estudio de caso, y que podemos observar en el siguiente cuadro.

Tipos básicos de diseño de estudios de caso (Yin, 1984)

	Diseños de caso único	***Diseños de casos***

		múltiples
Global (unidad simple de análisis)	Tipo 1	Tipo 3
Inclusivo (unidades múltiples de análisis)	Tipo 2	Tipo 4

Con posterioridad, Yin (1993) toma como nuevo criterio de clasificación estudio de caso el objetivo del mismo, considerando así seis tipos básicos que surgen de cruzar el criterio del número de unidades del análisis con el criterio del objetivo del estudio.

Desde nuestra perspectiva, vamos a considerar de forma conjunta tres criterios fundamentales para establecer una tipología de los diseños de caso: la cantidad de casos objeto de estudio, la unidad de análisis y los objetivos de la investigación. Tomando como base estos criterios podemos considerar un total de 20 tipos de estudios de caso.

Tipos de estudio de caso atendiendo a los criterios de número de casos, unidades de análisis y objetivos del estudio.

		Explorativo	***Descriptivo***	***Explicativo***	***Transformador***	***Evaluativo***
Caso Único	Global	Tipo 1	Tipo 5	Tipo 9	Tipo 13	Tipo 17
	Inclusivo	Tipo 2	Tipo 6	Tipo 10	Tipo 14	Tipo 18
Casos Múltiples	Global	Tipo 3	Tipo 7	Tipo 11	Tipo 15	Tipo 19
	Inclusivo	Tipo 4	Tipo 8	Tipo 12	Tipo 16	Tipo 20

Diseño de Casos Múltiples

En el diseño de casos múltiples se utilizan varios casos únicos a la vez para estudiar la realidad que se desea explorar, describir, explicar, explorar, evaluar o modificar. Un claro ejemplo de ello lo constituye el estudio de las innovaciones educativas que se producen en distintos contextos. Es fundamental tener en

cuenta que la selección de los casos que constituye el estudio debe realizarse sobre la base de la información potencial que la rareza, importancia o revelación que cada caso concreto pueda aportar al estudio en su totalidad.

Frente al diseño de caso único, se argumenta que las evidencias presentadas a través de un diseño de casos múltiples son más convincentes, y el estudio realizado desde esta perspectiva es considerado mas robusto (Yin, 1984) al basarse en la replicación, que la entendemos como capacidad que se tiene con este tipo de diseño de contestar y contrastar las repuestas que se obtienen de forma parcial con cada caso que se analiza.

Atendiendo a la selección de cada caso, si esta se realiza para alcanzar unos resultados similares estaríamos refiriéndonos a lo que Yin (1984) denomina replicación literal. En cambio, si se producen resultados contrarios pero por razones predicables estaríamos considerando la replicación teórica.

Selección del caso

Anteriormente, al presentar los distintos tipos de diseños hemos fundamentado la elección de unos u otros en una serie de criterios que se adecuaban en mayor o menor medida a cada tipo. No obstante, nos puede resultar de utilidad considerar otros criterios generales a la hora de seleccionar un diseño concreto.

Puede ser de utilidad seleccionar los casos que son típicos o son representativos de otros casos, pero los criterios que deben perseguir la selección del caso o de los casos no se plantean en términos de representatividad de los mismos, habida cuenta de que la investigación cualitativa no se caracteriza por su intencionalidad representativa o generalizadora. Una de las características fundamentales de la investigación cualitativa es su preocupación por lo peculiar, lo subjetivo y lo idiosincrásico. La potencialidad de un caso nos la ofrece su carácter propio.

Teniendo en cuenta esta premisa previa, la selección del tipo de diseño nos puede venir determinada por lo que Stake (1994, 1995) llama la oportunidad para aprender.

2.3 Técnicas usadas. Estrategias de Aplicación.

Para el logro de los objetivos propuestos en el trabajo, se ha sido muy cuidadoso en la selección de diversas técnicas y vías de investigación que permitan obtener una información más completa y acertada acerca de la problemática que nos ocupa.

Conscientes siempre que no podemos suponer como profesionales que una prueba por si sola sea capaz de predecir algún fenómeno, proceso o conducta futura, ni imaginar que el resultado obtenido pueda tomarse como una valoración definitoria del sujeto. Esto seria negar las leyes del desarrollo y sostener una posición estática de las características de la personalidad, que por demás ésta precisa que sea dinámica y esté en constante autodesarrollo.

Luego, si se pretende un diagnóstico acertado se debe revisar bajo una óptica crítica las diferentes técnicas utilizadas, registrando las experiencias particulares de su aplicación y utilización, adaptándolas a las condiciones y características de la investigación. Partimos del análisis de las siguientes categorías: Autovaloración, Autoestima, Autoconfianza, Sistema Motivacional, Sistema de Relaciones, Sentido de la vida, Ansiedad, Depresión y Rasgos de la personalidad.

En nuestro trabajo se aplicaron las siguientes técnicas psicológicas utilizando para ello cinco sesiones de trabajo, agrupando las técnicas de forma tal que las sesiones no resultaron agotadoras ni monótonas tanto para la paciente como para el investigador. Quedando para ello estructurado el siguiente esquema de aplicación.

Primera Sesión:

- Historia Psico-Social
- Zung y Conde

Segunda Sesion:

- Rotter
- Escala de Autoevaluacion

Tercera sesión

- IDARE
- RAMDI

Cuarta Sesión

- Composición
- Inventario de Autoestima

Quinta Sesión

- Cuestionario de personalidad (16 PF)

2.3.1 Descripción de las Técnicas:

I. Análisis Psicológico de la Historia Psicosocial

Este método ha sido propuesto por B. S Bratus y B. W. Zeigarnik (1976) para el estudio de las alteraciones de la personalidad. Partiendo del criterio de que la Historia Clínica del enfermo no es solo un documento médico, sino psicológico, pues en ella se resume el camino vital del enfermo, los métodos y medios de

actuar típicos, los modos de comunicación, la solución de conflictos, el círculo de intereses, las interrelaciones con la familia, con los compañeros de trabajo, además de las alteraciones en el curso de la enfermedad y después de ella. Una Historia Psicosocial confeccionada cuidadosamente ofrece una visión de la vida del sujeto con todos los datos útiles para el trabajo del psicólogo.

Considerado como método fundamental en el presente trabajo, a través de él se pretende obtener información acerca de los aspectos necesarios para la investigación, unido a la contrastación y verificación a través de técnicas proyectivas, semánticas y técnicas psicométricas que nos permiten un diagnóstico más acertado de las características de la personalidad de la mujer que enfrenta la maternidad viviendo con SIDA.

En dicho estudio clínico, este método ha sido erigido como fundamental, por la riqueza y variedad de información que recopila, focalizada en los aspectos fundamentalmente que nos interesa investigar, además por las propias características nos permite profundizar en aquellos aspectos que resulten significativos, además de la gran importancia que representa al ser la información dada por el propio sujeto y que permite penetrar en el mundo vivencial, y no excluye la observación de sus reacciones emotivas y conductuales ante situaciones conflictivas para él.

En la investigación de la personalidad con este método, se distinguen cuatro etapas fundamentales:

- Minuciosa familiarización con la Historia Clínica de los pacientes que integran nuestra muestra, es decir, aquellos detalles significativos donde se manifiesta la información relacionada con el surgimiento y desarrollo de la personalidad, así como destacar hechos clínicos relevantes de la posible etiología de las alteraciones.
- Comparación de la historia que ha quedado ya estructurada en base a la focalización de las alteraciones de la personalidad, y se caracteriza por

la síntesis de los momentos más importantes y comunes para el grupo que se estudia.

- Clasificación de los datos obtenidos en conceptos de la ciencia psicológica. En ella hay que desmembrar las formas diferentes de actividad de los sujetos analizados, dar la caracterización psicológica de su estructura, siendo necesario descubrir, como señalaba Leontiev (1975), las relaciones existentes entre las distintas actividades que caracterizan el núcleo de la personalidad, así como necesidades, motivos y sentido personal. Por todo esto, un punto muy importante debe ser la elaboración de una hipótesis sobre determinada jerarquía de la actividad del hombre.
- Creación de un modelo propiamente psicológico del fenómeno psíquico, que explique las regularidades psicológicas de la conducta humana. El mecanismo interno del proceso de sus componentes, además de revelar que mecanismos de compresión y adaptación utiliza el enfermo y como se ha ido instalando en el los mismos.

Al efectuar el análisis de los datos obtenidos en las historias vitales de los sujetos, se tuvo en cuenta las etapas anteriormente descritas con el objetivo de conocer las regularidades en desarrollo de la personalidad de estos pacientes pues como diría nuestro apóstol José Marti “para estudiar las posibilidades de la vida futura de los hombres es necesario dominar el cono cimiento de las realidades de su vida pasada”. (Anexo # 1)

Procedimiento:

Una vez explicado al sujeto el objetivo de nuestra investigación y la importancia de su participación y cooperación en ella, y tener en cuenta su decisión de participar se procede a realizar la confección de la Historia Vital mediante una entrevista que abarca diferentes esferas. La misma se realiza de forma individual, donde permite respetar y garantizar confiabilidad.

II. Test de Zung y Conde.

El test de Zung y Conde, fue creado con el objetivo de determinar el nivel de depresión existente en un sujeto. Se le pide a éste que lea la expresión dada y marque con una cruz la categoría u opción seleccionada de acuerdo a su caso particular. Esta prueba consta de veinte ítems que al sumarlos nos indican el nivel de depresión del sujeto.

Procedimiento

Se le pide al sujeto que marque según las opciones brindadas:

- Muy pocas veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Siempre

III. Rotter

Esta metódica pertenece al grupo de técnicas de asociación de frases, que cuenta con numerosas versiones. Una de las más conocidas y usadas es la del test de Rotter, el cual muestra varias palabras que deben ser completadas con otras por parte del sujeto, y con ello terminan y dan sentido a una oración.

La técnica parece haber sido creada por Payne en 1928, algunos autores como Álvarez Villar consideran que pierde eficacia cuando se hace por escrito, prefiriéndola oralmente; Rotter y Wellerman recomiendan utilizarla de forma escrita.

Esta técnica es sumamente efectiva en la búsqueda de conflictos en la personalidad del individuo y permite a su vez, inferir algunas características del sujeto, de su personalidad, intereses, fantasías, sueños, frustraciones, aspiraciones, temores, preocupaciones, etc. Tiene la ventaja de que al ser

respuestas libres, pueden expresar verdaderamente la complejidad del mundo interno del sujeto, sin estar influenciadas por restricciones del investigador.

El análisis psicológico de esta prueba es puramente cualitativo y permite sacar a la luz sentimientos y actitudes, sus contenidos y características. Además, se observa la presencia de información referente a otros procesos psíquicos que también se ponen de manifiesto.

Procedimiento

Al paciente se le entrega un modelo donde se recogen los ítems establecidos con sus correspondientes instrucciones. El sujeto debe llenar las oraciones mientras el experimentador observa sus reacciones físicas vinculadas con los comentarios alrededor de la tarea, vacilaciones, etc.

IV. Escala de Autovaluación

Metódica utilizada y transformada por S. L. Rubinstein a partir de la propuesta por J. E. Dembo.

Su objetivo radica en la valoración de la autovaloración como proceso dinámico de la personalidad muy utilizada en investigaciones psicológicas, por cuanto es un criterio al evaluar la personalidad del individuo y su propia autorregulación motivacional.

Mediante ella obtenemos una valoración del individuo, de sus cualidades, capacidades, intereses, es decir una expresión activa de los principales motivos, conflictos, y sentidos de la personalidad.

Partiendo de la riqueza, tanto proyectiva como semántica, que nos ofrece esta técnica autovalorativa se decide incluir sus parámetros originales y agregar otros propios del interés de la investigación, ya válidas en otras investigaciones.

Se utilizó un total de 9 parámetros: salud, relaciones de pareja, aspiraciones de la pareja, autoconfianza, depresión, frustración, felicidad, familia, maternidad.

