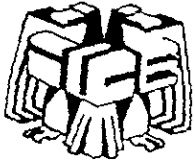


315011



UNIVERSIDAD SALESIANA

Incorporado a la Universidad Nacional
Autónoma de México

*“Estudio Comparativo de niveles de
ansiedad en psicólogos que laboran
con pacientes VIH positivos”*

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA

Luis Eduardo Valadez Garson

Lic. María Elizabeth Ramírez López
ASESORIA

México, D.F.

2000.

28/9/00



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que hicieron posible este trabajo...

A mis padres que se esforzaron lo más que pudieron para hacer de mí un hombre de bien, con una educación universitaria.

A mis asesores y maestros que con su paciencia y conocimientos hicieron posible la culminación de este trabajo.

Quisiera agradecer de manera especial al Dr. Jaime Arturo Castrellón quien fue mi motivación, apoyo y guía en la elaboración de este trabajo.

A la institución SER HUMANO A.C. y al personal que labora ahí, ya que gracias a ellos fue posible realizar la presente investigación.

A mi esposa Andrea quien me ha brindado un apoyo incondicional en los momentos más cruciales de mi vida. Así también a mis amigos y compañeros de terapia que me alentaron a creer en mí y me ofrecieron las ideas y la posibilidad de cambiar a pesar de los contratiempos que yo en su tiempo veía insuperables.

ESTUDIO COMPARATIVO DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PSICÓLOGOS QUE LABORAN CON PACIENTES VIH POSITIVOS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I El manejo de la Ansiedad dentro del Marco Teórico Psicoanalítico	
1.1 Concepto de Ansiedad y Angustia (lo orgánico vs. lo psíquico).....	4
1.1.1 La Ansiedad como mecanismo biológico de supervivencia.....	9
1.1.2 Ansiedad Rasgo y Ansiedad estado.....	13
1.2 Lo Psicoanalítico: La Ansiedad como mecanismo psíquico.....	14
CAPITULO II Sobre la Muerte	
2.1 Algunas concepciones sobre la Muerte.....	21
2.2 Antropología de la Muerte	24
2.3 La muerte como un fenómeno social hasta nuestros días.....	31
2.4 Fases del Duelo.....	36
2.4 Definición de paciente terminal.....	40
CAPITULO III El SIDA como enfermedad terminal.	
3.1. Antecedentes Históricos.....	42
3.2 Aspectos Médicos.....	46
3.3 Aspectos Socioculturales sobre SIDA.....	57
3.4 Aspectos Psicológicos sobre SIDA.....	64
CAPITULO IV Contrarreacciones Psicológicas del especialista en salud ante la muerte por SIDA.	
4.1 La <i>Contratransferencia</i>	74
4.2 Definición de Contrarreacciones.....	80
4.2.1 Tipos de Contrarreacciones.....	83
CAPITULO V Instrumento	
5.1 Test Idare (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado).....	96

CAPITULO VI Metodología

6.1 Planteamiento del Problema.....	99
6.2 Selección de la Muestra.....	101
6.3 Instrumentos.....	102
6.4 Escenario.....	102
6.5 Procedimiento.....	103

CAPITULO VII Resultados y Análisis de los resultados

7.1 Prueba Estadística Empleada.....	105
7.2 Hipótesis Nula.....	105
7.3 Hipótesis Alterna.....	106
7.4 Concentrado de Datos.....	108
7.5 T de Student de las calificaciones de los Idares aplicados.....	117

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	124
--	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	129
--------------------------	------------

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo principal medir niveles de *ansiedad en el desempeño* del rol profesional del psicólogo como especialista de la salud. En este sentido, todo psicólogo se tiene que enfrentar a una multitud de dificultades durante la práctica. Por ejemplo, el aprender a controlar sus emociones incluyendo su agresión, ansiedad, fantasías de omnipotencia, fantasías persecutorias, fantasías de reparación entre otras.

Entre las emociones más difíciles de controlar quizás se encuentren las ansiedades frente al fenómeno de la muerte. Asumir la muerte de otro implica primeramente asumir la propia muerte. Ahora bien, si a esto se le agrega que la muerte del otro se da como resultado producido por una enfermedad mortal, de la cual se tiene todavía poca información y aún no se tiene algún tipo de vacuna y mucho menos una cura, esto agrava más aún la situación del profesionista que tiene que lidiar no sólo con los temores del paciente terminal ante su muerte sino también contra sus propios temores ante esta.

Es común que surjan como reacción en estos profesionistas el temor a ser contagiado, la negación de la problemática del paciente como mecanismo de defensa, la ira como mecanismo de distanciamiento, y también en algunos casos la omnipotencia del psicólogo ante el paciente, su enfermedad y la muerte.

Todos los seres humanos sabemos que algún día vamos a morir. Esta idea influye poderosamente en nuestras conductas, generando una serie de emociones, sentimientos y actitudes, siendo, según diversos estudios, la ansiedad y el miedo las respuestas típicas más frecuentes ante la muerte. (Meyer 1982, Kübler Ross 1993, Alizade 1996)

Es por ello, que para todas las personas debe haber un momento de enseñanza sobre el significado de la muerte y, en una forma muy especial para los trabajadores de la salud que a diario conviven con ella: en su propia persona, en la de sus pacientes y en las de sus familiares y seres queridos.

A nivel empírico se ha investigado el miedo/ansiedad ante la muerte en niños, adolescentes, adultos y ancianos, con todo tipo de variables. Los resultados por el momento no son muy claros, debido sobre todo a la diversidad y a la variedad de las muestras utilizadas. Sin embargo, se ha podido precisar que lo que determina preferentemente el grado de miedo/ansiedad ante la muerte, viene dado sobre todo por la personalidad del sujeto, su experiencia personal respecto al tópico de la muerte y el ambiente social que le rodea.

Por este motivo se hace pertinente el poder profundizar sobre el tema de las ansiedades de los profesionales de la salud, en este caso las contrarreacciones en psicólogos, ante la enfermedad y la muerte.

En el primer capítulo de este trabajo se busca definir el concepto de ansiedad como un mecanismo integral que comprende lo psíquico y lo biológico, a su vez se hace un análisis profundo de los teóricos que influyeron en tales concepciones.

En el segundo capítulo se discutirá el concepto de muerte desde el punto de vista histórico social. Se definirá el concepto de paciente terminal y por último se determinarán cuales son las fases del duelo por las cuales atraviesa el paciente terminal.

En el tercer capítulo se hace una breve revisión a los antecedentes históricos del SIDA, tomando en cuenta los aspectos socioculturales y psicológicos de la enfermedad.

Al revisar el cuarto capítulo se rescatarán temas tales como el de la contratransferencia. Se describirán los tipos de contrarreacciones más comunes de los psicólogos ante el temor a la muerte, ahondando en las últimas investigaciones sobre este tema. Como último subtema en este capítulo se abordarán las contrarreacciones en las instituciones.

En el capítulo cinco se hará una descripción del instrumento empleado (en este caso el test Idare) dando información general sobre su historia, confiabilidad, validez y características más esenciales.

En el capítulo seis se discutirán el análisis de los resultados de la aplicación de un instrumento de ansiedad a un grupo de profesionales de la psicología desde el punto de vista metodológico experimental.

En el capítulo siete se analizarán los resultados obtenidos, haciendo inferencias sobre los factores que pudieron haber influido para que se dieran tales resultados. Al finalizar el presente trabajo se encontrarán las conclusiones a las que se llegaron.

Como nota final es importante señalar que cada capítulo tiene su razón de ser: Así en el capítulo 1 se descubrirá que la ansiedad puede surgir como respuesta ante un peligro, ya sea real o imaginario. El capítulo 2 intentará demostrar como la muerte es un concepto negativo, que es considerada como una desgracia o un peligro a evitar en la sociedad actual. En el capítulo 3 se analizarán las consecuencias biopsicosociales de la enfermedad originada por el VIH y se encontrarán una paridad hasta el momento inseparable "SIDA=Muerte" (y posible contagio). Finalmente se analizarán en el capítulo 4 las contrarreacciones de los profesionistas en salud mental haciendo hincapié en las contrarreacciones de ansiedad al percibir al paciente infectado por el VIH como un potencial factor de riesgo por contagio.

CAPITULO I
EL MANEJO DE LA ANSIEDAD DENTRO DEL MARCO TEÓRICO
PSICOANALÍTICO.

1.1 Concepto de Ansiedad y Angustia (lo orgánico vs. lo psíquico)

Según Arno F. Wittig (1985) existen tres tipos fundamentales de emoción: el temor, la ira y el placer. Este estudio sólo se abocará a analizar la emoción del temor y lo que podrían denominarse sus derivados, es decir, la ansiedad y la angustia.

Una de las primera alusiones al término se encuentra en Charles Darwin citado por Charles Spielberger (1980) que afirma que el miedo o temor ha tenido una participación muy importante en la evolución. Tal y como lo describe en su libro *The expressions of Emotions in Man and Animals* (1872). Donde Darwin sostenía que el potencial para experimentar esta emoción era una característica propia tanto en los hombres como en los animales. No es difícil imaginar dentro del marco de su teoría como se relaciona este hecho: Ante un peligro externo el animal en peligro tenía dos alternativas pelear o huir, procurando su supervivencia y de esta manera la de su especie.

Como ya se mencionó al inicio, la ansiedad y la angustia proceden de una raíz común, el temor: Quizás ésta es la razón por la cual algunos autores no hacen

diferenciación alguna entre ansiedad y angustia usándolos como sinónimos; mientras que otros puntualizan diferencias entre una y otra.

Se tiene el caso de Brissaud citado por Diel (1986) que afirma que angustia y ansiedad no es lo mismo, haciendo la diferenciación tajante entre una y otra, impugnándole a la angustia el carácter de perturbación orgánica y a la ansiedad la repercusión afectiva de esta.

En oposición a este autor Juliette Boutonier citada por Diel (1986) debate la definición de Brissaud. Diciendo al respecto que pretender hacer del concepto de angustia una sensación orgánica es cometer un error o inclinar al espíritu a cometerlo, porque conduce a un callejón sin salida, ya que al no explicar el concepto de angustia y calificarla como orgánica se tiende a desentenderse de ella, volviéndola a encontrar en la palabra ansiedad.

Otros autores en cambio parten de los conceptos de las ciencias físicas, para conceptualizar estos estados emocionales, de esta manera Charles Spielberger (1980) menciona que en el Siglo XIV, el término tensión, se usó para describir por primera vez un estado de angustia. Agregando que durante los siglos XVIII y XIX, el significado popular de la palabra tensión pasó a denotar una fuerza, presión o influencia poderosa ejercida sobre un objeto físico o una persona.

Más adelante en su libro Spielberger (1980) comenta que a principios del Siglo XX Sir William Osler, un renombrado médico británico, comparó "la tensión y las deformaciones" con el "trabajo pesado y las preocupaciones", indicando que tales condiciones contribuían al desarrollo de enfermedades cardíacas. Según Spielberger al comparar la tensión con el trabajo pesado, y a las deformaciones con las preocupaciones, Osler aplicó las definiciones usadas en la física y la ingeniería a *problemas de adaptación y del comportamiento humanos*.

Otros autores como J. Laplanche y J.-B Pontalis (1983) en su "Diccionario de Psicoanálisis" señalan que el mismo Freud distingue 3 tipos de angustia: la angustia crónica, la angustia pura y la expectación ansiosa.

"...Desde el punto de vista nosográfico, Freud aísla del síndrome clásicamente descrito como neurastenia una afección centrada en torno al síntoma fundamental de la angustia. Sobre un fondo de "excitabilidad general" destacan diferentes formas de angustia: angustia crónica o expectación ansiosa, susceptible de ligarse a todo contenido representativo capaz de ofrecerle un soporte; ataque de angustia pura, (por ejemplo *pavor nocturnus*), acompañado de o reemplazado por diversos equivalentes somáticos (*vértigo, disnea, trastornos cardíacos, sudoración etc.*); síntomas fóbicos, en los que el afecto de angustia se halla ligado a una representación, pero sin que pueda reconocerse en ésta un substitutivo simbólico en una representación reprimida"...(Pag. 242)

Coincidiendo con lo que dicen J. Laplanche y J.-B Pontalis en Freud (1894) se observa que su artículo sobre Neurosis de angustia es un primer intento de sistematizar su conceptualización de la angustia y así mismo el origen de esta, con el fin de diferenciarla de la neurastenia.

En este artículo de Freud (1894), es rescatable el hecho de la nomenclatura que utiliza al describir los síntomas que engloba en la Neurosis de angustia y en particular la definición de espera angustiada:

“...La espera angustiada se da también mitigada en lo normal, comprendiendo todo aquello que designamos con los nombres de ansiedad, tendencia a la visión pesimista de las cosas, etc. , pero sobrepasa siempre que ello es posible, el nivel natural, y muchas veces es reconocida por los mismos enfermos como una especie de obsesión....” (pags. 181-182)

Al analizar el párrafo anterior se observa que Freud utiliza el término ansiedad como un concepto que está comprendido dentro de la palabra angustia. Nuevamente se hace referencia sobre cómo la angustia puede tener un carácter orgánico y la ansiedad un carácter psíquico, cuando describe que puede ser acompañado el estado de angustia por una serie de manifestaciones físicas como pavor nocturnus, sudoración, temblor, taquicardia, etc.

Posteriormente en su vigésimo quinta conferencia denominada "La Angustia" (Freud 1917) define a la angustia como un estado afectivo. En este artículo distingue algunos conceptos relacionados con la angustia, tales como el susto y el miedo. Afirma que la angustia se refiere al estado de tensión o aprehensión, haciendo omisión de todo objeto que la pudiese provocar; en el miedo se halla centrada la atención en alguna causa objetiva; mientras que el susto es el efecto de sorpresa causado cuando no se contempla (a través de un estado de angustia) un posible peligro y que por lo mismo ahora se presenta de manera inesperada.

Retomando la terminología de Spielberg (1980) se puede notar que sitúa el concepto de tensión como un complejo proceso psicobiológico que comprende tres elementos principales: Un agente productor de la tensión, una amenaza (percepción de que el estímulo puede llegar a ser peligroso) y finalmente un estado de ansiedad (entendiéndose por esto una reacción emocional consistente en reacciones subjetivas de tensión, así como una elevada actividad del sistema nervioso autónomo).

De esta manera Spielberg utiliza como tercer componente de este estado el concepto de ansiedad. Notando que él utiliza como sinónimos el concepto de ansiedad y de angustia.

Ahora bien, si en la actualidad se acude a fuentes especializadas como diccionarios de psicología y psicoanálisis se encuentran definiciones confusas y carentes de límites precisos en donde se pierde el concepto de angustia así como el

concepto de ansiedad. Esto es atribuible según tales autores, debido a que existen diferencias entre las escuelas norteamericana y europea que provocan este tipo de crisis de conceptos.

Tal y como se observa en el diccionario de Psiquiatría de Battegay (1989) que advierte de este hecho en una nota al finalizar 6 definiciones del mismo concepto de ansiedad en las que engloba la expectación ansiosa, la ansiedad objetiva o miedo, la ansiedad flotante y otras.

También se encuentran criterios diagnósticos como el DSM IV (1995) en los que no se refleja una clara línea divisoria entre los conceptos de ansiedad y angustia, que sitúan al profesionalista frente a un criterio multifactorial y multinominal en el cual se divide el "trastorno de ansiedad" en 12 preceptos diferentes entre los que se incluyen fobias como la agorafobia, la fobia específica, la fobia social; trastornos obsesivos compulsivos, trastornos por estrés y otros. Todas estas clasificaciones se inclinan más a un origen de tipo orgánico

1.1.1 La ansiedad como mecanismo biológico de supervivencia

Al iniciar el capítulo se revisaron definiciones de algunos autores sobre los conceptos de ansiedad y de angustia observando que mientras unos basan su concepto de angustia en los cambios fisiológicos, otros se basan en los cambios psíquicos para adoptar una postura.

Ahora bien, el propósito de este apartado es revisar a nivel fisiológico qué es lo que ocurre cuando una persona se angustia. Para comprender que es lo que pasa dentro del organismo, se hará a continuación una revisión de dos conceptos básicos dentro de la biología. Estos conceptos son: Homeostasis y Estrés.

Walter B. Cannon citado por Gerard J. Tortola y Nicholas P. Anagnostakos (1984) fue el creador del término conocido como homeostasis. Lo diseñó a partir de sus observaciones en músculos con actividad intensa. Notando que dicha actividad generaba producción de ácido láctico, él infirió que si no existía un mecanismo que regulara la cantidad de dicho ácido, podía provocar que el líquido extracelular se volviera ácido y por lo tanto destruyera a las células.

De este conocimiento parten varias deducciones, por ejemplo; la temperatura corporal, los latidos cardiacos y la respiración entre otras muchas funciones que son reguladas automáticamente por el sistema nervioso autónomo, con el fin de evitar al máximo fluctuaciones peligrosas que pongan en riesgo al organismo.

Las situaciones de estrés que incluyen cualquier estímulo que origine un desequilibrio del medio interior alteran de manera continua la homeostasis en cualquier organismo. Dicho estímulo puede ser externo, como calor, frío, ruidos muy fuertes o escasez de oxígeno, o de origen interno, como en el caso de presión arterial

alta, dolor, tumores o ideas desagradables. (Gerard J. Tortola y Nicholas P. Anagnostakos, 1984)

Continuando con los trabajos de Cannon, el Dr. Hans Selye (1956) realizó experimentos sobre los efectos de la tensión en los procesos fisiológicos. Dirigió muchos estudios sobre las reacciones de los animales a diferentes estímulos nocivos como calor y frío extremos, descargas eléctricas, traumas quirúrgicos, etc. Siendo capaz de concluir que es lo que pasa en el cuerpo durante la respuesta de lucha o huida. Encontró que cualquier problema imaginario o real puede causar en el cortex cerebral una orden para mandar una señal de alarma al hipotálamo (el principal activador de la respuesta de estrés, localizado en el cerebro medio). El hipotálamo entonces estimula a la glándula pituitaria que segrega la hormona llamada adrenocorticotrofica la cual es liberada en la corriente sanguínea estimulando a su vez glándulas como las adrenales (productoras de las hormonas adrenalina y noraadrenalina) activando una serie de cambios en el organismo, que preparan al animal o a la persona a pelear o huir (respuesta conocida como de lucha o huida).

Entre los cambios que se pueden notar se encuentran el aumento de flujo sanguíneo muscular, así como de la frecuencia cardiaca, la glucosa es liberada en la sangre, los bronquiolos y las pupilas se dilatan, la actividad eléctrica del cerebro aumenta, los tiempos de reacción son más rápidos y hay un sentimiento asociado de aprehensión general. Naturalmente todo esto implica un gasto de energía y

significaría una gran fuga de recursos del cuerpo si se mantuviera por bastante tiempo.

A todas estas reacciones fisiológicas que resultan de la exposición de estímulos nocivos en un organismo el Dr. Seyle les nombró como "El Síndrome General de Adaptación". (Spielberger, 1980). Este síndrome consta de 3 fases o etapas: La primera es la Reacción de Alarma la cual es producida por la exposición repentina a una situación que genere angustia, la segunda es la Etapa de Resistencia que se produce cuando el agente fuente de peligro continúa provocando la situación angustiosa. Siendo entonces cuando el organismo a través de los mecanismos homeostáticos trata de adaptarse a dicho agente, pasando poco a poco la reacción de alarma, baja el nivel de tensión en el organismo a condiciones casi normales teniendo por último la etapa de agotamiento que ocurre cuando el organismo empieza a relajarse. Así cuando el organismo percibe que la situación ha dejado de ser peligrosa, y entonces el hipotálamo cesa de mandar señales de emergencia. Regularizándose más tarde, los niveles metabólicos que anteriormente habían sido activados.

Como se puede observar en base a lo anteriormente expuesto, el ser humano trata de adaptarse a su medio ambiente a través de respuestas de tipo fisiológico.

Todos estos mecanismos bioquímicos de defensa han asegurado de este modo la supervivencia de la especie humana, y sus reacciones ancestrales están grabadas

todavía en su memoria celular. Sin embargo el estrés ha cambiado hoy en día de naturaleza pues es más psíquico que físico. De esta manera se encuentra que al individuo común le puede causar angustia la posibilidad de estar desempleado, así como también el tener conflictos afectivos o familiares, e incluso en la actualidad se habla de la angustia existencial.

1.1.2 Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado

Una persona puede presentar agudos rasgos de ansiedad ante un evento en particular, o puede presentar rasgos crónicos de ansiedad durante un tiempo mucho más prolongado, pudiendo incluso formar parte de su forma de adaptación ante el mundo. A la ansiedad que se presenta de manera aguda se le denomina ansiedad estado, mientras que a la ansiedad que se experimenta como medio de adaptación de una manera más prolongada se le denomina ansiedad rasgo. (Spielberger 1980)

A continuación se presentan las definiciones de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo tal y como las describe Spielberger en el manual del IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado)

“...La Ansiedad Estado (A-Estado) es conceptuada (sic) como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo...” (pag. 1)

“...La Ansiedad Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado....” (Pag. 1)

1.2 Lo Psicoanalítico: La Ansiedad como mecanismo psíquico.

En sus primeros escritos Freud (1895) habla de que la angustia es producto de una libido (energía sexual), no empleada, que llega a provocar un aumento de tensión al no poder descargarse provocar ansiedad. Sin embargo no explicaba ni en que momento, ni de que manera ocurría la transformación de libido en angustia.

