

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

“ACTITUD HACIA LA MUERTE EN FAMILIARES DE PACIENTES EN FASE TERMINAL  
(SIDA)”

PSICOLOGÍA SOCIAL  
TESIS

CORBERA PRADO ELVIA  
HERNÁNDEZ ANZURES GUADALUPE LILIANA

DIRECTORA:  
LIC. MA. FELICITAS DOMINGUEZ ABOYTE

MARZO, 2007



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.

## "LA VIDA NO ES IGUAL"

QUE BONITO ES CAMINAR CUANDO TIENES ARENA EN LOS PIES, PERO CUANDO CAMINAS ENTRE VIDRIOS  
LA VIDA NO ES IGUAL, NO ES IGUAL.  
QUE BONITO ES SONAR Y SONAR QUE PUEDES VOLAR, PERO CUANDO TE DUERMES ENTRE MUERTOS LA VIDA  
NO ES IGUAL, NO ES IGUAL.  
¿SABE ABUELA? UN DÍA ME DIERON A PROBAR DE SU SANGRE EN UN ALTAR Y APRENDÍ COMO LA HISTORIA A  
REMEDIA LA SIMPLE ESENCIA DE PENSAR.  
QUE BONITO ES VIVIR Y SER PARTE DE LA CREACIÓN, PERO CUANDO TE MEZCLAS ENTRE VIVOS LA VIDA  
NO ES IGUAL, NO ES IGUAL.  
(SACÍL HERNÁNDEZ)

*Doy gracias a Dios por nunca dejarme de su mano y por tanta gente hermosa que encontré en mi camino.*

*Gracias a mis niños: Flany y Ody, por su paciencia, besos, apapachos, colitas alegres y un espacio caliente en la cama para dormir.*

*Gracias a mis abuelitos: por darme unos padres, por enseñarme reglas, por cuidarme, por compartir su tiempo, su cultura, sus tradiciones y su amor por la vida.*

*Gracias a mi pequeña familia: Alberto, Hono, Gualu y Mayimbu por todo su apoyo, comprensión y amor, por permitirme volar y tomar mis propias decisiones, por darme su tiempo y por compartir todo conmigo.*

*Gracias a mis grandes amigos: José Luis, Bety, Chivis, Román y Ale por su apoyo, comprensión y ánimo para seguir adelante.*

*Gracias a mis teachers: por corregir mi pronunciación, Tere-Blue y enseñarme groserías, Juanito*

*Gracias a las cuñaditas: Mary y Claus, por su paciencia, entusiasmo, comprensión, apoyo, dedicación, pero sobre todo, por su gran ejemplo de entrega y superación.*

*Gracias a Bety Juarez: por ayudar en la transcripción de la tesis cuando extrañas circunstancias terminaron con la mother ... target.*

*Gracias a mis amigos ILB: por extrañarme y llamarme constantemente Luz y Pepe*

*Gracias a mis sinodales y directora: por su paciencia, dirección, corrección y el amor por seguir aprendiendo.*

*Gracias a Lily: por ser una excelente vocera de mis ideas, traductora de mis pensamientos y una maravillosa compañera de tesis.*

*"Ayer me dijo un ave"*

*Ayer me dijo un ave que volará por donde no hay ardor, que lo sufrido no resucita en sueños y en rezos nunca murió.  
Que saque el aire de mis ojos, que abrace al miedo con tus sueños, que sea un guerrero de sangre para que nadie te haga  
daño.*

*Ayer me dijo un ave que volará hasta desintegrarme que la distancia no es cansancio es fuerza, eres tú.*

*(Sail Hernández)*

*"Gracias a la vida que me ha dado tanto..."*

*A Dios por permitirme entender la vida*

*A mis padres Socorro y Alfonso por darme la vida, educarme y enseñarme amar a Dios.*

*A los tres motociclos que me han impulsado a ser lo que soy; al amor de mi vida mi media naranja, que sin ti no podría ser libre; a  
Olga y André*

*A mis amigas que han impulsado mi vida y este proyecto: Claudia, Maricela, Verónica, Tereblue, Luz, Betita, Betty Juarez, Rocio, Silvia  
Elizabeth y Elvia*

*A mis amigos, sin los cuales no me complemento: Juan Carlos Nava, Juan Carlos Rojas, Adrián, Román, José Luis y Víctor*

*A Linda, mi hermanita que me ha dejado ser más que su profesora.*

*A todas aquellas personas que han estado junto a mí en los diversos momentos de mi vida académica, personal y laboral, que me  
apoyaron para concluir este trabajo. Al igual que a mis pitufos con quienes he aprendido tanto y de quienes he recibido mucho cariño.*

*A Elvia por ser una excelente amiga y permitirme compartir, diferir, molestar, enojar, pero sobre todo creer y crecer con este trabajo.  
Gracias Monk*

*A los Sinodales, que tuvieron paciencia y donaron su tiempo para mejorar este trabajo.*

*A la directora, que después de tanto se mantuvo firme y fiel a esta tesis a pesar de los embates recibidos.*

*A la Universidad que me brindó la oportunidad de prepararme en sus aulas y con sus excelentes catedráticos.*

*Pequeña Lily.*

# ÍNDICE

	Pág
ÍNDICE	I
RESUMEN	III
INTRODUCCIÓN	IV
CAPÍTULO I ACTITUD HACIA LA MUERTE.	
1.1 Actitud	1
1.1.1 Antecedentes históricos de la actitud	1
1.1.2 Concepto de actitud en la psicología social	3
1.1.3 Factores sociales, características y componentes de la actitud	6
1.1.4 Funciones y teorías de las actitudes	9
1.1.4.1 Teoría del equilibrio o balance	10
1.1.4.2 Teoría de la congruencia	12
1.1.4.3 Teoría de la disonancia cognitiva	12
1.1.5 Adquisición de las actitudes	14
1.1.6 Cambio de actitud	15
1.1.7 Medición de actitudes	17
1.2 Muerte	18
1.2.1 Conceptualización de muerte	19
1.2.2 Conceptualización de la muerte en algunas culturas	22
1.2.3 Conceptualización de muerte en algunas religiones	26
1.2.3.1 Budismo	26
1.2.3.2 Taoísmo	27
1.2.3.3 Hinduismo	28
1.2.3.4 Catolicismo	29
1.2.3.5 Confucianismo	29
1.2.3.6 Islamismo	30
1.2.3.7 Jainismo	30
1.2.3.8 Judaísmo	31
1.2.3.9 Zoroastrismo	32
1.2.4 Enfoque psicoanalista	32
1.2.4.1 Sigmund Freud	33
1.2.4.2 Carl Gustav Jung	35
1.2.4.3 Erick Fromm	36
1.2.4.4 Arminda Aberastury	37
1.2.5 Investigaciones de actitud hacia la muerte	38
CAPÍTULO II SIDA	
2.1 SIDA	48
2.1.1 Definición	48
2.1.2 Historia del SIDA	49
2.1.3 Vías de transmisión	51
2.1.4 Evolución de la enfermedad y cuadro clínico	52

2.1.5 Diferencia entre paciente seropositivo asintomático y paciente con SIDA	55
2.1.6 Reacciones de la familia	56
2.1.7 Estigmatización	58
2.1.8 Tipos de tratamientos terapéuticos	60
2.1.9 Asistencia psicológica para pacientes infectados por VIH	61
CAPÍTULO III	
APLICACIÓN DE TANATOLOGÍA EN ENFERMOS EN FASE TERMINAL (SIDA)	
3.1 Tanatología	63
3.1.1 El surgimiento de la nueva Tanatología	64
3.1.2 Pérdida	67
3.1.3 Duelo	69
3.1.3.1 Etapas de duelo	70
3.1.3.1.1 Dr. George Engel	70
3.1.3.1.2 Nancy O'Connor	71
3.1.3.1.3 Elizabeth Kübler-Ross	72
CAPÍTULO IV	
METODOLOGÍA	
Planteamiento del problema	74
Objetivo	74
Hipótesis	74
Variables	74
Método	75
Procedimiento	77
Análisis de datos	79
CAPÍTULO V	
RESULTADOS	
Análisis de frecuencias	80
Tablas cruzadas	81
Prueba t para las diferencias de medias entre pretest y postest	83
CONCLUSIONES	83
DISCUSIÓN	85
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	89
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS	94

# **“ACTITUD HACIA LA MUERTE EN FAMILIARES DE PACIENTES EN FASE TERMINAL (SIDA)”**

CORBERA PRADO ELVIA

HERNÁNDEZ ANZURES GUADALUPE LILIANA

**FES ZARAGOZA UNAM**

**Resumen:** La actitud sobre la muerte es un tema abordado por la Tanatología, ciencia de la muerte, la cual busca dar las herramientas necesarias para resolver el duelo de forma adecuada, tanto para los enfermos como para sus familiares. Una de las enfermedades que dificulta tal fin por la ignorancia y estigmatización de la sociedad, es el VIH/SIDA. Por lo anterior el objetivo de la presente investigación fue identificar si existe un cambio significativo en la actitud ante la muerte en familiares cercanos de pacientes en fase terminal (SIDA), antes y después de ser sometidos a un curso de muerte y VIH/SIDA, para tal efecto se implementó la aplicación de instrumento DAT (Death Attitude Profile, perfil de actitud hacia la muerte) en una muestra de 20 sujetos de 19 a 31 años. Encontrando que no existe una diferencia significativa entre el pretest y el postest; sin embargo, al desglosar la prueba en factores se encontró una mínima diferencia que se reflejó en el proceso de duelo de cada participante, además de permitirles una asimilación y superación de las primeras etapas

**Palabras clave:** actitud, muerte, psicología social, psicoanálisis, tanatología, pérdida, duelo, enfermo en fase terminal (SIDA)

# INTRODUCCIÓN

La palabra Psicología viene de los vocablos griegos *psique* (*alma, mente*) y *logos* (*ciencia, estudio*) que juntos significan *estudio de la mente o del alma*, también se define como la ciencia que estudia la conducta humana con un vasto campo de desarrollo; sin embargo, al tratar de abarcarla resulta más adecuado subdividirla en diversas ramas (Clínica, Educativa, Experimental, Industrial, Del deporte, Organizacional, etc.), de entre las cuales está la Psicología Social.

La historia de la Psicología Social se puede dividir en tres tiempos: 1) Cuando el origen se remonta a la antigüedad, en donde se trataba de dar explicación a la conducta social a partir de conjeturas, llamado *Filosofía Social*, 2) A mediados del siglo XIX, pretendía describir la conducta social por medio de la observación sistemática y la elaboración de teorías nombrado *Empirismo Social* y 3) A principios del siglo XX, cuando aplica el método científico al estudio de la conducta social, no sólo humana sino animal designado como *Análisis Social*.

En el área de la Psicología Social, una de las metas importantes es predecir y controlar la conducta humana utilizando métodos de investigación para adquirir conocimientos y poder cumplir con su meta, uno de ellos son las técnicas de encuesta y entrevista que se emplean para obtener información de cualquier tipo dentro de las cuales las escalas de actitudes representan un método de investigación utilizado de manera considerable en la actualidad.

El concepto de actitud constituye uno de los elementos característicos e importantes de la Psicología Social cuando en el Siglo XX se tenía interés por demostrar la influencia de las actitudes en algunos problemas sociales y cómo con el paso del tiempo cambian de acuerdo a los sentimientos, vivencias, educación, valores, cultura, etc. Parte de estos cambios se dan por la convivencia diaria con el entorno social (familia, amigos, trabajo, educación, religión, deportes y grupos de reunión) y por los diferentes medios masivos de comunicación (Televisión, Radio, Internet, Prensa Escrita, Teatro y Cine) dando como resultado un estilo de vivir, actuar, pensar, sentir y hasta vestir acorde a la tendencia que la mayoría apoya; dejando de lado lo humano, lo individual y lo propio.