Procedimiento

Consiste en preguntarle al sujeto un talonario con sus líneas verticales (10 líneas) las cuales tienen escrito en su extremo inferior los siguientes índices: salud, carácter, estabilidad, matrimonial, aspiraciones de la pareja, autoconfianza, depresión, inteligencia, felicidad, tristeza, trabajo).

Posteriormente se le plantea: Supón que en cada una de estas líneas se encuentran ubicadas todas las personas según los índices señalados. En el extremo superior se sitúan todas aquellas que se evalúan altamente. O sea que consideran que no tienen dificultades en estos parámetros en el centro o próximo a él, aquellas que se consideran promedios y en el extremo inferior todas aquellas que se evalúan con dificultades o que ese índices lo poseían en muy poco grado.

En cada caso se le pide al sujeto que se ubique donde él entienda, esto será respetado y se procederá a un breve interrogatorio preparado que recoge 3 preguntas fundamentales para cada parámetro.

Al finalizar, se le hizo una breve entrevista a cada paciente del porqué de su ubicación en cada barra. (Anexo # 4)

V. Inventario de Ansiedad de Rasgo y Estado. (IDARE)

Esta técnica es la versión al español del State-Trait Ansiety Inventary (STAIT) de Spielberger (1975), la cual constituyó su prueba para la investigación de dos dimensiones distintas de ansiedad: la llamada ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado, en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, aunque posteriormente demostró ser útil en la medición de la

ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato, así como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

En esta investigación se empleó la variante de Spilberger, Díaz Guerrero R., Martínez Urrutia A., González Reigosa F. y Natalicio L., modificada por Grau J. y Castellanos B., constituida a partir de criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales.

El IDARE está constituido por escalas de autovaloración separadas y se utilizan para medir las dimensiones Ansiedad rasgo y Ansiedad estado.

La escala Ansiedad rasgo consiste en un conjunto de 20 afirmaciones, de las cuales el sujeto debe responder describiendo como se siente generalmente, y la escala Ansiedad estado esta igualmente formada por veinte afirmaciones que describe como el sujeto se siente ahora mismo o sea en estos momentos. (Anexo # 5).

Procedimiento:

Las instrucciones para la realización de la prueba están impresas en el protocolo de ambas escalas, no obstante se debe cerciorar de que han comprendido las mismas, y para ello le pedimos que nos ejemplifique con una respuesta. Se le explica que de la sinceridad de sus repuestas dependerá el valor de la investigación. Se hace énfasis en que los primeros 20 ítems se refieren a: ahora mismo, en estos momentos y para la escala siguiente que agrupa 20 ítems también, (estado) se refiere a como se siente generalmente, habitualmente.

VI. RAMDI

Esta técnica ha sido creada y fundamentada por Diego Gonzáles Sierra y aplicada en varias investigaciones bajo su dirección. La prueba consta de 3 partes: método directo, el indirecto y el registro de actividad. Es preciso

destacar que dadas las características de nuestra investigación decidimos no utilizar este último.

El método directo se recogen los deseos conscientes del individuo, el sujeto habla de sus propósitos, planes, ideales, temores y vivencias emocionales, mientras que en el indirecto se obtiene la expresión de las necesidades en la imaginación, el sujeto se refiere a otras personas o cosas sin querer, sin proponérselo conscientemente, de manera involuntaria expresa sus propias tendencias y características personales.

Procedimientos:

En el método directo se le pide al sujeto que exprese sus 10 deseos, tanto positivos como negativos, enumerarandolos en orden de preferencia. Por su parte, en el indirecto se le orienta que cree mentalmente un personaje al que debe adjudicarle edad y sexo, pero que no se le parezca a nadie que el conozca. A continuación el sujeto debe decir los diez deseos del personaje por el creado.

VII. Composición

Para la aplicación de esta metódica nos basamos en las proposiciones de Gonzáles Rey F. y Pineda M. E., pero teniendo en cuenta las propias características del trabajo se manejan categorías propias, de modo que se pueda rescatar una información más rica y necesaria a los objetivos planteados.

Este instrumento, como técnica proyectiva, goza de todas la ventajas que nos reportan las mismas, pero esencialmente permite evaluar las aspiraciones, sentimientos, preocupaciones, conflictos, ideas.

Esta metódica se tituló: “El sentido de mi vida” buscando no solo la posibilidad de que la persona expresara el hijo como único sentido, sino la posibilidad de un margen más amplio como la propia palabra implica. (Anexo #7)

Procedimiento

Le fue entregada al sujeto una hoja donde se le solicita que redacte una composición con dicho tema, el cual permitirá obtener una expresión más amplia de sus sentimientos. Se le explicó que no se tendría en cuenta la ortografía, ni redacción, que solo interesaba el contenido de lo que escribiera.

VIII. Inventario de autoestima de Coopersmith

Este cuestionario fue elaborado por Coopersmith, a partir de estudios realizados en el área de la autoestima. Tiene como objetivo conocer el nivel de autoestima de los individuos y está conformado por 25 proposiciones (ítems) donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa.

Se califica otorgando un punto en aquellos ítems que están redactados en sentido positivo y a los cuales el sujeto responde afirmativamente, estos ítems son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20. Cuando el sujeto contesta “no”, en los restantes se le da 1 en la puntuación de ese ítem. Al final son sumados estos puntajes obteniéndose una puntuación total.

Este resultado se interpreta a partir de una norma de percentiles confeccionada para clasificar a los sujetos en función de tres niveles:

a)- Nivel alto de autoestima:

Los sujetos que se clasifican en este nivel alcanzan un puntaje entre 19 y 24 puntos. Los mismos obtienen puntos en la mayoría de los ítems que indagan felicidad, eficiencia, confianza en sí mismo, autonomía, estabilidad emocional, relaciones interpersonales favorables, expresando una conducta desinhibida en grupo, sin centrarse en sí mismos ni en sus propios problemas.

b)- Nivel medio de autoestima:

Los sujetos que se clasifican en este nivel los que puntúan entre 13 y 18 puntos. Los mismos presentan características de los niveles alto y bajo, sin que exista predominio de un nivel sobre otro.

c)- Nivel bajo de autoestima:

Los sujetos que se ubican en este grupo alcanzan un puntaje inferior a 12 puntos. Obtienen pocos puntos en los ítems que indican una adecuada autoestima y que fueron descritos anteriormente. En este sentido, los sujetos de este nivel se perciben infelices, inseguros, centrados en sí mismos y en sus problemas particulares, temerosos de expresarse en grupos, donde su estado emocional depende de los valores y exigencias externas.

VIIII. Cuestionario de personalidad (16 PF)

El 16 PF, se diseñó para ser aplicado a sujetos de 16 años en adelante y existen en uso o en preparación seis formas diferentes: la A y B para personas de formación igual o superior al de bachillerato superior, la C y D destinada a sujetos que presentan algún déficit en su formación y nivel de compresión lectora.

La visión Global de la personalidad que intenta el 16 PF, se basa en la evaluación de 16 dimensiones, fundamentalmente independientes y psicológicamente significativas, aisladas y definidas repetidamente durante más de 30 años de investigaciones factoriales, con grupos de sujetos normales y clínicos.

Además de los 16 factores primarios mencionados el cuestionario (forma C) puede evaluar 4 dimensiones secundarias que son rasgos más amplios obtenidos a partir de los factores primarios.

En las formas A y B existen en cada escala 10 ó 13 elementos. En las formas C y D, la escala “B” tiene 8 elementos, 7 la de Distorsión Motivacional y 6 todas las restantes. En las formas E y F todas las escalas tienen 8 elementos.

Justificadamente se considera que los cuestionarios son, a menudo, susceptibles de deformación y deliberado falseamiento. En la construcción del

16 PF se ha intentado minimizar esto, introduciendo una escala especial de Distorsión Motivacional (MD), específicamente para las formas C y D por ser la más utilizada en la selección profesional.

No obstante, se considera que es labor del aplicador el neutralizar en lo posible tales tendencias distorsionadoras, creando para ello un buen clima y haga ver al sujeto que el cuestionario puede contribuir a su propio beneficio si existe cooperación, franqueza y sinceridad.

Duración: 30 - 40 minutos. (Que es el tiempo aproximado en que normalmente se responde el cuestionario, pero no es obligatorio).

Procedimiento

Las contestaciones se recogen en una hoja de respuestas separada, nunca sobre el mismo cuaderno. En primer lugar, se le pide al sujeto que anote los datos de identificación (nombre y apellidos, edad, sexo, etc.) en la parte superior de la hoja de respuestas. A continuación, se le indica que lea a la vez que lo hace el examinador, en voz alta, las instrucciones de la portada del cuaderno y conteste en la hoja los 2 ejemplos que se proponen.

En ocasiones es preferible leer y discutir con el sujeto (o grupo) ciertos puntos de las instrucciones o aclarar cualquier duda que se presente.

Aunque el cuestionario no tiene un tiempo limitado es preferible recordarles que no deben entretenerse demasiado en cada cuestión, sino contestar de un modo natural, sincero y rápido.

CAPITULO III

CAPITULO III. Presentación y Análisis de Caso

El análisis de cada caso se realiza a partir de indicadores personológicos y los estados psicológicos que se revelan a través de las técnicas aplicados, realizando una valoración integral de estos a partir de ellas de forma que nos permitieran dar respuestas a cada objetivo de nuestra investigación y una visión integradora del caso, elaborando para cada uno de ellos una conclusión particular en dependencia del análisis realizado.

3.1 Análisis Particular de cada caso

CASO #1

La Historia psicosocial de un sujeto constituye un documento de inestimable valor investigativo, si se quiere profundizar en los diversos aspectos relacionados con la historia de vida de un sujeto, pudimos precisar que el Sujeto 1, tiene 27 años de edad. Fue diagnosticada con el virus del VIH hace 5 años y en este momento ya se encuentra enferma de SIDA. Actualmente esta embarazada con 37 semanas de gestación y durante el periodo de investigación estaba hospitalizada en el Hospital Materno por presentar la hemoglobina baja.

Indagando en su historia familiar podemos señalar que el sujeto, vivió con su abuela materna y su hermano desde edades muy tempranas, pues su madre falleció producto de un suicidio (quemada). Nunca convivió ni conoció a su padre. Lo anteriormente expuesto evidencia que en la historia personal del sujeto se han presentado conflictos en su esfera familiar así como en la dinámica de la misma, por lo que consideramos que estos han estado influyendo en su situación actual.

En este momento ella convive con su pareja, quien padece la enfermedad de Hemofilia, en estos momentos este no trabaja y hasta el momento no presenta síntomas que indiquen que este contagiado con el virus del VIH.

El sujeto asume este embarazo siendo madre anteriormente de un niño de 6 años, por lo que para ella esta no es su primera experiencia reproductiva por lo que esta nueva situación es de pleno conocimiento de riesgos y lo refiere así "Ya yo tengo un niño pero mi esposo no tiene ninguno y quiero complacerlo…"

Se desenvuelve en condiciones sociales inadecuadas y con dificultades económicas referidas por ella misma, ya que hace nueve meses su esposo no trabaja por problemas asociados a su enfermedad y la pensión económica que recibe es insuficiente para satisfacer las necesidades económicas de la familia. Este indicador evidencia que el sujeto posee una inadecuada percepción de su situación de salud, teniendo en cuenta las dificultades económicas que tiene para enfrentar el embarazo, el nacimiento y crianza de sus dos hijos, además de la plena conciencia que tiene de su enfermedad y de los riesgos para la vida de este nuevo hijo.

Al explorar su vida sexual pudimos constatar la presencia de cambios frecuentes de pareja, pues describe varias relaciones en cortos periodos de tiempo y plantea que adquiere el virus en una relación fortuita, no acostumbrada a protegerse a pesar de conocer de la existencia del virus y los medios de protección para evitarlo y nos dice:… "nunca pensé que iba a coger el SIDA, pero bueno que voy hacer".