Posteriormente Freud (1925) abandona esta teoría “del cambio de libido por angustia” argumentando que el Yo es la única sede de la angustia:

“...Dicha primera interpretación se hallaba próxima a considerar el impulso instintivo reprimido como fuente de la angustia. Según nuestra nueva teoría, sería más bien el Yo dicha fuente. Tratase, pues, de decidir entre angustia del Yo o angustia del instinto del Ello. Como el Yo opera con energía desexualizada, la innovación debilita también la íntima conexión, antes afirmada, de la angustia con la libido”... (pag.1270)

Debido a esto, Freud (1925) modifica sus teorías retomando el papel de la ansiedad como una respuesta adaptativa ante un peligro. Al preguntarse sobre cual podría ser la primera experiencia peligrosa que pudiera generar angustia en el ser humano, regresa a sus bocetos originales acerca de la teoría Rankiana (1924) del Trauma del nacimiento, sacando como conclusión que es el nacimiento, y no tanto porque el lactante se percate de que el nacimiento es una situación peligrosa en la cual puede estar en riesgo su vida; sino más bien por que al no existir un Yo maduro capaz de controlar los estímulos que se presentan durante el nacimiento, este se encuentra en un estado de sobreexcitación al cual denominó traumático. De tal suerte que las experiencias que colman de angustia se llaman traumáticas, porque reducen a la persona a un estado infantil de invalidez.

Freud (1925) de esta manera adscribe a la angustia dos orígenes distintos: La angustia automática, justificada siempre económicamente al constituirse una situación peligrosa análoga a la del nacimiento y la señal de angustia, provocada por el Yo, en donde este se somete a la angustia como una vacuna, para escapar por medio de una enfermedad mitigada a un intenso ataque de la misma.

Como se observa las concepciones de Freud sobre la angustia siempre son originadas por un peligro. Dicho peligro puede ser externo (real) o interno (neurótico). Externo si el peligro puede provocar algún daño o herida en el cuerpo físico e Interno si proviene de impulsos que han sido reprimidos por ser inaceptables al salir a la conciencia. Por consiguiente la angustia puede ser real o neurótica.

Según Freud (1925) la angustia neurótica se divide de acuerdo a su génesis en dos tipos: la angustia provocada por el Ello y la angustia provocada por el Super-Yo. De acuerdo con Hall (1997) la angustia proveniente del Ello se puede manifestar de tres maneras diferentes tales como son la espera ansiosa, el ataque de ansiedad, y la fobia. Y se origina cuando el Yo percibe alguna pulsión que lucha por salir a la conciencia:

“...Es miedo a lo que podría ocurrir si las contracatexias del Yo son incapaces de impedir que las catexias objetales instintivas se descarguen en alguna acción impulsiva..” (pag. 74)

Intimamente ligada a la angustia del Ello se encuentra la angustia del Super-Yo. Esta se experimenta como sentimientos de culpa o de vergüenza en el Yo. Surge como respuesta a la percepción de un peligro proveniente de la conciencia moral. El miedo original del cual se deriva la angustia del Super-Yo es el miedo a los padres que castigan, es decir, el niño a lo largo de su vida fue capaz de introyectar las figuras paternas y sus consignas sobre lo que es “bueno” y lo que es “malo”. Esta disciplina de los padres por lo general se dirige contra los impulsos sexuales y agresivos. En el futuro si no cumple con las expectativas de su conciencia moral (de los padres internalizados), se puede encontrar con sentimientos de culpa, y entre más autocontrol tenga la persona para no satisfacer sus deseos o pulsiones, más sentimientos de culpa abrigará pues el simple hecho de pensar en hacer algo

prohibido le genera más culpa, y como no lo puede hacer su única salida es pensar en hacerlo.

· Si se analizan otras teorías Sullivan, citado por Cuelli (1986); menciona que el ser humano se inquieta básicamente por dos propósitos que son: el afán de satisfacción y el anhelo de seguridad. El primero esta ligado con las necesidades biológicas, mientras que el segundo esta ligado con las sociales o culturales.

De esta manera para Sullivan existe un sistema de tensión en el ser humano, mismo que se puede originar por necesidades orgánicas o de inseguridad social. De tal suerte que las necesidades orgánicas como el hambre, la sed, el sueño etc., si no son cubiertas de manera satisfactoria pueden provocar un aumento en la tensión del individuo. Así mismo si el sujeto tropieza con conflictos que pongan en riesgo su pertenencia y aceptación dentro de un grupo es muy probable que se incremente su sistema de tensión. Es muy importante aclarar que la amenaza de la seguridad en el individuo puede ser real o imaginaria, pero en ambos casos se pueden incrementar los niveles de ansiedad.

Al parecer la Ansiedad según Sullivan se encuentra en un continuo donde la ausencia de ansiedad se le llama euforia y su lado opuesto es la ansiedad que se observa en la psicosis.

Cuando el niño nace, sólo es capaz de diferenciar el placer y el dolor. La primera experiencia que tiene el ser humano con la ansiedad, es poco después del nacimiento y ocurre cuando la madre ansiosa le transmite esta al niño a través del contacto íntimo que establece con él.

La ansiedad puede ser productiva o destructiva. Productiva si no se encuentra en demasía y permite al sujeto moverse y alcanzar sus metas. Destructiva si por el contrario es tanta que el hombre se muestra incapaz de manejarla, confundiéndolo y no conduciéndose de manera juiciosa.

En torno al tema de la Ansiedad múltiples han sido las aproximaciones teóricas psicológicas. En este sentido la teoría del Self expone que, como resultado de la ansiedad vivida por el niño surge el sistema del Self, el cual tendrá como función mantener seguro al individuo alejándolo de la tensión. De esta manera el sujeto integrará a su Self aquellas conductas que le permitan disminuir sus niveles de ansiedad, lográndolo a través del pensamiento parataxico, es decir, estableciendo relaciones causales; procurando adaptarse a lo que llama el Self real. Como ejemplo menciona que la angustia puede ser útil también para el mantenimiento de relaciones sociales, al prevenir contra la infracción de normas implícitas y explícitas.

Melanie Klein (1934) afirma que el ser humano al nacer tiene suficiente Yo como para sentir ansiedad. Comenta que la primera experiencia de ansiedad es durante el nacimiento y se debe a la polaridad de los instintos, tanto el instinto de

vida y como el instinto de muerte. Más adelante en los escritos de esta autora se observa que la realidad externa puede ser fuente de gran ansiedad para el individuo e incluso los mecanismos de defensa que emplea pueden generar diferentes brotes de ansiedad.

Así mismo Melanie Klein (1934) afirma que la angustia es la respuesta del Yo a la actividad del instinto de muerte. Dice también que cuando el instinto de muerte es deflexionado, la ansiedad toma dos formas principales: La Ansiedad Paranoide debida a la proyección del instinto de muerte en un objeto u objetos, los que se tornan como perseguidores. Esta ansiedad se fundamenta en que estos perseguidores lleguen a aniquilar al Yo y al objeto ideal. Se origina en la posición esquizoparanoide. La otra forma de ansiedad es la Ansiedad Depresiva: la cual es motivada por la posibilidad de que la propia agresión aniquile o haya aniquilado al propio objeto bueno. Por objeto bueno se entiende aquel que puede satisfacer las necesidades del niño ya sea a través de la fantasía o por medio de la realidad. La ansiedad depresiva se origina en esta posición cuando el niño es capaz de percibir al objeto (en este caso la madre o la figura materna) como un todo, que en ocasiones le puede satisfacer sus necesidades y en otras no, por lo que el bebe llega a experimentar ambivalencia compuesta de odio y amor, odio cuando no se le satisfacen sus necesidades y amor cuando estas son satisfechas.

Para finalizar la exposición teórica se pudiese retomar de manera textual el comentario de J. Laplanche y J.B. Pontalis (1983) sobre la Ansiedad o Angustia según lo entiende Freud:

“...Sobre un fondo de ‘excitabilidad general’ destacan diferentes formas de angustia: angustia crónica o expectación ansiosa susceptible de ligarse a todo contenido representativo capaz de ofrecerle un soporte; ataque de angustia pura (por ejemplo pavor nocturnos), acompañado de o reemplazado por diversos equivalentes somáticos (vértigo, disnea, trastornos cardiacos, sudoración etc.);...” (pag. 242)

De esta manera debido a las múltiples complicaciones por la terminología que existe para diferenciar los conceptos de angustia y ansiedad, para los fines que persigue el presente trabajo, se tomará el concepto de angustia de Freud según la cita anterior del Diccionario de Psicoanálisis (J. Laplanche y J.B. Pontalis, 1983) en donde se observa un símil a la luz del marco teórico de Spielberger, así por ejemplo: una persona que sufre angustia crónica o expectación ansiosa tiene también un alto índice en su Ansiedad Estado, y por consiguiente se pudiera esperar que ocurre lo mismo en lo referente a su Ansiedad Rasgo.

CAPITULO II

SOBRE LA MUERTE

2.1 Algunas concepciones sobre la Muerte

Como lo menciona Jiménez del Oso, (1982) el concepto de muerte está basado en la experiencia de la vida. Así se tiene que el Diccionario Enciclopédico Planeta (1984) la define: Muerte: f. (lat. Mortem) Cesación completa y definitiva de la vida. Otra definición es la de Nava (1979) que dice al respecto: "La muerte, desde el punto de vista clínico, ocurre cuando los signos externos de vida están ausentes, tales como reflejos, respiración, conciencia y actividad cardíaca...". De esta manera se observa que el conceptualizar la palabra muerte conduce a una definición basada en la experiencia de la vida, convirtiéndose en una práctica teórica.

Según Ravagnon (1981): "La idea de la muerte procede del entendimiento humano, es de genuina urdimbre racional, pues no poseyendo el hombre el conocimiento del instante en que ha de morir, debemos admitir que la muerte, mejor aún, los pensamientos acerca de ella, son elaboraciones conceptuales, es decir, puros ejercicios racionales" (pag 73).

Sin embargo, el definir la muerte, tiene su propia justificación, siendo la esencia de ésta el determinar con exactitud en que momento una persona está

que despierta en la ciencia el fenómeno de la muerte; existe también un interés de tipo jurídico; ya que si no existieran criterios sobre los cuales dictaminar la muerte de un individuo, no se podría proceder en lo referente a situaciones tales como la donación de órganos, el mantenimiento de la vida por medios artificiales, la celebración del funeral del difunto (por temor a que sea enterrado vivo), entre otros muchos problemas médicos y legales.

Louis-Vincent Thomas (1991) distingue varios tipos de muerte entre los que se encuentran: La muerte física o caída en lo homogéneo y la entropía que afecta al cuerpo-máquina; la muerte biológica, que comprende la cesación completa de las funciones vitales; la muerte psicológica, que engloba "la locura"; y la muerte social, que se manifiesta a través de la marginación de la sociedad ante un individuo o grupos de individuos, como en el caso de los presos encarcelados (que la sociedad margina para su protección), el caso de las personas jubiladas o los ancianos recluidos en los asilos (que laboralmente están "muertas" pues no son económicamente activas).

Si se enfoca la atención en el punto de vista médico a la fecha no se puede establecer el momento preciso en el cual un hombre fallece, por lo cual se le considera a la muerte un proceso que se inicia desde la concepción (H. Nava, 1979). Thomas (1991) por su parte afirma que se puede morir antes de haber nacido. Este último autor menciona haciendo alusión a este tópico lo siguiente "...la muerte

biológica consiste en la detención completa y definitiva, es decir, irreversible, de las funciones vitales, especialmente del cerebro, corazón y pulmones;...” (pag 21).

Más adelante Thomas (1991) señala que la muerte comprende tres niveles la muerte aparente o relativa, la muerte clínica y la muerte absoluta. La muerte aparente es cuando existe insensibilidad a los estímulos, ausencia de tono muscular, paro respiratorio y debilitamiento de la actividad cardíaca y circulatoria. En este tipo de muerte se puede “volver a la vida”, como en el caso de los yoguis o a través de técnicas de reanimación.

La muerte clínica Thomas (1991) la explica como un cese de la actividad cardíaca y respiratoria, los reflejos, la conciencia y la vida de relación. Finalmente hace alusión a la muerte absoluta o muerte cerebral que es cuando la vida vegetativa no puede prolongarse sin asistencia.

Otros autores, Mosby y Doyma, (1994) señalan que el diagnóstico de muerte cerebral puede realizarse cuando se observe: Ausencia de las funciones cerebrales, ausencia de las funciones del tronco (incluida la respiración espontánea) y por último un estado irreversible.

Nava (1979) cita la definición de muerte según la tradición judeo cristiana afirmando que: “...la muerte es entregar el alma a Dios, de quien se recibió

originalmente, y presupone la existencia de la vida espiritual en 'el más allá', donde todos los seres serán llamados a cuentas en el Juicio Final"....(pag. 141)

Todo lo anteriormente mencionado podría conducir a la siguiente reflexión: toda definición de muerte tiene como común denominador el corte o separación de una entidad con otra.

2.2 Antropología de la muerte

Todas las culturas tienen sus creencias muy particulares sobre la muerte y la mayoría incluye alguna idea sobre una vida después de la muerte. De esta manera se tiene que para algunos grupos indios de Estados Unidos como los yaruros, los muertos no están muy lejos y siguen ayudando y aconsejando a sus parientes vivos; no constriñen, ni castigan. (Bock 1977)

Según Kennard (1937) citado por Devereux (1989) en una postura intermedia se encuentran los hopis (grupo indio de Estados Unidos), los cuales, abofetean a los muertos y los acusan de haberse muerto para molestar a los sobrevivientes.

Bock (1977) sostiene que también existen culturas que manifiestan un claro temor hacia los fantasmas de los muertos; así se tiene que los navajos (grupo de indígenas norteamericanos de Nuevo México y Arizona) evitan cuidadosamente todo lo vinculado con la muerte. Se sabe que si una muerte ocurría en una vivienda

navajo, esta era abandonada o destruida. Así mismo muchas de sus complejas ceremonias están hechas para alejar a los fantasmas y para curar enfermedades que se cree son el resultado del contacto con un fantasma.

Devereux (1989) dice que a los mohave (indios pertenecientes al Sur Este de California, Estados Unidos) les es desconocido el concepto de un espectro benévolo y desinteresado, agregando más adelante que la sensación de pérdida les hace creer que todos los fantasmas son malvados y avariciosos.

El hecho de que entre algunas culturas como la mohave perciban a los espectros como seres "malos" más que "buenos" se puede explicar basándose en un artículo escrito por Freud conocido como Tótem y Tabú. A este respecto Freud (1913) después de hacer alusión a una serie de ritos que manejan distintas culturas respecto a la muerte, cita a 3 autores. Primeramente a Wundt, el cual menciona que para algunas culturas en el instante en el que el familiar fallece se convierte en demonio; posteriormente Freud nombra a Westermarck quien dice que los muertos son considerados con mayor frecuencia enemigos que amigos, y posteriormente se auxilia a través de R. Kleinpaul el cual coincide con Westermarck y dice textualmente: "Los muertos matan; nuestra actual representación de la muerte bajo la forma de un esqueleto muestra que la muerte misma no es sino un hombre muerto..."(pag. 450)

R. Klempaul citado por Freud (1913) agrega más adelante que el vivo no se sentía seguro frente al asedio del muerto, hasta que no interponía entre ambos unas aguas separadoras. Por eso tendía a enterrar a los muertos en islas o en el lado opuesto de algún río; quizás de ahí parta la expresión del “más acá y del más allá”

Dichos muertos parecen tenerle rencor a los vivos y procuran dañarlos y arrebatarles la vida. Westermarck citado por Freud (1913) menciona a este respecto que para los pueblos primitivos, la muerte natural no existía y sólo se moría por asesinato o por un sortilegio. Esto provocaba que el alma del difunto se volviera vengativa teniendo la intención de matar y enfermar a los vivos.

A este respecto, Lévy Bruhl citado por Alizade (1996) comenta que los pueblos indígenas de distintas partes del planeta experimentan a la muerte de una manera similar: Una fuerza invisible y mística es la que mata, no se muere de manera natural.

Según Freud (1913) en los primitivos existe un grado de ambivalencia: tras la dolorosa pérdida, se vuelve necesaria una reacción frente a la hostilidad latente en el inconsciente; esta hostilidad es penosamente registrada como una satisfacción por la muerte del otro, lo cual hace que los primitivos desplacen esta hostilidad sobre el muerto. Estas emociones hostiles pertenecen ahora al alma del difunto, quien se empeñará por llevarlas a la práctica todo el tiempo que dure el duelo.

Pero no todas las culturas consideran a los muertos como sus enemigos otras culturas como los habitantes de la isla Trobriand, muestran conductas ambivalentes hacia los baloma (espíritus de los muertos). Por un lado, se cree que renacerán algún día en otro cuerpo; se les honra mediante fiestas en la época de la cosecha cuando regresan a sus aldeas desde Tuma, la isla de los muertos.

Por otra parte, existe la creencia en que otro aspecto del espíritu de un hombre muerto, llamado su kosí, lleva una corta y precaria existencia después de la muerte, cerca de la aldea y alrededor de los lugares que frecuentan los muertos como su jardín o la playa o el pozo. (Bock 1977)

Esta creencia de los habitantes de la Isla Trobriand, conduce a una breve reflexión sobre las creencias en la reencarnación y en la vida después de la muerte. A este respecto Jung citado por Dupont (1976) comenta que existen algunas coincidencias relacionadas con los relatos mitológicos en donde claramente se equipara a la muerte con el retorno al vientre materno, lo cual explicaría la fantasía del renacimiento tras la muerte.

En forma general ya se ha expuesto como en diferentes culturas se ha vivenciado el fenómeno de la muerte. Ahora toca turno a analizar a la cultura mexicana. Según Argüello S. (1994) nuestros antepasados no tenían ningún temor hacia la muerte, porque no era concebido como el fin último de su existencia; la causa o circunstancia en la que moría el individuo determinaba el lugar al que se consagraría

su inmortalidad. Por ejemplo hay escritos que plantean que: se dirigían al Mictlan los muertos por enfermedades naturales, sin distinción de edad, sexo o condición social. Los que morían por circunstancias relacionadas con el agua, por ejemplo los ahogados etc., se iban al cielo de Tlaloc, que los antiguos mexicanos consideraban que era el cielo.

Se dice también que los guerreros que morían combatiendo en el campo de batalla, las mujeres que morían por consecuencia de un parto difícil, o los sacrificados viajaban hacia la región del Sol denominada Tonacalli. El destino de los guerreros después de cuatro años de vivir en el sol era convertirse en aves de rico y colorido plumaje, permitiéndoles bajar a la tierra para alimentarse del néctar de las flores. Otro lugar que se menciona era el Tonacuahtitlan que era ocupado por aquellos que morían durante su infancia.

El mismo Argüello S. (1994) comenta que no fue sino hasta la conquista española cuando se infundió el miedo a la muerte en nuestra cultura. Según este autor los frailes trajeron miedo a la muerte que es a la vez, el temor al juicio final y por lo tanto al infierno, introdujeron el esqueleto acompañado de la guadaña cuyo significado representa el preludio de nuevas catástrofes y desgracias.

Poco a poco a través de manifestaciones culturales a los indígenas se les inculcó que los demonios y los ángeles se disputan el alma de los difuntos, por eso se

tenían que preocupar en comportarse de manera adecuada para morir bien, ya que según el catolicismo, la fe en su religión es el único camino para obtener la salvación

De esta manera a partir de la imposición católica, el comportamiento que el individuo tuviera en la tierra era lo que determinaba su viaje a otro mundo, es decir, desde ese momento la forma de morir ya no era, hasta donde ellos creían, la que les aseguraba un lugar después de muertos.

El individuo en el cristianismo está subordinado a un juicio final, le preocupa conseguir la salvación divina y no ser atraído por el diablo al infierno. La mente europea concebía a la muerte como un suceso estático, y no dinámico en donde la vida sigue después de la muerte y viceversa.

Con relación a todo lo anteriormente expuesto al revisar las notas de Freud (1913) se puede observar una tendencia a considerar a la muerte de acuerdo a los aspectos sociales del Super-Yo que es determinado por las creencias sociales y “la opinión pública”. Así también pareciera ser que las religiones son una respuesta ante la ansiedad que genera la muerte.