Teniendo como consecuencia una estereotipación y una aparente tranquilidad emocional, dicho en otras palabras, al estar dentro de una esfera y tratar de ser como los demás, los ámbitos de responsabilidad, toma de decisiones, enfrentamiento de problemas y compromisos quedan soslayados o traspolados a otros. Partiendo de esta consecuencia y de la pérdida del sentido humano, es decir, la falta de comunicación, convivencia y altruismo; se observa la estigmatización hacia las enfermedades infecto-contagiosas de transmisión sexual; anexando el rechazo y el miedo por el ejercicio de la sexualidad. Un ejemplo claro en donde la ignorancia y los tabúes llevan a minimizar y despersonalizar este tipo de enfermedades es el caso del VIH/SIDA.



Además de lo difícil que resulta, ser portador o acompañante del portador, existe el hecho de saber que la persona que ha resultado positiva al VIH morirá, tal vez más rápido de lo que pretendía, genera un proceso de duelo, que debe ser resultado para proporcionarle una mejor atención en todos los sentido al familiar enfermo. En muchas ocasiones, resulta realmente doloroso enfrentarse a tal situación, en el mejor de los casos se acude con un profesional de la Tanatología, en otros se trata de conversar con alguien, y en los más, simplemente se sigue adelante.

De ahí la necesidad de realizar el presente trabajo de tesis, con el objetivo de *Identificar si existe un cambio significativo en la actitud ante la muerte en familiares cercanos de pacientes en fase terminal (SIDA), antes y después de ser expuestos a un curso de muerte y VIH/SIDA.*

Por lo que el marco teórico comprende los siguientes capítulos:

Actitud hacia la muerte, conteniendo aspectos básicos sobre las actitudes, la muerte y algunas teorías que la explican, además de algunas investigaciones sobre actitud hacia la muerte y el SIDA.

SIDA, con nociones básicas acerca de la enfermedad, además de lo que sucede con los pacientes y familiares.

Aplicación de Tanatología en enfermos en fase terminal (SIDA), mostrando una breve explicación sobre Tanatología, pérdida y duelo.

# CAPÍTULO I

## ACTITUD HACIA LA MUERTE

### 1.1 ACTITUD

Un aspecto importante en la orientación del individuo con respecto a su medio, social y físico: es la actitud, que permite solucionar problemas, así como tomar decisiones, partiendo de una serie de costumbres, valores, ideas, modos, influencias y estilos de vida, tomados de una determinada sociedad y cultura.

“Las actitudes en primer lugar están asociadas a imágenes, ideas u objetos externos de la atención; en segundo lugar expresan una dirección que se caracteriza por implicar alejamientos o acercamientos, gustos o disgustos, reacciones favorables o desfavorables, amores u odios; en tercer lugar las actitudes están vinculadas con sentimientos y emociones” (Young, 1977, p. 5).

Por lo tanto, es de suma importancia conocer los elementos que comprenden una actitud, los diferentes significados que pueden tomar e incluso indagar quienes han realizado investigaciones al respecto.

#### 1.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ACTITUD

El concepto de actitud constituye uno de los elementos característicos e importantes de la psicología social. Su desarrollo y apogeo se debió a los estudiosos norteamericanos y, de acuerdo con la orientación predominante en ellos durante cierta etapa, mantuvo un carácter “psicológico”. Sin embargo, no quedó limitada a ese enfoque. El contacto con la antropología cultural y el creciente empleo en la investigación sociológica le hizo adquirir su valor como categoría aplicable a individuos, pudo mantener al mismo tiempo su categoría y distinción del hecho sociológico, así como su irreductibilidad a una mera química intermental. Por lo que las actitudes, para la sociología, puede tener la función de puente entre el individuo y la sociedad.

Derivado de lo anterior, Tarde, 1907, (cit. por Young, 1977) refieren cuatro procesos sociales: invención, imitación, oposición y adaptación. Toda invención –de origen individual siempre- tiende a producir una ola de imitación; a veces, esta ola choca con otra de sentido contrario, dando esto lugar a los restantes procesos: de oposición (si hay lucha) o de adaptación (si hay fusión) de las dos olas. Este último proceso equivale a una nueva invención, la cual, a su vez, origina nuevas imitaciones. Lo que así se difunde (el contenido de los procesos) son creencias y deseos de carácter cuantitativo; pueden asumir valores negativos; por consiguiente, pueden ser medidos. El carácter intermental de estos procesos los hace en realidad sociales, pues sin la interacción humana no existirían.

Por su parte, Ward, 1907, (cit. por Young, 1977) menciona la incesante transformación social y el papel de la inteligencia humana. Posteriormente McDougall, 1908, (cit. por Young, 1977) publicó *Introducción a la psicología social* dando gran importancia a los instintos que perdurarían por diez años.

Complementando lo anterior, Rodríguez, 1973, (cit. por Salazar, 1999) da las siguientes razones para justificar el interés por las actitudes:

- *Funcionalidad cognoscitiva.* Las actitudes permiten tener una perspectiva totalitaria del mundo en donde se vive, es decir, contienen los conocimientos con los cuales se enfrenta a la realidad social.
- *Función utilitaria.* Los seres humanos se esfuerzan por ser hedonistas y evitar lo más posible las consecuencias negativas; lo que marca el desarrollo de una actitud favorable o no que permite una adaptación social.
- *Función económica.* Es proveer una guía práctica y simplificada de las conductas apropiadas frente a algunos objetos; además de permitir una economía cognoscitiva, es decir estructurar experiencias y categorizarlas.
- *Función expresiva.* Permite estabilizar emociones, crear una identidad y justificar la conducta.
- *Función defensiva.* Permiten manejar los conflictos internos.

Desde los inicios de la psicología social las actitudes forman un tema central. En las primeras décadas del siglo XX, la psicología empezó a hacer investigaciones de laboratorio utilizando sujetos humanos que correspondían a cuestiones formuladas, la mayoría de las veces, de manera verbal. La cuantificación de las respuestas verbales dio origen a las escalas de actitud, consideradas como mediciones objetivas de una predicción profunda para la acción. Después la psicología social dio un giro para demostrar la influencia de las actitudes en algunos problemas sociales (prejuicio, remordimiento, confrontación, opinión pública, publicidad y sus derivados).

Dos motivos por los que se popularizaron los estudios sobre las actitudes son:

Por una parte, el término como tal, no es propiedad de ninguna escuela, corriente o tendencia dentro de psicología, no existe ninguna posibilidad teórica para su uso y más bien existen grandes expectativas acerca de su importancia para el comportamiento.

Por otra parte, es un concepto lo suficientemente amplio como para ser aplicado a individuos y grupos. Esto mismo generó investigaciones que provenían de diferentes ciencias sociales y en cada una de ellas el constructo adquirió la funcionalidad de la ciencia a que estaba sirviendo. Esto, ciertamente tiene sus aspectos positivos, trae también consigo el uso indiscriminado de un término que se entiende de diversas maneras y que, por eso mismo, abre muchas posibilidades a la confusión (Salazar, 1999).

En las primeras décadas del siglo XX, dentro de la psicología social se comenzó con investigaciones de laboratorio utilizando sujetos que respondían a cuestiones formuladas de manera verbal, cuantificando las respuestas verbales se dio origen a las escalas de actitud. Además existía un interés por demostrar la influencia de las actitudes en algunos problemas sociales

Además, si se toman en cuenta todos los campos en los cuales se utiliza actualmente (propaganda comercial y política, comerciales de radio y televisión, eslogan, etc.), queda clara la importancia, así como el interés por su investigación. Sin embargo, es conveniente tener una noción de los diferentes conceptos a través del tiempo.

### 1.1.2 CONCEPTO DE ACTITUD EN LA PSICOLOGÍA SOCIAL

Un primer acercamiento a conceptos semejantes a “actitud”, se da en la Psicología Experimental investigando acerca de la “preparación del organismo para la acción”. Más adelante empleando métodos objetivos e “introspección experimental”, en 1912 Külpe y colaboradores (Ach, Messer, Bühler y otros) de la escuela de Wurzburg estudiaron los procesos implícitos en la acción voluntaria. Por otro lado, Waxweiler (cit. por Young, 1977), sociólogo desarrolló el concepto de “aptitud”.

En la sociología norteamericana, la actitud fue introducida por W. I. Thomas y F. Znaniecki 1918, (cit. por Young, 1977), al haber realizado un análisis del choque entre culturas diversas. Las actitudes son los tipos de conducta que se dan en la realidad: son los fenómenos observables; como lo mencionaban Park y Burgess, 1908, (cit. por Young, 1977), es comparable al de los átomos de las sustancias simples. No observamos deseos observamos actitudes concretas, pautas de conducta (behavior patterns).

Thomas y Znaniecki (cit. por Young, 1977) fijaron en términos precisos dos puntos de vista referentes a la actitud “valor social” y “definición de la situación”. Por valor social se entiende todo dato que posea un contenido empírico accesible a los miembros de algún grupo social y un significado con relación al cual sea o pueda volverse objeto de actividad. Un instrumento, una teoría; son valores sociales; son “objetos culturales”, en tanto estos poseen contenido pero ningún significado con relación a la actividad humana.

La actitud se define en función de los valores sociales: “por actitud se entiende un proceso de conciencia individual que determina una actividad real o posible por parte del individuo en el mundo social”. El objeto de una actitud es siempre un valor: con mayor precisión, puede hablarse de actitudes sociales (Young, 1977, p.17).

De este modo, “la actitud es la contrapartida individual del valor social; la actividad, en todas sus formas, es el nexo entre ellos”; en ella influye de manera decisiva la sociedad que impone modelos específicos de “actitud” en todas las esferas de la vida social, “define la situación” para el individuo y la define de manera apremiante.

En su acepción latina “attitudine” tiene dos raíces (o dos vertientes), “Apto” y “acto”. La primera, relacionada con propiedad “se es apto”; la segunda con “acto”, “postura”, “acción”. Pero más atrás las dos raíces de ACT y APT son originarias del sánscrito de la raíz “ag”, significado “hacer” o “acto”. La raíz “ag” lleva en sí el motor o la forma del ACT y del APT y, de hecho, es el soporte del concepto presente de la relación entre el acto y los componentes subyacentes de la “aptitud” del sujeto.

Así como el concepto “attitudine” es homónimo en inglés, en castellano “actitud” ha sido siempre tomada y tenida como “acto”. En tal significado puede estar el reconocimiento de la primera función, o de la primacía de las mismas como motor, inducción al acto en que los trabajos experimentales de psicología social se establecen (Diccionario de etimología inglesa, 2000, p. 129).

El término proviene del italiano *attitudine* que significa postura y de *atto* que significa acto, estado mental o subjetivo de predisposición a la acción (Diccionario práctico de la lengua española, 1999). Es también una disposición de ánimo manifestada exteriormente (Diccionario Larousse, 2000).

Uno de los primeros psicólogos que utilizó el término fue Hebert Spencer, 1868, (cit. por Young, 1977) considerándolo como un estado mental; después hacia 1888 Lange enfocó el aspecto motor de las actitudes.

Sherif y Cantril, 1935, (cit. por Young, 1977) confirman el concepto anterior definiendo a la actitud como “el estado más o menos duradero de preparación”. En primer lugar destaca el carácter de relativa permanencia, además de que expresa un rasgo de la personalidad.

Newcomb, 1937, (cit. por Young, 1977) describe cómo la actitud representaría el mecanismo individual a través del cual las influencias biosociales y socioculturales se traducen en la conducta manifiesta de un individuo (variable interviniente).