En cuanto al proceso de comunicación podemos valorar que sus relaciones sociales el sujeto manifiesta, que es muy sociable, que "se lleva bien con algunas personas del barrio", sin embargo a través de observaciones realizadas al vistas el hogar se pudo constatar que esta situación no es totalmente fidedigna, pues se discute con frecuencia con el resto de las personas de su barrio, porque le preocupa la opinión que tienen de ella en cuanto a su enfermedad, pero además la técnica del Rotter nos pone de manifiesto también conflictos en esta área, indicadores estos que hablan a favor de dificultades en el área de la comunicación manifiestas fundamentalmente a través de expresiones de violencia verbal .

Al valorar el estado psicólogo del sujeto, utilizamos diferentes pruebas psicológicas para el diagnóstico.

Para la valoración de la depresión utilizamos como técnica fundamental el Zung y Conde, el cual arroja como resultado que el sujeto presenta una depresión neurótica, lo que se expresa en la presencia de los cinco núcleos básicos de la depresión como síndrome sus síntomas son: tristeza, perdida del apetito, disminución de la capacidad de disfrute, en general valora su presente y su futuro de forma negativa, ya que en estos momentos esta imposibilitada de realizar actividades que normalmente hacia, tales como atender a su hijo, así como disminución del peso corporal, y se ha alejado de sus relaciones sociales y se muestra agresiva, ante la opinión que puedan tener otros de ella por la enfermedad, a la vez que le genera aislamiento, complejos de minusvalía. En general asocia estos síntomas fundamentalmente a la larga estadía hospitalaria (ingreso), la situación socio económica y en algunos momentos a la enfermedad la cual considera como “muy mala y sucia”, aspecto este que describe en la composición y que considera que provoca “mucha tristeza y deseos de llorar”.

A pesar de que el sujeto considera que su enfermedad es “muy mala y sucia”, así como que provoca “mucha tristeza y deseos de llorar”, ella ha decidido tener un hijo, sin tener en cuenta que este al nacer igual puede padecer de la enfermedad del SIDA, y en la actualidad ya tiene un hijo que cuidar, si valoramos también que su situación económica es pésima, pues convive en un garaje, donde no están garantizadas las condiciones mínimas de subsistencia, ni adecuadas para la crianza y desarrollo de sus hijos, así como la escasa red de apoyo social con que cuenta al carecer de una familia y su integración social sea muy pobre.

En el análisis de la Autovaloración observamos como en la Escala Dembo-Rubinstein el sujeto se ubica en la parte superior de las escalas, salud, relaciones de pareja, aspiraciones de pareja, autoconfianza, felicidad y maternidad, lo que nos pone de manifiesto una inadecuada autovaloración por

sobrevaloración, teniendo en cuenta la situación actual del sujeto, en relación a su salud y los síntomas depresivos que ella manifiesta, y el malestar psicológico que expresa. Consideramos, que el sujeto hace esta valoración sin tomar en consideración sus posibilidades reales y su situación actual mostrando ambivalencia en esta área.

Su colocación en una posición superior en la escala, lo hace sobre la base de las expectativas de la maternidad fundamentalmente, lo que nos muestra el valor que toda mujer le concede a este acto de procreación, siendo capaz de "olvidar" otros aspectos y solo ver su felicidad, autorrealización a partir de la llegada de un hijo, a pesar de que su enfermedad (SIDA) repercute en su bienestar físico y psicológico y que no le permite realizar un grupo de actividades que antes podía emprender con una mayor facilidad.

Se sitúa además en el nivel máximo en relación a su estado de salud. Se ubica como una persona feliz, valoración esta que entra en contradicción con los parámetros de depresión, frustración y autoestima que tiene ubicado por debajo del nivel medio de la escala. En cuanto al nivel de depresión refirió, que en este momento "se siente deprimida por el hecho que no podía estar en su casa", además manifiesta estados de frustración asociados a la situación anterior y no encontrarse satisfechas sus necesidades económicas y sociales.

Al explorar las diferentes áreas de conflictos, a través del análisis del Completamiento de Frases (Rotter) el sujeto refleja preocupaciones en el área de salud vinculadas estrechamente con la muerte y la imposibilidad de ver a sus hijos crecer. Lo anteriormente expuesto puede estar asociado a la ubicación que hace en niveles tan bajos en la escala de autovaloración y de depresión que se presentan en la técnica Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein. El sujeto verbaliza las mismas del siguiente modo: "Algunas veces lloro, me deprimo, me siento triste", "Estoy muy mal, siento que todo lo bueno en la vida se me va desaparecer", lo anterior continua expresando la presencia de síntomas

asociados a la depresión, y el estado de displacer que presenta el sujeto aspectos ya mencionados por nosotros al inicio de nuestro análisis.

También expresa dificultades en el área socioeconómica, “Mi mayor problema es que no tengo una ayuda económica buena”.Este argumento es reiterado en la composición, así como en la Historia Psicosocial y la composición. A través de esta técnica se puse en manifiesto el significado, que los hijos tienen para ella, o sea el valor de la maternidad, lo que se evidencia en la siguiente verbalizacion: “El mayor sueño de mi vida es tener un bebe”, “deseo estar en mi hogar y ver crecer a mi bebe”, sin embargo no tiene en cuenta los riesgos asociados al nacimiento de su hijo, y solo piensa en su felicidad personal, lo que se evidencia en la frase: “yo soy feliz con mis hijos y esposo”.

La felicidad para este sujeto es un concepto que refleja contradicciones, y así se manifiesta en esta técnica al comparar lo referido en la Escala de Autovaloración pues en la misma se ubica como una persona feliz en tanto en esta técnica de completamiento de frases nos refiere que…“la felicidad en la vida lo es todo y la cual yo no tengo”, sigue mostrando la presencia de estados afectivos ambivalentes en el sujeto, que da nuestra de frustraciones en la paciente, lo cual ha asociamos a su enfermedad, al estilo de vida, a la carencia de grupos de apoyo.

El tiempo mas feliz lo ubica en su pasado, lo que denota su inconformidad con su presente y muestra además su preocupación por lo que las personas pueden pensar de su enfermedad, se expresa a través de la frase: “la gente siempre van a hablar cosas que no son”.

En cuanto a la esfera motivacional podemos decir que sus principales motivaciones se orientan principalmente a la esfera familiar, y en especial por la maternidad, y la posibilidad de ver a sus hijos crecer, “mi futuro es ver a mis hijos crecer y verlos encaminados”. En relación al área de sus relaciones sociales refiere que “le gustaría mucho salir a pasear pero en este momento su

situación no se lo permite", lo que evidencia frustraciones asociadas a esta área, expresa tambien ser victima de rechazo, y se evidencia en "las otras personas algunas veces me dan la espalda".

Generalmente, en la jerarquía motivacional del sujeto encontramos que la principal motivación del sujeto se asocia a la maternidad, por lo que podemos hablar de una pobre estructuración de los principales motivos que le dan orientación y mantenimiento al comportamiento del sujeto, ya que solo se presentan reducidas a este aspecto y no a otras posibilidades, tales como un empleo futuro que permitan mejorar su situación económica de tal modo que facilite mejores condiciones para la crianza de sus hijos, así como posibilidades de distracción que le permitan satisfacer sus necesidades de contacto social y distracción.

En cuanto a la esfera familiar del sujeto este expresa no haber tenido el apoyo y el cariño de sus padres, durante su vida, lo que se expresa en la siguiente frase: "una madre lo es todo y nunca la pude tener, "mi padre no le puedo hablar de el porque nunca se ocupo de mi vida", aquí podemos constatar la disfuncionalidad familiar a la que ha estado sometida el sujeto a lo largo de su vida, situación que ha influido en la actualidad del sujeto, pues en los momentos mas importantes de la vida no contó con el apoyo, la orientación y el cariño de los padres para asumir con responsabilidad su vida sexual, si tenemos en cuenta que el inicio sucedió en edades muy tempranas del desarrollo (12 anos) y tampoco tuvo la experiencia de tener una vida en familia que la preparara para la vida.

Para evaluar el estado de ansiedad aplicamos las técnicas IDARE, la cual permitió evaluar los niveles de ansiedad como estado y rasgo pudiéndose observar que el sujeto presenta altos niveles de ansiedad como rasgo y como estado. Toda la información obtenida por esta técnica se relaciona con las síntomas referidos por el sujeto tanto en la Historia psicosocial donde manifiesta preocupaciones y temores por su futuro, "nerviosismo a partir del diagnostico de la enfermedad", así como preocupación por el futuro de ella y de sus hijos, lo

que también se constata en el Rotter. Todos estos elementos nos permiten afirmar que las situaciones que está vivenciando el sujeto actualmente constituyen una fuente generadora de ansiedad donde los síntomas esenciales son temor, miedo, preocupaciones y trastornos en el sueno y desconcierto e incertidumbre por su futuro.

En el análisis de la composición se analizaron tres criterios fundamentales: contenido, vínculo afectivo y elaboración personal. La misma, nos brinda un numero importante de información de un valor importante para el proceso diagnostico que llevamos a cabo. Como puede evidenciarse, en este caso la composición corrobora y triangula la información obtenida en otras pruebas psicológicas aplicadas. Por su contenido, se observa pobreza de intereses y gran preocupación por su familia (esposo e hijos fundamentalmente, ya que no tiene grandes vínculos con el resto de su familia), así como salud y bienestar. El análisis negativo de su enfermedad es un elemento muy importante que se pone de manifiesto a través del análisis de esta técnica, “ser portadora de esta enfermedad tan mala y sucia no es fácil”, “esto no desea a nadie...” El análisis del contenido revela baja mediatización intelectual de sus principales motivos situación esta que se corroboró en el Rotter, la Historia Psicosocial donde se centra sus motivos principalmente en la maternidad, si tenemos en cuenta lo mortal que resulta para cualquier ser humano estar enfermo con SIDA, y los riesgos que implica para la maternidad. El vínculo afectivo se manifiesta en la intensidad con que expresa los principales contenidos que refleja en la composición. La elaboración personal es pobre y se manifiesta congruencia con sus repuestas anteriores de las otras técnicas.

En el Inventario de autoestima se evidencia que tiene una autoestima baja, que cuando la comparamos con su ubicación en la escala de autovaloración se puede observar un resultado similar.

En la técnica RAMDI el sujeto expreso en sus elaboraciones una congruencia en sus repuestas con los resultados contrastados en las otras pruebas. Su

jerarquía motivacional esta relacionada con su familia, salud, necesidades materiales o sea con el deseo de tener su hijo conformar su familia, así como resolver sus problemas materiales y sentirse bien, o sea tener salud para seguir enfrentando la vida y un elemento importante que se revelo en la composición, su fe en Dios y que también se pone de manifiesto en esta técnica.

En el análisis cualitativo del 16 P.F podemos ver que la paciente revela rasgos de perspicacia, astucia, calculadora, mundana, tolerante, voluble aspectos estos que desde nuestro punto de vista se relacionan con la conducta asumida durante la entrevista y por lo revelado en alguna de las técnicas aplicadas donde el sujeto refiere reiteradamente sus preocupaciones por las condiciones materiales y económicas que si bien pueden constituir una preocupación de todos es conocido el apoyo que brinda el estado a estas casos en alimentos, medicamentos, y monetariamente.

Como principales conclusiones diagnosticas en el Sujeto 1, podemos referir que presenta baja autoestima, dificultades en su auto valoración, conflictos sociales, pobreza en la estructuración de su jerarquía motivacional que se centra en la maternidad como principal móvil de su comportamiento, así como el embarazo, el parto y la crianza de sus hijos. No presenta una adecuada percepción de riesgo asociada a su enfermedad. Se observa además un reducido número de relaciones sociales, así como la presencia de frustraciones en cuanto a las posibilidades de distracción con que cuenta el sujeto en estos momentos. Se presenta además una historia de cambios frecuentes de parejas, así como la presencia de un medio familiar disfuncional desde edades muy tempranas de la vida, con la ausencia de los padres en la educación de sus hijos, que tan importante es en estas etapas de la vida.