Desde el punto de vista antropológico autores como Bock (1977) coinciden con lo expuesto por Freud en “Tótem y tabú”; diciendo Bock al respecto: “...Las actitudes individuales ante la muerte presentan una fuerte ideología social. La persona moribunda y sus parientes pueden sentirse confortados por creencias sobre la

reencarnación o una feliz vida ulterior; pero independientemente del contenido específico del sistema de creencias, generalmente proporciona a los vivos algo que *hacer* ante la muerte, y así canaliza su pesar hacia acciones socialmente aceptables...” (pags. 397-399)

Lévi-Strauss citado por Bock (1977) señala que en cada cultura existen oposiciones que deben mantenerse. Textualmente dice: “...es esencial que existan algunos tipos de fronteras para la continuidad individual y social. Por ejemplo, cada cultura distingue entre los vivos y los muertos, y dedica una considerable energía ritual para mantener esa frontera...”. De esta manera, el trazar una línea divisoria entre la vida y la muerte puede variar en función de las convenciones sociales. Un ejemplo de esta situación fue la polémica sobre el paro cerebral y el paro respiratorio. El conflicto se basaba en la dificultad para establecer el criterio para considerar si una persona estaba muerta o no. Como ya se mencionó al inicio del capítulo, en la actualidad se toma como criterio único de muerte el paro cerebral.

Freud (1914) también señala que estos mecanismos (como la fantasía, los tabúes, los ritos) superados por el hombre civilizado no lo están totalmente y retornan adoptando el carácter de lo siniestro en múltiples ocasiones. Imperando la omnipotencia de las ideas, el pensamiento mágico, el reinado de lo sobrenatural, el animismo etc. Entonces la vida de los muertos emerge en su doble carácter de invisible pero eficaz. El muerto sigue viviendo a través del recuerdo del vivo; siendo

esto posible a través de múltiples mecanismos tales como la fantasía, los tabúes y los ritos.

Teniendo que el mismo Freud en su escrito sobre "Lo Ominoso" destaca el temor de los vivos ante los fantasmas de los muertos en las casas embrujadas. De igual forma subraya en "Consideraciones de Actualidad sobre la Guerra y la Muerte" (1915) que el vivo sufre los embates de la pérdida del ser querido manifestándose a través del duelo: "...la vida se empobrece, pierde interés..." (pag. 1011). De esta manera el vivo puede experimentar tristeza, enojo, culpa, frustración ante la pérdida etc.

De igual forma, Aries citado por Alizade (1996) distingue distintas formas de encarar a la muerte. A cada una de ellas les asigna un nombre entre los que se tienen los siguientes tipos: La muerte amaestrada en la cual explica que todos los seres humanos saben que algún día van a morir, la muerte propia, que implica un encuentro con la tumba propia, queda asociada a lo macabro, surgiendo a fines de la edad media; otro tipo de muerte es la muerte ajena que surge a partir del siglo XVI, colmándose tanto de romanticismo como de lo macabro.

2.3 La muerte como un fenómeno social hasta nuestros días

Como ya se mencionó en el apartado anterior, en las diferentes culturas han habido distintas formas de asumir "la problemática" que encierra el fenómeno de la

muerte. De igual forma a lo largo de la historia las actitudes respecto a la muerte han ido cambiando. Así se tiene que Oriol Anguera (1974) comenta que alrededor de los restos del primer hombre se puede ya observar necrópolis¹, ritos funerarios o entierros.

De la Fuente (1994) por su parte menciona que en Grecia prevaleció el sentido estoico, y se decía que el hombre era libre en tanto que podía decidir su muerte. Este mismo autor menciona que en la Edad Media existen múltiples representaciones pictóricas y de tipo literario que representan el lecho del moribundo como el escenario de la lucha final entre los ángeles y los demonios. De igual forma afirma que durante el renacimiento el hombre aceptó la muerte con mayor naturalidad, enfrentándose a ella igual y como se había enfrentado a la vida.

En concordancia con lo señalado por este autor, Kübler Ross (1992) menciona que en la antigüedad, la gente estaba más familiarizada con todo lo relacionado con la muerte: los moribundos eran atendidos en su hogar y generalmente morían en presencia de sus parientes. Los amigos o familiares preparaban el cadáver para el entierro, y los rituales que precedían al funeral tenían lugar en casas. Hoy la gente muere en hospitales ante la presencia de desconocidos y los rituales finales se efectúan en "velatorios profesionales". De ese modo el hombre moderno se va distanciando del proceso natural de la muerte.

¹Según el diccionario Larousse (1998) Necrópolis f. Inv. Subterráneo donde los

Este distanciamiento forma parte de la muerte en la sociedad moderna, tanto para el moribundo, como también para los sobrevivientes. Es un mecanismo normal para sortear la ansiedad ante la muerte.

A este respecto la teoría del psicoanálisis sostiene que es normal el miedo a la muerte. Freud (1923) menciona que la angustia ante la muerte se desarrolla entre el conflicto existente entre el Yo y el Super-Yo. Así mismo Freud (1923) afirmaba que la muerte es un concepto abstracto de contenido negativo, para lo cual no es posible encontrar ninguna correlación con el inconsciente.

Pattison citado por Binger y Malinak (Ramón de la Fuente, 1994) describe los temores que afronta la persona moribunda como son: el miedo a lo desconocido, a la soledad, a la pérdida de la familia y los amigos, miedo a la pérdida del cuerpo físico, a la pérdida del autocontrol, miedo al dolor, a la pérdida de la identidad y miedo a la regresión.

Kastenbaum y Aisenberg citados por Goldman Howard (1989) describieron tres aspectos del temor a la muerte: El morir, como un hecho en el cual el individuo teme al sufrimiento y a la indignidad personal; vida ulterior, durante la cual la persona teme al castigo o rechazo; y por último la extinción que quizá se considere el temor más básico a la muerte.

A medida que la sociedad avanza, de igual manera se enfoca la muerte. así también se tiene la muerte prohibida, que según Alizalde (1996), es aquella donde se engaña o miente al paciente sobre su enfermedad, con el propósito de que la vida obligatoriamente feliz aleje la idea de la muerte. Siendo propio de la sociedad industrializada donde existe por lo general el lujo, el lucro y buen vivir. Como menciona Thomas (1991) "...Para una sociedad mercantil como la nuestra, el agonizante es un intruso y una carga y así se le da a entender indirectamente..." (pag. 88).

En la actualidad existen centros de atención en países del primer mundo tales como Inglaterra o Estados Unidos donde se especializan en el cuidado y atención de pacientes enfermos terminales. A estos centros se les llama "hospice" (hospicio). Fueron creados por Cicely Saunders, quien preocupada por la atención de los pacientes terminales inició todo un movimiento social.

Su obra comenzó en 1948 en el St. Thomas Hospital y fue continuada en el St Joseph's Hospice logrando su consolidación finalmente en 1967 con la inauguración del Christopher's Hospice en Sydenham (Londres). Este último hospicio con el tiempo se ha ido transformando casi en un modelo y símbolo del hospicio moderno. Gracias a Cicely Saunders existe la sistematización e incluso la creación de toda una filosofía de como cuidar a los enfermos terminales. Antes de que los hospicios fueran creados el enfermo moribundo era marginado y evitado dentro del ambiente hospitalario.

Según Sherr L. (1992) las necesidades del paciente tanto emocionales como físicas eran ignoradas e insatisfechas. Se le encubría la verdad sobre su enfermedad y su pronóstico, con la creencia de que si el enfermo "sabía lo que tenía" perdería la esperanza y se dejaría morir. De igual forma existía la creencia equivocada de que si al enfermo se le administraban analgésicos para el control del dolor estos le podían causar adicción o incluso la misma muerte.

Por lo anteriormente mencionado era común ver en los hospitales un control deficiente del dolor, náuseas, vómitos así como una profunda debilidad y pérdida de el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales incluso se habla de los derechos de los mismos.

Según la revista Labor Hospitalaria en el número 222 ² (s/f) entre los derechos de los pacientes se encuentran los siguientes 1.- el derecho a no sufrir inútilmente, 2.- el derecho a la libertad de conciencia, 3.- el derecho a conocer la verdad, 4.- el derecho a decidir sobre sí mismo y sobre todo lo que a él se refiere, 5.- el derecho a mantener un diálogo confiado con los médicos la familia sus compañeros y sucesores

²Morir con Dignidad" Labor Hospitalaria No. 222, Artículo presentado en el curso "EL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA AYUDA PSICOESPIRITUAL" Impartido por Calvin Ruíz Pilar (1993) Morir con Dignidad" Labor Hospitalaria No. 222,

en el trabajo. Todos estos derechos están alineados de tal manera que lo que se busca es que el paciente terminal tenga una muerte digna.³

Como se puede observar a lo largo de la anterior exposición cabe concluir que el hacerse a la idea de la muerte propia es una tarea que ha sido y será muy difícil para el hombre. En el siguiente apartado se profundizará sobre el impacto y las repercusiones de saberse enfermo de muerte.

2.4 Fases del Duelo

La palabra duelo según el Diccionario Enciclopédico Planeta (1984) proviene del latín “dolus” y contiene varios significados entre los que se tienen los siguientes: “Pena, aflicción, dolo o manifestación de dolor ante la muerte de un ser querido. Reunión de parientes o amigos en la que alguien acaba de morir...” (pag. 1564) . Como se puede observar tiene una connotación negativa que implica una pérdida o separación de algo o alguien en el cual se tenían depositados muchos afectos.

³Muerte digna. Se le puede considerar como el hecho de seguir siendo uno mismo, de mantener los atributos fundamentales de la identidad personal que el entorno o la propia dimisión puede poner en peligro. Su contenido es también relacional: no sólo se trata de seguir siendo persona humana, sino de ser tenido en cuenta como tal y no como mero organismo viviente o como objeto de intereses ajenos; de encontrar interlocutor que escuche e informe razonablemente, comprensión para las propias limitaciones y respeto para las decisiones y opciones fundamentales (Jordi Gol Gurina, S/A)

Según Freud (1917) la aflicción o duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente como la patria, la libertad, el ideal, etc. Freud explica que el duelo consiste en que el examen de la realidad le demuestra al individuo que el objeto amado ha dejado de existir, y por lo tanto, le exige que la energía libidinal que depositó en ese objeto retorne a él y por lo tanto que abandone toda relación con el objeto perdido.

Al respecto Freud (1917) agrega que este proceso no es fácil pues el Yo se resiste a aceptar la pérdida del objeto amado, y más aún, de retraer la energía libidinal hacia si mismo o hacia otro objeto; y aunque por lo general el respeto a la realidad obtiene la victoria, el proceso implica un gran gasto de tiempo y de energía psíquica.

Kübler Ross (1992) identificó cinco etapas de ajuste a las ideas de la muerte: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. La primera etapa conocida como de negación se puede decir que es la reacción inicial del paciente, seguida por la sensación de "que no puede ser verdad". Ocurre la negación en todos los pacientes en cierto grado durante la enfermedad, su función es proteger al sujeto de la sobrecarga emocional, y con esto de una inercia y dolor incapacitantes hasta que tenga la fortaleza necesaria para poder ahondar el problema con mayor profundidad.

La segunda etapa es la ira en donde la reacción más común es que el paciente se pregunte "¿porque yo?". En esta fase la negación inicial es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. El enojo que es capaz de sentir se desplaza y se proyecta en todas direcciones, de modo que tanto los familiares como el personal médico puede sufrir las agresiones por parte del paciente. En casos extremos estas agresiones pueden llegar a ser de tipo físico también.

La tercera etapa es la negociación en la cual el paciente intenta regatear el tiempo o la reducción del dolor, se manifiesta a través de un pacto que pretende establecer el paciente ya sea con Dios o con el destino. En esta etapa el paciente puede intentar experimentar todo tipo de drogas o situaciones que le prometan algún bien o su recuperación total, sin importar lo irracionales que pudiesen ser. Representa en realidad una repetición de las vivencias infantiles en las cuales el ser bueno le generaba recompensas en el pasado.

Después de haber superado la etapa de la negociación o regateo, el paciente empieza a caer en la depresión, la cual constituye la siguiente fase. Esta fase se subdivide en dos a su vez: La depresión reactiva y la depresión preparatoria. En la primera, el paciente experimentará una gran sensación de pérdida. La cual se entiende en función a la pérdida de la salud, la pérdida del trabajo, la pérdida de la solvencia económica etc. La depresión preparatoria a diferencia de la anterior no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino más bien surge como

causa de pérdidas de tipo inminente. A diferencia de la depresión reactiva este tipo de depresión es más silenciosa.

Finalmente surge la última etapa llamada de aceptación. Es en esta fase, cuando el paciente acepta de manera convencida lo inevitable de la muerte, disminuyendo así, el interés por el mundo y retrayéndose hacia sí mismo.

Estas etapas comparten ciertas similitudes con los aspectos de la aflicción descritos por Glaser y Strauss citados por Goldman Howard (1989) entre los cuales se tienen: La percepción cerrada en la cual los pacientes desconocen que tienen una enfermedad terminal, pero los demás si lo saben. La percepción sospechada en la cual el paciente sospecha que lo saben los otros. La percepción pretensa mutua en la cual todos incluso el paciente saben el pronóstico terminal pero todos pretenden otra cosa. Finalmente la percepción abierta en la cual el personal médico, el paciente y los familiares conocen el pronóstico y actúan en consecuencia de manera abierta y apropiada con estos conocimientos.

Entre los factores principales que se pueden contar en la evolución y resultado final del duelo de los familiares están según Howard (1989): 1. El nivel de desarrollo del individuo afectado, 2. Los antecedentes de pérdidas y tensiones del pasado así como la manera en la que se les enfrentó, 3. Naturaleza de las relaciones con el difunto, 4. Sistema actual de apoyo social del sujeto afligido, 5. Preparación de la persona afligida para afrontar la muerte (es decir si se esperaba o no) 6. El grado de

alteración económica ocasionada por la pérdida, 7. El ambiente sociocultural y los recursos del sujeto para afrontar el duelo mediante rituales.

2.5 Definición de paciente terminal

Al hablar de muerte se tiene necesariamente que hablar de alguien que muere, a este ser que muere o que pasa por el proceso que lo lleva a la muerte se le conoce comúnmente con el nombre de moribundo o paciente terminal. De esta manera se encuentran definiciones como la de R. de Lille Fuentes (1990) que dice al respecto: “..el paciente terminal es aquella persona cuya enfermedad se reconoce como inevitablemente irreversible y que lo llevará a la muerte en un plazo más o menos corto; por lo cual requiere del cuidado profesional activo y humano, dado que por lo avanzado de su enfermedad, ya no responde a los tratamientos para prolongar su vida...”. (Pag. 2)

Thomas (1991) por su parte considera como moribundos a los sujetos que han llegado al fin de su vida, a los enfermos incurables, los terminales⁴, los que se hallan in extremis o los que están ya condenados para emplear las fórmulas consagradas.

Según Gol Gurina (S/F) el término incurable se aplica solamente a quien sufre una minusvalía o una enfermedad irreversible que, directamente o por las medidas asistenciales suscitadas, incida profundamente en su autonomía física, psíquica o

social. De igual manera entiende por terminal al enfermo de pronóstico mortal directamente o por complicaciones inevitables, y solo a partir del estadio en la que la enfermedad, las medidas terapéuticas o el mismo pronóstico comprometan alguna de las tres autonomías citadas.

^{4*} Para fines prácticos en la presente exposición se hablará de paciente terminal o moribundo de manera indistinta con los moribundo incurables y en agonía.

CAPITULO III

EL SIDA COMO ENFERMEDAD TERMINAL.

3.1 Antecedentes Históricos

En junio de 1981 se declara oficialmente el inicio de una nueva enfermedad, a la que posteriormente se le conocería por sus siglas con el nombre de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Aunque la enfermedad al parecer era nueva, algunos autores concuerdan que el virus ya se había manifestado en décadas anteriores en países como Zaire en 1959, en San Luis Missouri, USA. en 1969 y en África Central (Daniels, V. 1988; Sepulveda Amor, J. y et al, 1989). Sin embargo, a la fecha es un misterio el porque no se había hecho evidente hasta finales de los años 70s.

El primer informe sobre el SIDA sería dado a conocer por el Dr. Michael Gottlieb, en un artículo que se publicaría en el Center Disease Control (CDC) (Centro de Control de Enfermedades) de Atlanta, USA. en 1981. En este artículo el Dr. Gottlieb describe como se había enfrentado con 5 casos de pacientes con Neumocistis Carini. Hasta ese momento se sabía que esa enfermedad era causada por un protozoario que se aloja en los pulmones y dificulta la respiración, así también se tenía conocimiento de que sólo se presentaba en pacientes cuyo sistema inmunológico se hallaba seriamente deteriorado, como en niños desnutridos o refugiados enfermos de la Segunda Guerra Mundial.

Paralelamente a estos primeros casos notificados de Neumocistis Carini apareció otro tipo de enfermedad considerada también como "rara" por el contexto en el que se dio; esta enfermedad era conocida como Sarcoma de Kaposi. Al parecer, también había surgido sin razón aparente en pacientes homosexuales inmunodeprimidos. Entonces se pensó que la causa era algún factor desconocido relacionado con la práctica de la homosexualidad, por lo que inicialmente se le llamó GRID (Gay Related Inmuno Deficiency) que en español significa Déficit Inmunitario Relacionado con la homosexualidad. Posteriormente cuando a principios de 1982 empezaron a aparecer los primeros casos en pacientes drogadictos intravenosos y hemofílicos fue cuando se empezó a pensar en otro posible agente de transmisión.

Antes de llegar a la conclusión de que el virus del SIDA era lo que ocasionaba este déficit del sistema inmunológico, se hicieron varias hipótesis sobre lo que causaba esta enfermedad, se pensó en el virus causante de la hepatitis B, en fármacos o drogas, en el virus causante del Citomegalovirus y en otros tantos factores; todos éstos fueron descartados uno a uno hasta que se llegó a la conclusión de que el causante del virus de Inmunodeficiencia Humana era un retrovirus.

Anteriormente ya se tenían conocimientos de los retrovirus, de hecho en 1977, Robert Gallo en el Instituto Nacional de Cáncer, en Bethesda, Cambridge, Massachusetts en los Estados Unidos, descubrió el primer retrovirus humano al cual

denominaría HTLV (Del inglés: Human T Cell Leukaemia Virus). Este retrovirus provoca un tipo de leucemia que es transmitido vía perinatal y entre los adultos a través de transfusión sanguínea o por coito. Posteriormente Gallo en 1982 descubriría un segundo retrovirus al cual llamaría HTLV2, que se transmite de la misma forma que su precursor, más sin embargo no se conoce a la fecha que tipo de enfermedad puede provocar.

Es hasta finales de 1982 que en Francia en el Instituto Pasteur, el Dr. Luc Montagnier y sus colaboradores aislaron el retrovirus de un varón homosexual con linfadenopatía. Los franceses estaban confundidos por su hallazgo, pues si bien era un retrovirus, parecía diferente al del Dr. Gallo. La diferencia consistía en que este nuevo retrovirus destruía a los glóbulos blancos en lugar de reproducirlos en grandes cantidades. Poco después al percartarse de este hecho, se dieron cuenta que el mismo retrovirus que mataba los glóbulos blancos era el causante de la baja del sistema inmunológico. A este nuevo retrovirus los franceses lo bautizaron como HTLV (H por humano, T porque atacaba a los linfocitos T, L por Linfotrópico y V por Virus), pero por la semejanza del retrovirus de Gallo, le cambiaron el nombre para bautizarlo finalmente como LAV (Virus Linfadenopático del SIDA).

Debido a problemas en la nomenclatura francesa y estadounidense, se acordó a nivel mundial el nombre oficial que en la actualidad posee en inglés HIV (Human Immunodeficiency Virus) y en español VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Poco después aparecería en el mundo una prueba llamada ELISA del inglés (Enzymes

Linked Immunosorbent Assay) con el fin de detectar los anticuerpos del virus en la sangre, esta prueba de laboratorio se patentaría en Estados Unidos hasta 1984.

En México los primeros casos de SIDA se reportaron en 1981, y su vigilancia epidemiológica inició a partir de 1983, por lo que se ha calculado que el virus ingresó a México a mediados de los años setentas (CONASIDA, 1998). En 1986 el gobierno mexicano creó el Comité Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA). Posteriormente en 1988 por decreto presidencial adoptó el carácter de Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), destinando recursos federales para su funcionamiento. Posteriormente en 1991 a CONASIDA, se le asignaría un presupuesto por parte de la Secretaría de Salud (S.S.A.). Finalmente, en 1997 con mayor disponibilidad económica, CONASIDA se instituye como un órgano desconcentrado de la S.S.A.. Otras instituciones no gubernamentales han surgido en México a raíz de la pandemia, entre éstas se pueden nombrar las siguientes: Ser Humano A.C. I.A.P., Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA A.C., Voz Humana, Casa Alianza etc.

Hasta febrero de 1998 se tenían registrados un total de 35,691 casos de SIDA en la República Mexicana (CONASIDA, 1998), cabe señalar que esta cifra no es real, pues como se sabe, hay un retraso en la notificación de los casos; el cual en la mayoría de las ocasiones está determinado por el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad, su diagnóstico y la notificación. Así también hay que considerar que muchas veces los casos de SIDA no son notificados con la inmediatez que la Ley

General de Salud exige. Otro de los factores a considerar es el hecho de que existen casos que no son objeto de notificación epidemiológica debido a que no obstante el sujeto infectado sabe de su condición, prefiere ignorarla y por lo tanto no se registra por el temor a las represalias que pudiesen aparecer en su contra, como la pérdida de su empleo, el abandono por parte de su familia, el descubrimiento por parte de su familia de conductas homosexuales o de farmacodependencia que hasta ese momento el había ocultado cuidadosamente, o simplemente por ignorancia, es decir, lo que ocurre con aquellas sujetos seropositivos al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) que no saben que están infectados y que al desconocer su condición no toman las precauciones debidas para no infectar a otros.