En segundo lugar, toda actitud supone una relación de sujeto a objeto, siendo este último sociocultural; material o inmaterial (casa, auto, estatua, norma, valor, símbolo) personal (un individuo, un grupo) o un complejo de todos ellos: objetos materiales, individuales, personas y grupos (una institución). La actitud es adquirida, con esto se señala la existencia de una etapa perceptiva en la formación de las actitudes. Por último los autores señalan el carácter afectivo que es inseparable de la actitud, aunque su intensidad puede variar ampliamente en cada caso. En la actitud hay dos elementos- carga emocional y fase perceptiva.

En 1948, Krech y Crutchfield (cit. por Young, 1977) proponen la distinción entre *creencias* y *actitudes*. La creencia es “una organización durable de las percepciones y de los conocimientos relativos a ciertos aspectos del mundo de un individuo”, mientras que la actitud es “una organización durable de los procesos emocionales, motivacionales, perceptivos y cognitivos referentes a ciertos aspectos del mundo de un individuo”. La actitud es una creencia adicionada de carga afectiva y volitiva, mientras la creencia es emocionalmente neutra.

El sistema de actitudes representa el modelo o patrón de las actitudes reales que los individuos poseen por el hecho de pertenecer a un grupo. Estos esquemas van formándose desde el nacimiento y son los que llevan a construir la autoidentidad del individuo.

La autoidentidad del individuo G. H. Mead, 1932, (cit. por Young, 1977) —Cantril y Sherif— el yo resulta formado en definitiva por la sucesiva adquisición de actitudes y su eventual transformación y evolución a través de la experiencia.

Allport, 1935, (cit. por Klineberg, 1973 p.451-52) define a la actitud como “un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa o dinámica en la reacción del individuo ante todos los objetos y todas las situaciones con que se encuentra relacionado”.

En 1946, Thurstone (cit. por Young, 1977 p.26) al hablar sobre actitud dice: “es el grado de afectividad positiva o negativa que se tiene frente a un objeto psicológico; es

decir, una predisposición de acercamiento (afectividad positiva) o de alejamiento (afectividad negativa) hacia cierta clase de objetos”.

Para Doob (1947) la actitud es una respuesta implícita producida en forma dinámica y considerada significativamente dentro del medio ambiente social del individuo (*Idem.*)

Para Katz, 1960, (cit. por Ramírez y Sánchez, 1996, p. 2) la actitud es la predisposición del individuo para evaluar el símbolo, objeto o aspecto desde su modo en forma favorable y en comportamiento no verbal. Incluye tanto lo afectivo (núcleo del sentido de agrado o desagrado) como lo cognitivo (elementos de creencias que describen al objeto de actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos).

Como lo señala Krech, Crutchfield y Ballachey, 1962, (cit. por Mann, 2005, p. 137) las actitudes sociales tiene un significado adaptativo, puesto que representan un eslabón psicológico entre las capacidades de percibir, sentir y emprender de una persona, al mismo tiempo que ordenan y dan significado a su experiencia continua en un medio social complejo.

Moscovici, 1963, (cit por Moscivici, 1981, p. 48) dice: “la actitud está considerada como una estructura plurifuncional, un sistema psíquico que regula el intercambio entre el organismo y el medio, que asegura la coherencia por homeostasis”.

Rokeach, 1966, (cit. por Hovland, 2000, p.125) refiere a la actitud como “una organización aprendida y relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación, que predispone a un individuo a favor de una respuesta preferida”.

Según Rosnow y Robinson (1967), el término actitud “denota la organización de los sentimientos, de las creencias y de las predisposiciones de un individuo para comportarse de un modo dado” (op. *cit.*).

Sherif (1975) afirma “una actitud es el conjunto de categorías que un individuo emplea para evaluar un dominio de estímulos sociales (objetos, personas, valores, ideas, etc.) que él, ha establecido y aprendido a partir del dominio (en interacciones con otras personas, como regla general) y que lo relaciona con los subconjuntos del dominio en diversos grados de afecto (emoción-motivación) positiva o negativa” (Ramírez y Sánchez, 1996, p. 2).

Lerbinger (1979) propone lo siguiente: “actitudes son sistemas duraderos de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos emocionales y tendencias de acción en pro o en contra de objetos sociales” (Sequeiros, 1991 p.93).

Hovland (2000, p 124) menciona que las actitudes “implican expectativas acerca de nuestra propia conducta y de la conducta de los otros, se vincula con los aspectos de la vida social; por ende, sus múltiples efectos son evidentes a nuestro alrededor. Los gustos, los modales y la moral que nos caracterizan reflejan nuestras actitudes, así como los valores sociales que le sirven de base”.

Donde mejor se logra la articulación del planteamiento biológico, psicológico y sociológico es en el concepto de la actitud.

Galimberti (2002, p. 12) menciona el termino actitud como “disposición relativamente constante para responder de ciertas maneras particulares a situaciones del mundo por el residuo de experiencias pasadas que de algún modo guía, orienta o influye de una forma en el comportamiento”.

En la presente investigación se retomó la definición de Young (1977, p. 9) que señala: “Actitud es la tendencia o predisposición, más o menos generalizada y de tono afectivo a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positivo o negativo (a favor o en contra) con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales o a una persona o grupo de personas”.

Como se puede notar en las anteriores definiciones la actitud es un proceso psicológico y afectivo que está dotado de una bipolaridad (positiva-negativa); adaptándose a la sociedad y a las experiencias que de ella se reciben; en consecuencia debe de tener un destinatario o depositario de dicho proceso hacia un elemento animado o inanimado.

Para comprender mejor el término se desarrolla a continuación sus factores sociales, características y componentes.

### 1.1.3 FACTORES SOCIALES, CARACTERÍSTICAS Y COMPONENTES DE LA ACTITUD.

De acuerdo con Kanner, 1964, (cit. por Young, 1977), las expresiones de las actitudes de la conducta tienen varios aspectos básicos comunes:

- 1.- Todas las actitudes se expresan como reacciones afectivas provocadas por las personas y las situaciones, y así es como las ve el observador.
- 2.- El significado que tiene una situación para el individuo depende menos de sus factores reales, “objetivos”, que de la forma en que aparece ante él y de la impresión que le produce, o sea de la actitud que el individuo asume ante la situación (lo han demostrado los estudios sociológicos de la propaganda y los prejuicios).
- 3.- Las actitudes se desarrollan. Unas veces el origen se ve claramente, pero otras veces está incrustado tan profundamente en relaciones anteriores, que se requiere un gran esfuerzo y mucha habilidad para comprender el “tema” total.
- 4.- Las actitudes son creadas por las actitudes de los demás, que influyen en ellas y pueden modificarlas, favorable o desfavorablemente; éstas son, por consiguiente, determinantes esenciales del desarrollo de la personalidad y de la conducta.

Las actitudes que influyen en los niños y que les hacen formar, en respuesta, sus propias actitudes, pueden reunirse, para su mejor estudio, bajo los siguientes títulos:

- La actitud de los padres.
- La actitud de los maestros
- La actitud de los médicos
- Actitudes grupales.

Estas actitudes y la manera como son tratados por los adultos, así como sentimientos, identificaciones y normas de conducta desarrollan la personalidad. Por otro lado, el conjunto de actitudes de un adulto se construye sobre dos fundamentos integrados:

1. La base de su experiencia, que la psicobiología y el psicoanálisis hicieron más comprensibles.
2. El ambiente de su actitud, la “cultura”. Representa la cristalización de las ideologías y los valores que no pertenecen a la creación individual (Young, 1977, p. 36-38).

No sólo es importante hacer referencia a las diferentes definiciones, sino también resaltar características, componentes y funciones.

Newcomb 1963 (cit. por Klineberg, 1973 p. 453) menciona las siguientes características:

- 1) **Dirección** que se refiere a la inclinación hacia un extremo positivo o negativo.
- 2) **Intensidad o grado de afectividad** que se refiere a lo extremadamente agradable o desagradable que pueda parecer un objeto.

Ramírez y Sánchez (1996) mencionan que existen tres características; es decir, agregan una más a la de Newcomb:

1. **Dirección** de la actitud es el movimiento continuo con respecto al objeto. Cerca-lejos. Se puede estar en ambos extremos muy pro o muy contra de.
2. **Intensidad de la actitud** el grado que tiene la positividad o negatividad con el objeto.
3. **Prominencia** es cuando existe simultaneidad de actitudes, se tiene un grado desigual de importancia.

Estos tres componentes intervienen en distinta medida dentro de una actitud. Cada actitud posee varias características, se menciona sólo la valencia o dirección, intensidad y consistencia:

1.- La valencia o dirección refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo.

El componente cognoscitivo intervendrá en las razones de apoyo hacia una u otra dirección.

El conativo adoptará, en congruencia, la dirección ya prevista hacia el acto.

2.- La intensidad se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo, se puede estar más o menos de acuerdo con algo. La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada.

3.- La consistencia es el grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes de la actitud. Si los tres componentes están acordes la consistencia de la actitud será máxima. Si lo que se sabe, siente y se hace o, presumiblemente se haría, están de acuerdo, la actitud adquiere categoría máxima de consistencia.



En relación a los componentes de una actitud existen coincidencias entre algunos autores:

Smith, 1947 (cit. por Ramírez y Sánchez, 1996, p. 2) plantea:

- a) El componente afectivo de la actitud, incluye la dirección e intensidad como característica afectiva, implican la reacción del individuo hacia el objeto actitudinal como un todo y las reacciones a cada uno de los atributos que pueda poseer.
- b) El componente cognitivo, formado por el contexto informativo y la perspectiva temporal de la actitud; el primero se refiere al conjunto de creencias, estereotipos y conocimiento factual que la persona posee respecto al objeto actitudinal; el segundo se refiere al grado en el cual la anticipación del desarrollo futuro del objeto esta integrada a la perspectiva actitudinal presente.
- c) El componente conativo, el cual describe el curso de acción que podrá tomar el individuo respecto al objeto de las actitudes, la pasividad y labilidad son dos dimensiones importantes de este componente.

En 1959, Katz y Stotland (cit. por Alamilla y Torres 1997, p. 54), las dividen:

- 1) El componente cognitivo es el modo en que se percibe un objeto o situación; los pensamientos, ideas y creencias que un sujeto tiene acerca de algo.
- 2) El componente afectivo consiste en los sentimientos o emociones que suscita en un individuo la presentación afectiva de un objeto, suceso o situación, o su representación simbólica. Entre las emociones que provoca un cierto individuo o grupo se encuentran el temor, la simpatía, la piedad, el odio, la cólera, la envidia, el amor, el desprecio, etc.
- 3) El componente conductual es la tendencia o disposición de actuar de determinada manera con referencia a algún objeto, suceso o situación.

Rosenberg y Hovland (1960) asignan:

*Componente afectivo*, son las reacciones fisiológicas por parte del individuo, que indican si el objeto es agradable o desagradable.

*Componente cognitivo*, son respuestas perceptivas que enumeran los rasgos característicos del objeto.

*Componente conductual*, es la manera en que el individuo reacciona cuando se enfrenta al objeto de la actitud (Whittaker, 2002, p. 241).

En 1960 Katz observa que las actitudes han sido tratadas de la siguiente forma:

1. Componente cognitivo que alude a la creencia-descreimiento.
2. Componente afectivo, que se ocupa de la simpatía-antipatía.
3. Componente de acción, que incluye la disposición a responder (Hovland, 2000, p.131-132).

Hacia el último periodo de 1960, Katz realiza una nueva aportación al considerar que las actitudes cuentan con cinco dimensiones:

- a) **Intensidad** se refiere a la fuerza del componente afectivo.  
Del componente cognitivo surgen dos:
- b) **Especificidad o generalidad de una actitud** y

- c) **El grado de diferenciación de las creencias**, esta referido al número de creencias o elementos cognitivos que tiene una actitud. Del componente conductual surgen dos:
  - d) **El número y fuerza de los nexos actitudinales** con un determinado sistema valorativo, es la relación entre el sistema de valores y la personalidad, en este caso la actitud estará integrada a la concepción que el individuo tenga de sí mismo lo cual hace más complejo el procedimiento del cambio y
  - e) **Centralidad**, es el rol que la actitud tiene como parte de un sistema de valor estrechamente relacionado con el autoconcepto del individuo. (en Ramírez y Sánchez, 1996, p. 5).