La situación actual que vivencia el sujeto, caracterizada por la presencia de conflictos se convierten en una importante fuente generadora de ansiedad, las principales motivaciones se encuentran orientadas hacia el área familiar especialmente la maternidad, en estos momentos el embarazo actual ya esta a

termino, el nacimiento de este nuevo hijo, la presencia de dificultades económicas y preocupaciones asociadas a la crianza de ambos hijos, así como los antecedentes familiares, y la enfermedad que representa un peligro mortal para la vida y los rasgos personológicos que lo distinguen, se organizan para darle determinación a la situación actual del sujeto. Como resultado de la misma se pone de manifiesto la presencia de altos niveles de ansiedad, que se evidencia en la presencia de síntomas tales como trastornos del sueño, preocupaciones y temores por su futuro, "nerviosismo a partir del diagnostico de la enfermedad", así como preocupación por el futuro de ella y de sus hijos, así como indicadores de depresión neurótica, tristeza, irritabilidad, trastornos de sueño, palpitaciones, tendencia al llanto.

CASO#2

Como parte de nuestra investigación pasamos al segundo caso de estudio. Iniciamos haciendo la Historia psicosocial como documento de inestimable valor investigativo. Pudimos precisar que el sujeto tiene 39 años de edad. Fue diagnosticado con el SIDA hace 2 años y su salud ha presentado un proceso de deterioro muy rápido. En estos momentos el sujeto convive con su hermana y sobrino por el hecho de que hace poco volvió de La Habana por complicaciones con su enfermedad, y del virus de la Hepatitis C.

El esposo del sujeto no presenta síntomas que indiquen que este contagiado con el virus del VIH, en estos momentos se encarga del cuidado de la hija de ambos, y conviven en la casa de la madre de este, quien lo ayuda con los cuidados de la menor. La hija nació cuando la madre estaba enferma y en estos momentos tampoco muestra síntomas de contagio del virus. Además ella tiene 2 hijas mayores las cuales no conviven con ella.

El sujeto vive en adecuadas condiciones materiales e indico que con el salario que recibe de la pensión y con la ayuda de su familia se mantiene. Debemos resaltar en este caso en particular que el sujeto aparentemente acepta su

enfermedad y decimos aparentemente porque no habla con los demás que esta enferma con el virus del SIDA, y su conformismo ante el modo en que adquirió la enfermedad, pues según explica fue por transfusión de sangre a raíz de un accidente, sin embargo esto no queda bien claro para las personas que le rodean. Su embarazo fue detectado tarde y solo por esta razón que tuvo a la menor. Se encuentra vinculada laboralmente y esta sancionada por agresividad en el tratamiento con los niños. Su actitud es apática, y refiere que en los inicios de la enfermedad esto resulto “catastrófico para ella y pensó ir a ver un psicólogo, pero llego a la conclusión de que ella es su propia psicóloga”.

En la técnica RAMDI se pudo constatar que el sujeto expresa sentimientos de inferioridad y rechazo, que se expresan en la necesidad de sentirse amada por los padres versus el temor de no ser amada por los mismos, así como la necesidad de contacto social, a partir de no tener la presencia de amigos en su vida, y la muerte reciente de su mejor amiga la única que tenia, así como la posibilidad de caminar libremente.

En el análisis de la Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein se ubico mayormente en niveles superiores a los niveles medios. En las esferas de relación de pareja, aspiraciones de pareja, depresión, frustración, maternidad, autoconfianza y felicidad se ubico en el máximo y en salud y autoestima se ubico por encima de la media, con una explicación que su salud en estos momentos no es optima, en la actualidad, así como que su autoestima es adecuada. A pesar de su enfermedad (SIDA), la cual repercute en su bienestar físico en general, sigue vinculada a su centro de trabajo, pero evidentemente se le observa muy débil y afectada por la agresividad de los medicamentos que se le administran.

En el análisis del Completamiento de Frases (Rotter) refleja preocupaciones en el área de salud vinculadas estrechamente a su bienestar y el de sus hijas, así como no ver sus hijos crecer, lo que se evidencia a través de la siguiente frase: “el tiempo mas feliz el que paso con mis hijos”, “quisiera saber cuanta felicidad

se esconde en el corazón de mis hijas". Podemos constatar que en unión al amor que siente por sus hijos su familia tiene un lugar importante en su vida especialmente sus padres y hermanos; lo que se evidencia en la siguiente frase: "lamento no darle a mis hijos, mi madre y hermanos todo lo que ellos se merecen", "las otras personas no me preocupan solo el vinculo familiar", y por el lugar que ocupan estos en su vida los temores que expresa los sentimientos de rechazo e inferioridad que expresa pueden estar sustentados en estos.

Los sentimientos de inferioridad se reiteran en varios momentos de la técnica, así como el rechazo: "la gente me deprime, me angustia", "mi mayor problema es la incomprensión", y nuevamente expresa sus necesidades de contacto social, y por ende sentimientos de soledad al referir: "siento necesidad de una amiga", lo cual puede estar determinado por la misma falta de comprensión en su vida. Se observa además incertidumbre por el futuro, así como disminución de la libido, al valorar el acto sexual como algo normal, carente de emociones.

En todo momento de su expresión comportamental se le observa visiblemente sedada, conformada con la enfermedad, así como relajada, lo refiere en relación a "mis nervios soy muy sedada". No expreso dificultades en el ámbito socioeconómico, lo que denota la ausencia de preocupaciones asociadas a la misma, así como el apoyo familiar que recibe de la misma. Para el sujeto tienen un alto significado e importancia los hijos en su vida.

El principal conflicto que ubica en la escala de autovaloración lo refiere a través de la siguiente frase: "la felicidad jamás es completa" aunque en el parámetro que evalúa la felicidad se ubico en el máximo en la Escala de autovaloración. Este es un ejemplo de la importancia de la aplicación de más de una técnica para corroborar la información obtenida, por esta razón se hace necesaria la triangulación de la información, por lo que podemos constatar la ambivalencia en sus procesos afectivos.

En cuanto a la esfera motivacional podemos decir que la principal motivación de este sujeto esta asociada a los hijos, y el bienestar de ellos. Otra motivación importante esta asociada a las posibilidades de contacto social y diversión, en el momento en que esta actividad pueda ser posible. Podemos señalar que es una persona que presenta flexibilidad en su pensamiento y en sus mecanismos autorreguladores, los cuales funcionan de manera adecuada en este caso. En ningún momento el paciente habla directamente de su enfermedad.

En la composición “El sentido de mi vida” el paciente se refirió en todo momento a su familia y manifestó su afectividad por ellos. Debemos resaltar que nos resulto significativo su preocupación de la opinión de la sociedad la que indirectamente tiene una repercusión en su persona. La composición presenta poca elaboración personal, con un tono afectivo profundo y un tinte de sarcasmo.

En la aplicación de la técnica de Zung y Conde, se pudo constatar que el sujeto presenta un nivel de funcionamiento normal de acuerdo a los niveles de depresión que esta mide, parámetro este que se comporto de iguala manera en los resultados de las otras técnicas, lo que nos manifiesta que el sujeto no esta deprimida y así lo pudimos corroborar en las observaciones realizadas durante las secciones de trabajo.

En el Inventario de autoestima, se pudo constatar que el sujeto presenta una baja autoestima y la técnica nos arrojo un dato importante y es que el sujeto apunta que se siente comprendido por su familia, elemento esto que precisa que la incomprensión que siente el sujeto no esta asociada a este grupo de personas tan importantes para la vida del sujeto. Refiere que le cuesta trabajo hablar en publico, que los problemas le afectan, que los demás son mejores aceptados que ella, que muchas veces le gustaría ser otra persona, o sea existe un nivel de insatisfacción en relación a su persona y al nivel de autorrealización.

En el IDARE la ansiedad como estado se presenta medio y como rasgo bajo, lo que verifica la ecuanimidad, la tranquilidad y la paz que vivencia el sujeto datos estos que se recogen en la historia psicosocial también, sin evidenciar marcados síntomas de ansiedad por lo que analizamos que para el sujeto, muy poco esta influenciando su enfermedad.

En la técnica de 16 PF el sujeto se caracteriza por ser perspicaz, astuto, calculador, mundano, inseguro, liberal, aprensivo, con pensamiento concreto, indisciplinado, irresponsable, despreocupado, confiado y adaptable elementos estos que se comprueban con otras técnicas; así podemos valorar el comportamiento indisciplinado e irresponsable cuando en este momento se encuentra sancionado en su trabajo además vemos su adaptabilidad a la enfermedad.

En las conclusiones diagnosticas del caso 2 referimos que el sujeto presenta una autoestima baja y dificultades en su autovaloración que se muestra a través de incongruencias y contradicciones en sus expresiones, tanto a la hora de percibirse a si mismo como a su realidad. Su jerarquía motivacional esta dirigida hacia sus hijos, y el bienestar de ellos. Otra motivación importante esta asociada a las posibilidades de contacto social y diversión, en el momento en que esta actividad pueda ser posible, justificada esta por la no adecuada redes de apoyo social en la comunidad.

El sujeto no muestra conflictos en el área familiar parece ser esta su fuente de satisfacción de sus necesidades, espacio de tranquilidad y placer. En cuanto al área de las relaciones sociales se vivencian sentimientos de alejamiento, rechazo y soledad, donde se manifiestan frustraciones e insatisfacciones en el sujeto. En cuanto a la esfera vinculada a las relaciones de pareja el sujeto evidencia disminución de la libido y percepción de recibir poco placer y satisfacción durante el sexo. Es importante destacar que vivencia incertidumbre respecto al futuro, lo cual se acrecienta debido al deterioro físico que presenta

en estos momentos. Muestra independencia en su toma de disecciones siendo perseverante en sus metas.

CASO#3

Haciendo una revisión de la Historia Psicosocial del sujeto podemos precisar que tiene 35 años de edad. Fue diagnosticada hace siete años con el virus del VIH. En la actualidad convive con su pareja (seropositivo y en fase Terminal) y su hija de 8 meses que en este momento se encuentran ambas en buen estado de salud y tiene otra hija de 14 años que vive con su abuela. Las condiciones materiales y económicas de la paciente son inadecuadas, la cual es considerada en niveles de mal. El embarazo de esta segunda hija fue detectado tarde, y no deseo interrumpirlo por lo que fue necesario tomar todas las precauciones y permitir el nacimiento de este menor.

En la técnica RAMDI el sujeto expreso sentimientos de infelicidad, así como inconformidades consigo misma, resulta llamativo el hecho de que se observa una amplitud de intereses, mas que centrados en si mismo, tienen un alto contenido humano y social, tales como el cuidado de los pacientes enfermos con SIDA, el desarrollo social del país, y el bienestar de sus hijos, y la posibilidad de verlos crecer. Su jerarquía motivacional esta relacionada con la búsqueda de su felicidad, su familia, salud, necesidades materiales y un elemento importante que se revelo “Yo deseo que todos los pacientes como yo se cuiden”.

En el análisis de la Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein se ubica en niveles altos de la esfera de relación de pareja, aspiraciones de pareja, autoconfianza, felicidad, autoestima y maternidad. Los otros parámetros de depresión, frustración, salud y felicidad los ubica por debajo de los niveles medios de la escala. En el parámetro que evalúa la percepción del sujeto de los niveles depresivos, manifiesta que en estos momentos se siente deprimida por el hecho que tiene a su esposo muy mal y que todo que lo que ella ubico en niveles bajos es esencialmente por esta razón.

En el análisis del test Zung y Conde se resulto que el paciente tiene depresión neurótica en lo cual ella se mostró por tener a su esposo enfermo y en la fase final de SIDA quien en estos momentos esta invalido. Los principales síntomas que el sujeto muestra son: depresión, palpitaciones, ganas de llorar, trastornos de sueños, perdido de apetito y intranquilidad)

En el análisis del Completamiento de Frases (Rotter) la paciente refleja preocupaciones en el área de salud vinculadas estrechamente con la muerte y la imposibilidad de ver a sus hijos crecer, lo que se puede vincular con la ubicación en niveles tan bajos en la escala de autovaloración en el parámetro que evalúa depresión “Estoy muy deprimida” También en esta técnica ella se mostró congruente con lo anteriormente expuesto. En cuanto a la esfera motivacional podemos apuntar que sus principales motivaciones se encuentran orientadas hacia los hijos, y acompañar al esposo hasta que muera, quien en estos momentos ya no puede caminar.