3.2 Aspectos Médicos

El agente que provoca el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es un retrovirus conocido como VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Cabe señalar que un retrovirus es una subclase de ARN-virus, cuya característica fundamental es convertir su ARN en ADN, lo que se conoce como transcripción reversa, de donde viene el nombre de retrovirus. (Sepulveda Amor, J.; et al,1989;)

Estructuralmente hablando este virus esta formado por una capa externa o membrana dentro de la cual existe un "núcleo" compuesto de proteínas y genes, llamado genoma. El genoma contiene la información genética que permite al virus reproducirse y realizar copias idénticas de sí mismo. (Miller, D. 1992)

Según Miller (1992) el ciclo de vida del virus del SIDA incluye varias etapas: La primera etapa incluye la unión del virus (antígeno) por áreas de su envoltura a un receptor en la superficie del linfocito T4. El proceso por el cual el VIH penetra en el linfocito incluye la "tijación" de porciones de VIH en la pared externa del linfocito. Una vez dentro del linfocito, el VIH elimina su cubierta y produce una enzima llamada transcriptasa inversa; de esta manera, a partir de un RNA de filamento único se elabora un DNA de filamento doble, una copia del virus. En la siguiente etapa se rompe el filamento de DNA. de la célula huésped o linfocito y se inserta el DNA del VIH; ya insertado no es posible diferenciar al virus del huésped. Posteriormente después de un largo periodo se puede "activar" el DNA. reestructurado, elaborándose copias de VIH.

La etapa final del ciclo incluye copias vírales que "brotan" del linfocito huésped y se movilizan para infectar otros linfocitos T colaboradores, contribuyendo así a la destrucción del sistema inmunológico. En el proceso se destruye la célula huésped; una vez que se ha destruido cierta cifra de estas células, el cuerpo no puede restituir su suministro necesario de linfocitos T colaboradores y se presenta el SIDA.

Según Daniels (1988) existen sólo 4 vías de contagio a saber: 1.-Por contacto sexual, ya sea homosexual o heterosexual, 2.-Por transfusión sanguínea o de productos hematológicos, 3.-Por el uso compartido de agujas y jeringas en personas

adictas a drogas intravenosas, 4.-Por vía transplacentaria o perinatal de la madre al niño.

En lo referente a la primera vía de transmisión que se menciona Sepulveda Amor y Colbs. (1989) comentan que durante el contacto sexual existe un intercambio de fluidos corporales entre los cuales se consideran los siguientes: secreciones vaginales, semen, sangre, saliva, orina, moco rectal o heces fecales. Así mismo menciona que en todos estos fluidos se ha aislado el virus VIH en menor o mayor cantidad.

Es por esta razón por la cual se dice que existen prácticas sexuales de muy alto riesgo, alto riesgo, de riesgo medio y de bajo riesgo. Entre las primeras se cuentan el coito rectal, el coito vaginal, cualquier acto sexual que produzca sangre, enemas y duchas antes y después de relaciones anales. Las segundas comprenden el compartir juguetes sexuales, anilingus (lamido), estimulación bracoproctal (puñeteo-introducir la mano, el puño o el antebrazo en el recto). Entre las que se consideran con riesgo medio se cuentan los besos húmedos (con intercambio de saliva), coito interfemoral (contacto pene con cuerpo entre los muslos o glúteos), dedaleo (colocar los dedos en el ano), duchas y enemas, felación (práctica sexual en la que se pone en contacto la boca con el pene), Cunnilingus (práctica sexual en la que se pone en contacto la boca con la vulva y el introito vaginal).

Por último se consideran prácticas de bajo riesgo o muy seguras las siguientes: masturbación mutua y de grupo, besos secos (sin intercambio de saliva), juguetes

sexuales (vibradores, tapones, etc.) utilizados con el compañero, pero no compartidos, contacto cuerpo con cuerpo, contacto pene con cuerpo excepto entre los muslos y glúteos.

Citando la segunda vía de contagio que se menciona en párrafos anteriores, por transfusión sanguínea o de productos hematológicos, cabe señalar que el VIH se puede transmitir a través de una transfusión de sangre infectada o sus productos como paquetes celulares (eritrocitos, plaquetas, leucocitos), el plasma y los factores de coagulación. No se ha documentado transmisión por otros componentes (inmunoglobulinas, como la gamaglobulina, albúmina o vacuna obtenidas de plasma humano, como la de la hepatitis B. (Sepulveda Amor, J. y et al, 1989)

Haciendo alusión a la tercer vía de contagio se mencionó el uso compartido de agujas y jeringas en personas adictas a drogas intravenosas. Se sabe que al no limpiarlas adecuadamente se transmite el VIH de la sangre de una persona a la otra.

La cuarta y última vía de infección que se citó fue la transmisión del VIH de una madre a su hijo la cual puede ocurrir por 3 mecanismos y en 3 momentos distintos: 1.-En primer lugar se cita la transmisión transplacentaria, este hecho se basa en que se ha aislado el virus tanto en la placenta como en el líquido amniótico. (Sepulveda Amor, J. y et al, 1989). Incluso Daniels (1988) menciona que algunos investigadores piensan que el virus introduce su material genético en las células gemen del huésped y ello permite su transmisión de una generación a otra. Sin

embargo, el mismo Daniels advierte que esta teoría aún debe contumarse, 2.- La segunda forma de transmisión de una madre a su hijo puede ocurrir durante el parto, ya que, como se sabe el niño se encuentra en ese momento en contacto con la sangre de la madre. De igual forma se sabe que el virus ha sido aislado también en secreciones vaginales y cervicales, 3.-Por último se tiene conocimiento de lo que se llama la transmisión postparto, esta se da a través de la leche materna, en la cual también se han encontrado anticuerpos del VIH.

El espectro clínico por la infección del VIH es muy amplio. Para esquematizarlo los Center Disease Control (Centros de Control de Enfermedades [CDC]) de Atlanta, de los Estados Unidos han establecido la clasificación que se muestra en el siguiente cuadro:

Clasificación de las manifestaciones de la infección por VIH, de acuerdo con los CDC

(Daniels, V. 1988).

Grupo I.	Infección Aguda
Grupo II	Infección Asintomática *
Grupo III	Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)*
Grupo IV	Otra enfermedad
	Subgrupo A. Enfermedad constitucional
	Subgrupo B. Enfermedad neurológica
	Subgrupo C. Enfermedades Infecciosas secundarias
Categoría C1	Enfermedades infecciosas secundarias especificadas que se incluyen en la definición de la encuesta CDC para SIDA. †

Categoría C2 Otras enfermedades infecciosas secundarias especificadas

Subgrupo D. Cánceres secundarios. †

Subgrupo E. Otros trastornos

* Los pacientes en los subgrupos II y III pueden subclasificarse según una valoración de laboratorio.

† Incluye a los enfermos cuya presentación clínica satisface la definición de SIDA utilizada por CDC para informe Nacional.

Como se sabe, el momento en que el VIH penetra en el organismo no es detectable por cuadro clínico ni por estudios de laboratorio. Tampoco es posible detectarlo de manera retrospectiva en la mayoría de los casos que se presentan.

Algunos pacientes después de haber adquirido la infección presentan signos y síntomas pasajeros que aparecen pocas semanas después. Al conjunto de estos síntomas se les denomina infección aguda por VIH. Por lo general los síntomas comprenden inflamación de ganglios, (principalmente los del cuello, las ingles y las axilas), así también presentan malestar general, (caracterizado por dolor en sus articulaciones y músculos, falta de apetito y apatía), en ocasiones es acompañado este cuadro por fiebre y dolor de cabeza. En algunas ocasiones si el cuadro es muy severo, se llegan a presentar manifestaciones a nivel del sistema nervioso, con perdida del estado de alerta, desorientación, incapacidad para concentrarse y para desarrollar tareas intelectuales. Por lo general la sintomatología desaparece sin dejar secuelas. (Sepulveda Amor, J. y et al, 1989)

Este cuadro de síntomas se debe al ingreso del virus al organismo y a la lucha de éste a través de su sistema inmunológico. Se debe hacer notar que la agudeza del cuadro sintomático depende posiblemente de la cantidad de virus que se introdujo al organismo, existiendo una relación proporcional, ya que a mayor infección se pudiese sospechar mayor agudeza en este cuadro inicial. El grupo I comprende pues todas las características que se acaban de mencionar.

Sepulveda Amor (1989) menciona que en el 80 a 90% de los casos, la infección por VIH no se hace manifiesta más que por el hecho de que los exámenes para la detección de anticuerpos se vuelven positivos. Cabe señalar que un sujeto que en sus resultados hubiese salido negativo puede volverse positivo, cuando esto ocurre se habla de una seroconversión. Esto puede variar en tiempo de un sujeto a otro, pero por lo general se menciona un periodo de 6 a 14 semanas, aunque puede tardar meses e incluso años. A ese lapso en el cual un paciente se encuentra infectado pero no tiene anticuerpos detectables se le denomina periodo de ventana. Es importante mencionar que en el periodo de ventana a pesar de la existencia de seronegatividad, existe el riesgo de transmisión del virus por cualquiera de vías antes mencionadas.

El grupo II esta constituido por aquellos sujetos que no presentan al parecer rasgos de infección, es decir, no muestran ninguna manifestación clínica, siendo detectable la infección únicamente mediante pruebas serológicas.

Como se explicó en párrafos anteriores cuando se habló del proceso de infección por VIH, este periodo libre de síntomas ocurre cuando el virus ya se ha introducido al organismo y ha infectado una gran cantidad de células CD4 o CD8, una vez dentro de éstas, el virus puede permanecer "latente" (sin replicarse, y por lo tanto, sin ejercer un efecto destructivo sobre la célula), hasta que esa célula sea activada por el sistema inmunológico como respuesta a otro estímulo antigénico (producido por una nueva infección por VIH o por otra infección).

Cuando el virus inicia su replicación, termina por destruir a la célula que lo ha alojado, lo cual resulta en la liberación hacia la sangre de muchas partículas vírales nuevas que a su vez identificarán y penetraran en células que les serán afines, con el fin de replicarse nuevamente. Este proceso es, en términos generales, lento de modo tal, que debe transcurrir un periodo prolongado antes de que exista un deterioro del sistema inmunológico suficientemente grave como para manifestarse clínicamente.

Es importante recordar que el hecho de que un paciente seropositivo para VIH se encuentre asintomático no quiere decir que no pueda transmitir el virus a otras personas y tampoco que no este sufriendo un deterioro en su sistema inmunológico.

El grupo III esta formado por sujetos con linfadenopatía generalizada persistente (LGP). Este síndrome es un precursor o forma frustrada del SIDA. Se caracteriza por la presencia prolongada de ganglios linfáticos hinchados en muchos sitios; mostrándose duros, crecidos e indoloros.

Para cualquier individuo cuando se enfrenta a una infección causada por un antígeno (llámese virus o bacteria) su organismo reacciona causando la tumefacción de los ganglios linfáticos mostrándose como un síntoma de una enfermedad infecciosa. Estos ganglios pueden ser sensibles al tacto. Cabe indicar que una vez que la infección ha pasado, los ganglios vuelven a su tamaño normal. Sin embargo en un paciente con LGP quedan crecidos. (Daniels, 1988)

Aunque existen literalmente miles de ganglios en el cuerpo, cabe decir, que en la linfadenopatía generalizada persistente se afectan principalmente los ganglios cervicales, axilares e inguinales.

Sepulveda Amor (1989) indica que para realizar el diagnóstico por Linfadenopatía generalizada persistente por VIH se deben cubrir algunos criterios entre los que se cuentan: 1.-La presencia de una prueba de anticuerpos al VIH positiva y 2.-Que el paciente muestre un crecimiento de 1 cm. o más en los ganglios linfáticos por lo menos durante 1 mes y como mínimo en dos sitios anatómicamente distintos a parte de los ganglios inguinales.

El grupo IV incluye pacientes con síntomas y signos clínicos de infección VIH diferentes, o además, de los de linfadenopatía.

Después de un periodo previo asintomático o con síntomas mínimos, el equilibrio entre las subpoblaciones de linfocitos se pierde y el sistema inmunológico no puede contener la aparición de infecciones por gérmenes oportunistas, y/o el desarrollo de tumores malignos. Al mismo tiempo aparecen manifestaciones clínicas de daño directo, extenso e irreversible, producido por el VIH en algunos tejidos, particularmente el sistema nervioso central. Algunas manifestaciones clínicas pueden ser tan específicas que su presencia sugiere fuertemente el diagnóstico de SIDA; por ejemplo, el sarcoma de Kaposi, la infección por *Candida* en el esófago, o la presencia de neumonía producida por *Pneumocystis carinii*, en paciente en los que no hay otra explicación posible para la inmunodeficiencia, sin embargo, aunque existan datos que puedan sugerirlo, es frecuente que el diagnóstico de SIDA resulte difícil, particularmente si no se tiene experiencia o no se piensa en él, debido a su cuadro insidioso inicial, y a que en muchas ocasiones los síntomas con que el síndrome abre son inespecíficos.

El SIDA puede iniciarse con diarrea crónica, pérdida de peso y fiebre prolongada, manifestaciones que generalmente se presentan de manera simultánea. En otras ocasiones el enfermo se puede presentar con fiebre prolongada e infección por *Candida* en boca y esófago. Con frecuencia se presenta como un cuadro de fiebre de origen desconocido, producido casi siempre por una infección generalizada (tuberculosis, histoplasmosis, criptococosis, salmonelosis, etcétera). Otra situación común es la de un paciente con insuficiencia respiratoria aguda, por lo general, debida a una neumonía por *Pneumocystis carinii* u otros agentes.

Aproximadamente 10% de los pacientes desarrollan cuadros muy floridos y graves que lo llevan rápidamente a la muerte. En el resto de los pacientes, el curso es insidioso y progresivo, conduciendo a un deterioro que en un periodo variable de ocho meses a cuatro años (en México hasta dos años y medio), produce una invalidez total (Sepulveda Amor, J. y et al, 1989).

Es común que estos pacientes fallezcan por insuficiencia respiratoria, choque séptico, hemorragia de tubo digestivo y estado de coma, consecuencia, en la mayoría de los casos, de infecciones graves, diseminadas, neoplasias extensas, o de la atrofia cerebral y daño neurológico producidos directamente por VIH.

La clasificación de los CDC Center Disease Control (CDC) (Centro de Control de Enfermedades) permite establecer las diferentes manifestaciones del SIDA de acuerdo al proceso que las causa. Es importante tener en cuenta, sin embargo, que casi todos los pacientes no tienen una sola manifestación, y por ello, sobre todo en etapas terminales de la enfermedad, podrían ser incluidos en más de un grupo.

Según Daniels (1988) el tratamiento del SIDA consiste en suprimir al virus y formar el sistema inmunológico en el paciente. Hasta la fecha, no se dispone de una vacuna comercial o algún fármaco que pueda evitar que alguien desarrolle SIDA, sin embargo los últimos informes son alentadores a este respecto.

3.3 Aspectos Socioculturales sobre SIDA

El SIDA es una enfermedad relativamente nueva, una enfermedad que aún en nuestros días y con los conocimientos actuales, asusta y genera incertidumbre en la sociedad. Despierta temores como: el miedo a la sangre, al sexo, a la enfermedad, al abandono, a la soledad y a la muerte. Estos temores durante años han tratado de ser "domesticados" a través de la cultura, sin embargo, no obstante que se creían ya superados por el hombre (con la revolución sexual en los 60 'tas y 70'tas [Perres, J. 1991]), desde que aparece el SIDA ponen en tela de juicio este logro; y por lo tanto, en la actualidad, aún generan malestar en la raza humana.

Quizás una de las razones más fehacientes de este temor al contagio por el VIH, es la desinformación por parte de la sociedad. Y no es para menos, según Masters y Johnson (1988) en 1983, dos años después del hallazgo de los primeros casos en pacientes homosexuales, aún se creía que el SIDA era una enfermedad que sólo atacaba a la gente gay; poco tiempo después se vio que el virus era capaz de infectar tanto a sujetos con preferencias homosexuales como a sujetos con preferencias heterosexuales, esto puso a las mayorías en una situación "tensa"; se tiene también que en 1985 se pensaba que la provisión de los bancos de sangre era segura; pero posteriormente se llegó a constatar que no era cierto, cuando se empezaron a dar los primeros casos de sujetos hemofílicos infectados por medio de transfusiones sanguíneas. Así, la gente no sabía hasta que punto era verídica la información que los medios de comunicación habían dado por cierta, y a medida que

se descubría más sobre la enfermedad, los criterios de como se transmitía el VIH se iban ampliando lentamente.

Haciendo alusión a esta problemática del contagio y del miedo que genera el contagiarse, se tiene la siguiente cita textual de Alfredo Valencia (Sepulveda Amor y et al., 1989) "...Por otro lado, el contenido emocional asociado al calificativo 'contagioso' hace que los pacientes enfrenten un rechazo que esta determinado por la información que en la comunidad se tiene acerca de la transmisión del SIDA..." (pag. 193)

Por todo esto, no es raro notar que desde que surgió esta enfermedad, la sociedad ha realizado actos que demuestran desaprobación, intolerancia y discriminación hacia las personas infectadas con el virus del SIDA. Aunque hay que hacer notar que esta situación de temor y desprecio por el paciente enfermo no es nueva tal y como se observa a lo largo de la historia y en diferentes épocas. Así, H. Feifel (1967) afirmaba que la enfermedad y la muerte no sólo se consideran productos de la mala suerte, sino también poseen connotaciones sociales de fracaso personal, de pérdida de identidad y de status. De donde: "Morir por una ideología o como resultado de un accidente automovilístico pueden ser cosas bien distintas" (pag. 38).

De igual forma Norberk citado por Feifel (1967) señala que entre los antiguos aztecas, las almas de los guerreros y cautivos varones sacrificados se dirigían al más deseable de los varios paraísos disponibles, sin embargo aquellos que morían de

enfermedad o de cualquier otro modo no tan honroso, estaban destinados a un paraíso inferior.

Si uno se remonta en esta línea al pasado, hasta antes de que Yersin descubriera la vacuna del virus de la peste⁵, se pueden observar reacciones análogas a las que aparecieron al descubrirse el VIH. Se creía que los Dioses castigaban a un pueblo o nación por sus actos, y este castigo se manifestaba a través de la peste. También se pensaba que la peste era enviada por Dios como un castigo y como una advertencia. Era castigar al cuerpo para advertir al alma de los peligros de la condenación eterna. El razonamiento era al parecer el siguiente: la peste se envía para que en el dolor y sufrimiento que conlleva, los hombres tomen conciencia de sus pecados e hicieran penitencia mientras les quedase tiempo (Sepúlveda Amor y cols., 1989). Aún en la actualidad pareciera ser que en algunas personas predomina esta forma de pensar.

A este respecto Miller (1989) comenta lo siguiente: "... Aún se considera ampliamente como una plaga, en gran parte 'autoinflingida', que tiene 'víctimas inocentes' junto al grupo de mayor riesgo de varones homosexuales. Quizás sea justo decir que, al momento de escribir esta obra la comprensión social aún esta en etapas de formación ..." (pag 41). Más adelante comenta: "...-muchas personas no saben con seguridad como deben responder. En sus mentes el SIDA es todavía una enfermedad

⁵Peste: Enfermedad contagiosa ordinariamente mortal, y que causa muchos estragos en las vidas de los hombres y de los brutos. Aplicada por largo tiempo esta palabra a

de 'homosexuales' y toxicómanos. Como tal, tiene el estigma adicional del sexo de las minorías, el uso de drogas, o ambos, unido a ella y a los pacientes...".(pag.41)

Otra de las analogías que se encuentran entre el pensamiento social de aquella época y la actualidad estriba en la búsqueda de "los culpables" y en la "marginación de estos". Sepulveda Amor y et al. (1989) afirman que la marginación estaba constituida por varios factores entre los que se pueden contar: el perseguir a un grupo por considerar su conducta como culpable, el creerlo transmisor premeditado del mal, o el identificar a este con el enfermo. En la época precortesiana en la nueva España, Cabrera citado por Sepulveda Amor (1989) afirmaba que los indios eran los culpables de la peste por hacer sacrificios humanos. También se encuentran datos históricos en los que se revela que algunas familias por el temor de contagiarse de la peste preferían viajar y alejarse de la epidemia, marginándose asimismo, pero al parecer sólo conseguían difundir más la enfermedad.

En este contexto cabe señalar una observación que hace Miller (1992) sobre unos niños hemofílicos que fueron segregados de la escuela, y de otros que por orden de sus padres no iban al colegio por temor de que sus hijos contrajeran la enfermedad en el salón de clase o en el patio de juego. Aún más, agrega que se han dado casos en los que los mismos familiares han abandonado pacientes por este tipo de ansiedades que se despiertan del temor al contagio.

todas las enfermedades epidémicas que diezaban las poblaciones, designa hoy

Como menciona Rozenbaum y cols. (1985): "La noción de contagio es la llave del pánico..."; a lo cual se podría agregar que también es la llave de diversos movimientos sociales tendientes a proteger al grupo de individuos que la componen. Así se puede ver en la actualidad que existen estadísticas que señalan que los grupos "de alto riesgo" (homosexuales y prostitutas) están mostrando una ligera tendencia a la alza en lo que se refiere a tomar medidas preventivas con el fin de evitar el contagio de VIH, tales medidas comprenden el uso del condón y el "sexo seguro" (Gaceta de CONASIDA, 1990).