El hecho de que las actitudes tengan tres componentes indican su complejidad, por lo que, es significativo conocer sus funciones y teorías.

#### 1.4 FUNCIONES Y TEORÍAS DE LAS ACTITUDES

En 1961, Katz, refiere cuatro funciones básicas de la actitud sobre una base motivacional:

**Función de adaptación;** son medidas para lograr la meta deseada, para evitar resultados indeseables (satisfacción) o bien se trata de asociaciones afectivas producto de las experiencias vividas en el logro de la satisfacción de motivos (recompensa). La dinámica de su función depende de la utilidad presente o pasada percibida por el individuo en el objeto actitudinal. Como este género de actitudes se forma en referencia específica al objeto (semejanzas), resultan apropiadas a la naturaleza del mundo social en el que están inmersas.

**Función de defensa del yo;** la gente gasta buena parte de su vida en vivir consigo mismo (concepto de sí mismo). Algunas actitudes tienen la función de defender la autoimagen y su formación es diferente. Proceden de la propia persona los objetos y situaciones actitudinales con que se ligan con meras formas convenientes para su expresión, no las crea el individuo sino los conflictos emocionales del individuo que utilizando mecanismos de defensa evitan padecer un dolor interior.

**Función de expresión de un valor;** se tiene que considerar que no todo el comportamiento tiene la función de reducir tensiones y registros internos; también se obtiene satisfacción de la expresión de una actitud que muestre los valores centrales del individuo (compromiso) En estos casos la recompensa no proviene del reconocimiento social sino del establecimiento de la propia identidad y de la confirmación de las creencias que se tienen respecto a sí mismo. Estas actitudes refuerzan el sentimiento de autorrealización y la expresión de sí.

**Función de conocimiento;** en la vida se puede alcanzar cierto grado de orden, claridad y estabilidad en el marco personal de referencia; se busca comprender los acontecimientos que afectan y referirle sentido. Las actitudes ayudan a suministrar patrones de evaluación (coherencia y dirección de las estructuras) (Hovland, 2000, p.135-136).

Teniendo como antecedente la definición, la estructura y las funciones, es importante introducir las teorías que explican como actúan.

Como sustrato de gran parte de las teorías e investigaciones de la psicología social se encuentra la idea de la coherencia actitudinal, la tendencia de las personas a organizar sus actitudes armoniosamente, para que no haya conflicto entre ellas.

“El concepto de conexión entre las actitudes presume y subraya la racionalidad humana. Da por sentado que la gente experimenta la incoherencia como un estado nocivo, y se ve impulsada a eliminarlo o reducirlo” (Vander, 2000, p.209).

Del principio de **coherencia actitudinal** se extrae como premisa básica que las personas procuran típicamente conciliar sus actitudes conflictivas, vale decir que su cambio actitudinal las hace pasar de un estado de incoherencia a otro de coherencia. En el presente trabajo sólo se revisarán tres teorías variantes de la teoría de la coherencia:

#### 1.1.4.1 Teoría del equilibrio o balance.

Fritz Heider (1946) formuló por primera vez el principio de la coherencia actitudinal con su teoría basada en el equilibrio. Según este autor, las actitudes poseen valencias positivas o negativas, que pueden o no coincidir entre sí, dando como resultado un equilibrio o desequilibrio.

Tres elementos del cambio actitudinal le interesaban a Heider: a) La persona que es el foco de atención a la que se llama **P**; b) otra persona, a la que se le asigna **O** y c) una entidad impersonal, objeto, idea, suceso a la que nombra **X**. El interés principal consistía en descubrir que relaciones establece **P** con **O** y **X** (Mann, 2005, p.150-152).

Se produce un estado de equilibrio cuando no hay ningún signo menos

(+) (+) (+)

o cuando hay dos signos menos;

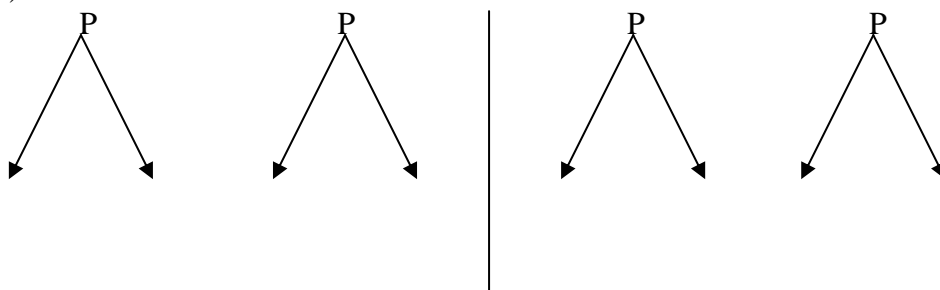
(-) (-) (+), (+) (-) (-), (-) (+) (-)

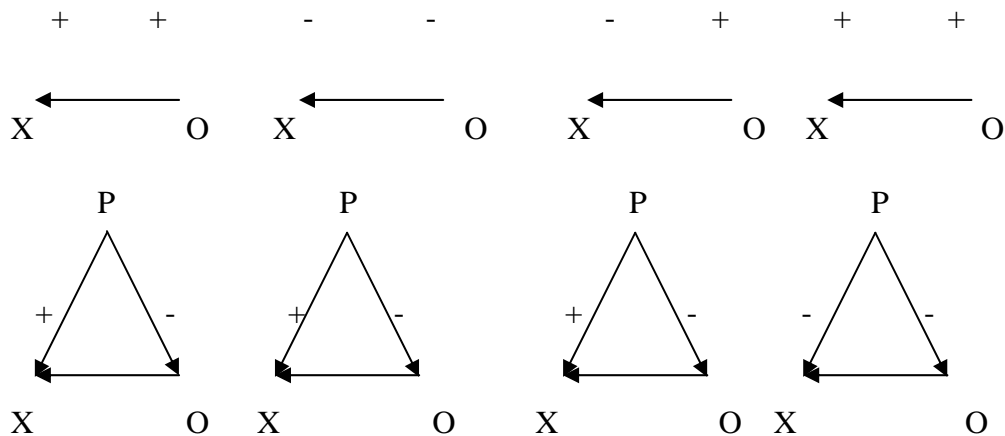
y un estado de desequilibrio cuando hay uno o tres signos menos.

(-) (+) (+), (-) (-) (-)

El estado de desequilibrio se caracteriza porque el sujeto se siente molesto e incomodo consecuentemente; obra en él una presión para que reduce dicho desequilibrio, lo cual implica ya sea modificar la actitud propia hacia la otra persona o hacia la entidad impersonal (objeto, idea o acontecimiento); el estado de equilibrio se logra ya sea cuando dos elementos son negativos o cuando no hay ningún negativo.

Las flechas indican la dirección de las relaciones {ver figura 1} (Hovland, 2000. p. 164-165).





ESTADO DE EQUILIBRIO

ESTADO DE DESEQUILIBRIO

Figura 1  
Teoría del equilibrio

Existe un estado de equilibrio cuando las actitudes son similares con respecto al objeto, es decir, cuando ambas sienten gusto o disgusto por el objeto. Si uno de los dos aprecia el objeto pero el otro lo desprecia, el equilibrio, y los sentimientos consecuentes de tensión inducirán presiones dirigidas al cambio de actitud en dirección del estado de equilibrio.

Quizá la mayor debilidad del principio de equilibrio estriba en su incapacidad de especificar el sitio exacto y el grado preciso del cambio de actitud que se lleva a cabo para restaurar el equilibrio y la armonía de un sistema.

Feather (1965), extendió y explicó el principio de equilibrio de Heider a los efectos de la comunicación; la relación entre cuatro elementos de una estructura de está: una *fuentes* presenta un *mensaje* sobre un *problema* a un *receptor*. Se encontró que cuando se da a los sujetos comunicaciones hipotéticas sobre situaciones, tienden a predecir soluciones que representan un estado de equilibrio entre los cuatro elementos (cit. en Mann, 2005. p. 151-152).

#### 1.1.4.2 Teoría de la congruencia

La teoría de la congruencia o también llamada teoría de la resistencia de las actitudes, que es una consecuencia de la teoría del equilibrio, fue propuesta por Charles E. Osgood y E. Tannenbaum (1955), sostiene que cualquier persona posee muchísimas actitudes, algunas coherentes entre sí y otras incoherentes (Hovland, 2000, p.165).

La base para las predicciones efectuadas por Osgood y Tannenbaum respecto de la dirección y el grado del cambio actitudinal reside en la premisa de que ninguna persona siente con la misma intensidad o intencionalidad acerca de todas las cuestiones. Comprobaron que cuanto más fuerte es una actitud, menos probable es que se la modifique al conectar o aparearla con algo de sentido contrario. En la medida en que las actitudes extremas son más resistentes al cambio que las neutrales, se produce una mayor vacilación en la actitud más moderada (Vander, 2000 p. 213).

El principio de congruencia hace predicciones cuantitativas explícitas sobre lo que ocurre si dos objetos relacionados no se encuentran en estado de congruencia. La congruencia existe cuando dos objetos son evaluados con una intensidad igual. Las pruebas experimentales de Osgood y Tannenbaum, 1955, (cit. por Mann, 2005, p. 152) confirman la teoría del principio de congruencia.

#### 1.1.4.3 Teoría de la disonancia cognitiva

El pionero de esta teoría es León Festinger, 1957, (cit. por Hovland, 2000) quien, reemplaza el concepto de coherencia o equilibrio por el de consonancia y el de incoherencia o desequilibrio por el de disonancia. Según Festinger, existe una “propensión a producir relaciones consonantes entre las cogniciones y a evitar la disonancia”. Una cognición es cualquier fragmento de conocimiento, de creencia o de opinión, que las personas tienen acerca de sí mismas, su conducta o su ambiente. Es decir, los individuos rehuyen a aceptar la información nueva que contradice alguna de sus actitudes.

Si la persona tiene conocimientos, sobre sí misma o sobre el medio, incoherentes unos con otros, es decir, si un conocimiento implica lo opuesto de lo que se implica el otro, existe un estado de disonancia cognoscitiva. Se dan cuatro casos de disonancia que se originan en cada una de las cuatro principales fuentes de incoherencia:

- a) Incoherencia lógica: el sujeto tiene un conocimiento y piensa que es imposible superarlo.
- b) Normas y costumbres culturales: el sujeto conoce una regla de etiqueta, de acuerdo a su cultura, sin embargo no la sigue.
- c) Opiniones incoherentes con la acción: las opiniones del sujeto se contradicen con sus acciones.
- d) Experiencia pasada: el sujeto posee un conocimiento sobre una situación, pero al repetirse dicha situación el conocimiento previo no coincide (Mann, 2005, p. 153).

Jack W. Brehm y A.R. Cohen, 1962, (cit. por Vander, 2000) aportan elementos que enriquecen la teoría y a la vez modifican las formulaciones de Festinger, plantean que dicha teoría sólo es válida en ciertas condiciones como son el compromiso y la volición:

El compromiso. Es la situación en la cual el individuo está obligado a actuar de determinada manera o mantener determinada posición. Implica que al no permitirse conductas alternativas, la gente debe “convivir” con las decisiones que ha tomado y en consecuencia reducir cualquier elemento disonante derivado de su irreversible compromiso.