En el análisis de la técnica IDARE para evaluar niveles de ansiedad como estado y como rasgo podemos observar que el paciente tiene altos niveles de ansiedad como rasgo y media como estado.

Toda la información obtenida por esta técnica se relaciona con las sintomatologías referida por la paciente tanto en la Historia psicosocial como en el Rotter y las otras técnicas. Todo estos elementos nos permiten afirmar que las situaciones por lo que atraviesan este paciente constituyen una fuente generadora de ansiedad pero que ella esta utilizando mecanismos de autorregulación adecuados que le permiten un ajuste al medio.

En el análisis de la composición “El sentido de mi vida” se manifiesta pobre elaboración y poco vínculo afectivo, usa frases estereotipadas respecto a su concepción de felicidad como “en la vida no hay felicidad sino momentos felices”. Además la exposición de sus ideas en la composición están matizadas de sentido negativo y el contenido es poco profundo. De nuevo se muestra

congruente con lo anteriormente expuesto en las otras técnicas ni se observa un sistema motivacional relacionado con otras esferas de la vida que no sea el de hogar y su familia por lo que consideramos una estrechez en sus intereses.

En el Inventario de autoestima resulto que la paciente tiene autoestima baja, que cuando lo comparamos con su ubicación en la escala de autovaloración se puede ver una contradicción, lo que evidencia que el sujeto posee una inadecuada valoración y percepción de si mismo y de su realidad puesto esto de manifiesto en otras técnicas como el Rotter y el Composición.

En el análisis cualitativo del 16 P.F podemos ver que el paciente presenta rasgos de personalidad como rudeza, perspicacia, astucia así como se identifica como calculador y mundano cuestiones esta que no se corresponden en su totalidad con lo observado durante la entrevista, si podemos plantear de forma perspicaz y astuta .

En el caso del sujeto 3 concluimos que el sujeto presenta dificultades en la esfera de la autovaloración y un bajo nivel de autoestima e inadecuada percepción de si mismo. Su jerarquía motivacional se centra en su esfera familiar en el cuidado de sus hijos y en la preocupación por el estado de salud de su esposo sin que existan otros motivos que la movilicen en su vida, por lo que podemos plantear que la paciente centra su motivación en la maternidad, desdeñado otras opciones. Respecto a sus relaciones sociales podríamos decir que estas son regulares pues el sujeto ubica ciertos límites de distanciamiento con el resto de las personas aunque no los identifique concientemente. En cuanto a la esfera de las relaciones de pareja el sujeto se muestra estable sin referir conflictos en la esfera sexual.

La situación actual del sujeto es difícil ya que enfrenta una situación económica desfavorable a lo que se une que su esposo se encuentra en una fase Terminal de la enfermedad lo que engendra sentimientos de tristeza, infelicidad en el sujeto y lo lleva a vivenciar de forma cercana una perdida y a contrastar este

momento con la situación por la que puede atravesar en un futuro, sin contar que a la muerte del esposo se enfrentara sola al cuidado de su hijo pequeño. Razones suficientes para justificar que el sujeto se encuentre atravesando una depresión neurótica, incluso al respecto.

Caso # 4

En la Historia Psicosocial el sujeto tiene 25 años. Fue diagnosticada hace cuatro años con el virus del VIH. En la actualidad convive con su esposo (seropositivo) y su hijo de 10 meses que en este momento se encuentran ambas en buen estado de salud. Las condiciones materiales y económicas de la paciente son inadecuadas, la cual es considerada en niveles de mal. El embarazo de este segundo hijo fue detectado tarde (según referencia de ella), con posibilidades de interrumpirlo por lo que fue necesario tomar todas las precauciones y permitir el nacimiento de este menor al ella desearlo finalmente para complace a su esposo.

En la escala de autovaloración el sujeto se ubica en niveles medios en todos lo parámetros de la escala y concluimos que existe una adecuada valoración en cuanto a su estado de salud actual, maternidad, relación de pareja pero inadecuada respecto a si misma.

En la prueba de Zung y Conde este arrojo niveles normales de depresión aunque ella refiriere sentirse deprimida en algunas ocasiones, y en los resultados del rotter resultan esclarecidos los motivos que le generan incertidumbre al sujeto.

En el RAMDI refiere preocupación por su salud y la de su familia lo cual es reiterativo y evidencia que su jerarquía motivacional gira alrededor de su familia, esta constituye el centro de su vida, además la necesidad de tener salud es prioritaria también así como solucionar problemas de índole material. Sus relaciones sociales se manifiestan escasas y ella misma verbaliza entre sus

deseos: “ser aceptada por todos”, lo que podríamos interpretar que ha sufrido algunas situaciones de critica y rechazo.

El Rotter evidencia muchos temores y preocupación debido a la enfermedad. La muerte representa una idea fija, que la angustia sin embargo, se siente feliz por lo que ha logrado en la vida, especialmente con su familia. Valora adecuadamente su situación y es capaz de regular su comportamiento en función de sus necesidades e intereses. No le gusta la soledad y manifiesta que “sufre mucho”, y que siente inseguridad en muchas ocasiones.

En la composición manifiesta una adecuada elaboración personal y muestra vinculo afectivo y abarca con profundidad el contenido, nuevamente en la composición aparece el tema de la familia evidenciando el grado de elevada importancia que tiene en el sujeto. También expresa temor por su futuro y por su vida, pero no se arrepiente de las decisiones que ha tomado, elemento este que nos habla a favor de una personalidad independiente capaz de decidir en función de sus metas y objetivos.

La autoestima tiende a ser baja, muestra inconformidad consigo misma, no se considera popular y desea ser en ocasiones otra persona. Consideramos existen conflictos en la esfera familiar ya que se muestran contradicciones en las verbalizaciones del sujeto al respecto, pues aunque afirma que su familia no toma en cuenta sus sentimientos, espera demasiado de ella, refiere sentirse enojada con facilidad en su casa y desear irse “muchas veces” también manifiesta sentirse comprendida y no presionada por ellos. Evidentemente existen conflictos en su familia pero creemos que su deseo de conservar una buena imagen de esta se debe a que es el centro de las motivaciones de su vida.

En la calificación del IDARE se obtuvo una ansiedad media como estado y alta como rasgo, resultados estos que se justifican a partir de los diferentes elementos del medio, personológicos, biológicos que están influyendo sobre la

paciente y que se han expresado anteriormente como resultados de las otras técnicas (miedo a la muerte, angustia, temor a la soledad, etc.).

En la valoración del 16 P.F se describen como rasgos esenciales el ser: domínate, agresiva, testaruda, ruda y oposicionista elementos estos que si no pudieron ser contrastado completamente con otras tecnicas.

Concluyendo el caso 4 podemos plantear que presenta una inadecuada autovaloración y una baja autoestima reflejado esencialmente en los parámetros de felicidad, salud. Su sistema de motivos gira alrededor de su esfera familiar y esta es su fuente de satisfacciones y sentido de vida. En cuanto a las relaciones sociales el sujeto se siente aislada y no es aceptada por las personas que la rodean, en la esfera de las relaciones de pareja se muestra estable no encontrándose disfunciones en el área de la sexualidad pero si una baja percepción del riesgo.

En la esfera familiar se considera que existen conflictos aunque estos no se hayan definidos cuales son. El sujeto se muestra contradictorio en cuanto a la valoración que hace de si misma y de su situación y los estados emocionales que evidencian los resultados de las técnicas.

Caso # 5

En la Historia Psico social, pudimos precisar que el sujeto tiene 25 años de edad. Fue diagnosticado por el SIDA hace 8 años. En estos momentos el sujeto convive con su esposo y dos hijos en una habitación detrás de la casa de sus padres. El esposo presenta síntomas que indican que esta contagiado con el virus del VIH, al contraer matrimonio con ella se encontraba sana y aun así tomó esa decisión. Las condiciones materiales del sujeto son precarias y subsiste con una pensión y la ayuda de su esposo y su familia.

La Escala de Autovaloración muestra adecuados indicadores de autoconfianza, de felicidad y satisfacción con su maternidad. No obstante, refiere un elevado

índice de depresión lo cual esta asociado a la salud y las frustraciones, que son ubicados por la paciente en niveles mas bajos.

En relación al análisis de la composición encontramos que la elaboración personal es adecuada, se manifiesta congruencia en el contenido muy individualizada. El contenido motivacional claramente se define el nivel de regulación de su personalidad y la forma que se integra la información personal en la protección del sujeto hacia la vida. El vínculo afectivo se manifiesta en la energía y la fuerza con que se manifiesta, con implicación aborda la significación de sus hijos para ella y que le confieren sentido a su vida, también aborda la limitación de la enfermedad y sus necesidades de acercamiento a otros y explica como es la enfermedad, necesidad de revelar como es. Por su contenido se observa la riqueza de categoría utilizados. Sus principales motivos son sus hijos. El nivel conciente volitivo se lleva ella a expresar de forma directa elaborada y consciente. Sin embargo, muestra la afectación que le produce convivir con la enfermedad, en las relaciones con los demás.

En el Rotter manifiesta sentimientos de felicidad respecto a sus hijos. Así mismo, manifiesta una gran preocupación debido a su enfermedad que “no tiene cura”. Refleja la tristeza de no poder continuar con su vida como antes y la frustración por no poderse realizar profesionalmente. Muestra una gran preocupación por su futuro, por el sufrimiento en relación con su enfermedad, expresa que lamenta “haber tenido esta enfermedad muy temprano”. Sin embargo, es capaz de disfrutar de las cosas buenas que considera que posee: sus hijos, leer, ver, deportes.

En el inventario de autoestima, el sujeto presenta la autoestima baja, lo cual se evidencia en las expresiones que ella emplea en cuanto a que: “sí cambiaria cosas de si misma”, “su vida es muy complicada”, “le gustaría irse de su casa”, “le gustaría ser otra persona”.Siente que ella no es aceptada por los demás y con frecuencia se desanima.

En el test de Zung y Conde, el sujeto presenta depresión neurótica, debido a que en ocasiones se deprime y frecuentemente tiene ganas de llorar, sintiéndose agitado e intranquilo. Se observan cambios significativos en cuanto al desenvolvimiento del sujeto en comparación con sus rutinas habituales anterior a la enfermedad. Las relaciones con los demás están siendo afectadas por su situación actual, sintiendo rechazo; lo cual se evidencia en la técnica de la composición constituyendo un reforzador de este estado emocional. La situación socio económica es precaria, y estuvo recientemente hospitalizada por complicaciones con la propia enfermedad, reforzando sus ideas respecto a la muerte.

En la aplicación del IDARE, se muestra una alta ansiedad como rasgo y como estado; debido a que el sujeto manifiesta sentirse muy alterado, tenso, ansioso y preocupado. Refiere que frecuentemente tiene ganas de llorar y le resulta difícil resolver las situaciones conflictivas que requieren de si misma seguridad y confianza.

En la prueba del RAMDI, refiere la importancia que para ella tiene su familia. Su principal deseo esta relacionado con su salud, tanto para ella como para su hijo, ubicándose este elemento como principal en su jerarquía motivacional. Manifiesta mucha necesidad de apoyo, de afecto, de aceptación y comprensión por parte de los demás, con lo cual se expresa una congruencia en las respuestas ofrecidas en las otras técnicas aplicadas.

En el 16 P.F, se obtuvo que el sujeto se caracteriza por ser comunicativo, vehemente, cooperador, emotivo, con poca estabilidad emocional, confiado en si mismo, dependiente del grupo, y fiel.

Como conclusión del caso # 5, referimos que presenta baja autoestima, dificultades en su autovaloración, conflictos en las relaciones sociales debido al rechazo que ha recibido. En su jerarquía motivacional se centra en su hijo como principal móvil de su comportamiento. Presenta elevados niveles de ansiedad y

depresión asociados a su enfermedad. Se observa además un reducido número de relaciones sociales, así como la presencia de frustraciones en cuanto a la realización profesional. No obstante, se evidencian fortalezas en ella, debido a que aprecia la felicidad que le proporciona su familia y otras distracciones.