Se han impuesto "modas sociales" con el fin de prevenir el contagio por SIDA. Entre la población heterosexual se ha incrementado la fidelidad como valor moral (Perres J. 1991). Esta preocupación de contagio por SIDA a ido en aumento, incluso han aparecido películas relacionadas con el tema, tales como "Solo con tu pareja", "Bienvenido Welcome" y "Philadelphia" entre otras. Estas cintas llevan una serie de mensajes sociales como el mensaje de la fidelidad, el temor a la conquista fácil que más tarde llevará a la preocupación por estar contagiado, y finalmente la discriminación por parte de la sociedad al sujeto de preferencias homosexuales y/o al portador del VIH.

En las clínicas de salud y en los bancos de sangre también se han tomado precauciones, así se tiene que la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (1995) dicta tomar

especialmente la peste bubónica.

algunas "precauciones universales"⁶ al tratar paciente infectados como lavarse las manos antes y después de tener contacto con cualquier paciente, usar guantes siempre que exista la posibilidad de contacto con líquidos de alto riesgo, desechar agujas y otros instrumentos cortantes, en recipientes rígidos, no perforables, que contengan algún desinfectante adecuado o que posteriormente sean tratados con algún desinfectante; entre otras.

Todo lo anteriormente expuesto demuestra una clara tendencia por parte de la sociedad en la cual la culpa por la epidemia del siglo XX "esta en el otro". Al respecto Sherr L. (1992) menciona: "Es necesario recordarse a uno mismo que resulta fácil inculpar a los grupos para alejarse de ellos; si se puede culpar a alguien, se tiene la sensación de estar más controlado" (pag.188). Y por lo tanto libre del mal...

Afortunadamente no todo lo que el SIDA ha despertado en la población ha sido el miedo al contagio. Como toda crisis también han surgido grandes grupos que se han solidarizado con la problemática. Se han formado redes de apoyo , talleres de información y centros de atención de pacientes infectados de VIH.

Ahora bien, el estudio de la sociedad en este apartado estaría incompleto si no se analizara también a su estructura más elemental: La familia. En este contexto se observa que aún existen tendencias conservadoras en la familia tradicional mexicana;

⁶Precauciones universales: Técnicas de manejo de pacientes por parte del personal de salud, que se fundamentan en el concepto de que todos los pacientes deberán ser

y el hablar de sexo, de condón, de prostitutas, de homosexualidad o de temas similares relacionados con la sexualidad, son aún para muchos tópicos prohibidos, temas tabú que no se ventilan todavía, pese a que los medios de información han procurado fomentar la comunicación entre los integrantes de las familias en este sentido.

En esta línea sobre la familia es conveniente profundizar en el estudio de la familia cuando el paciente seropositivo es un miembro de ella. Según Del Río Chiriboga y cols. (1993) al principio cuando los miembros de la familia se llegan a enterar de la noticia experimentan una negación que les protege inicialmente del shock emocional. Posteriormente cuando esta etapa de negación no se puede seguir manteniéndose por las evidencias de la realidad, los familiares gradualmente se empiezan a hacer a la idea de la conflictiva y de las repercusiones de esta, reaccionando con tendencias al fatalismo, al rechazo, al temor de ser contagiado e incluso a la indiferencia por el familiar enfermo. Estos autores también dicen que los familiares pueden experimentar sensaciones contradictorias, como sentimientos de culpa; los cuales se pueden llegar a reflejar en sobreprotección y rechazo al mismo tiempo hacia el paciente enfermo. De igual forma se pueden experimentar sentimientos de tristeza e impotencia, que frecuentemente no se expresan por temor a afectar aún más al ser querido.

considerados como potencialmente infectantes con el VIH u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre.

Entre las repercusiones que tiene el que un familiar este enfermo, se cuentan como conflictos familiares: los económicos, por los gastos no contemplados hasta esos momentos, la división de los miembros de la familia, por el apoyo de unos y el rechazo de otros, la comunicación inadecuada, el dar menos atención a los otros miembros de la familia por dedicarle todo el tiempo al familiar afectado, la búsqueda de culpables, la agresión verbal o física por los niveles de tensión tan intensa que se maneja en esas circunstancias, la sobrecarga de trabajo para quien lo cuida, problemas de salud en otros integrantes de la familia, y la impotencia por falta de información y orientación. (Del Río, Hernández y Uribe; 1993)

3.4 Aspectos Psicológicos sobre SIDA⁷

Es muy probable que el saberse contagiado del virus que ocasiona el SIDA, provoque en el individuo reacciones bastante intensas e inimaginables. Se pueden hacer analogías, inferencias o deducciones, pero la vivencia de esta situación es única para cada individuo. Un factor común en la mayoría de todos los individuos a los cuales se les informa que son seropositivos al VIH, es posiblemente el choque emocional, de hecho así lo señalan autores como W. Rozenbaum y D. Seux (1984) Miller (1992), Sherr (1992) P. Cahn (1992) y Daniels (1994).

⁷Siendo esta una investigación psicológica no se profundizará en los aspectos de las afecciones orgánicas por VIH. Para mayor información a este respecto se sugiere consultar las siguientes obras:

SIDA, Daniels G. Victor, 1994, México D.F.

VIVIENDO CON SIDA Y HIV, Miller D. 1992, México D.F.

Este choque emocional es descrito por las personas infectadas como una sensación de confusión y aturdimiento. Comenta Miller (1992) lo siguiente a este respecto: "La mente parece estar en constante movimiento, quizá ajustándose de un hecho a otro, sin referencia a lo que está sucediendo 'afuera'...". (pag. 22)

Existen una gran variedad de reacciones que el paciente puede adoptar en el momento de saber la noticia; puede tomarse muy emocional y en ese momento romper en llanto, así también, puede aislarse afectivamente y de esta manera ponerse "a salvo" de la noticia actuando "como si no pasara nada en realidad", y negando todo sentimiento que pudiese afectar a su "Yo", esta situación puede durar desde un momento hasta varios meses según la constitución emocional del paciente y la adaptación por parte de su entorno; puede también tornarse agresivo en ese momento, insultando a la persona que le dió los resultados o incluso agredirla físicamente.

Múltiples estudios (Dilley, Ochitll, Perl, & Volberding 1985; Sepulveda Amor, J. y et al, 1989; Miller, D. 1992) demuestran estar de acuerdo de que después de este choque emocional inicial, ocurre otro fenómeno común en la mayoría de los pacientes infectados por VIH, esto es: la incertidumbre del paciente infectado. Miller (1992) señala a este respecto que la incertidumbre obedece principalmente a dos situaciones: la primera se refiere a la incertidumbre del paciente seropositivo por saber si desarrollará SIDA; la segunda se refiere al grado de avance de la enfermedad.

Otro de los factores que menciona Miller, es el hecho de que el paciente puede tener incertidumbre de la reacción de las personas que lo rodean.

Posterior a esta incertidumbre, según Sepulveda Amor y et al, (1989) aparecen reacciones de ansiedad como un mecanismo adaptativo al nuevo estado en el que se encuentra el paciente. De acuerdo con Sherr (1992) este periodo de ansiedad, es hasta cierto punto normal, pues como se sabe, es la emoción característica cuando se enfrenta un sujeto a la expectativa de su propia muerte.

La ansiedad que experimenta el paciente con VIH/SIDA puede variar de un sujeto a otro y esta supeditada a varios factores. Así se tiene que algunos estudios (Sepulveda Amor y et al, 1989; Kelly, J. y Murphy, D.; 1992, Miller, D.; 1992) mencionan que son factores determinantes, el como se le diga al paciente que esta infectado, el apoyo que la familia le puede presentar o negar al paciente, la presencia o ausencia de síntomas de enfermedades comunes, el estrés generalizado y la esperanza o pesimismo ante los posibles tratamientos médicos.

Como ya se mencionó en el capítulo primero la ansiedad puede provocar síntomas de tipo somático como: sudoración, taquicardia, taquipnea, vértigo, entre otros. Miller (1992) menciona que todos estos signos y síntomas, el enfermo seropositivo puede confundirlos con una declinación en su salud, aumentando más los síntomas ocasionados por la ansiedad. A este ciclo se le ha denominado "Pseudosida", y se presenta en el sujeto "preocupado sano".

La ansiedad no está siempre determinada por los factores señalados; así se tiene que en un estudio que se realizó en E.U.; Perry, Jacobsberg and Fishman, (1990) encontraron que los individuos que se mostraban angustiados después de haber obtenido un resultado de VIH positivo, presentaban también altos niveles de angustia antes de someterse a la prueba serológica.

Se sabe también que el intento por ocultar los síntomas o por encontrar suficiente "valor" para encarar la situación puede generar que el paciente recurra al uso del alcohol, drogas o de medicamentos ansiolíticos; lo cual a la larga puede empeorar su situación tanto emocional como física. Como se sabe, el alcohol es un depresor del sistema nervioso, por lo tanto pudiera ser dañino para el paciente que intenta "ahogar sus penas" en esta situación. En cuanto a las drogas de recreación, se sabe que aunque pueden proporcionar efectos agradables a corto plazo, son peligrosas para la salud de cualquier individuo, y con mayor razón para el paciente que tiene problemas con su sistema inmunológico.

Otros de los estados de ánimo predominantes en pacientes con VIH/SIDA es la depresión. Entre las razones más comunes según Miller (1992) se llegan a considerar: la "ineludible" declinación física y la futura mala salud, la falta de una cura, las limitaciones a las que se tiene que someter el enfermo a causa de la infección, la enfermedad o ambas y finalmente el rechazo social, laboral, emocional, sexual actual o anticipado.

La depresión se manifiesta a través de tristeza, abatimiento y desesperanza; el sujeto pierde el interés o el gusto por realizar actividades que antes le agradaban. Así mismo puede perder el apetito y disminuir sensiblemente su sueño. Aunado a esto es posible que aparezcan sentimientos de culpa e inutilidad, enfocándose la atención del paciente más a sus fracasos y errores pasados que a sus logros. Así también se sabe que durante este estado pueden aparecer ideas suicidas.

Otras de las manifestaciones de la depresión puede ser el aislamiento social por parte del paciente infectado. Sin embargo, hay que aclarar que la depresión también puede expresarse de forma contraria a como se conoce de manera "tradicional"; ha este tipo de depresión se le ha asignado el nombre de "depresión reactiva". En la depresión reactiva el sujeto adopta actitudes de tipo maníaco, que por lo general se manifiestan como una actividad intensa por parte del paciente que lo hace parecer incansable, además de exhibir dificultades para centrar su atención en lo que se le demande, mostrándose distraído y distante del mundo que le rodea.

Así también se observa el uso de un lenguaje rápido que refleja la gran tensión que el paciente experimenta. De hecho este cuadro de manía lo menciona Nuñez R. (1988) en su libro del inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) y agrega de manera textual: "...algunos clínicos piensan que este estado es una defensa en contra de la depresión..." (pag. 78).

Entre las emociones que quedan por revisar en este apartado se encuentran el enojo y la impotencia que suele experimentar el paciente seropositivo al VIH debido a su padecimiento. Marmostein (1983) afirma que desde el momento en el que el paciente recibe el diagnóstico de una enfermedad "seria" (que pone en riesgo su vida o su autonomía), se pueden esperar reacciones de enojo hacia el personal médico o la institución hospitalaria.

Según Marmostein: "El médico es quién debe descubrir la presencia de una enfermedad seria. Puede criticársele por ser demasiado sincero o crudo al dar malas noticias, o por callar la verdad temporalmente esperando decirla en el momento más oportuno..." (pag 91) agregando más adelante: "...el dolor, los gastos y la incomodidad de un tratamiento quirúrgico o médico pueden agravar esta tendencia al enojo..."(pag. 91).

Otro de los factores que contribuyen a la situación de enojo e impotencia por parte del paciente es la despersonalización que ocurre en el medio hospitalario. El mismo Marmostein (1983) señala que asuntos privados como el comer, dormir e ir al baño, se convierten en información rutinaria para llenar su hoja clínica. Rozenbaum y Seux (1984) coinciden con Marmostein afirmando que muchos enfermos chocan con la ley institucional y la viven como una serie de frustraciones.

Hasta aquí se han analizado las conductas típicas de una persona al enterarse de que es seropositiva al VIH. Ahora bien, dentro de esta problemática, habría que

diferenciar a dos tipos de pacientes infectados por el VIH. Por un lado se tienen a todas aquellas personas que aún conociendo el riesgo de contagio por el VIH u otro tipo de enfermedades venéreas no toman las debidas precauciones y se contagian, son aquellas personas que con frecuencia la sociedad las cataloga como "promiscuas y liberales"; y por otro lado se tiene a los pacientes "inocentes", que fueron infectados debido a una situación accidental que pudo haber sido provocada por ejemplo a través de una transfusión sanguínea. Según Maldavsky (1992) el primer grupo cae dentro del tipo de pacientes que presentan un estancamiento de su libido en forma narcisista, mientras que el segundo grupo es propio de las neurosis traumáticas.

Si se revisa con cuidado este material se pueden observar reacciones emocionales y de personalidad totalmente diferentes. Por ejemplo el enojo. De tal suerte que el paciente que fue infectado a través de una transfusión sanguínea, nunca tuvo conocimiento de que la sangre que le iban a transfundir estaba contaminada. Por lo tanto, cuando recibió su diagnóstico de seropositividad al VIH, posiblemente tuvo un impacto mayor, que aquel paciente que sabía que había estado en situaciones que implicaban un riesgo alto de contagio. Siendo muy posible que en el primer caso el paciente pueda generar a futuro una severa aversión o desconfianza contra el personal médico y las instituciones de salud.

Rosenbaum y Seux (1984) comentan que para muchos homosexuales el saberse contagiados por el VIH no era sorpresa, y su reacción característica era el

sentimiento de culpa, considerando a la enfermedad como un castigo: "En sus fantasías se adjudicaban la obligación de poner fin a sus gustos sexuales..." (pag. 143)

Perres (1991) comenta que en la medida que el paciente infectado por VIH tenga un componente más neurótico mayor será el cuidado y la preocupación por no contagiar, estando en juego sentimientos de culpa, el temor de dañar a terceros, la angustia de la evidencia ante la propia agresividad o destructividad, etc. Sin embargo a menor monto de esta parte neurótica, se puede esperar un incremento en la despreocupación en función del incremento de la omnipotencia, y el placer de "jugar" con la muerte, de "torearla", pudiendo emerger incluso rasgos sádicos y/o vengativos muy marcados, siendo la mínima la preocupación de ser un factor de riesgo en la expansión del SIDA en su comunidad.

Rozenbaum y Seux (1984) refieren que algunos pacientes con el propósito de querer negar la enfermedad provocan lo que se conoce como una "muerte altruista", que es cuando el paciente niega a tal grado su enfermedad que actúa como si no la tuviera, como si pensará que: si debe morir no lo hará sólo y se llevará a otros en el camino. Siendo tal su deseo inconsciente. Posiblemente son pacientes que adentran tanto en su rol depresivo, negador y de enojo, que desean no ser los únicos, y asumen "de manera pasivo agresiva" una postura "omnipotente de vida y muerte" sobre todas aquellas personas con las que tienen contacto.

Más adelante estos mismos autores (Rosenbaum y Seux, 1984) agregan que el diagnóstico puede conducir a los pacientes a cuatro tipos de descompensación psíquica según la personalidad del paciente: Los primeros son aquellos pacientes que se hunden en una depresión real, con todas las consecuencias que esto acarrea, incluyendo el sentimiento de culpa, y la idea de que han sido castigados por sus vicios; el segundo grupo lo componen aquellos pacientes que se vuelven maníacos mostrando signos de agitación y dispersión, tempo rápido de pensamiento y verborrea, teniendo tendencias a la racionalizaciónseudodelirante que los obliga a ver todos sus problemas existenciales; otro grupo lo forman los pacientes que muestran descompensaciones histeroformes, siendo aquellos que juegan a su enfermedad y a su muerte para protegerse de los altos niveles de angustia que tienen que tolerar; finalmente el último grupo lo constituyen aquellos pacientes que sufren una descompensación psicótica. Principalmente este grupo está constituido por jóvenes con una estructura de la personalidad frágil. Todas estas descompensaciones se manifiestan en función al tipo de estructura de la personalidad preexistente al contagio.

Maldavsky D. (1992) por su parte, hace una división estructural cuando se refiere que existen dos momentos en la vida del paciente infectado por VIH, el primer momento es cuando se sabe infectado por el VIH, el segundo momento es cuando empiezan a aparecer los síntomas de la enfermedad. En el primer momento, según este autor, el aparato psíquico opera con la lógica de una retracción psicótica, predominando la regresión al autoerotismo. En el segundo momento en cambio,

aparece el tipo de retracción psicótica de las paranoias, con estallidos mudos de dolor violento, letárgico, la envidia por la situación de los otros, un sentimiento de rabia justiciera impotente, que por lo general lo deja sumido en el tipo de abulia de aquellos que han sufrido una tragedia inesperada.

CAPITULO IV

CONTRARREACCIONES PSICOLÓGICAS DEL ESPECIALISTA EN SALUD ANTE LA MUERTE POR SIDA

4.1 La Contratransferencia

Cuando una persona conoce a otra en alguna situación cotidiana, este evento puede provocar una serie de expectativas, fantasías, recuerdos y emociones por parte de un sujeto como por parte del otro. Lo mismo ocurre cuando un paciente entra por primera vez en contacto con un psicólogo o algún profesional afín en el campo de la salud mental.

Sharni (1975) en su libro titulado "Psicología Clínica" menciona a este respecto lo siguiente: "...la conducta social humana, es hasta cierto punto un complejo de reacciones relativamente orientadas hacia la realidad, de un lado, y de elementos de conducta más o menos inadecuados y condicionados por la transferencia, de otro, surge inevitablemente el problema de las consecuencias que cabe esperar cuando la situación analítica se vea influida por factores de transferencia que condicionen la conducta del analista" (pag. 394).

Sharni (1975) señala más adelante: "...La conducta de transferencia abiertamente manifiesta de un terapeuta ante su cliente se designa con el nombre de contratransferencia...". (pag. 394)

El término de contratransferencia según el "Diccionario de Psicoanálisis" de J. Laplanche y J.-B. Pontalis (1983) se define de la siguiente forma: "Conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia³ de éste"....(pags. 84-85)

Otra definición sobre contratransferencia desde un enfoque más totalista es la de Heimann citado por Velazco Alba (1996) que dice al respecto: "Las experiencias totales tanto conscientes como inconscientes del terapeuta ante un paciente; experiencias totales que incluyen todos los pensamientos y sentimientos que el terapeuta experimenta como reacción a la interacción terapéutica..." (pag. 248).

Así se tiene que la contratransferencia para algunos se convierte en un obstáculo el cual hay que superar mientras que otros la consideran como en una herramienta invaluable. En este sentido Freud (1910) veía en la contratransferencia un obstáculo a superar, más que una herramienta útil para el análisis. Esto se hace patente en su artículo: "El porvenir de la terapia psicoanalítica" en el cual afirma que existe la necesidad por parte del terapeuta de analizar las reacciones que despiertan en él, los pacientes; esto con el fin de que se mantuviera en todo momento una actitud neutral.

³Según los mismos autores la transferencia es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad... Bertrand Pontalis-Jean- Laplanche Jean. (1983), pag. 439

Así Freud (1910) afirma : "...hemos observado que ningún psicoanalítico llega más allá de cuanto se lo permiten sus propios complejos y resistencias...". (pags. 311-312)

Más adelante el mismo Freud (1912) en su artículo titulado "Consejos al médico" confirma lo expuesto en sus primeros escritos sobre contratransferencia, diciendo que se debe escuchar al paciente dejando vagar la atención de una manera libre y flotante, afirmando más adelante que se debe escuchar el inconsciente del paciente a través del inconsciente del terapeuta, para finalmente ponerlo a disposición del paciente. De esta manera se puede observar una tendencia por parte de Freud a usar el inconsciente del terapeuta como un receptor más que como un emisor.

H. Racker (1986) haciendo alusión a este tópico menciona que la contratransferencia es un instrumento mostrando estar de acuerdo con lo que menciona Freud cuando dice que el inconsciente del terapeuta es un receptor de los mensajes del inconsciente del paciente.

Racker (1986) agrega que a la contratransferencia se le puede considerar como un peligro en la labor analítica y también como un objeto que permite que el analizado deposite un trozo de su historia pasada, en el presente en la figura del

analista. En esta situación, el paciente deberá encontrar una comprensión y objetividad mayores de las que encontró en su realidad o en su fantasía infantiles.

S. Lorand citado por H. Racker (1986) se aboca a analizar la contratransferencia como un peligro, señalando una serie de problemas específicos entre los que menciona: el deseo de curar del analista, la actividad de analizar como válvula de escape, para los propios problemas del analista, la interferencia del narcisismo y de motivos personales en la labor, etc.