La volición. Alude al grado de libertad que los individuos creen poseer al tomar una decisión o efectuar una elección. Para que el sujeto experimente disonancia cognitiva, debe estar convencido de que actúa de forma voluntaria, de que es el responsable de los resultados de su decisión. Por el contrario si es compelido de actuar en contra de sus creencias podrá evitar la disonancia, mediante el siguiente razonamiento: “Me he visto forzado a hacer esto”.

Cohen, 1964, (Whittaker, 2002, p. 280) refiere: “cuando hay pequeñas recompensas, pocos beneficios materiales, pocas justificaciones, poca coerción, mucho de donde escoger, mucha estima de sí mismo, un agente inductor poco agradable y una fuerte conducta discrepante, la disonancia será muy elevada y las actitudes cambiarán para favorecer la posición discrepante a que la persona se ve obligada”.

Festinger en su teoría formula una predicción sorprendente, porque contradice al sentido común; cuanto menor sea la recompensa que recibe el individuo por un comportamiento contrario a su actitud, mayor será el cambio actitudinal consecuente (disonancia). Y además, cuanto menor la coacción empleada para obligarlo a comprometerse mayor también será la probabilidad que cambie su actitud (recompensa).

Elliot Aronson, 1968; 1969, (cit. por Alamilla y Torres, 1997, p. 59) ha propuesto un refinamiento mayor aun de la teoría de la disonancia, para él, Festinger equivocó las fuentes de esta última; lo decisivo, sostiene que es el conflicto entre el concepto de sí que tiene el sujeto y sus cogniciones acerca de una conducta que lo transgrede. De acuerdo con este punto de vista la disonancia no se produce entre dos cogniciones cualesquiera, sino que solo surge cuando la conducta del individuo amenaza menoscabar los sentimientos positivos que se tienen acerca de sí (disonancia).

Cuando un individuo adquiere información nueva, puede ocurrir que sus actitudes se modifiquen. La experiencia nueva se ve inclinada a promover dicho cambio, así como la estructura de las actitudes tiende a la estabilidad (buscando el equilibrio, la congruencia o evitando la disonancia). Las actitudes del individuo se apoyan en uno o más grupos a los cuales pertenecen o en todo caso a los que acepta como Standard; si obtiene el apoyo de ese grupo de la misma manera un grupo puede ser vehículo favorecedor del cambio de la actitud.

Por lo tanto, la postura de una persona o grupo sobre un determinado evento se encuentra directamente influenciada por la cultura, cuando en esta se presentan fenómenos que atañen en forma negativa, se experimenta cierta inquietud. La capacidad de conformar experiencias determina la enorme variedad de actitudes tomadas en la vida. A continuación se menciona la manera como se adquieren las actitudes.

### 1.1.5 ADQUISICIÓN DE LAS ACTITUDES

Las actitudes implican expectativas acerca de la propia conducta y de la de los otros, se vinculan con todos los aspectos de la vida social, es decir, los gustos los modales y la moral que caracterizan a cada individuo y reflejan su actitud hacia cualquier evento, suceso o situación, olvidando que los valores sociales también le sirven de base (Hovland, 2000. p.137).

Las actitudes igual que los valores son adquiridas como resultado de la incorporación del individuo a los modos y costumbres de una sociedad. Las actitudes presentes del individuo resumen su experiencia del pasado y a la vez producen efectos directivos sobre una actividad en curso, siendo orientada hacia el futuro. Existen tres pautas fundamentales mediante las cuales pueden adquirirse de acuerdo a Hollander (2000):

- a) Por contacto directo con el objeto

- b) Por interacción con individuos que sustentan dicha actitud
- c) A través de valores arraigados procedentes del seno familiar y experiencias de la misma.

De igual manera deben de considerarse otras fuentes posibles de formación de actitudes, es decir, para los psicoanalistas ciertas actitudes pueden ser reflejadas directa o indirectamente en de las relaciones familiares por ejemplo, el anarquismo o cualquier forma de radicalismo, puede obedecer a una rebelión contra el padre en particular.

Las personas forman actitudes acerca de muchas cosas presentes en su vida; algunas de estas actitudes las aprenden sólo en forma indirecta, a través de la información suministrada por otros. Por lo tanto, una fuente de formación de actitudes es la información, obtenida bien por observación directa, a través de los demás o de modo diferido. Otras fuentes son la observación de modelos y de las consecuencias de sus acciones, la recompensa y el castigo suministrado por los compañeros de la misma edad o por los familiares a cambio de tener o no tener determinada actitud. Las actitudes de una persona también pueden ser los subproductos de conflictos reprimidos o formas desplazadas de los mismos.

De acuerdo con Sarnoff, 1960, (cit. por Zimbardo, 2000), la función defensiva del ego propia de las actitudes desempeña un papel poderoso en la generación de algunas de las actitudes más arraigadas y más “irracionales” de una persona, como los prejuicios raciales y religiosos.

Para Whittaker, 2002, (p.247) existen tres formas de adquirir una actitud:

- a) La experiencia directa que el individuo tiene con el objeto de la actitud es una de los factores más poderosos en la creación de actitudes o en el influjo que sobre ellas se ejerce. Lo que ocurre durante el primer contacto con un objeto de la actitud crea una actitud hacia dicho objeto o modificará todas las actitudes anteriores tenidas hacia él.
- b) El papel que ocupa un individuo.
- c) Efecto de la comunicación en general. Esta puede provenir de los padres, de los medios masivos de comunicación, programas de televisión, la propaganda, etc.

La forma como se adquiere una actitud depende del entorno social, en el que cada ser humano forma parte, se desarrolla e interactúa; sin embargo, al desarrollarse cambia a la par que aprende cosas nuevas todos los días. Por ese motivo, en seguida se aborda el cambio una actitud.

#### 1.1.6 CAMBIO DE ACTITUD

Como se ha revisado, las actitudes dependen del medio social, existen factores que favorecen su cambio; por lo tanto, debe considerárseles estables durante cierto periodo de tiempo.

Dentro de las teorías de influencia social y cambio actitudinal se encuentra la de Kelman, 1961, (cit. por Hovland, 2000, p.159-60) “se originan cambios aparentes de actitud con las variaciones que el individuo percibe en su situación, tomando en cuenta lo que será conveniente o aprobado”. Estos cambios pueden o no reflejar modificaciones subyacentes. Kelman distingue entre:

- 1) Acatamiento: ocurre cuando un individuo acepta la influencia en razón de que espera obtener una reacción favorable de otra persona o grupo. La satisfacción se obtiene del efecto social que provoca la conformidad, la aceptación de la influencia.
- 2) Identificación: son grandes cambios en el campo psicológico de la persona, sobre la base de la modelación; es decir, se da cuando el individuo acepta la influencia debido a que desea establecer o mantener una relación que él mismo califica como satisfactoria, con otra persona o grupo. Esta relación puede adoptar dos formas; La identificación en sentido estricto, en el cual el individuo asume el rol del otro o bien manifestarse como una relación de rol recíproca. En el caso de la identificación se acepta el comportamiento indicado en la medida en que esta asociado a la relación en sí; la satisfacción se deriva del acto de conformidad como tal.
- 3) Internalización: es un cambio fundamental en un valor, se presenta cuando el contenido del comportamiento inducido, ideas y acciones que lo componen, son en sí intrínsecamente gratificantes, congruentes y se integran a un sistema de valores pre-existentes. La satisfacción que se obtiene deriva del contenido del nuevo comportamiento.

Además postula que la probabilidad de aceptar la influencia es una función combinada de:

- a) La importancia relativa del efecto anticipado por el individuo.
- b) El poder relativo de la gente de influencia.
- c) La prepotencia de la respuesta inducida.

Retomando a Hovland, Janis y Kelly (cit. por Whittaker, 2000) mencionan que un cambio actitudinal mediado por la modificación de opinión es una de las principales formas en que una comunicación persuasiva hace surgir una diferencia a través de la producción de una variación en una opinión relacionada.

De acuerdo a Javiedes (1997, p. 31) las “opiniones” describen interpretaciones, expectativas y evaluaciones de cursos de acción alternativos. Describiéndolas operacionalmente las opiniones son “respuestas” verbales que el individuo proporciona al responder a situaciones estímulo en que surge la pregunta.

Tanto opinión como actitud se refieren a respuestas implícitas: son variables intervinientes estrechamente relacionadas. El término opinión se usa para designar un grupo amplio de anticipaciones y expectativas mientras que actitud se reserva para aquellas respuestas implícitas de aproximación o evitación hacia algún objeto dado, persona, grupo o símbolo.

El supuesto básico es que muchas actitudes están mediadas por creencias, expectativas y juicios (opiniones), por tanto, una de las formas en que la comunicación provoca cambio en las actitudes es a través de la modificación en tales respuestas verbales.



Hovland y cols. (cit. por Javiedes, 1997, p.32) asumen también que las opiniones como otros hábitos, persistirán hasta que el individuo enfrente una nueva experiencia de aprendizaje. La exposición de la comunicación persuasiva constituye una nueva experiencia en la cual se adquiere un comportamiento verbal nuevo: el individuo prefiere ahora la respuesta nueva, la sugerida por la comunicación que la sostenía previamente.

Hay tres clases de estímulos que pueden presentarse en dicha situación que son capaces de producir cambios:

- 1) El conjunto de estímulos relacionados con las características observables de la fuente de la comunicación.
- 2) El escenario en el cual se expone al individuo a la comunicación.
- 3) La inclusión de elementos relevantes en el contenido.

Recuperando la idea de Satir (1991, p. 24-25) acerca de la comunicación, “es posible el cambio en cualquier actividad producto del aprendizaje. La gente crea la posibilidad de cambio cuando aprende nuevas formas de hacer las cosas”. Mediante el aprendizaje, la exploración y la práctica de nuevas formas de hablar, la gente puede usar un taller como una oportunidad de cambiar los patrones de relación con los demás; al mismo tiempo se puede modificar lo que se siente de sí mismo.

Hovland y cols. (cit. por Javiedes, 1997, p.39) llegaron a establecer en general, que una emoción fuerte e intensa no produce cambios significativos y evita que los individuos recuerden el contenido de la comunicación. Los resultados indican que el uso de apelaciones que provocan emoción intensa interfiere con la efectividad global de la comunicación persuasiva; sobre todo si no proporciona formas adecuadas de disminuirlo.

Por otro lado, es importante el papel del comunicador en el cambio de actitud. La teoría que sirve de apoyo a los experimentos de que hablan estos autores es básicamente una teoría de reforzamiento, según la cual se necesitan incentivos para cambiar las actitudes de las personas. La comunicación persuasiva debiera facilitarle al receptor el cambiar su posición original proporcionándole gratificación suficiente cuando ocurre el cambio (Whittaker, 2000, p. 272).

Si bien, es importante, conocer como se lleva a cabo un cambio de actitud, es necesario presentar los métodos más utilizados en la medición de actitudes.

### 1.1.7 MEDICIÓN DE ACTITUDES

Pueden utilizarse diferentes métodos para obtener información sobre la actitud de una persona hacia algo, dentro de estos se encuentran las técnicas proyectivas (al mostrar un conjunto de ilustraciones ambiguas a las personas y pedirles que formen una historia acerca de cada ilustración); los cuestionarios o escalas de actitudes (constan de un conjunto de afirmaciones positivas y negativas respecto de un sujeto de interés ya sea un grupo de personas, una institución, un concepto, etc., puede elaborarse por medio de varios procedimientos).

Una de las primeras escalas fue la **Escala de Distancia Social de Bogardus**, 1925, (cit. por Lewis, 2000), la cual pedía a los sujetos que indicarán su grado de aceptación de distintos grupos raciales y religiosos por medio de una clasificación, probó ser útil en la investigación sobre las diferencias regionales con variables asociadas como los prejuicios sociales, la medición la realizó con base sólo en una escala ordinal, de tal caso es una escala rudimentaria.