3.2 Análisis integral de los casos estudiados:

Ante todo es vital esclarecer que no pretendemos llegar a generalizaciones, pero se manifiestan elementos comunes en los casos estudiados, aunque este estudio no descuida hacer una justa interpretación de las particularidades y las diferencias que se evidencian. Además esta investigación no trabaja con todo el universo de personas que se ajustan a los requerimientos de la búsqueda sino con una muestra de ellos. De ahí que, y entrando en materia, el análisis particular de cada caso permitió obtener información sustancial acerca de la manifestación de las categorías de análisis que guían la investigación de forma que se pueda describir la manifestación de estas, por lo que integrando los resultados obtenidos podemos concluir:

Durante la investigación se observo una total congruencia en los resultados obtenidos, existe una estrecha relación entre la manifestación de la autovaloración y autoestima de los sujetos. En este estudio se manifiesta con visible claridad bajos niveles de autoestima que contrastan con una inadecuada valoración de si mismos y de sus capacidades y potencialidades aunque en algunos casos en particular se pudo constatar que la valoración inadecuada se refería solamente en cuanto a la percepción de si mismo y se valora con certeza, adecuadamente la situación de la enfermedad y su maternidad.

Resulta interesante que el sistema motivacional en la mayoría de los casos se muestra reducido únicamente a la esfera familiar, donde son los hijos quienes conforman el sentido de vida de los sujetos y la fuente generadora de sus mayores gratificaciones y satisfacción de sus necesidades de afecto, siendo la esfera familiar reguladora de sus acciones. Aunque en algunos casos en

particular también sus sistema de motivaciones esta dirigido hacia la búsqueda de algunas distracciones, amistades y mejoramiento económico, pero mostrando manifestaciones de carencias y frustraciones al respecto.

Su sistema de relaciones se muestra reducido, escaso y muestra conflictos dados por el distanciamiento que los mismos sujetos se imponen dado por la percepción que tienen de rechazo, critica, poca aceptación de la sociedad y de las personas que lo rodean. En un caso específico existe un sistema de relaciones más amplio aunque este sujeto corrobora sentimientos de rechazo, y vivencia soledad y escasez afectiva.

Los sujetos del estudio manifiestan una ansiedad alta y media consideramos que debido a la percepción de riesgo que poseen de la enfermedad lo cual unido a situaciones desfavorables de su situación económica y conflictos en su esfera familiar o de relaciones interpersonales provocan estados de tensión, nerviosismo, preocupación, incertidumbre, no obstante resulta significativo que esto se muestra diferenciador en un caso, donde los niveles de ansiedad resultan bajos, creemos que esto puede estar dado por la forma de asumir y proyectar la vida, este sujeto regula sus acciones en la búsqueda de un circulo mas amplio de relaciones interpersonales sobreponiéndose incluso a los sentimiento de rechazo que experimenta.

El indicador depresión se manifiesta en común en la mayoría de los casos como depresión neurótica, los síntomas mas ilustrativos que se evidencian en los sujetos son anímicos donde disminuye la capacidad de disfrute de estos; cognitivos, hay incertidumbre acerca de su futuro, valoración de su presente respecto a su enfermedad asociado a temores; físicos como disminución de la libido; vinculares ya que la esfera de sus relaciones se empobrece, se produce distanciamiento y se vivencian sentimientos de rechazo y poca aceptación; y un circulo motivacional, estrecho, reducido. Solo uno de los casos refiere tener niveles normales de depresión.

Los rasgos de personalidad más significativos en los casos son perspicacia, calculador y mundano en cierto sentido podemos decir que estas cualidades se asocian en algunas ocasiones con comportamientos superficiales que conllevan una vida menos estructurada y estable. Seria poco propio hacer generalizaciones al respecto pues en otros casos los rasgos prominentes se refieren a características de rudeza y dominancia, los cuales a nuestro entender pueden vincularse a la forma de asumir la enfermedad, de responder ante el rechazo que los sujetos perciben y como un mecanismo que usan para intentar mantener el control y no exteriorizar sus debilidades y temores.

CONCLUSIONES

Conclusiones

- En los casos estudiados de mujeres que enfrentan el la maternidad viviendo con VIH/SIDA, se manifiestan como rasgos personalógicos esenciales un sistema motivacional pobremente estructurado así como una baja autoestima vinculada a la imagen del mundo y auto imagen inadecuadas, asumiendo una toma de decisiones conscientes a partir de las informaciones recibidas. Se caracterizan en el plano sexual por relaciones de parejas inestables (anteriores), en el plano de las relaciones interpersonales existen insatisfacciones a partir de la imagen que ellas tiene de los demás. Resultando interesante el nivel de pretensiones y aspiraciones con sus parejas y con la vida en general.

- Se destacan en los casos estudiado medios y altos niveles de ansiedad como rasgo y como estado, así como estado de depresión neuróticas, y tendencias a estados de frustración y conflictos sobre todos puestos de manifiesto en el momento de la toma de decisión de la maternidad.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones

- Orientar los profesionales que asisten a estas pacientes trabajar en las áreas de la autoestima, así como en la esfera motivacional de forma que estas pacientes sean capaces de desarrollar proyectos de vidas saludables.
- Se continué perfeccionada el sistema de atención a estas mujeres y sus parejas desde el punto de vista preventivo-educativo para que sean capases de decidir por una maternidad y/o paternidad responsable.
- Lograr de establecer la atención psicológica sistemática a estas parejas durante el embarazo así como en el puerperio tanto en el nivel primario de atención de salud, como en el secundario.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

Acevedo, G. I; Álvarez, R. S.; Cancio, E. I.; Hernández, P. O.; Duque, S. I.; Guillard, L. N. [et…al] (2004) *Manual para Promotoras de Salud*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.

Albear, T. O. y Lugo, C. I. (2003). *Conviviendo con VIH* (1ra edición). La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA.

Álvarez, G. A.; Villalón, O. M.; Amargos, G. G.; Fonseca, R. N.; Jiménez, L. L. y Reyes, G. W. (2004). *Viviendo con VIH: Manual para las personas que viven con VIH/ SIDA en Cuba*. La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA.

Ares, M. P. (2000). Grandes Cambios para la Familia: segunda parte. *Sexología y Sociedad,* 15 (6), 18-21.

Best, K. (2003). Anticoncepción hormonal e ITS. *Network en Español*, 3 (22), 20-21.

Blehar, M. D y Oren, D. A. (1997). Gender *Differences in Depresión*. Medscape Women's Health, 3 (2), 3-12.

Breteruide, D. S. (2003). Violencia y Derechos Humanos para las Mujeres. *Sexología y Sociedad*, 21 (9), 36-38.

Bobes, J.; Bousono, M.; Gonzáles, M. P. y Saiz, P. A. (2001). *Trastornos de Ansiedad y Trastornos Depresivos en Atención Primaria*. Barcelona, España: Masson, S. A.

Calviño, M. y Valdez, F. (2002). *Análisis Dinámico del Comportamiento*. La Habana: Félix Varela.

Colectivo de autores. (2003). *Psicodiagnóstico: Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.

Chacon, A. L; Álvarez, G. A.; Pesant, H. O.; Sánchez, F. J. (2004). *Conserjería en ITS y VIH: Información Básica*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.

Diamond, M. (2003). Componentes básicos de la sexualidad humana. *Sexología y sociedad*, 5 (23), 12-15.

Díaz, A. (1994). *La Sexualidad en las Enfermedades Crónicas. En Antología de la Sexualidad Humana*. (Tomo 3). México: Miguel Ángel Porrua.

DSM-IV (1997). *Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales*. Versión española. Barcelona: Masson.

Fernández, P. R. (1995). Comunicación en Salud Reproductiva. *Sexología y Sociedad*, 3 (1), 28-29.

Félix, L & Fuertes, A. (1994). *Para comprender la sexualidad.* (5a. ed.) Barcelona: Verbo Divino.

Fernández, L. (2002). *Personalidad y relaciones de pareja*. La Habana: Félix Varela.

Fleitas, R. R. (2002). Genero y Pensamiento Medico, Hacia un Nuevo Enfoque de la Salud Femenina. *Sexología y Sociedad*, 18 (8), 4-9.

Gonzáles, H. A. y Castellanos, S. B. (1998). La Sexualidad y los Géneros. *Sexología y Sociedad*, 9 (4), 28-33

González, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. La Habana: Pueblo y Educación.

González, M. R. (1998). *Clínica Psiquiatrita: básica actual*. Cuidad Habana, Cuba: Ciencia y Técnica.

González, R. F. y Mitjans, M. A. (1996). *La Personalidad su Educación Y Desarrollo*. La Habana: Pueblo Y Educación.

Guardia, D. R. y Gonzáles, N. I. (2004). Información del Diagnostico VIH/ SIDA a menores de 15 años. *Sexología y Sociedad*, 26 (10), 52-58.

Hernández, S. R. (2003). Metodología de la Investigación 1 (Vol. 1) La Habana: Félix Varela.

Ibarra, F., Balcells, J., Verdecia, I., Eng, A., Pérez, J., Vázquez, T. et. al. (1988). *Metodología de la Investigación Social*. La Habana: Pueblo y Educación.

La multiplicidad en la experiencia sexual humana. (2003)Recuperado el 10 de febrero del 2006 de http://www.saludhoy.com/htm/sexua/articulo/multsex1.html

La sexualidad femenina y el clítoris. (2006) Recuperado el 16 de marzo del 2006 de http://www.info-pene.com/sexualidad-femenina-clitoris/index.html

López, F. (1996). Historia de la sexología. *Sexología y sociedad*, 4 (5), 17-23.

Martínez, G. C. (2003). *Salud Familiar.* La Habana: Científico- Técnica.

Núñez de Villavicencio, P. F. (2001). *Psicología y Salud*. Cuidad de la Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

Ochoa, S. R.; Sánchez, F. J.; Villalón, M.; Duque, S. M; Hernández, F. M.; Cachon, A. L. y Pérez, P. F. (2003). *Manual para Médicos de Familia sobre ITS/ VIH/ SIDA.* Ciudad de la Habana, Cuba: Centro Nacional de Prevención de las ITS/ VIH / SIDA.

Padrón, D. R. (1990). *Temas de Reproducción Femenina.* La Habana: Científico-Técnica.

Pérez, P. F.; Álvarez, G. A.; Chacon, A. L.; Amargos, G. G.; Villalón, O. M.; Rivero, V. M.; Borroto, P. R. [et…al] (1999). *Conociendo sobre VIH: Manual para médicos de la Familia y el personal de Salud en Cuba. (1ra edición).* La Habana Centro Nacional de Prevención de ITS/ VIH/ SIDA.

Quade, G. (2002). *Aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción.* Recuperado el 15 de marzo del 2006 de www.meb.unibonn.de/cancernet/spanish/310207.html

Roca, P. M. (2000). *Psicología Clínica: Una visión general.* La Habana: Félix Varela.

Rodríguez, G. G.; Gil, F. J. y García, J. E. (2004). *Metodología de la Investigación Cualitativa.* La Habana: Félix Varela.