Por su parte Ferenzi citado por Velazco Alba (1996) es el primero en criticar el concepto de Freud "del analista como espejo" y señala que las emociones del terapeuta llegan a ser parte del proceso. Además afirma que la transferencia del paciente induce cierto tipo de emociones en el analista, que en algunas ocasiones podrían ser molestas; señalando por primera vez la idea de la contratransferencia negativa. El mismo Ferenzi sugería comunicar estos sentimientos al paciente lo cual es hasta ahora muy controversial...

Winnicott citado por H. Etchegoyen (1993) coincide con Ferenzi en el hecho de que el analista es parte del proceso terapéutico. Winnicott clasifica los fenómenos contratransferenciales en tres tipos: 1. Los sentimientos contratransferenciales anormales que son prueba de que el analista necesita más análisis; 2. Los sentimientos contratransferenciales que tienen que ver con la experiencia y desarrollo personal del analista, siendo obvio que varía de un analista a otro; 3. Finalmente la

contratransferencia objetiva del analista que considera el amor u odio del analista como respuesta al comportamiento y a la personalidad real del paciente. (pags. 265-266)

Por otra parte, Stern citado por Velazco Alba (1996) señala que los propios problemas no resueltos del analista podían causar, de no ser analizados, la pérdida del rol terapéutico. De esta manera se tiene una serie de indicaciones y definiciones que se yuxtaponen unas con otras.

Kernberg (1997) por su parte intenta dilucidar estas posturas y comenta que existen básicamente dos enfoques: El enfoque que denomina clásico aquel en el que se define a la contratransferencia como la reacción inconsciente del analista ante la transferencia del paciente, en concordancia con lo citado por Freud; y el enfoque totalista en donde la contratransferencia abarca la totalidad de la respuesta emocional del analista ante el paciente en la situación analítica.

Según Kernberg (1997) ambos enfoques tienen su talón de Aquiles, ya que el enfoque totalista, tiende según los partidarios de la postura clásica, a exagerar la importancia de las reacciones emocionales del analista, a costa de afectar la neutralidad del cuadro analítico, donde el peligro radica en que la personalidad del analista asuma una participación excesiva.

Por otro lado los partidarios de la postura totalista (según Kenberg [1997]) los autores más representativos de este enfoque serían: Reich, Glover, Fliess y en cierta medida Gitelson) critican del enfoque clásico dos aspectos: 1. La definición restrictiva del concepto de contratransferencia puede provocar que el analista lo perciba como algo malo de lo cual tiene que desentenderse limitando así su comprensión en la situación analítica; 2. Alegan que cuando el analista percibe su respuesta emocional es un buen instrumento técnico para comprender y ayudar al paciente, se siente más libre para hacer frente a los afectos positivos o negativos teniendo menos necesidad de bloquearlos y poniéndolos al servicio de la labor analítica.

Según Etchegoyen (1993) la única solución posible a esta disyuntiva es analizar primero su conflicto, posteriormente ver como el paciente contribuyó a crearlo y por último advertir los efectos de su conflicto en el paciente. Agrega que sólo cuando este proceso de análisis se haya realizado se podrá interpretar, de esta manera el analista no tendrá ya la necesidad de su contratransferencia sino básicamente de lo que le pasa al analizado.

Hasta aquí se ha revisado como la contratransferencia del profesional en salud mental es despertada como un proceso inevitable. Incluso pareciera ser que a toda actitud o conducta del paciente, sea consciente o inconsciente, correspondería una actitud o conducta del profesional, también consciente o inconsciente. El manejo de estas reacciones emocionales de manera adecuada por parte del profesional en salud mental es central en la práctica profesional, ya que de no tener consciencia sobre

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

estas situaciones o de no manejar en forma oportuna las reacciones tanto transferenciales como contratransferenciales se pudiera deteriorar el tratamiento hasta convertirlo en una relación iatrogénica. En el siguiente apartado se abordará como la contratransferencia puede ser considerada también como una contrarreacción del terapeuta.

4.2 Definición de Contrarreacciones

Para Chediak (1979) una contrarreacción esta formada por varios factores entre los que cuenta: Como primer punto la reacción del analista hacia el paciente como una persona, lo cual puede incluir la estructura de carácter del paciente, sus conflictos, ventajas, desventajas, así como sus cualidades sociales, culturales, religiosas y financieras.

Como segundo punto Chediak (1979) considera como otro componente de las contrarreacciones la identificación empática del analista. Como el concepto de empatía pudiera ser un tanto ambiguo a continuación se describe brevemente el punto de vista de dos autores para clarificar este concepto: Para Berger (1979) la empatía es una conciencia aguda, subjetiva y no crítica de los sentimientos, emociones y de lo que esta pasando dentro de otra persona.

Esto pudiera implicar de alguna manera la primera impresión del analista frente al paciente, lo que Berger M. (1979) denomina los primeros tres minutos. Según Berger en estos primeros tres minutos el paciente revela su actitud ante el entrevistador, su estado de ánimo, su nivel intelectual o cultural, su grado de cooperación o la ausencia de esta para con la labor del entrevistador, su memoria, etc.

El mismo Berger (1979) hace la diferenciación de la empatía con la compasión, la lástima y la piedad. Por compasión entiende el sentimiento suave, cordial y amable que despierta una persona, sufrimiento con el cual el terapeuta se identifica; la lástima es un sentimiento similar a la compasión pero no igual y comprende una sensación de resonancia amable hacia y con otra persona; la piedad es según este autor un sentimiento de conmiseración por el sufrimiento del otro, en el cual el que se apiada está en un lugar superior a la persona objeto de esta piedad.

Según Velazco Alba (1996) la empatía es el elemento necesario para la recepción y comprensión del paciente. El mismo Velazco Alba elabora un cuadro en el cual hace la distinción entre la empatía y la contratransferencia.

A continuación se presenta dicho cuadro:

EMPATÍA	CONTRATRANSFERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación temporal • Naturaleza intrapsíquica • Identificación con cierto grado de control consciente • Se acompaña de un "afecto señal" bienvenido <p>Términos Sinónimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación vicaria • Conocimiento emocional • Identificación de ensayo • Identificación concordante 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación más permanente • Naturaleza interpersonal • Identificación inconsciente • Experiencia Intensa e intrusiva <p>Términos Explicativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación proyectiva • Identificación introyectiva • Identificación complementaria • Contraidentificación proyectiva

Como se puede observar en el cuadro anterior la empatía se diferencia de la contratransferencia principalmente en dos cosas primero que es hasta cierto punto consciente, y segundo en la identificación con la persona con la que se establece es más bien de naturaleza transitoria.

Como tercer componente de las contrarreacciones Chediak (1979) toma en cuenta a la contratransferencia, definiéndola como la reacción del analista al rol que

le es asignado por la transferencia del paciente. Así retomando lo anteriormente expuesto se puede pensar que toma la postura clásica de la contratransferencia.

Finalmente, el último componente de las contrarreacciones es la transferencia del analista hacia el paciente, donde la psicopatología del paciente es relegada a un segundo término y esta ha reactivado en el analista un potencial de transferencia.

Para concretar lo estudiado hasta este punto se puede decir que para Chediak (1960) las contrarreacciones son las reacciones que se activan dentro de la relación diádica que se establece entre paciente y analista; entre las que se cuentan: 1.- La respuesta general hacia paciente como una persona, la contra parte de lo que Strupp (1960) decía al hacer énfasis sobre las reacciones del paciente por la personalidad del analista; 2.- La transferencia del analista hacia el paciente reviviendo relaciones de objeto tempranas como producto de ciertos hechos en el paciente; 3.-La contratransferencia del analista, entendida pro la reacción del analista por los roles que le son asignados por la transferencia del paciente; y 4.- La identificación empática con el paciente.

4.2.1 Tipos de Contrarreacciones

Entre los tipos de contrarreacciones que se manejan en la literatura existen varios ejemplos. A continuación se muestra todo un cuadro de las distintas experiencias que pueden experimentar los terapeutas en las sesiones según Velazco

Alba (1996) y que podrían corresponder a las contrarreacciones que se han venido abordando según otros autores.

REACCIONES AFECTIVAS	REACCIONES COGNITIVAS	REACCIONES CORPORALES	REACCIONES ISOMÓRFICAS	REACCIONES COMPLEJAS
1. Ansiedad	1. Aburrimiento	1. Hambre	Actitudes,	Actuación de
2. Celos	2. Distracción	2. Cefalea	afectos o	roles específicos
3. Envidia	3. Inercia	3. Excitación	conductas	
4. Rabia	4. Desorientación	sexual	complejas que	
5. Miedo	5. Confusión	4 Gestos	comprenden	
6. Tristeza	6. Desinterés	5. Somnolencia	casi todo el	
7. Enojo	7. Interés excesivo	6. Nauseas	listado anterior.	
8. Simpatía	8. Admiración	7. Parestesias		
9. Antipatía	9. Inundación			
10. Terror	10. Evocación de			
11. Alegría	fantasías			
12. Soledad	11. Recuerdos			
13. Violencia				
14. Ternura				
15. Odio				
16. Pena				
17. Indiferencia				
18. Frialdad				
19. Abandono				

De acuerdo al cuadro anterior es toda una gama de posibilidades la que se pueden esperar como contrarreacciones al atender a un paciente. Ahora bien si a esto se le agrega que el paciente está enfermo de muerte, se puede suponer que la situación se complica significativamente.

Dupont (1976) haciendo alusión a Freud señala que para que el psicoanalista pueda ejercer su trabajo tiene que hacer uso de su propio aparato psíquico, en una posición de atención flotante. Así también afirma que no importa que tanto el terapeuta haya realizado sus duelos y ansiedades ante la muerte. Este carece de la idea y la experiencia de la cercanía de muerte como realidad. Agregando más adelante un punto crucial: "El aporte inconsciente con el que se cuenta, en este sentido, es más bien su conflicto mismo ante la propia expectativa de la muerte. Un elemento importante lo constituye la resistencia del terapeuta a la identificación con el moribundo...". (pag.84)

Desde otra óptica se tiene el caso de Sandoval D. (1993) menciona que al atender a una paciente enferma de cáncer aparecieron reacciones contratransferenciales, que pudieran hacer alusión a las contrarreacciones del terapeuta entre los que cuentan: sentimientos de depresión y preocupación por su paciente, el no aumento de cuotas (ya que menciona que "era colocar una injusticia sobre otra"), ayuda para establecer un cuadro de asistencia extraconsultorio, y la impotencia ante lo inexorable. Al parecer en este caso el analista más que sentir empatía por su paciente tuvo un acting contrarreacción de conmiseración con este.

Otro inconveniente que agrega dificultad al atender enfermos terminales se presenta cuando la enfermedad del paciente es contagiosa, y si a esto se le agrega que no existe una cura o vacuna, lo variado de las contrarreacciones se multiplica.

Así se tiene que autores tales como Dunkey y Hatfield (1986) citados por Gómez Cuevas (1991), manejan como tipos de contrarreacciones ante pacientes enfermos de SIDA las siguientes: Miedo a lo desconocido, miedo al contagio, rabia, temor a la homosexualidad, necesidad de omnipotencia profesional, temor a la muerte y sobreidentificación.

Dunkel y Hatfield citados por Cuevas Gómez (1991, trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de AMPAG "Los grupos humanos", León Guanajuato Mayo 1991) describen detalladamente algunos tipos de contrarreacciones entre los que cuentan: En un primer término se da el miedo a lo desconocido: el cual ocurre cuando el terapeuta pone alguna distancia hacia su paciente, justificándose en la objetividad y cerrando de esta manera el canal de empatía.

En segunda instancia se puede dar el miedo al contagio: estos mismos autores mencionan que el temor del terapeuta a ser contagiado, es sólo producto de la falta de información de las vías de transmisión del VIH. Sin embargo Cuevas Gómez (1991) contradice esta postura afirma textualmente: "...siempre subyace el temor de que existen (sic) cosas que uno desconoce y que podrían ponernos en riesgo". (Pag. 4)

Otra de las contrarreacciones es la rabia: Tiene su origen según estos autores por los sentimientos de desesperanza, miedo y culpa que generan estos pacientes en el terapeuta. Su función es el castigar a la víctima (paciente) antes que dejarse conducir de una manera impredecible, explosiva o irracional; así como también sirven para distanciar al terapeuta del paciente como una forma de autopreservación, protegiendo al terapeuta de experimentar el dolor que le provoca la pérdida y la muerte. Estas reacciones al parecer son más intensas cuando son pacientes de nuevo ingreso y vienen cargados de agresión.

Menciona también el temor a la homosexualidad: El atender pacientes homosexuales puede provocar rechazo a tener contacto con este tipo de pacientes, impidiendo sentir empatía o sentimientos más humanitarios, la empatía inicial se va disolviendo hasta convertirse en coraje como producto del material indigerible

Como parte de estos sentimientos aparece en ocasiones la necesidad de Omnipotencia profesional: Esta reacción se instala cuando los estándares profesionales considerados como intrínsecos tales como la dignidad humana y la autodeterminación, son expresados como un derecho básico de los pacientes poniendo en riesgo el rol del profesional de la salud. A este respecto se tiene como ejemplo a Cuevas Gómez G. (1991) que comenta que al atender a un grupo de pacientes infectados por VIH uno de ellos que se había quedado callado era aconsejado por otro; diciéndole que debería hablar todo lo que quisiera sin importar

los sentimientos o actitudes por parte de los terapeutas, afirmando que estos debían de entenderlos pues “para eso estaban ahí”.

Otra contrarreacción sería el temor a la muerte. Igualmente la sobreidentificación; otra contrarreacción que se encuentra como un fenómeno inherente al proceso empático. Esta ocurre cuando el terapeuta pierde la capacidad para retornar a una postura objetiva. Invirtiendo grandes cantidades irreales de recursos tales como tiempo y energía en el tratamiento de sus pacientes; fundiendo sus necesidades personales con su responsabilidad profesional y en casos extremos generando la formación de síntomas.

Marks, -Judy (1988) enfocan siete tipos de reacciones contratransferenciales ante mujeres infectadas por el VIH que podrían considerarse también como parte de contrarreacciones entre las que se tienen: 1.-El miedo al contagio, 2.- Negación, 3.- Malestar relacionado con el sexo, la sexualidad y cambios de la conducta sexual, 4.- Impotencia y desesperación, 6.- La pérdida de los límites éticos y profesionales 7.- El temor a ser un profesional inadecuado.

Como se puede observar en ambas investigaciones tanto las de Dunkel y Hatfield citados por Cuevas Gómez (1991) y las de Marks, Judy (1988) existen puntos coincidentes. Como el miedo al contagio, el malestar relacionado con el sexo y los cambios en la conducta sexual, y la pérdida de los límites tanto éticos como profesionales.

Otros autores (Rupolo, G.; de Bertolini, C.; Baldo, M.; Pantano, M; et al 1992) señalan que el uso repetido de los mecanismos de defensa provoca en el personal de enfermería que trabaja con este tipo de pacientes un estado emocional conocido como el Síndrome del Quemado. (Burnout)

Este Síndrome del Quemado también coincide por su descripción con el llamado "Síndrome de ayuda profesional" descubierto por Malan citado por Sherr (1992), el cual menciona que los asistentes de los enfermos terminales consagraban su vida a cuidar a los pacientes tal y como hubieran deseado que los asistieran a ellos mismos.

Bowlby citado también por Sherr (1992) habla de "dar un cuidado compulsivo"; donde el asistente acepta cada vez más y más casos, perdiendo de vista los límites de tiempo profesionales, consagrandos recursos personales como tiempo y dinero.

Este Síndrome de ayuda profesional repercute tanto en los pacientes como en los asistentes que brindan ayuda. Los pacientes caen en una mayor dependencia hacia sus cuidadores; y estos por su parte se encuentran en peligro de estar sobrecargados de las necesidades percibidas en sus pacientes. Estas demandas al no poder ser satisfechas por los asistentes pueden provocar contrarreacciones de culpa, frustración, resentimiento y sentimientos de impotencia, mismos que pueden orillar al asistente del enfermo terminal a caer en una depresión.

Quizás otras contrarreacciones hayan su origen desde el momento en el que un sujeto elige el atender pacientes terminales. Así se tiene que Sherr (1992) afirma que dentro de las motivaciones que tienen los asistentes para atender a enfermos terminales están las fantasías de reparación. En donde los asistentes en alguna época de su vida no fueron capaces de elaborar de manera adecuada la pérdida de algún ser querido; y por esa razón intentan a través de su paciente brindar una "buena muerte" pretendiendo inconscientemente obligar al paciente en agonía a comportarse de acuerdo a sus suposiciones, dando como resultado contrarreacciones como un terrible sentido de inadecuación y de desesperación cuando esto no se cumple. A lo cual se le podría catalogar como una contrarreacción de sobreinvolucramiento con el paciente.

Hasta aquí se han abordado las contrarreacciones a nivel individual con los asistentes. En el ámbito institucional se pueden también presentar contrarreacciones. Quizás el mejor ejemplo para esquematizar las contrarreacciones que ocurren dentro de una institución se puede encontrar dentro de un hospital. A este respecto se tiene un estudio realizado por Menzies y Jaques (1994), en el cual sus principales sujetos de estudio fueron las enfermeras de una institución hospitalaria.

Estos autores encontraron varias situaciones desagradables que provocaban asco y temor en las enfermeras. Hallaron que el contacto físico y en ocasiones íntimo, podían provocar fuertes deseos libidinales por parte de las enfermeras hacia sus pacientes. De igual forma emergía sentimientos hondos y contradictorios como:

piedad, compasión y amor, culpa y ansiedad, odios y resentimientos contra los pacientes que provocaban dichos sentimientos. Estos autores suponen que al parecer el grado de tensión de las enfermeras estaba condicionado por la fantasía que evocaban las situaciones cotidianas con las que trataban.

Hallaron también que tanto los pacientes como los parientes, formulaban a las enfermeras exigencias psicológicas que aumentaban la tensión de estas. Estos autores afirman textualmente: "...Se espera que el hospital que haga algo más que aceptar al paciente enfermo, atender sus necesidades físicas y contribuir de un modo realista a aliviar su tensión psicológica. Se espera implícitamente del hospital que acepte, y por eso mismo libere a los pacientes y a sus parientes de ciertos aspectos de los problemas emocionales suscitados por el enfermo y su dolencia. El hospital y sobretodo las enfermeras, deben admitir que se proyecta sobre ellos sentimientos como la depresión y la ansiedad, y el temor del paciente y su enfermedad, el desagrado ante la enfermedad y las indispensables tareas de atención...". (pag. 66)

Cabe señalar que Menzies y Jaques (1994) señalan que los enfermos y los parientes tratan al personal de modo que las enfermeras experimenten dichos sentimientos (por lo menos parcialmente) en lugar de ellos mismos. Dejándole así, la responsabilidad de afrontar el sentimiento de ansiedad o la tensión emocional, a la institución; por medio de sus representantes directos, en este caso las enfermeras. Estos autores afirman que en algunos casos no era necesaria la hospitalización del

paciente, pero los familiares con el fin de deshacerse de la carga emocional que generaba el cuidado de sus pacientes lo abandonaban al cuidado de la institución.

Entre las técnicas defensivas que mencionan Menzies y Jaques (1994) dentro de los ámbitos médicos se encuentran: La disociación de la relación enfermera-paciente, la despersonalización, categorización y negación del significado del individuo, la distancia y la negación de sentimientos, el intento de eliminar decisiones mediante la ejecución ritual de tareas, la reducción del peso de la responsabilidad en la adopción de decisiones mediante varios niveles de controles, la distribución social colusiva de la responsabilidad y la irresponsabilidad, la oscuridad intencional en la distribución formal de la responsabilidad, la reducción del influjo de la responsabilidad por delegación en los superiores, la idealización y subestimación de las posibilidades de desarrollo personal y finalmente la actitud negativa frente al cambio.

Todos estos mecanismos de defensa se dan en el ámbito institucional y aunque al parecer tienen su justificación en la realidad objetiva, en la fantasía compartida se halla su verdadera esencia. Así se tiene que con lo que respecta a la disociación de la relación enfermera-paciente se observa que el núcleo ansiogeno para las enfermeras esta determinado por la estrechez en la relación que mantienen con sus pacientes.

De tal suerte que a mayor intervención o involucramiento con un paciente mayor es el índice de ansiedad que tiene que tolerar la enfermera. Por lo tanto el personal de enfermería procura fragmentar las actividades que le corresponden a cada enfermera, es decir, una misma enfermera tiene como responsabilidad el atender a 30 o 40 pacientes, lo que le da la oportunidad de realizar pocas actividades para cada paciente relacionándose escasamente a nivel personal con cada uno de ellos.

En lo que toca a la despersonalización, categorización y negación del significado del individuo Menzies y Jaques (1994) señalan que las enfermeras nombran a los pacientes no por su nombre de pila, sino por su padecimiento o enfermedad. Por ejemplo: el riñón de la cama 8, el paciente de la cama 20 etc. Así también la institución fomenta que en el equipo de enfermeras "un paciente sea igual a cualquier otro", con el fin de que no halla favoritismos, sin embargo esta forma de actuar provoca tal homogeneidad que se llega a perder la identidad personal de cada individuo.