**Thurstone**, 1927, (cit. por Lewis, 2000) y sus colegas a finales de las décadas de los veinte intentan colocar la evaluación de las actitudes en el nivel de medición de intervalos por medio de los métodos de *pares comparados* consiste en un amplio rango de actitudes positivas y negativas hacia un tema determinado, lo siguiente es comparar las afirmaciones entre sí y juzgar que afirmación en cada par expresa una actitud más positiva hacia el tema, ya que este método es molesto y lleva tiempo no se utiliza mucho, e *intervalos aparentemente iguales* la escala de actitudes final consiste en veinte afirmaciones que van de la menos favorable a la más favorable, se seleccionan de tal forma que los veinte valores en la escala son aproximadamente equidistantes en valor numérico, el rango de los valores es lo más amplio posible y los índices de ambigüedad son bajos.

Otra evaluación de actitudes es el *método de rangos sumarios de Rensis Likert*, 1932, (cit. por Vander, 2000) comienza con la recopilación de una gran cantidad de afirmaciones que expresan una variedad de actitudes positivas y negativas hacia un objeto o evento específico. En el caso típico de una escala de cinco puntos, los reactivos con afirmaciones positivas se califican con cero (0) para total desacuerdo, uno (1) para desacuerdo, dos (2) para indeciso, tres (3) acuerdo y cuatro (4) para total acuerdo; los reactivos con afirmaciones negativas se califican con (4) para total desacuerdo, (3) para desacuerdo, (2) para indeciso, (1) para acuerdo y (0) para total acuerdo.

Un procedimiento más es el *análisis de escalograma de Louis Guttman*, 1944, (cit. por Lewis, 2000) el propósito de este análisis es que si las respuestas a los reactivos elegidos para medir una actitud determinada entran en una sola dimensión, (verdadera y unidimensional) el sujeto que respalda un reactivo en particular también respalda cualquier reactivo que tenga un valor menor en la escala; condición que es más probable que se cumpla con las afirmaciones cognoscitivas que con las de actitud y otros conceptos afectivos. El objeto es producir una escala ordinal acumulativa: El grado en el cual se obtiene una escala verdadera está indicado por el coeficiente de reproductividad, que se calcula como la proporción de respuestas reales que entran en el patrón perfecto de una escala verdadera de Guttman.

**Osgood**, 1975, (cit. por Vander, 2000) realiza una serie de *escalas de clasificación o diferencial semántico* que consiste en siete puntos, de los cuales el sujeto escoge uno para cada escala. Al individuo se le presenta un concepto o conjunto de conceptos. A su vez, el sujeto clasifica cada concepto en una serie de la escala de siete puntos cuyos extremos están rotulados con adjetivos bipolares, por ejemplo: bueno-malo, justo-injusto, limpio-sucio, etc., se asume que entre más extremada sea su clasificación más intensamente posee él una actitud en la dirección indicada. Tiene la ventaja de proporcionar graduaciones muy finas que no proporcionan las técnicas que sólo requieren respuestas de “acuerdo” o “desacuerdo”.

Otros procedimientos que se han aplicado al proceso de elaboración de escalas de actitudes son *la técnica Q y análisis de facetas* “que es un planteamiento complejo de dimensiones múltiples para la elaboración y análisis de reactivos que pueden aplicarse a cualquier objeto o situación de actitud” de Castro y Jordan, 1977. El procedimiento utilizado para elaborar escalas de comportamiento-actitud, comprenden varias condiciones y situaciones psicosociales, que incluyen el retraso mental de Jordan, 1971 y la interacción étnica-racial de Hamersma, Paige y Jordan, 1973 (cit. por Lewis, 2000).

Por otro lado existen escalas que buscan medir, ya en cuanto al tema de actitud hacia la muerte, por ejemplo:

- d) Escala de miedo a los muertos y a los moribundos (Lester, 1967).
- e) Escala de ansiedad de muerte de Templer (1970).
- f) Escala de Dickstein (1972).
- g) Escala de Nelson (1978).
- h) Escala DAP (en inglés Death Attitude Profile) de Islas y Basurto (1993).

Las actitudes constituyen el fundamento de los modos de conducta constantes con respecto a objetos sociales, sucesos y problemas durante un periodo de tiempo; por lo que resulta importante realizar instrumentos adecuados para medirlas y poder entender los cambios que generan; puesto que permiten ordenar y dotar de significado a ciertos aspectos del medio social en el que se mueve, un ejemplo, es la muerte. Por lo que se hace necesario conceptualizar dicha noción.

## 1.2 MUERTE

La muerte se presenta inevitablemente como objeto de la más atenta reflexión; no hay manera en que se pueda valorar el curso y el contenido de la vida sin tomar en cuenta la posibilidad de que la muerte se cruce en el camino en cualquier momento. La mayoría de los hombres ignoran la serie de concepciones distintas sobre la muerte que no aparecen regularmente en los espacios de la educación o cultura. A continuación se retoman algunas.

### 1.2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUERTE

El término de **muerte** es conocido por todos, sin embargo es un tema complejo y su concepción en más de las veces es drástica por toda la manera de emociones que conlleva; aún cuando se convive constantemente con ella; ésta llega a ser impersonal pues generalmente se evade o se evita dentro de la familia y la sociedad.

Resulta importante conocer, conceptos y aspectos sobre la muerte, que a lo largo de los años ha inquietado a individuos, sociedades y culturas.

Platón (397 a. C.) señalaba que “la filosofía es una medición sobre la muerte”, de manera análoga Cicerón menciona “toda vida filosófica constituye una preparación para la muerte” (cit. en Rivera, 2000, p. 1).

Para Montaigne (1972) “la filosofía nos ordena tener la muerte siempre ante los ojos, preverla y considerarla antes de tiempo, y nos da además, las reglas necesarias para que

esta revisión y este pensamiento no nos hiera”...“toda la sabiduría y el discurrir del mundo se resume en enseñarnos a no temer a la muerte”...“el saber morir nos alivia de toda sujeción y malestar”. Voltaire recuerda que “la especie humana es la única que sabe que debe morir, y que la experiencia es la única razón por lo que lo sabe” (cit. en Rivera 2000, p. 1-2).

Schwartzenberg y Vinasson (1978, p. 251) define la muerte desde el punto de vista biológico como “la terminación de las funciones vitales”, por otra parte la menciona en un concepto teológico como “el momento en que el alma abandona el cuerpo” y desde el punto de vista legal “ cuando un juzgado le ha eliminado de los registros”, también existe la definición del sepulturero “cuando el cuerpo reposa en la tierra” y finalmente la simple muerte del hombre, la que hace desaparecer para siempre de la memoria de los que lo amaron. En la actualidad se ha establecido una definición médica: la muerte sobreviene en el instante que la conciencia perdida ya no podrá recuperarse (cuando los registros del electroencefalograma solo trazan líneas rectas, cuando han desaparecido los accidentes eléctricos que daban testimonios de la vida).

Por otra parte Chauchard, 1977, (cit. Lepp, 1967, p.22) define la muerte biológica como “la desaparición definitiva de la actividad protoplasmática”. Lepp (1967) coincide al mencionar que “la muerte total del individuo se produce hasta que la última de los millones de células vivas que componen un cuerpo hayan muerto; la célula muere cuando su actividad protoplasmática llega a su fin, es decir, la destrucción de la organización celular”.

Así también menciona al igual que Dupont (1976) que “la muerte natural es como un proceso lento, en donde el ser vivo comienza a envejecer y por ende a morir desde el momento de su nacimiento, sólo la muerte de gente anciana puede calificarse como natural” (cit. Muñoz, 1993, p.11).

M.d´Halluin (cit, por Muñoz, 1993, p. 11-12) distingue siete estadios en la aparición de la muerte:

1. Muerte aparente: consiste en la disminución, a veces renovada hasta el extremo de manifestaciones vitales, la forma un síncope prolongado, un coma con pérdida de conocimiento, resolución muscular, detención de la respiración, actividades cardíacas y circulatorias débiles y difíciles de poner en evidencia.
2. Muerte clínica: se presenta suspensión completa y prolongada de la circulación.
3. Muerte total es la descomposición del cadáver, lo importante es la muerte de las neuronas de la corteza cerebral.
4. Muerte prematura: es la muerte que se da antes de que el tiempo de productividad del individuo haya terminado, antes de haber logrado sus metas o las haya abandonado con dignidad.
5. Muerte parcial son las pérdidas que acompañan los cambios inevitables de la vida; graduarse en la escuela, perder un trabajo, etc.

6. Muerte psicológica: es un estado especial en el que el individuo deja de estar conciente de su propia existencia.
7. Muerte social: Sudnow, 1967, (cit. Muñoz, 1993) la define como “el momento en el cual las propiedades sociales más importantes del paciente comienzan a dejar de ser condiciones operativas para quienes los tratan y cuando es esencialmente considerado muerto”.

Retomando la muerte como un acontecimiento social Boehm, 1932, (cit. por Galimberti, 2000, p. 721) escribe “puesto que entre los primitivos las leyes naturales son desconocidas, no pueden imaginar una causa ‘natural’ de una enfermedad o la muerte, pero es necesario responsabilizar de esto a un ser personificado, a un animal a un hombre mal intencionado, a un mago o a una bruja, a un espíritu del mal o a un difunto que después de su muerte no fue tratado de la forma correcta”.

Asimismo Baudrillard, 1976, (cit. por Galimberti, 2000, p. 722), anota “para los primitivos no existe muerte ‘natural’; toda muerte es social, pública, colectiva, y es siempre efecto de una *voluntad* adversa que debe ser reabsorbida por el grupo (nada de biología). Esta reabsorción se da mediante la fiesta y los ritos”.

Por el mismo motivo Fromm, 1941, (cit. por Galimberti, 2000, p. 722) apunta que “en las sociedades en las que el proceso de individualización está todavía en sus inicios, el final de la existencia individual no es un problema, ya que la misma experiencia de la existencia individual está menos desarrollada.

La muerte todavía no se concibe como fundamentalmente diferente de la vida”. Este mismo concepto lo sostiene Landberg, 1960, (cit. por Galimberti, 2000, p. 722), para quien “cuanto más se desarrolla en el hombre el sentido individual de la vida, tanto más se da cuenta de la necesidad de su muerte. La intensidad de esta experiencia de la necesidad de la muerte en un hombre es proporcional al grado de su individualización”.

Sobre el motivo del intercambio insiste también Levi-Strauss, 1955, (cit. por Galimberti, 2000, p. 722), para quien “ciertas sociedades dejan reposar a sus muertos; si se le dedican regalos periódicos ellos se abstendrán de molestar a los vivos, y si regresan a visitarlos esto sucederá en intervalos y en ocasiones especiales. Y esta visita será benéfica, porque los muertos garantizan con su protección el regreso de las estaciones, la fecundidad de los huertos y las mujeres. Todo sucede como si hubiera mediado un contrato entre vivos y muertos: a cambio del culto que se les dedica los muertos se quedarán con los vivos y los encuentros periódicos entre los dos grupos estarán siempre dominados por las preocupaciones y los intereses de los vivos”.

La muerte como pasaje está asegurada con el mito de la doble sepultura porque, como escribe Hertz, 1905, (cit. por Galimberti, 2000, p. 722), “en la primera tumba el cadáver, de alguna manera, sólo es depositado. El tiempo que pasa entre la primera y la segunda sepultura le sirve al muerto para deshacer definitivamente todos sus vínculos sociales y poder obtener el ingreso en el reino de los muertos y la condición de abuelo en los vivos. Así el muerto, destinado a las sombras a causa del incompleto proceso de putrefacción, se transforma en un antepasado”.