Senado**,** J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. [versión electrónica] *Rev. Cubana Med Gen Integr* 15 (4):453-460

ANEXOS

Anexo # 1

Modelo de la Historia Psicosocial

1. Datos de Identidad Personal:

a) Nombre
b) Edad
c) Sexo
d) Raza
e) Lugar de nacimiento
f) Estado civil
g) Dirección
h) Teléfono

2. Motivo de Ingreso
3. Historia de la enfermedad actual (Indagar posibilidades de influencia de factores psicosociales en la etiología del M.I.)
4. Historia Personal:
    a) Antecedentes patológicos personales
    b) Antecedentes patológicos familiares
    c) Nacimiento y desarrollo
    d) Hábitos de alimentación
    e) Hábitos de vida
    f) Aspectos socioeconómicos (incluye características de la vivienda, ingreso total del núcleo, ingreso percápita, índice de hacinamiento, relación de convivientes trabajadores que sostiene el hogar).
    g) Historia escolar y escolaridad actual (incluye adaptación general a la escuela, grados repetidos, aprovechamiento, relaciones con alumnos y profesores, desarrollo vocacional).

h) Historia ocupacional. Trabajo actual. (Incluye valoración de la estabilidad laboral, satisfacción laboral y vocacional, relaciones con compañeros y autoridades, valoración de los cambios de trabajo).

i) Historia Psicosocial familiar. (Convivencia actual. Hogar de crianza, personas que lo componían y relaciones entre ellos. Celos, rivalidades, antagonismos, figuras de apoyo. Características de padres, hermanos y/o personas de significación. Orden de nacimiento. Vivencia de esa etapa. Atmósfera afectiva del hogar).

j) Historia Psicosexual. (Características de la relación actual de pareja. Estabilidad amorosa. Información aportada por los padres en su momento sobre lo sexual, existencia de alguna disfunción o desviación sexual).

k) Relaciones sociales (medio familiar, laboral, político-social, religioso, etc.).

l) Intereses culturales y recreativos. Empleo del tiempo libre.

m) Postura filosófica y política. Grado de integración con su medio.

5. Revisión psicosocial de sus problemas actuales (familiares, amorosos, laborales, económicos, matrimoniales, de vivienda, sentimentales, etc.) y grado en que se siente afectado por ellos.
6. Reacción ante al enfermedad:
   a) Apática (no participa adecuadamente en el tratamiento, no sigue un régimen de vida ajustado a su patología, es indolente).
   b) Adecuada (participa en el tratamiento y lleva un régimen de vida acorde)
   c) Exagerada 9innecesariamente ansioso, preocupado en exceso).
7. Observaciones y conclusiones.

Anexo # 2

Departamento de Psicología. Test de Zung y Conde

Nombre: _____ Edad:

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Preguntas	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1- Me siento triste y deprimido.				
2- Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
3-Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4- Me cuesta trabajo dormir o duermo mal por las noches.				
5- Ahora tengo apetito como antes.				
6-Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.				
7- Creo que estoy adelgazando.				
8- Estoy estreñido.				
9- Tengo palpitaciones.				
10- Me canso por cualquier cosa.				
11- Mi cabeza está tan despejada como siempre.				
12-Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13- Me siento agitado e intranquilo.				
14-Tengo confianza, esperanza en el futuro.				
15-Me siento más agitable que habitualmente.				
16- Encuentro fácil tomar decisiones.				
17-Me creo útil y necesario a la gente.				
18-Encuentro agradable vivir.				
19-Sería mejor para los demás que yo muriera.				
20- Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradan.				

Anexo # 3

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
TEST DE COMPLETAMIENTO DE FRASES (ROTTER)

Nombre: _____ Edad:

Instrucciones: Complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas, y opiniones. Trate de completar todas las frases.

1. Me gusta
2. El tiempo más feliz
3. Quisiera saber
4. En el Hogar
5. Lamento

6. A las horas de acostarme
7. Los hombres
8. El mejor
9. Me molesta
10. La gente
11. Una madre
12. Siento
13. Mi mayor temor
14. En la escuela
15. No puedo
16. Los deportes
17. Cuando yo era niño (niña)
18. Mis nervios
19. Las otras personas
20. Sufro
21. Fracasé
22. La lectura
23. Mi mente
24. El impulso sexual
25. Mi futuro
26. Yo necesito
27. El matrimonio
28. Estoy mejor cuando
29. Algunas veces
30. Me duele
31. Odio
32. Este lugar
33. Estoy muy
34. La preocupación fundamental

Anexo # 3

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
TEST DE COMPLETAMIENTO DE FRASES (ROTTER)

Nombre: _____ Edad:

Instrucciones: Complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas, y opiniones. Trate de completar todas las frases.

35. Deseo
36. Mi padre
37. Yo secretamente
38. Yo
39. Las diversiones

40. Mi mayor problema es
41. La mayoría de las mujeres
42. El trabajo
43. Amo
44. Me pone nervioso
45. Mi principal ambición
46. Yo prefiero
47. Mi problema principal en la elección de carrera, profesión y trabajo
48. Quisiera ser
49. Creo que mis mejores actitudes son
50. Mi personalidad
51. La felicidad

Anexo # 4

Escala de Auto Valoración Dembo-Rubinstein

Nombre:

Fecha:

Salud

- ¿Que personas colocaría usted entre las mas sanas?
- ¿Por qué se ubica usted ahí?
- ¿Qué le falta para ser una persona saludable?

Relación de pareja

- ¿Qué considera usted es una relación estable?
- ¿Por que se ubica usted ahí?
- ¿ Que le faltaría para

Aspiraciones de pareja

- ¿cuales son las máximas aspiraciones de una pareja?
- ¿Por qué se ubica usted ahí?
- ¿Qué le hace falta para considerarse que ha satisfecho sus aspiraciones

Autoconfianza

- ¿Que considera usted que es la autoconfianza?
- ¿Por qué se ubica usted ahí?
- ¿Qué le falta para tener confianza en si misma?

Anexo # 4

Escala de Auto Valoración Dembo-Rubinstein

Nombre:

Fecha:

Depresión

- ¿Qué personas considera usted que esta deprimida?
- ¿Por que se ubica usted ahí?
- ¿Que le seria necesario para no ser una persona deprimida?

Frustración

- ¿Que persona considera la mas frustrada?
- ¿Por qué se ubica usted ahí?
- ¿Qué considera le faltaría para ser una persona no frustrada?

Felicidad

- ¿Que personas considera las mas felices?
- ¿Por que se ubica usted ahí?
- ¿Que le faltaría usted para no ser una persona triste?

Maternidad

- ¿Que significa para usted la maternidad?
- ¿Por que se ubica usted ahí?
- ¿Que le faltaría para ser una madre feliz?

Autoestima

- ¿Que es la autoestima para usted?
- ¿Por que se ubica usted ahí?
- ¿Que le faltaría para mejorar sus autoestima?

Anexo # 4

Salud

relación de pareja

aspiraciones de pareja

Depresión

Frustración

Maternidad

Autoestima

Autoconfianza

Felicidad

Anexo # 5

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.
IDARE

Nombre:_____ Edad:
Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

No	Vivencias	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Me siento a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento con confianza en mi mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy agitado				
14	Me siento a punto de explotar				
15	Me siento relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy preocupado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

Anexo # 5

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.
IDARE

Nombre: _____ Edad:
Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente generalmente, habitualmente.

No	Vivencias	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21	Me siento mal				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme				
26	M siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mi mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y alterado				

Anexo # 6

RAMDI

NOMBRE: _____

EDAD: _____

Lee cuidadosamente estas instrucciones.

Escribe a continuación diez deseos tuyos, tanto positivos como negativos. Trata de escribir claro. Es importante que seas plenamente sincero y digas realmente lo que deseas, según sea tu caso particular.

No es necesario que pienses mucho para responder. Escribe simplemente lo primero que te ocurra cuando leas las frases incompletas.

1. Yo deseo _____
2. Yo deseo _____
3. Yo deseo _____
4. Yo deseo _____
5. Yo deseo _____
6. Yo deseo _____
7. Yo deseo _____
8. Yo deseo _____
9. Yo deseo _____
10. Yo deseo _____

Lee cuidadosamente estas instrucciones.

Te pedimos que inventes una persona, no trates de recordar algún personaje que tu conoces de la vida real, de una película o de una novela. Es necesario que escribas claro y no pienses mucho para responder. Escribe lo primero que se te ocurra al contestar las siguientes preguntas.

¿Que edad tiene el personaje que inventaste?

¿Cuál es su sexo?

Anexo # 6

Escribe los diez seseos de esa persona, tanto los positivos como los negativos. No es necesario que pienses mucho para responder. Escribe lo primero que se te ocurra cuando leas las siguientes frases incompletas.

1. El o Ella desea _____
2. El o Ella desea _____
3. El o Ella desea _____
4. El o Ella desea _____
5. El o Ella desea _____
6. El o Ella desea _____
7. El o Ella desea _____
8. El o Ella desea _____
9. El o Ella desea _____
10. El o Ella desea _____

Anexo # 7

Composición

Instrucciones

Este trabajo resulta de mucho valor para nuestra investigación por lo que agradeciéremos mucho tu más sincera cooperación. Quisiera que nos escribieras una composición lo mas completa posible (no nos fijaremos ni evaluaríamos ni redacción ni ortografía) Sobre el tema siguiente.

“El Sentido di mi vida”

Anexos # 8

Departamento de Psicología.
Inventario de autoestima

Nombre: _____

Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación de acuerdo con el asunto planteado.

(a)

Article II. PROPOSICIONES	**Artic I**	**Artic O**
1-Generalmente los problemas me afectan poco		
2- Me cuesta trabajo hablar en público.		
3- Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi.		
4- Puedo tomar fácilmente una decisión.		
5- Soy una persona simpática.		
6- En mi casa me enojo fácilmente.		
7- Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.		
8- Soy una persona popular entre las personas de mi edad.		
9- Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.		
10- Me doy por vencido (a) fácilmente.		
11- Mi familia espera demasiado de mí.		
12- Me cuesta trabajo aceptarme como soy.		
13- Mi vida es muy complicada.		
14- Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.		
15- Tengo mala opinión de mi mismo.		
16- Muchas veces me gustaría irme de casa.		
17- Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo.		
18- Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente.		
19- Si tengo algo que decir generalmente lo digo.		
20- Mi familia me comprende.		
21- Los demás son mejores aceptados que yo.		
22- Siento que mi familia me presiona.		
23- Con frecuencia me desanimo por lo que hago.		
24- Muchas veces me gustaría ser otra persona.		
25- Se puede confiar poco en mí.		

Anexo # 9

16 P. F. Forma C

Las preguntas de este folleto le dan la oportunidad de expresar como es usted, cuales son sus gustos, sus intereses, sus actividades. Como cada persona es diferente, en realidad no hay repuestas “correctas” o “incorrectas”, sino solo que son verdaderas o falsas en su caso.
Lea ahora las preguntas y marque con un X la repuesta a), b), o c) seleccionada en la hoja de repuesta.

1. Creo que mi memoria es hoy mejor que nunca.
   a) Cierto b) Dudoso c) Falso
2. Podría vivir solo, felizmente, lejos de cualquiera, como un ermitaño.
   a) Cierto b) Dudoso c) Falso
3. Si yo digo que el cielo esta “abajo” y el inverno es “caliente”, a un criminal llamaría:
   a) Un bandolero b) Un santo c) Una nube
4. Cuando veo personas “sucias”, desaseadas:
   a) Simplemente las acepto
   b) Dudoso
   c) Me molesta y me disgusta
5. Me molesta escuchar a la gente decir que puede hacer algo mejor que otros.
   a) Si b) A veces c) No
6. En las fiestas dejo que sean otros personas las que hagan chistes y los cuentos.
   a) Si b) A veces c) No
7. Cuando tengo un tiempo libre siento que mi deber es emplearlo en actividades de utilidad social.
   a) Si b) Dudoso c) No

8. La mayoría de las personas que veo en una fiesta indudablemente se alegran de encontrarse conmigo.
   a) Si b) A veces c) No
9. Como ejercicio prefiero:
   a) Esgrima y baile b) Dudoso c) Lucha y pelota
10. Me sonrío de la gran diferencia que hay entre lo que hacen las personas y lo que dicen hacer.
   a) Si b) A veces c) No
11. Cuando niño me sentía triste al dejar el hogar para ir a la escuela cada día.
   a) Si b) A veces c) No
12. Si se pasa por alto una buena observación mía:
   a) La dejo pasar.
   b) Dudoso
   c) Doy a la persona la oportunidad de escucharla nuevamente.
13. Cuando alguien tiene malos modales pienso:
   a) Que no es asunto mío
   b) Dudoso
   c) Que debo mostrar a la persona que la gente lo desaprueba
14. Al conocer una nueva persona prefiero:
   a) Discutir can ella sus puntos de vista políticos y sociales.
   b) Dudoso
   c) Que me cuente algunos buenos chistes.
15. Cuando planeo algo me gusta hacerlo totalmente solo, sin ninguna ayuda externa.
   a) Si b) A veces c) No
16. Evito consumir tiempo sonando acerca de:”lo que pudiera haber sido”
   a) Si b) A veces c) No
17. Cuando voy a tomar un tren, me siento algo apresurado, tenso o ansioso, aunque sepa que tengo tiempo.
   a) Si b) A veces c) No