Otro mecanismo de defensa que mencionan estos autores es la distancia y la negación de sentimientos, ya que dicen que se espera que "una buena enfermera" no ponga objeción alguna a un traslado, sea de un departamento a otro o incluso de una institución a otra. Al parecer la organización niega el dolor que implica en ellas la ruptura de relaciones con sus pacientes o compañeras de trabajo; así como también la importancia de mantener relaciones estables y continuadas. Se justifica, dicen,

porque de esta manera la enfermera se puede distanciar emocionalmente de sus actividades.

Otra defensa que facilita la institución para el control de la ansiedad por parte de las enfermeras es el intento de eliminar las decisiones que ellas puedan tomar mediante la ejecución ritual de tareas. De esta forma la enfermera no se tiene que preocupar por el compromiso que adquiere al decidir ella el curso de acción para cada paciente. Todas las tareas que realiza una enfermera desde que es estudiante parece que se aprenden como "un rito", se procura desalentar a la alumna en la utilización del propio juicio así como de la iniciativa personal.

Menzies y Jaques (1994) mencionan que la reducción del peso de la responsabilidad en la adopción de decisiones mediante varios niveles de controles también son formas para reducir los niveles de ansiedad.

Similar a la anterior forma de defensa se encuentra la distribución social colusiva de la responsabilidad y la irresponsabilidad. De donde al grupo de las enfermeras noveles se les trata como si actuarán de manera irresponsable, mientras que al grupo de enfermeras con algún tiempo de ejercer la práctica de su profesión se les cataloga como responsables.

Pareciera ser también que la estructura de la organización formal así como el sistema de roles no logra definir de manera satisfactoria las responsabilidades del personal, ni tampoco ante quién tiene que responder cada persona.

Menzies y Jaques (1993) también hacen mención de mecanismos como la idealización y subestimación de las posibilidades de desarrollo personal en donde al personal de enfermería se le dictan frases como: "las enfermeras nacen no se hacen" o "ser enfermera es una vocación" por lo tanto no se tiene la necesidad de especializarse.

Finalmente se tiene como mecanismo de defensa la actitud negativa frente al cambio. Esto se explica de la siguiente manera: todo cambio puede conducir a situaciones nuevas y a al vez desconocidas, esto pudiera incrementar los niveles de ansiedad usuales en las enfermeras.

Se pudiera pensar que todas estas contrarreacciones institucionales aparecen no sólo en el personal de enfermería, sino que también en el equipo médico en general, incluyendo, por supuesto al profesionista en salud mental. En base a lo anteriormente mencionado se pudiera inferir que algunos de los mecanismos que utilizados por las enfermeras para manejar la ansiedad frente a sus pacientes; pudieran ser utilizados de igual forma por los psicólogos.

CAPITULO V

INSTRUMENTO

5.1 Test Idare (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado)

Como nota introductoria a este capítulo es justo decir que se consideró conveniente aplicar una prueba como el test IDARE por varias razones entre las que se cuentan aparte de su fácil y rápida aplicación y calificación, sus altos niveles de validez y confiabilidad.

El desarrollo del inventario fue iniciado por Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch en 1964 en la Universidad de Vanderbilt. La meta de estos investigadores era desarrollar una escala que proporcionara medidas objetivas de autoevaluación tanto de la ansiedad estado, como de la ansiedad rasgo. Antes de que se terminara lo que en la actualidad se conoce como el Idare (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado), fueron necesarias muchas mejoras.

Como anteriormente se mencionó el Test Idare es un inventario y está compuesto por dos escalas. La primera es la escala Ansiedad Rasgo que consiste en 20 afirmaciones en las que se le pide al sujeto describir como se siente generalmente. La segunda escala que se denomina Ansiedad Estado consiste también en 20 afirmaciones pero a diferencia de la primera en esta se le pide al sujeto examinado

indique como se siente en ese momento dado. Las dos escalas están impresas en una sólo hoja, una en cada página.

Cabe señalar que el Test Idare esta diseñado para medir dos dimensiones distintas de ansiedad, tales como: La ansiedad rasgo y la ansiedad estado. La primera se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, mientras que la segunda comprende al estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizado por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivas conscientemente percibidos por un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo.

Según los autores del Idare (Spielberger y Díaz Guerrero, 1980) se puede anticipar por lo general que aquellas personas que califican una puntuación alta en la escala de Ansiedad Rasgo tienden también a exhibir puntuaciones altas en la escala de Ansiedad Estado, debido a que tienden a reaccionar a un mayor numero de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes.

Las instrucciones para la escala A-Rasgo del IDARE deberán ser siempre las que están impresas en el protocolo respectivo. Sin embargo las instrucciones para la escala A-Estado del IDARE pueden ser modificadas a fin de evaluar la intensidad de A-Estado para cualquier situación o intervalo de tiempo, que pudiese ser de interés para el experimentador.

Para esta investigación se modificó la consigna de la escala Ansiedad Estado (SXE) para que se situara el psicólogo evaluado como si acabara de terminar una sesión con un paciente, dándole la siguiente instrucción: "Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique como se siente ahora mismo, o sea, en este momento, que acaba de salir con su paciente". Pero al aplicar la escala (SXR) se respetó la instrucción dando la siguiente consigna: "Ahora, lea cada frase y llene el círculo numerado que indique como se siente generalmente".

El Idare se puede calificar tanto manualmente como con ayuda de una máquina IBM de calificación de pruebas. En este caso se procedió a su calificación de manera manual. Para calificarlo se utilizaron las plantillas de calificación. Posteriormente se convirtieron las puntuaciones brutas a puntuaciones normalizadas en percentiles.

CAPITULO VI

METODOLOGÍA

6.1 Planteamiento del Problema

Parkes citado por Lorraine Sherr (1992) comenta que al entrevistar a una amplia muestra de estudiantes de enfermería encontró que la agonía y la muerte eran los principales factores de tensión en sus materias.

Sherr (1992) comenta que el mitigar la angustia del cuerpo médico facilitará el cuidado de los pacientes. Así mismo afirma que existen dificultades importantes tales como la tensión y la desesperación al atender a pacientes enfermos terminales de SIDA.

Ante todo esto se plantea el siguiente problema: ¿Se incrementan los niveles de ansiedad en psicólogos que trabajan con pacientes con VIH/SIDA, debido al temor a la muerte?

Así, esta investigación pretende determinar si los psicólogos que trabajan con enfermos de VIH positivos en fase terminal presentan una puntuación más alta en sus niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo (medida según el Test IDARE), que los psicólogos que trabajan con otros tipos de pacientes.

Para dar una solución tentativa al problema anterior se partió de la siguiente hipótesis de trabajo: Los psicólogos que trabajan con enfermos de VIH positivos obtienen puntuaciones más elevadas en sus niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo que los psicólogos que no atienden a este tipo de pacientes.

Hipótesis Nula: Los psicólogos que trabajan con enfermos de VIH positivos no obtienen puntuaciones más elevadas en sus niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo que los psicólogos que no atienden a este tipo de pacientes.

Variable Independiente: Trabajar con Enfermos de VIH Positivos (Terminales o no Terminales).

Variable Dependiente: Nivel de ansiedad rasgo y estado en psicólogos clínicos según el paciente que se atiende.

Variables Extrañas: Se consideraron como ruido o interrupciones del medio ambiente principalmente.

Control de Variables Extrañas: Se tomaron las medidas pertinentes para que durante la aplicación no hubiese interrupción alguna.

6.2 Selección de la Muestra y Asignación de Sujetos a Grupo.

La muestra de ambos grupos esta constituida por psicólogos clínicos, pasantes de la carrera de psicología, con un rango de edad entre 24 y 40 años, de estado civil y de sexo indistinto, que habían tenido alguna experiencia (1 año como mínimo) dando psicoterapia en alguna institución.

El grupo experimental fue seleccionado de la institución Ser Humano A.C. compuesto por treinta psicólogos que trabajaban con pacientes VIH positivos o con SIDA. Se debe aclarar que para esta investigación se consideró que el trabajar con enfermos de VIH positivo o SIDA implica el hecho de que el psicólogo haya por lo menos atendido a 4 pacientes que murieron o que van a morir a partir de un año de estancia en una clínica.

El grupo control estuvo compuesto por treinta psicólogos que trabajaban con pacientes VIH negativos en consulta privada. La mayoría de estos psicólogos habían sido egresados del Colegio Salesiano (I.U.C.E.). Posteriormente a su salida de la universidad se habían dedicado a la práctica clínica privada. Ambos grupos (tanto experimental como control) fueron evaluados a través del IDARE como una forma de medir sus niveles de ansiedad.

Diseño de Investigación

El diseño que se eligió fue el de comparación entre grupos donde se tenía un Grupo Experimental vs. Grupo Control debido a que era el que mejor se adaptaba a los requerimientos del presente trabajo.

6.3 Instrumentos

Instrumentos: IDARE: Test de Ansiedad Rasgo-Estado

Tabla para recargarse

Lápiz del número 2.

6.4 Escenario

Esta investigación se llevó a cabo tanto en las instalaciones de la Asociación Ser Humano A.C., como en los consultorios de los psicólogos que constituyeron el grupo control. Cabe señalar que Ser Humano A.C. es una institución que se dedica a dar información, prevención y atención de pacientes con VIH y SIDA, así como a familiares de los mismos.

La aplicación de los exámenes se llevó a cabo en habitaciones que medían un promedio 4 mts. de largo por 3.5 mts. de ancho. Contando con buenas condiciones de iluminación. Así también cabe señalar que el ruido externo nunca se dio con tal

intensidad como para distraer a los sujetos examinados. El mobiliario fue diferente en cada una de las ocasiones en las que se aplicó el examen, sin embargo se buscó que los psicólogos examinados usaran una silla para sentarse así como una tabla para recargarse que el examinador les proporcionaba para apoyarse.

6.5 Procedimiento

Una vez que fue seleccionada la muestra, el siguiente paso consistió en tener sesiones individuales para la aplicación del test IDARE. Se trabajó con cada uno de los integrantes de ambos grupos tanto del grupo experimental como del grupo control, con una duración por individuo de 10 a 15 minutos para resolver el inventario. La hora de aplicación para el grupo experimental fue entre las 9:00 a.m. hasta las 2:00 p.m. examinando a un promedio de 15 personas por día; mientras que para el grupo control tanto la hora de aplicación como el lugar para esta, fue variable según la disponibilidad de horario de los psicólogos evaluados, sin embargo se procuró que esta aplicación coincidiera lo más posible con el horario del grupo experimental, así como también se procuró que las evaluaciones fueran realizadas dentro del consultorio del psicólogo evaluado. Así mismo se tomaron las medidas pertinentes para que durante la aplicación no hubiese interrupción alguna.

La aplicación del test IDARE fue precedida por un rapport y aunque había un trato con la mayoría de los psicólogos, se evitó hablar de sucesos pasados. Se inició la aplicación de las pruebas con el test que mide Ansiedad Estado (forma SXE) dando

la consigna. Después se procedió a aplicar el test que mide ansiedad Rasgo (forma SXR) dando la siguiente consigna: No se les dió un tiempo límite para contestar ninguna de las dos pruebas, y si mostraban alguna duda en lo referente a las instrucciones, se les aclaraba inmediatamente. Al concluir la evaluación se le indicaba al sujeto evaluado que ya se había finalizado y se agradecía su colaboración.

Posteriormente se procedió a calificar y a trabajarlos estadísticamente con la prueba T de Student. Se buscó finalmente el incremento del factor de ansiedad antes mencionado entre una población y otra.

CAPITULO VII

RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

7.1 Prueba Estadística Empleada

La prueba estadística Razón t o t de Student fue elegida de entre otras dos pruebas estadísticas (la X^2 y la prueba Z) para realizar esta investigación debido a sus características particulares entre las que se cuentan las siguientes: 1.-Permite evaluar a una muestra pequeña ($n=30$), 2.- Ambas muestras se presuponen que poseen como característica común la homogeneidad de las varianzas, 3.-Ambas muestras poseen una desviación standard paramétrica desconocida; así mismo para los casos 1 y 2, citados más adelante, se hizo el análisis de la media para grupos independientes, es decir, que pertenecen a poblaciones diferentes, mientras que para los casos 3 y 4, también mencionados en el párrafo siguiente, se realizó el análisis de la media para grupos dependientes, es decir, que pertenecen a la misma población.

7.2 Hipótesis Nula

Caso 1.- $H_0 \quad M_{1SXE} = M_{2SXE}$

No existen diferencias significativas en los niveles de Ansiedad Estado de psicólogos que trabajan con pacientes terminales (M_{1SXE}) y aquellos que no trabajan con pacientes terminales (M_{2SXE}).

Caso 2.- $H_0 \quad M_{15XR} = M_{25XR}$

No existen diferencias significativas en los niveles de Ansiedad Rasgo de psicólogos que trabajan con pacientes terminales (M_{15XR}) y aquellos que no trabajan con pacientes terminales (M_{25XR}).

Caso 3.- $H_0 \quad M_{15XE} = M_{25XR}$

No existen diferencias significativas en los niveles de Ansiedad Estado (M_{15XE}) y Ansiedad Rasgo (M_{25XR}) en psicólogos que no trabajan con pacientes terminales.

Caso 4.- $H_0 \quad M_{15XE} = M_{25XR}$

No existen diferencias significativas en los niveles de Ansiedad Estado (M_{15XE}) y Ansiedad Rasgo (M_{25XR}) en psicólogos que trabajan con pacientes terminales.

7.3 Hipótesis Alterna

Caso 1.- $H_a \quad M_{15XE} > M_{25XE}$

La Ansiedad Estado de psicólogos que trabajan con pacientes terminales (M_{15XR}) es significativamente mayor en comparación a aquellos que no trabajan con pacientes terminales (M_{25XR}).

Caso 2.- $H_a: M_{15XR} > M_{25XR}$

La Ansiedad Rasgo de psicólogos que trabajan con pacientes terminales (M_{15XR}) es significativamente mayor en comparación a aquellos que no trabajan con pacientes terminales (M_{25XR}).

Caso 3.- $H_a: M_{15XE} < M_{25XR}$

Es menor la Ansiedad Estado (M_{15XE}) que la Ansiedad Rasgo (M_{25XR}) en psicólogos que no trabajan con pacientes terminales

Caso 4.- $H_a: M_{15XE} > M_{25XR}$

Es mayor la Ansiedad Estado (M_{15XE}) que la Ansiedad Rasgo (M_{25XR}) en psicólogos que trabajan con pacientes terminales.

7.4 Concentrado de Datos

CUADRO VII-A (Caso 1)

Puntuaciones Normalizadas Grupo A (SXE) vs. Grupo B (SXE)*

	Grupo A (SXE)	Grupo B (SXE)		
	X_1	X_1	$(X_1)^2$	$(X_2)^2$
	Psicólogos con P.T.	Psicólogos sin P.T.		
	Puntuación Normalizada	Puntuación Normalizada		
1	50	49	2500	2401
2	66	41	4356	1681
3	57	39	3249	1521
4	66	61	4356	3721
5	51	53	2601	2809
6	57	57	3249	3249
7	60	35	3600	1225
8	32	39	1024	1521
9	58	38	3364	1444
10	60	53	3600	2809
11	47	21	2209	441
12	57	61	3249	3721
13	61	47	3721	2209
14	55	69	3025	4761
15	54	66	2916	4356
16	47	47	2209	2209

17	56	35	3136	1225
18	69	50	4761	2500
19	50	52	2500	2704
20	64	51	4096	2601
21	49	51	2401	2601
22	66	49	4356	2401
23	46	46	2116	2116
24	41	50	1681	2500
25	37	55	1369	3025
26	56	44	3136	1936
27	53	63	2809	3969
28	46	49	2116	2401
29	51	64	2601	4096
30	48	47	2304	2209

*El grupo A esta formado por psicólogos que trabajan con pacientes terminales mientras que el grupo B esta formado por psicólogos que trabajan con pacientes que no son enfermos terminales. En ambos grupos se comparó el nivel de ansiedad Estado (SXE). Se obtuvo un total de 30 sujetos ($N_1=30, N_2=30$) para cada uno de los grupos.

Valores Estadísticos

$$\sum X_1^2 = 88610$$

$$\sum X_2^2 = 76362$$

$$\sum X_1 = 1610$$

$$\sum X_2 = 1482$$

-

-

$$\bar{X} = 53.66$$

$$\bar{X} = 49.4$$

$$\sum X^2 = 2206.67$$

$$\sum X^2 = 3151.2$$

CUADRO VII-B (Caso 2)

Puntuaciones Normalizadas Grupo A (SXR) vs. Grupo B (SXR)*

	Grupo A (SXR)	Grupo B (SXR)		
	X_1	X_2	$(X_1)^2$	$(X_2)^2$
	Psicólogos con P.T.	Psicólogos sin P.T.		
	Puntuación Normalizada	Puntuación Normalizada		
1	51	51	2601	2601
2	43	44	1849	1936
3	55	38	3025	1444
4	64	54	4096	2916
5	67	40	4489	1600
6	51	53	2601	2809
7	61	33	3721	1089
8	38	34	1444	1156
9	56	37	3136	1369
10	23	56	529	3136
11	43	51	1849	2601
12	67	45	4489	2025

13	45	46	2025	2116
14	49	47	2401	2209
15	37	58	1369	3364
16	49	46	2401	2116
17	57	40	3249	1600
18	61	34	3721	1156
19	37	46	1369	2116
20	50	32	2500	1024
21	33	37	1089	1369
22	57	37	3249	1369
23	55	55	3025	3025
24	56	55	3136	3025
25	50	49	2500	2401
26	43	43	1849	1849
27	52	47	2704	2209
28	60	44	3600	1936
29	37	40	1369	1600
30	47	47	2209	2209

El grupo A esta formado por psicólogos que trabajan con pacientes terminales mientras que el grupo B esta formado por psicólogos que trabajan con pacientes que no son enfermos terminales. En ambos grupos se comparó el nivel de ansiedad Rasgo (SXR). Se obtuvo un total de 30 sujetos ($N_1=30, N_2=30$) para cada uno de los grupos.

Valores Estadísticos

$\sum X_1^2 = 77594$

$\sum X_2^2 = 61357$

$\sum X_1 = 1494$

$\sum X_2 = 1339$

-

-

$\bar{X} = 49.8$

$\bar{X} = 44.63$

$\sum X_1^2 = 3192.8$

$\sum X_2^2 = 1610.97$

$N_1 = 30$

$N_2 = 30$

CUADRO VII-C (Caso 3)

Psicólogos que no Trabajan con Pacientes Terminales

Puntuaciones Normalizadas Grupo A (SXE) Grupo B (SXR)

	P. Normalizada Grupo A (SXE)	P. Normalizada Grupo B (SXR)	D	D ²
1	49	51	-2	4
2	41	44	-3	9
3	39	38	1	1
4	61	54	7	49
5	53	40	13	169
6	57	53	4	16
7	35	33	2	4

8	39	34	5	25
9	38	37	1	1
10	53	56	-3	9
11	21	51	-30	900
12	61	45	16	256
13	47	46	1	1
14	69	47	22	484
15	66	58	8	64
16	47	46	1	1
17	35	40	-5	25
18	50	34	16	256
19	52	46	6	36
20	51	32	19	361
21	51	37	14	196
22	49	37	12	144
23	46	55	-9	81
24	50	55	-5	25
25	55	49	6	36
26	44	43	1	1
27	63	47	16	256
28	49	44	5	25
29	64	40	24	576
30	47	47	0	0

El grupo A representa las puntuaciones de la Ansiedad Estado (SXE) en psicólogos que no trabajan con pacientes terminales mientras que el grupo B representa la Ansiedad Rasgo (SXR) en psicólogos que no trabajan con pacientes enfermos terminales. Se obtuvo un total de 30 sujetos ($N_1=30, N_2=30$) para cada uno de los grupos.

Valores Estadísticos

-	-
$\bar{X}=49.4$	$\bar{X}=44.63$
$\sum X_1= 1482$	$\sum X_2= 1339$
$N_1= 30$	$N_1= 30$
$D^2_x= 4.77$	

CUADRO VII-D (Caso 4)

Psicólogos que Trabajan con Pacientes Terminales
Puntuaciones Normalizadas Grupo A (SXE) Grupo B (SXR)*

	P. Normalizada	P. Normalizada		
	SXE	SXR	D	D ²
1	50	51	-1	1
2	66	43	23	529

3	57	55	2	4
4	66	64	2	4
5	51	67	-16	256
6	57	51	6	36
7	60	61	-1	1
8	32	38	-6	36
9	58	56	2	4
10	60	23	37	1369
11	47	43	4	16
12	57	67	-10	100
13	61	45	16	256
14	55	49	6	36
15	54	37	17	.289
16	47	49	-2	4
17	56	57	-1	1
18	69	61	8	64
19	50	37	13	169
20	64	50	14	196
21	49	33	16	256
22	66	57	9	81
23	46	55	-9	81
24	41	56	-15	225
25	37	50	-13	169
26	56	43	13	169

27	53	52	1	1
28	46	60	-14	196
29	51	37	14	196
30	48	47	1	1

El grupo A representa las puntuaciones de la Ansiedad Estado (SXE) en psicólogos que trabajan con pacientes terminales mientras que el grupo B representa la Ansiedad Rasgo (SXR) en psicólogos que trabajan con pacientes enfermos terminales. Se obtuvo un total de 30 sujetos ($N_1=30, N_2=30$) para cada uno de los grupos.