En este intervalo corresponde para los vivos el periodo de duelo, necesario para De Martino, 1958, (cit. por Galimberti, 2000, p. 722) “tanto porque eso que se pierde una persona que era casi nosotros mismos, como porque la muerte física de la persona querida nos pone de la forma más cruda frente al conflicto entre lo que sucede irrevocablemente sin nosotros (la muerte como hecho de la `naturaleza`) y que debemos dejar pasar en el valor (la muerte como condición para explicarse la extrema fuerza regeneradora de la `cultura`). El cansancio de `hacer pasar` a la persona querida que se fue en sentido natural, y sin nuestro esfuerzo cultural, constituye precisamente esa variedad de afectos y de pensamientos que se agrupan bajo el nombre de congoja y duelo”.

Octavio Paz, 1990, en “El laberinto de la soledad” manifiesta, la muerte moderna no posee ninguna significación que la trascienda o refiera a otros valores. Es solamente un hecho más o fin inevitable de un proceso natural. Esta intransigencia de la muerte no lleva a eliminarla de la vida diaria, sino, a frecuentarla, el mexicano la burla, la acaricia, duerme con ella, la festeja, es uno de sus juguetes favoritos y su amor más permanente. En su actitud, hay quizá tanto miedo como en la de otros, más al menos no se esconde, la contempla cara a cara, con impaciencia, desdén o ironía: “si me han de matar mañana, que me maten de una vez”. Esto responde en realidad a un mecanismo de defensa o un caparazón con el que oculta ese miedo callado que intenta disfrazar con máscara de valor.

El Dr. George Engel, 1961, (cit. por Wonder, 1991 p.26) escribe “la muerte es la pérdida de un ser amado, es psicológicamente tan traumática como herirse o quemarse gravemente lo que es en el plano fisiológico”. La Dra. Kübler-Ross (1985, p.17) define “la muerte como el estado final del no ser”; mientras que O’connor (1997, p. 9) coincide con Engel al referir “que es el paso de la vida conocida a lo desconocido, considerándola como una herida (psicológica, seria y dolorosa) y al igual que cualquier lesión del cuerpo físico, la curación de este tipo de lesiones requiere de un cuidado tierno, amoroso, serenidad y tiempo”.

Rojas (2000) menciona que “la muerte es el instante en que un ser deja de existir cuando deja de responder, cuando parece ser todo menos un ser vivo” (p. 10).

Para Galimberti (2000, p. 721-723) la muerte no radica en el hecho de que sea un acontecimiento físico, sino en su anticipación. En efecto, el hombre sabe que debe morir. Sobre este tema la filosofía ha insistido siempre, desde Anaximandro, que en un fragmento dice: “de donde los seres humanos tienen origen, allí también tienen la destrucción”, hasta Heidegger (1927), quien define la muerte como la posibilidad más propia de la existencia humana porque está de por medio su ser-en-el-mundo. También es importante conocer el concepto de muerte en algunas culturas.

### 1.2.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE MUERTE EN ALGUNAS CULTURAS

De oriente a occidente, cada civilización desarrolla una manera particular de honrar a los muertos. R. Bastida, 1979, (Bustos y Velásquez, 2001, p. 26) distingue dos tipos de sociedad: las sociedades de enriquecimiento progresivo de la personalidad, en ellas, se pasa del estatuto inferior de adolescente al estatuto de adultos, después al de viejo, y por último al grado mas elevado, el estatuto de antepasados (la muerte en este caso es

solo una etapa obligatoria en la ascensión del hombre). El segundo tipo de sociedad son las guerreras, donde, por el contrario, la muerte ideal es la que llega en plena adolescencia durante un combate; en efecto, sólo el guerrero puede elevarse al estatuto de inmortal consagrado, pero si escapa a esa forma de muerte su estatuto ira decreciendo a medida que envejece.

Entre los aztecas había dos fiestas, en los meses de agosto y septiembre, dedicadas a los muertos, la segunda (Xocotl-Huetzi), se relacionaba con la fiesta invernal del Tititl, en éste se recordaba las almas de las mujeres en parto. No se hacían distinciones entre los muertos en sus funerales, pues todos eran incinerados, salvo aquellos que iban a entrar en el reino del Dios de la lluvia, que eran enterrados. Es fácil darse cuenta, sin embargo, que las ceremonias celebradas en honor de los muertos comunes, tenían el propósito de allanarles el camino hacia el Mictlán, para evitar que volvieran a importunar a los vivos.

El cadáver era colocado en cuclillas, atado como bulto funerario, y provisto de papel de ámate, para protegerlo de los peligros que lo acechaban en su viaje al inframundo; se le daba además comida y un jarro con agua para el viaje, le daban por compañero a un perrito, el caronte del reino de los muertos aztecas.

La ofrenda a la muerte se repetía a los ochenta días, y después una vez al año, durante los cuatro años que el muerto necesitaba para llegar al estado ínfimo del inframundo, donde moraba el señor de los Muertos. En estos ritos posteriores se preparaba el bulto de una momia artificial; lo mismo que se hacía en los casos en que un mercader moría lejos de la patria, o que un prisionero era sacrificado en territorio enemigo, de modo que no se pudiera rescatar su cadáver. En tales casos, la momia artificial era adornada de la misma manera que el prisionero destinado al sacrificio puesto que iba a transformarse en ella; pero en vez de un perro verdadero, muerto antes de la incineración, se le hacía acompañar de la imagen del perro divino (Xolotl), que llevaba también el sol, a través de las nueve corrientes.

A diferencia de los aztecas, los toltecas si enterraban a todos sus muertos. Más tarde, en la edad media, la pestilencia, el hambre, y la guerra, mantuvieron a la muerte como una presencia familiar en la sociedad. Se escribieron libros populares acerca del arte de morir (*Ars Moriendi*) Ariesw, 1967, (Bustos y Velásquez, 2001, p.28) historiador acerca de la muerte, señala que en tiempos pasados, el duelo era la última expresión del dolor; los lamentos acerca de la muerte de un ser cercano eran considerados como la forma de emoción más fuertes de dolor, y más espontáneas en su expresión. Durante la Edad Media, los guerreros más endurecidos y los más renombrados rompían en lágrimas sobre los cuerpos de amigos y parientes.

Desde el siglo XIII en adelante, se nota que las expresiones de duelo empiezan a perder espontaneidad y se vuelven más y más ritualizadas. Las grandes gesticulaciones de la edad media, eran simuladas por profesionales del duelo. En documentos de los siglos XVI y XVII, se encuentra que las procesiones de funerales se componían, en mucho, de duelistas sustitutos, monjes, los pobres y los huérfanos, todos vestidos para la ocasión, en túnicas negras proporcionadas por la familia. Después de la ceremonia cada uno recibía una porción de pan y un poco de dinero; aparentemente, los parientes cercanos no asistían a los servicios funerales, a los amigos se les ofrecía un banquete que a veces se tornaba en fiesta excesiva, de tal forma que la iglesia trató de suprimir esta práctica. Los moribundos frecuentemente pedían e insistían en la presencia de un hermano o un

hijo, en la procesión funeraria muchas veces asistía un hijo, a quien se le había ofrecido una herencia especial, debido a ésta presencia deseada por el moribundo.

Al final de la edad media, con el aumento de ritualización del duelo, la sociedad impulsó un periodo de aislamiento a los miembros inmediatos de la familia, una reclusión que los excluía, siendo representados por los sacerdotes y duelistas profesionales, religiosos, miembros de organizaciones piadosas, o simplemente por aquellos que estaban atraídos por lo que se distribuía en tales ocasiones. El periodo de reclusión daba a los sobrevivientes algo de intimidad en la cual podían llevar el duelo, así mismo les evitaba olvidar a los muertos demasiado pronto, era un tiempo donde no se permitían las actividades o placeres de la vida normal y cotidiana.

Esta costumbre continúa hasta el siglo XIX, aunque en este periodo de reclusión era más voluntario que obligatorio; ya no se prohibía a los familiares cercanos participar en el servicio funeral, y ya no se excluyó más a las mujeres de este ritual. A este respecto, la burguesía fue la primera en romper con la tradición, siguiéndole la nobleza.

Poco a poco, la costumbre tradicional de recluirse, dio paso a la nueva práctica de honrar a los muertos y venerar sus tumbas; sin embargo, ahora, el duelo era más moral que físico en su naturaleza, era una protección para no olvidarse del muerto, más que recordar a los vivos que no podían seguir viviendo como antes. El nuevo sentimiento familiar de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX se convirtió con la tradición antigua de recluir de transformar el periodo de duelo, aún derecho para expresar con tanta propiedad el dolor profundamente sentido; esto marcó un retorno a la espontaneidad de la edad media, lo cual dio lugar a que el dolor se expresara en forma dramática y completa. Solamente en el siglo XX parece ser que no es muy adecuado manifestar el dolor o dar evidencia de experimentar algún dolor (Bustos y Velásquez, 2001, p.29).

Kastenbaum y Costa, 1977, (Bustos y Velásquez, 2001, p.27) al hacer una revisión histórica sobre la concientización de la muerte, señalan que es difícil encontrar un tema más antiguo. En la época de Gilgamesh, conocida 3000 A. C. Y tal vez con orígenes anteriores, se expresa el intenso deseo de triunfar sobre la muerte, así como la duda acerca de que la magia, la virtud, o la fuerza pudieran lograr este propósito. La prolongación de la vida y la renovación eran temas sobresalientes no solamente en el “Libro de los muertos”, sino en general, a través de toda la cultura egipcia.

La psique, para los griegos, muchas veces aparecía, en el periodo de los clásicos, dentro del contexto de reflexiones acerca de la muerte, en la cual el alma era aquello que parte, a veces para regresar, como en los sueños. Los diálogos sobre la mortalidad y las complejidades de la vida fenomenológica, empezaron a florecer al mismo tiempo.

En épocas de los romanos, se creía acerca de una vida posterior, pero no le daban crédito a la proposición de que las personas pudieran sobrevivir.

De acuerdo con Litchszajn, 1979, (Bustos y Velásquez, 2001, p. 27) las almas de aquellos cuerpos que se habían visto privados de sepultura, estaban condenadas a vagar durante cien años de ser admitidas en los Campos Eliseos, mansión de los bien aventurados. Para evitarles este padecimiento, los antiguos levantaban un simulacro de tumbas, llamada cenotafio, e invitaban durante tres veces a las almas de aquellos



mueritos, a tomar posesión de él. Se levantaban cenotafios por todos los muertos cuyos cuerpos no habían podido hallarse especialmente por los que habían parecido en un naufragio, batalla, o país lejano.

En Monte Alban en el año 300 d. C. ([http://es.wikipedia.org/wiki/Monte\\_Alb%C3%A1n](http://es.wikipedia.org/wiki/Monte_Alb%C3%A1n)), se han encontrado vasijas muy ornamentales, que servían, probablemente, de recipientes para los alimentos que se le daban al muerto como viáticos para su viaje al inframundo. Estas vasijas frecuentemente se rompían para “liberar su alma”, con el fin de que sirviesen al difunto. Esta costumbre forma parte de los ritos fúnebres entre los pueblos de todo el mundo. Los zapotecas, practicaban el entierro secundario, es decir, dejaban que se pudriera el cadáver para inhumar después los huesos en segundos funerales, la tumba era definitivamente clausurada después de este último entierro.

Por su parte, los totonacas, igual que los habitantes de Teotihuacan, enterraban a sus muertos bajo los pisos de las casas, en unas tumbas redondas o rectangulares o forradas de piedra y cubiertas con lápidas.

En Colima, Jalisco y Nayarit, se han encontrado algunos ejemplares de cerámica que formaba parte de las ofrendas mortuorias, de manera que representaban los rasgos del difunto, o de todo aquello que le había rodeado en vida, que no debía faltarle en el más allá; sus esposas, criados y esclavos.