18. Algunas veces he tenido, aunque brevemente, sentimientos hostiles hacia mis padres.
    a) Si b) Dudoso c) No
19. Yo podría ser feliz en un trabajo que requiera escuchar todo el día quejas desagradables de clientes y empleados.
    a) Si b) Dudoso c) No
20. Pienso que el opuesto de “inexacto” es:
    a) Casual b) Preciso c) Aproximado
21. Siempre dispongo de gran cantidad de energía en el momento que lo necesito.
    a) Si b) Dudoso c) No
22. Me seria extremadamente penoso decir a la gente que he pedido dinero prestado.
    a) Si b) Dudoso c) No
23. Disfruto grandemente todas las grandes reuniones como fiestas y bailes.
    a) Si b) A veces c) No
24. Pienso que:
    a) Algunos trabajos no requieren hacerse tan cuidadosamente como otros.
    b) Dudoso
    c) Cualquier trabajo debe ser realizado a “conciencia” si es que ha de hacerse.
25. Me disgusta la forma que algunas personas lo miran a uno en calles o tiendas.
    a) Si b) Dudoso c) No
26. Yo preferiría destacarme:
    a) Como artista b) Dudoso c) Como atleta
27. Si un vecino me engaña en cosas triviales, prefiero “hacerme de la vista gorda” que desenmascararlo.
    a) Si b) Dudoso c) No
28. Preferiría ver:

a) Una buena película sobre los días difíciles de la guerra.
b) Dudoso
c) Una comedia ingeniosa sobre la sociedad del futuro.

29. Cuando se me pone a cargo de una cosa, insisto en que mis instrucciones seguidas, o de lo contrario renuncio.

a) Si b) A veces c) No

30. Encuentro juicioso evitar una excitación excesiva porque esto tiende a agotarme.

a) Si b) A veces c) No

31. Si fuera bueno en ambas cosas preferiría jugar:

a) Ajedrez b) Dudoso c) Bolos

32. Pienso que es cruel vacunar a los niños muy pequeños, aun contra enfermedades infecciosas y los padres tienen derecho a oponerse.

a) Si b) Dudoso c) No

33. Tengo mas fe:

a) En la acción planificada
b) Dudoso
c) En la buena suerte

34. Siempre que lo necesito puedo olvidar mis inquietudes y responsabilidades.

a) Si b) A veces c) No

35. Encuentro difícil admitir que estoy equivocado.

a) Si b) A veces c) No

36. En una fabrica preferiría estar a cargo de:

a) Maquinaria o mantenimiento de registros.
b) Dudoso
c) Emplear y conversar con el nuevo personal.

37. Que palabra no corresponde con las otras dos:

a) Gato b) Cercano c) Sol

38. Mi salud es afectada por cambios súbitos, causando por este motivo que altere mis planes.

a) Si b) A veces c) No

39. Me complace ser servido, en momentos apropiados, por sirvientes personales.

a) A menudo b) Raras veces c) Nunca

40. Me siento algo torpe en compañía de otras personas de modo que no puedo hacer el buen papel que debería.

a) Si b) A veces c) No

41. Pienso que las personas deberían observar las leyes morales mas estrictamente de lo que lo hacen.

a) Si b) A veces c) No

42. Algunas cosas me ponen tan irritado que prefiero no hablar.

a) Si b) Dudoso c) No

43. Puedo realizar trabajos físicos duros sin agotarme tan pronto como otras personas.

a) Si b) A veces c) No

44. Pienso que la mayoría de los testigos dicen la verdad aun cuando resulte penoso.

a) Si b) Dudoso c) No

45. Considero que es mas provechoso caminar de un lado a otro cunado estoy pensando:

a) Si b) Dudoso c) No

46. Pienso que este país haría mejor en gastar mas en:

a) Armamentos b) Dudoso c) Educación

47. Preferiría emplear una noche:

a) En un juego difícil de cartas
b) Dudoso
c) Mirando fotos de vacaciones anteriores.

48. Preferiría leer:

a) Una buena novela histórica.
b) Dudoso

c) Un ensayo de un científico sobre el domino de los recursos mundiales.

49. En realidad en el mundo existen mas personas agradables que desagradables.

a) Si b) Dudoso c) No

50. Honestamente pienso que soy mas planificado, energético y emprendedor que muchas de las personas a quienes les va tan bien como a mi.

a) Si b) A veces c) No

51. Hay momentos que no me siento con la debida disposición de ánimo para ver a ninguna persona.

a) Muy raramente
b) Dudoso
c) Con bastante frecuencia

52. Cuando se que estoy haciendo algo correcto, encuentro la tarea fácil.

a) Siempre b) A veces c) Rara vez

53. Yo preferiría:

a) Estar en una oficina comercial, organizando y recibiendo personas.
b) Dudoso
c) Ser arquitecto trazando

54. El negro es el gris como el dolor es a :

a) La herida b) La enfermedad c) La incomodidad

55. Siempre duermo profundamente sin caminar a hablar en sueños.

a) Si b) Dudoso c) No

56. Puedo mirar a cualquiera directamente a ka cara y decir una mentira (si es con un fin correcto).

a) Si b) A veces c) No

57. Yo he participado activamente en la organización de clubes, equipos o grupos sociales.

a) Si b) A veces c) No

58. Yo admiro mas:

a) Un hombre inteligente aunque poco confiable.

b) Dudoso

c) Un hombre promedio, pero fuerte para resistir las tenciones.

59. Cuando planteo una queja justa siempre logro que las cosas se ajusten a mi satisfacción.

a) Si b) A veces c) No

60. Circunstancias desalentadoras pueden llevarme cercano a las lágrimas.

a) Si b) A veces c) No

61. Pienso que muchos países son realmente mas amistosos de lo que suponemos.

a) Si b) A veces c) No

62. Hay momentos, todos los días, en que deseo disfrutar mis pensamientos sin ser interrumpido por otras personas.

a) Si b) Dudoso c) No

63. Me molesta ser limitado por pequeñas leyes y reglamento, aunque admito que son realmente necesario.

a) Si b) Dudoso c) No

64. Pienso que mucho de la llamada educación moderna “progresista” es menos acertada que el viejo criterio de que “si no se pega al niño, se malcría”.

a) Cierto b) Dudoso c) Falso

65. En mis días escolares aprendí mas:

a) Concurriendo a clases

b) Dudoso

c) Leyendo un Libro

66. Evito verme envuelto en responsabilidades y organizaciones sociales.

a) Cierto b) A veces c) Falso

67. Cuando un problema se hace difícil y hay mucho que hacer, pruebo:

a) Un problema diferente

b) Dudoso

c) Un enfoque diferente sobre el mismo problema

68. Sufro de fuertes estados emocionales, ansiedad, ira, risa, etc. Que parece tener causa real.

a) Si b) A veces c) No

69. Hay ocasiones en que mi mente no trabaja con tanta claridad como en otras.

a) Cierto b) Dudoso c) Falso

70. Me agrada complacer a otras personas haciendo los compromisos en las horas que ello desean, aunque sea algo inconveniente para mí.

a) Si b) A veces c) No

71. Estimo que el numero apropiada para continuar la serie es 1,2,3,6,5,es:

a) 10 b) 5 c) 7

72. Soy propenso a criticar el trabajo de otros.

a) Si b) A veces c) No

73. Prefiero prescindir de algo que cuasar a un camarero un gran trabajo extra.

a) Si b) A veces c) No

74. Me encanta viajar, en cualquier momento.

a) Si b) A veces c) No

75. A veces he estado a punto de desmayarme ante un dolor violento o a la vista de sangre.

a) Si b) Dudoso c) No

76. Disfruto mucho al conversar con otras personas sobre problemas locales.

a) Si b) A veces c) No

77. Preferiría ser:

a) Ingeniero de construcciones
b) Dudoso
c) Profesor de teorías y costumbres sociales.

78. Tengo que refrenarme para no involucrarme demasiado en los problemas de los de mas.

a) Si b) A veces c) No

79. Encuentro que la conversación de mis vecinos es aburrida y tediosa.
    a) En la mayoría de la casos.
    b) Dudoso
    c) Solo en algunos casos.
80. Por lo general yo no nota la propaganda disimulada en lo que leo, a no ser que alguien me lo señale.
    a) Cierto b) A veces c) Falso
81. Opino que todo cuento y película deben tener una moraleja.
    a) Si b) A veces c) No
82. Surgen mas problema que las personas:
    a) Que cambian y modifican métodos que hasta a ahora han dado resultado.
    b) Dudoso
    c) Que rechazan nuevos métodos prometedores.
83. Algunas veces dudo usar mis propias ideas por temor a que sean poco prácticas.
    a) Si b) Dudoso c) No
84. Las personas “estiradas”, estrictas, parecen no llevarse bien conmigo.
    a) Cierto b) A veces c) Falso
85. Mi memoria no cambia mucho de un día otro.
    a) Cierto b) A veces c) Falso
86. Puede que yo sea considerado mas con otros personas que lo que ellas son conmigo.
    a) Cierto b) A veces c) Falso
87. Me modero mas que la mayoría de las personas en expresar cuales son mis sentimientos
    a) Si b) A veces c) No
88. Si dos manecillas del reloj se juntan exactamente cada 65 minutos, el reloj esta funcionado:
    a) Atrasado b) A su hora c) Adelantado

89. Me pongo impaciente, y comienzo y disgustarme y alterarme cuando las personas me demoran innecesariamente.

a) Cierto b) A veces c) Falso

90. La gente dice que me gusta que las cosas se hagan a mi modo.

a) Cierto b) A veces c) Falso

91. Generalmente no diría nada si los instrumentos que me entregan para realizar un trabajo no son del todo adecuados.

a) Cierto b) A veces c) Falso

92. En mi hogar, cuando dispongo de un tiempo libre, yo:

a) Lo uso para conversar
b) Dudoso
c) Planifico para emplearlo en trabajos especiales.

93. Soy tímido, y cuidadoso para hacer nuevas amistades.

a) Si b) A veces c) No

94. Creo que lo que las personas dicen e la poesía podría decirse igual en prosa.

a) Si b) A veces c) No

95. Sospecho que las personas que actúan amistosamente para conmigo pueden ser desleales a mis espaldas.

a) Si, generalmente b) En ocasiones c) No, muy rara vez

96. Pienso que aun las experiencias mas dramáticas que tengo durante el ano dejan mi personalidad casi lo mismo que era.

a) Si b) A veces c) No

97. Tiendo a hablar más bien lentamente.

a) Si b) A veces c) No

98. Siento temores irrazonables o aversiones por algunas cosas, por ejemplo, ciertos animales, lugares, etc.

a) Si b) A veces c) No

99. En una tarea en grupo preferirá:

a) Ser quien ensaye en la organización

b) Dudoso

c) Llevar los registros y ver que las reglas sean observadas

100. Para opinar bien sobre un asunto social, leería:

a) Una novela sobre el tema ampliamente recomendada.

b) Dudoso

c) Un texto enumerando datos, estadísticas y otros.

101. Tengo sueños bastante fantásticos o ridículos (durmiendo).

a) Si b) A veces c) No

102. Si se me deja en una casa solitaria, después de un tiempo, tiendo a sentirme ansioso o temeroso.

a) Si b) A veces c) No

103. Puedo engañar a las personas portándome amistosos cuando realmente las detesto.

a) Si b) A veces c) No

104. Que palabra no corresponde con las otras dos:

a) Correr b) Ver c) Tocar

105. Si la madre de Maria es hermano de Federico, que parentesco existe ente Federico y el padre de Maria:

a) Primo b) Sobrino c) Tío