Valores Estadísticos

$$\bar{X}=49.4$$

$$\bar{X}=44.63$$

$$\sum X_1= 1610$$

$$\sum X_2= 1339$$

$$N_1= 30$$

$$N_2= 30$$

$$D'_x= 4.77$$

7.5 T de Student de las calificaciones de los Idares aplicados

Prueba t para caso 1

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_{dx}}$$

$$t = \frac{53.66 - 49.4}{2.47}$$

$$2.47$$

$$t_{\text{calculada}} = 1.72$$

$$\alpha: .05$$

$$H_0: M_1 = M_2$$

$$H_1: M_1 > M_2$$

$$t_{\text{tablas}} = 1.67$$

RD= Se rechaza H_0 si $t_{\text{calculada}} > t_{\text{tablas}}$

en donde $1.72 > 1.67$

RD= Se rechaza la hipótesis nula para caso 1

El resultado anterior significa que la ansiedad estado de psicólogos que trabajan con pacientes terminales es mayor en comparación a aquellos que no trabajan con pacientes terminales.

Se puede suponer con base en los resultados obtenidos para el caso 1, que los psicólogos que trabajan con pacientes terminales enfermos de SIDA, poseen elevados índices de ansiedad ya que sus contrarreacciones les advierten de la probabilidad de un posible contagio, así como les pueden inspirar el temor a la muerte. A diferencia de los psicólogos que trabajan con otro tipo de pacientes (no terminales) que en muy contadas ocasiones tuviesen que enfrentar este tipo de contrarreacciones.

Prueba t para caso 2

$$t = \frac{X_1 - X_2}{S_{dx}}$$

$$t = \frac{49.8 - 44.63}{2.33}$$

$$2.33$$

$$t_{\text{calculada}}=2.20$$

$$\alpha: .05$$

$$H_0: M_1=M_2$$

$$H_1: M_1 > M_2$$

$$t_{\text{tablas}}=1.67$$

RD= Se rechaza H_0 si $t_{\text{calculada}} > t_{\text{tablas}}$

en donde $2.20 > 1.67$

RD= Se rechaza la hipótesis nula para caso 2

El resultado anterior significa que la ansiedad rasgo de psicólogos que trabajan con pacientes terminales es significativamente mayor en comparación con aquellos psicólogos que no trabajan con pacientes terminales.

Se puede suponer con base en los resultados obtenidos que al existir un incremento en la ansiedad estado, también se llega a incrementar la ansiedad rasgo.

No es raro suponer que los psicólogos que trabajan con pacientes terminales tienen elevados índices de ansiedad rasgo ya que la población con la cual trabajan les predispone a estar más alertas ante los posibles peligros que les rodean. Mientras los otros psicólogos al enfrentarse a situaciones menos amenazantes en su vida cotidiana, se encuentran menos predispuestos.

Prueba t para caso 3

$$t_{\text{calculada}} = \frac{\text{Diferencia Media}}{\text{Error estándar de la Diferencia Media}}$$

Error estándar de la Diferencia Media

$$t_{\text{calculada}} = \frac{4.77}{1.95}$$

$$1.95$$

$$t_{\text{calculada}} = 2.44$$

$$\alpha: .05$$

$$H_0: M_1 = M_2$$

$$H_1: M_1 < M_2$$

$$t_{\text{tablas}} = 2.045$$

RD= Se rechaza H_0 si $t_{\text{calculada}} > t_{\text{tabla}}$

en donde $2.44 > 2.045$

RD= Se rechaza la hipótesis nula para caso 3

El resultado anterior significa que la ansiedad estado es menor que la ansiedad rasgo en psicólogos que no trabajan con pacientes terminales.

Debido al resultado expuesto para este caso parece lógico suponer que el psicólogo que trabaja con pacientes que no son terminales llega a percibir más amenazante el mundo que le rodea y las situaciones cotidianas que se le presentan que el atender a sus pacientes.

Prueba t para caso 4

$t_{\text{calculada}} = \frac{\text{Diferencia Media}}{\text{Error estándar de la Diferencia Media}}$

Error estándar de la Diferencia Media

$t_{\text{calculada}} = \frac{3.866}{2.22}$

2.22

$$t_{\text{calculada}} = 1.74$$

$$\alpha: .05$$

$$H_0: M_1 = M_2$$

$$H_1: M_1 > M_2$$

$$t_{\text{tablas}} = 1.69$$

RD= Se rechaza H_0 si $t_{\text{calculada}} > t_{\text{tablas}}$

en donde $1.74 > 1.69$

RD= Se rechaza la hipótesis nula para caso 4

El resultado anterior significa que la ansiedad estado es mayor que la ansiedad rasgo en psicólogos que trabajan con pacientes terminales.

Debido al resultado expuesto para este caso se puede suponer que los psicólogos que atienden pacientes enfermos terminales perciben su actividad como más amenazante o como peligrosa que su vida cotidiana. Esto se puede explicar argumentando que este tipo de profesionistas se enfrentan de manera directa a la

posibilidad de su propia muerte, despertando toda una serie de fantasías y temores tanto en el nivel consciente como inconsciente. Así mismo se pudiera argüir que pareciera ser una labor extenuante de la cual su vida cotidiana fuera del consultorio los puede alejar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se pueden obtener las siguientes conclusiones:

1. Los psicólogos que atienden pacientes terminales infectados por VIH o con SIDA, demostraron una elevada tendencia a poseer más contrarreacciones de ansiedad estado y ansiedad rasgo que los psicólogos que no atienden a pacientes terminales en su práctica cotidiana, lo cual puede significar que los profesionistas que trabajan con enfermos seropositivos o con SIDA tienden a percibir como más peligrosa su labor cotidiana que los que no atienden a pacientes infectados por VIH o con SIDA.
2. Existe la posibilidad de que estas contrarreacciones de ansiedad experimentadas por los psicólogos que trabajan con enfermos seropositivos al VIH o con SIDA sean originadas por las fantasías de contagiarse del VIH, y por lo tanto de fantasías relacionadas con el temor a la muerte.
3. Existe un factor común en las fantasías que provocan las contrarreacciones de ansiedad en los psicólogos que atienden enfermos seropositivos infectados por VIH o con SIDA; este factor común es: la incertidumbre. La incertidumbre juega un papel importante a lo largo de todo el proceso con el paciente infectado por VIH o con SIDA. Se puede pensar que existen 3 tipos de incertidumbre:

Primeramente se considera la incertidumbre hacia en que momento el paciente desarrollará SIDA, que también es una preocupación propia del paciente y que muy probablemente a través de una identificación proyectiva el psicólogo se apropie de este temor; el segundo tipo es la incertidumbre sobre el avance de la enfermedad en el paciente; y finalmente la incertidumbre si se hizo o no una buena labor con el paciente atendido.

4. La ansiedad experimentada por los profesionistas en salud mental pueda repercutir de manera negativa en su salud física, pues como se recordará según el Síndrome General de Adaptación cuando una situación de ansiedad se mantiene por mucho tiempo, esta puede provocar una gran fuga de recursos energéticos, así como el aumento de algunas funciones metabólicas; es decir, si el psicólogo que atiende pacientes terminales tiende a incrementar sus niveles de ansiedad estado y por lo tanto sus niveles de ansiedad rasgo, y en ambos tipos de ansiedad intervienen funciones del sistema nervioso autónomo emprendiendo reacciones de lucha o huida, es factible que constantemente el psicólogo se sienta fatigado y/o enfermo e incluso pudiera desarrollar lo que en los pacientes infectados sanos se conoce como pseudosida, provocado por la ansiedad al atender a estos pacientes. Padeciendo diarrea, sudores nocturnos o algún otro tipo de síntoma que se pueda asociar con el desarrollo de SIDA.

5. Adicionales a estos temores de contagio, pueden surgir en los psicólogos que atienden pacientes infectados por el VIH o con SIDA: sentimientos de culpa, sentimientos relacionados a fantasías de reparación, sentimientos de malestar por la sexualidad o por el sexo, tendencias a sobreinvolucrarse y a perder los límites profesionales (Síndrome del Quemado o Burnout).

Así también en base a las observaciones realizadas en la presente investigación se pudieran hacer las siguientes recomendaciones:

1. El profesionalista debe tener presente en todo momento el manejo adecuado de las etapas del duelo por las cuales atraviesa el paciente, así como su historia personal que en cualquier caso es única para cada individuo.
2. Se debe tener presente en todo momento al Super-Yo o conciencia moral del paciente infectado, sus familiares, su medio ambiente en el cual se desenvuelve y finalmente la propia conciencia moral con el fin de evitar juzgar consciente o inconscientemente a este. Esto se logra mediante la supervisión de casos con un especialista de mayor experiencia.
3. Hay que considerar de manera especial la comunicación que se tiene con los pacientes que padecen SIDA, ya que en esta última etapa el paciente en algunas ocasiones no tendrá la fuerza para hablar y la comunicación verbal será inútil. En

ese momento la labor del profesional de salud mental pudiera variar desde un simple acompañamiento del paciente hasta leerle algunos libros de su preferencia.

4. Se hacen necesarios espacios para ventilar las emociones del psicólogo tales como un análisis personal o juntas clínicas, en donde se discutirán y se evaluarán de manera objetiva los servicios prestados a los pacientes. Esto facilita que el grupo comparta sus experiencias, así como también que se apoyen unos a otros en algunas complicaciones que se presenten durante el tratamiento.
5. Es indispensable seleccionar de manera adecuada a los tratantes de pacientes infectados por VIH o con SIDA, para disminuir en la medida de lo posible contrarreacciones de fantasías de reparación, reforzamiento de la autoimagen, o de garantía contra la muerte.
6. Es necesaria la capacitación continua de los especialistas en salud mental que atienden a estos pacientes a través de talleres teórico-prácticos, en donde se manejen temas relacionados con la tanatología, los avances de la medicina con respecto a las enfermedades oportunistas en pacientes infectados por VIH, manejo de la ira y la depresión en este tipo de pacientes, manejo del lenguaje verbal y no verbal y algunos otros temas afines.

7. Se recomienda también ampliar las líneas de investigación referente a las ansiedades que pudiesen ser suscitadas en otros trabajadores de la salud que tienen contacto con pacientes infectados por el VIH.

LIMITACIONES.

Los hallazgos son aplicables a la presente investigación, para poder generalizar los datos encontrados o corroborarlos habría que repetirla con una muestra mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alizade A., M. (1996). CLÍNICA CON LA MUERTE. Amorrortu Ed., Buenos Aires, Argentina. pags. 209.
2. Argüello S., J. (1994) GRAN FIESTA DE MUERTOS HUEYMICAILHUITL Ed. Ducere, México. pags. 67
3. Battegay R., Glatzel J., Poldinger W., Rauchfleish U. (1989) Diccionario de Psiquiatría Ed. Herder, Barcelona. pags. 679
- Berger M., Milton. (1979) COMO TRABAJAR CON PACIENTES Ed. Concepto. México. pag. 71
4. Bertrand Pontalis-J.- Laplanche J. (1983) DICCIONARIO DE PSICOANÁLISIS. Labor, Barcelona, España. pags. 535.
5. Bock P., K. (1977), INTRODUCCIÓN A LA MODERNA ANTROPOLOGÍA CULTURAL, Fondo de Cultura Económica, España. pags. 396-399, 539-540.
6. Cahn P., Cahn R, Casiro A, Goodkin K. , Maglio F., Maldavsky D., Mangone C., Noguero B., Pagano M., Pérez H., Soriano S., Sumay A., (1992) PSIDA UN ENFOQUE INTEGRAL , Paidos, Buenos Aires, Argentina. pags. 153-168.

7. CONASIDA (1995) NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA NOM-010.SSA2-1993, México. pags.59
8. Cuelli, J. (1990) TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD Trillas, México. pags. 132-140
9. Cuevas G., G. (1991) "CONTRARREACCIONES EN UN GRUPO PSICOEDUCATIVO DE PACIENTES VIH (+)". Trabajo Presentado en el IV Congreso Nacional de AMPAG "Los Grupos Humanos" León Guanajuato Mayo 1991 Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario "Dr. José E. González". pags. 1-9
10. Daniels, Víctor G. (1994) SIDA Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El Manual Moderno, México. pags. 181
11. De la Fuente, R. (1994), PSICOLOGÍA MEDICA, Fondo de Cultura Económica, México. pags. 208-217, 382-385.
12. De Sandoval, D. M. (1993) "Un Psicoanalista en el sillón El mito de la distancia". IMAGEN PSICOANALÍTICA Año 2, No. 3, pags. 77-92.

13. Devereux G. (1989) DE LA ANSIEDAD AL MÉTODO EN LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO Siglo veintiuno editores, México. pags. 58-61. 69-138.
14. Diccionario Enciclopédico Planeta (1984) Tomo Séptimo, Edit. Planeta, España. pags. 3354
15. Diel, P. (1993). EL MIEDO Y LA ANGUSTIA Fondo de Cultura Económica, México. pags. 15-31, 230-240.
16. Dupont M., Marco A. (1976) EL DESARROLLO HUMANO: SIETE ESTUDIOS PSICOANALÍTICOS, Ed. Joaquín Mortiz, México. pags. 83-141.
17. Etchegoyen, H. (1993) LOS FUNDAMENTOS DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA Amorrortu editores, Buenos Aires, Argentina. pags. 236-270
18. Farberow. N., L. (1967) TEMAS TABÚ Ed. Paidós, Argentina, pags. 29-47.
19. Freud, S. (1894) "La Neurastenia y la Neurosis de Angustia", en OBRAS COMPLETAS Vol 1 Biblioteca Nueva Madrid, Madrid, España. pags. 180-193.
20. Freud, S. (1910) "El Porvenir de la Terapia Psicoanalítica", en OBRAS COMPLETAS Vol 2 Biblioteca Nueva Madrid, Madrid, España. pags. 311-312.

- 21.Freud, S. (1912) "Consejos al Médico en el Tratamiento Psicoanalítico", en OBRAS COMPLETAS Vol 2 Biblioteca Nueva Madrid, Madrid, España. pags. 326-331.
- 22.Freud, S. (1913) "Tótem y Tabú", en OBRAS COMPLETAS Vol 2 Biblioteca Nueva Madrid, Madrid, España. pags. 447-454.
- 23.Freud, S. (1915) "Consideraciones de Actualidad sobre la Guerra y la Muerte", en OBRAS COMPLETAS Vol 2 Biblioteca Nueva Madrid, Madrid, España. pags. 1010-1016.
- 24.Freud, S. (1917) "La Angustia", en OBRAS COMPLETAS Vol 2 Biblioteca Nueva Madrid, Madrid, España. pags. 261-272.
- 25.Freud, S. (1917) "La Aflicción y la Melancolía", en OBRAS COMPLETAS Vol 1 Biblioteca Nueva Madrid, Madrid, España. pags. 1087-1095
- 26.Freud, S. (1923) "El Yo y el Ello", en OBRAS COMPLETAS Vol 1 Biblioteca Nueva Madrid, Madrid, España. pags. 1213-1234.
- 27.Freud, S. (1925) "Inhibición, Síntoma y Angustia", en OBRAS COMPLETAS Vol 1 Biblioteca Nueva Madrid, Madrid, España. pags. 1235-1275

- 28.Freud, S. (1933) "La Angustia y la Vida Instintiva", en OBRAS COMPLETAS Vol 2
Biblioteca Nueva Madrid, Madrid, España. pags. 824-839.
- 29.Freud, S. (1919) "Lo Ominoso", en OBRAS COMPLETAS Vol Amorrortu Editores,
Argentina. 1989. Pags. 219-251
- 30.Goldman, H. (1989) PSIQUIATRÍA GENERAL. Manual Moderno, México. pags.
89-95
- 31.Hall C., S. (1997) COMPENDIO DE PSICOLOGÍA FREUDIANA Paidós, México.
pags. 69-80
- 32.Jiménez del Oso, F. (1982) MÁS ALLÁ DE LA MUERTE Biblioteca Básica de temas
ocultos, Ed. Universo México, México. pags.11-32.
- 33.Kernberg, O. (1997) DESORDENES FRONTERIZOS Y NARCISISMO
PATOLÓGICO Ed. Paidós, México. pags. 57-72
- 34.Menzies, I. E. P., Jaques E. (1994) DEFENSA CONTRA LA ANSIEDAD Rol de los
sistemas sociales. Ed. Lumen Hormé, Buenos Aires, República Argentina. pags.122
- 35.Kubler-Ross, E. (1993) SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS Ed. Grijalbo,
Barcelona, España. pags. 360.

36. Pichot, P. (1995) DSM IV: MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES Mason, Barcelona, España. pags. 401-412, 444-448.
37. Mc Cullough, C. J., Woods M., R. (1990) LA ANSIEDAD, Ed. Hermes, México. pags. 26-37
38. Marmostein N., J., Traducción. José Luis Martínez (1983) MELANCOLÍA PSICOMETABÓLICA. NUEVAS PRACTICAS SOLUCIONES PARA LA ANSIEDAD. DEPRESIÓN, FATIGA, HIPOGLICEMIA Y OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA TENSIÓN, Concepto, México, pags. 89-97
39. Masters W.H., Johnson V.E., Colodny R., (1988) CRISIS LA CONDUCTA HETEROSEXUAL EN LA ERA DEL SIDA, Planeta, Buenos Aires, Argentina. pags. 9, 79, 111-126, 152-154.
40. Mosby, (1994) MEDICINA INTERNA, Ed. Doyma Libros Barcelona, España. Pag. 1330.
41. Nava S., H. (1979) LA PSICOLOGÍA Y EL SIGNIFICADO DE LA VIDA, Roca, México. pags. 139-144.

42. Oriol A., A. (1974) PSICOLOGÍA ANTROPOLÓGICA, Tomo I, Trillas, México.
pags. 14-15
43. Perres, J. (1991) FREUD, EL PSICOANÁLISIS Y EL SIDA: ALGUNAS REFLEXIONES TEÓRICO-CLÍNICAS, Publicación de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Colección Contextos, Monterrey N.L., México. pags. 37.
44. Ravagnon, L. M. (1981) EL ORIGEN DE LA ANGSTIA Ed. Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. pags. 72-76
45. Rozenbaum, W., Seux, D., Kouchner, A., Traducción Isabel Custodio (1984) SIDA REALIDADES Y FANTASMAS Ed. Katun, México. Pags.133-153.
46. Rubin, R. H. (1993) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SCIENTIFIC AMERICAN Editora Científica Médica Latinoamericana pags. 4-26
47. Sepúlveda A., J. (1989) SIDA Ciencia y Sociedad en México Ed. Fondo de Cultura Económica, México. pags. 507.
48. Sherr, L. (1992). AGONÍA, MUERTE Y DUELO El Manual Moderno, México.
pags. 1-18, 181-222.

42. Oriol A., A. (1974) PSICOLOGÍA ANTROPOLÓGICA , Tomo I, Trillas. México.
pags. 14-15
43. Perres, J. (1991) FREUD, EL PSICOANÁLISIS Y EL SIDA: ALGUNAS REFLEXIONES
TEÓRICO-CLÍNICAS, Publicación de la Facultad de Psicología de la Universidad
Autónoma de Nuevo León, Colección Contextos, Monterrey N.L., México. pags.
37.
44. Ravagnon, L. M. (1981) EL ORIGEN DE LA ANGUSTIA Ed. Universitaria de
Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. pags. 72-76
45. Rozenbaum, W., Seux, D., Kouchner, A., Traducción Isabel Custodio (1984) SIDA
REALIDADES Y FANTASMAS Ed. Katun, México. Pags.133-153.
46. Rubin, R. H. (1993) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SCIENTIFIC
AMERICAN Editora Científica Médica Latinoamericana pags. 4-26
47. Sepúlveda A., J. (1989) SIDA Ciencia y Sociedad en México Ed. Fondo de Cultura
Económica, México. pags. 507.
48. Sherr, L.. (1992). AGONÍA, MUERTE Y DUELO El Manual Moderno, México.
pags. 1-18, 181-222.

49. Spielberger, C. (1980) TENSIÓN Y ANSIEDAD La psicología y tú. Ed. Harla, México. pags. 128.
50. Thomas, Louis-Vincent (1991) LA MUERTE Ed. Paidós, Barcelona, España. pags. 159.
51. Tortora, G. J., Anagnostakos, N. P. (1984) PRINCIPIOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA Ed. Harla, México D.F., pags. 19-20
52. Uribe Zuñiga, P. (s/a) PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 1997-2000 CONASIDA, México. pags. 38
53. Velasco Alba, F. (1996) MANUAL DE TÉCNICA PSICOANALÍTICA Ed. Planeta Mexicana, México D.F., pags. 247-264.
54. Wittig Amo, F. (1980) INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA Ed. Mc Graw-Hill Latinoamericana, México. Pags. 113-114.