En Mesoamérica se han encontrado arreglos funerarios de 1500 A. C., donde los esqueletos están en posición fetal o con las piernas extendidas hacia el oeste, estaban acompañados de ofrendas, regalos o amuletos. La posición en tales estructuras óseas indican la creencia de la muerte como un retorno, de la misma manera que el recién nacido. La orientación hacia el oeste se ha encontrado en otras culturas igualmente asociadas a la idea de que el muerto debería caminar hacia la región donde el sol muere, donde se pone cada día.

Entre los tarascos, la muerte de un príncipe se acompaña de actos despiadados, se mataba a sus esposas y criados, enterrándolos detrás de la pirámide escalonada del templo mayor, mientras que el cadáver del rey se incineraba, como entre los mixtecas y aztecas, sus restos se guardaban dentro de un bulto funerario colocado en una gran urna, que finalmente se sepultaba en una fosa rectangular, cubierta de vigas, al pie de la pirámide.

Existen indicios de la práctica del entierro secundario de los huesos no incinerados, pues se han encontrado calaveras enterradas aparte, y algunos restos de esqueletos nítidamente ordenados debajo de la plataforma de una pirámide de Tzintzuntzan. Los compañeros sacrificados del difunto, se colocaban en un orden radial alrededor del príncipe enterrado. Las incisiones horizontales halladas en los fémures de los primeros, se relacionan probablemente con conceptos mágicos, y no con uso como instrumento para la música, como entre los aztecas.

Mientras que en los Estados Unidos se ha estado negando la muerte en la sociedad; al querer negar el proceso de envejecimiento, la gente se niega a revelar su edad, se gastan fortunas para esconder las arrugas, se prefiere enviar a la gente anciana a hogares o instituciones especiales. En cambio, en otros países (especialmente Turquía), el proceso

muerte empieza a los cuarenta años de edad. En esta sociedad una persona no es vista como realmente madura hasta que llega a la edad de los cuarenta años; a esta edad su fuerza empieza a declinar, siente que su vida está llegando a un extremo, empiezan a prepararse para la muerte.

Cada país y cultura, tiene formas particulares de ver y sentir la muerte: en Samoa, la muerte es odiada y temida, debido a que el amor a la vida y el deseo de vivir para siempre son muy intensos. En Hawái, se piensa que la muerte siempre está con las personas, se consideran supersticiosos, debido a que creen intensamente que van a encontrar a todos sus amigos y parientes después de la muerte; cuando alguien muere llaman a los amigos y los familiares y tiene una procesión de llanto seguida por un Luau, para ofrecer los respetos a todos aquellos que transportaron el ataúd, cavaron la fosa, etc. Este ritual ayuda a aquellos que están en duelo e incluye a los niños, quienes se reúnen alrededor del ataúd, aprendiendo de esta forma que la muerte es parte de la vida y que los tiempos difíciles son compartidos con los amigos y vecinos, en una comunidad significativa.

Los chinos niegan a la muerte, no solamente son muy prácticos, sino que también son demasiado fatalistas; piensan que la muerte es una de las certezas en la vida, que cuando hay vida como un principio hay muerte como un final. Llevan mucho duelo, llanto y lamentos al momento del funeral, creen en la inmortalidad de la vida y que los muertos siguen viviendo, dejan a los muertos algo de dinero para gastar en el otro mundo. En el momento del funeral no solamente el espíritu del muerto está presente, sino también otros espíritus, algunos de los cuales no siempre son amistosos. Cuando llega el momento de cubrir el ataúd se les pide a los vivos que se volteen de espaldas hacia la tapa, para que los espíritus malignos que vuelan alrededor del muerto no lo sigan a su nuevo hogar (Bustos y Velásquez, 2001, p.30).

El siglo XX se ha caracterizado por una curiosa renuncia a la discusión de la definición y del enfrentamiento a la muerte, así como en la época victoriana el sexo fue tabú en la actualidad la muerte ha tomado su lugar como tema prohibido (Silva y Kamico, 1985, p. 110). Sin embargo, el concepto de muerte se ha trabajado en la religión, como lo indican las siguientes.

### 1.2.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE MUERTE ACUERDO CON ALGUNAS RELIGIONES

Las principales tradiciones espirituales e intelectuales del mundo buscan disminuir el temor, la angustia, la ansiedad de desaparecer, de morir, promoviendo el aprovechamiento de la estancia en el mundo. Por lo que se lleva a cabo una revisión breve de algunos enfoques y perspectivas desde el punto de vista religioso del significado de la muerte.

#### 1.2.3.1 Budismo

En 1979, Bareau, (cit. por Charles, 1979, p. 187-205) la menciona como, religión fundada por Buda (Siddharta Guatama). El budismo alcanzó gran preponderancia en la India bajo el reinado de Asoka, hacia el año 200 a.C.; de ahí pasó a Indochina y Ceilán; luego fue perdiendo adeptos en la península Indostánica, en cambio ejerció gran influencia misional en China, Corea y Japón desde el siglo I de esta era, en estos países

adquirió distintos matices y ritos procedentes de las regiones locales; a comienzos de la era , nació una forma evolucionada de budismo: el Mahayana (gran vehículo) o budismo del norte (el Lamaísmo del Tibet y el Zen-budismo del Japón) Su doctrina fue extendida por Buda en el Sermón de Benarés en sus cuatro verdades:

- 1) La existencia del dolor.
- 2) Su casa.
- 3) La supresión del dolor.
- 4) El camino para su supresión.

El Nirvana no es la nada absoluta, sino la felicidad al extinguirse la vida empírica. Se lleva a cabo una lucha contra los errores y las pasiones mediante la adquisición de las virtudes:

- a) La vía de la liberación. Diversos medios de lucha contra las pasiones y los vicios; realizando ejercicios tendientes a la serenidad interior, demás del silencio de la doctrina en torno al más allá del parinirvana.
- b) El aspecto social. Vida dura y modesta de los monjes, desprovista de mortificaciones inútiles.
- c) Las ceremonias. Las ordenaciones.
- d) Los deberes de los laicos. Discreción.

Su doctrina enseña que el conocimiento elimina el dolor; admite la reencarnación; la salvación está en el Nirvana o estado libre de placer o de dolor; durante medio siglo recorrió la India predicando y estableciendo monasterios hasta su muerte.

Con respecto a la muerte, el budismo explica que la causa de la vida es la muerte, la una surge automáticamente después de la otra. La quietud es el final del movimiento, mientras que el mal es una especie de muerte.

La muerte es parte de un ciclo, parte del fluir de las cosas, el cambio eterno y de hecho la muerte da lugar a la vida, no es la muerte física lo que es perjudicial, sino la rigidez psicológica que lleva al sufrimiento y a la frustración (Rojas, 2000, p.19).

### 1.2.3.2 Taoísmo

Kaltenmark, 1979, (cit. por Charles, 1979, p. 291-299) la refiere como, religión politeísta china fundada en principios quietistas, proclamados por Lao-tsé en el siglo 6 a .C; su libro sagrado es el Tao-te king (Ching) [libro de la razón suprema y de la virtud], que data probablemente del siglo 3 a. C.

Y es una exegénesis (explicación o interpretación) del pensamiento del Lao-tsé; Tao es el camino que siguen las cosas con creatividad espontánea; para seguir su tao, el hombre debe abandonar toda lucha y su mayor aspiración ha de ser libertarse del deseo, que es ilusorio mediante la vida competitiva; el taoísmo excluye toda pasión violenta y conduce a un quietismo, un misticismo extremo; esta religión alcanzó su mayor esplendor en los siglos V y VI de nuestra era; después sufrió muchas influencias del budismo y del confucionismo, más fríos y racionalistas; adoptó las deidades del budismo y se multiplicaron las ordenes monásticas, posteriormente tendió a la alquimia y a la búsqueda de un mágico elixir de la inmortalidad; en la historia de la China el taoísmo se ha encontrado frecuentemente mezclado con las sociedades secretas.

En las prácticas de inmortalidad se plantean tres métodos del arte de la longevidad:

- a) El cinabrio interior (*Nei-tan*). Se utilizan técnicas respiratorias, gimnasia y masajes; el *Nei-tan* o alquimia interior (sulfato de mercurio) tendiente a transmutar el organismo en cuerpo inmortal.
- b) El cinabrio exterior (*Wai-tan*). El cinabrio y el oro, ingredientes del elixir de la inmortalidad a partir de los Han.
- c) *Fang-chung* (prácticas sexuales). Enumeración de los espíritus y de las divinidades, con los que se puede entrar en relación mediante meditación (<http://en.wikipedia.org/wiki/Taoismo>).

Es un sistema filosófico y religioso según el cual el Tao es un Todo y Uno, principio y fin de todas las cosas, causa de todos los cambios; la sabiduría y la felicidad estriban en conocer el Tao, llevar a la vida sencilla y permanecer tranquilo.

La visión cíclica de la vida es básica del taoísmo: “el retorno es el movimiento, la vida da paso a la muerte, la muerte da lugar a la nueva vida; la fuerza se agota y se convierte e debilidad el éxito alcanza su Cenit y empieza a hacerse fracaso” (Rojas, 2000, p.20); es decir, la muerte sólo es un paso más, es parte del todo y por los mismo no significa un fin.

#### 1.2.3.3 Hinduismo.

En 1979, Esnoul, (cit. por Charles, 1979, p. 37-50) la muestra como, religión nacional de la India; se formó con elementos védicos, brahmánicos y budistas, comprende doctrinas tanto sociales como religiosas; se caracteriza por la fe en un Ser Supremo, abstracto, absoluto y eterno (Brama- también conocido como Ram; de él proceden y a él vuelan todos los seres-) primera persona de la trinidad divina Hindú o trimurti; reconoce un sistema de castas o jerarquías sociales que excluye a los musulmanes, budistas, etc.

Su dogma más importante es el de la transmigración, que establece un sistema de premios y castigos para el individuo en sucesivas reencarnaciones; entre sus elementos animistas figuran el culto a ciertos animales (vacas, culebras) y la veneración por lugares sagrados (Benarés, el Ganges) algunas de sus tradiciones sociales que repugnan a la mentalidad occidental, como el matrimonio de las niñas y la “intocabilidad” de los parias, han sido abolidas por la ley en la India moderna.

Las vías de salvación son: la renunciación, sublimación de la tendencia a la no acción, el yoga, el tantrismo y la liberación por la vía del conocimiento.

La muerte para el hinduismo no es un concepto absoluto, o que en sí pone fin a los seres, es simplemente una transformación más porque Brahman está más allá del concepto o de la imagen de la muerte. Es por ello que la muerte no es percibida como mala, perjudicial o amenazante, sino como parte de un todo, parte de los opuestos, como algo más que es inherente a la naturaleza no solo de la vida sino de todo el universo.

La muerte en lugar de ser un límite, propicia que el hombre trascienda a través de la búsqueda de la verdad durante su vida y esta búsqueda es lo más importante. Estas filosofías se basan en la aceptación del cambio porque el hombre lo que más teme y lo que más evita es el cambio (<http://en.wikipedia.org/wiki/Hinduismo>).

#### 1.2.3.4 Catolicismo

Caquot, 1979, (cit. por Charles, 1979, p. 88-97) lo nombra como, religión que surgió alrededor del año 30 de nuestra era, cuando Jesucristo comenzó su prédica. Sin embargo, la configuración de la religión católica como tal fue un proceso accidentado, lleno de contiendas al interior de los grupos religiosos, y entre éstos y las autoridades. Se puede considerar establecida hasta su adopción por el imperio Romano de Oriente.

Su texto sagrado es la Biblia en general y, sobre todo, el llamado Nuevo Testamento que en cuatro Evangelios (Lucas, Marcos, Mateo y Juan) relata la vida y las doctrinas de Jesucristo, así como lo que siguió después de su muerte. Aparte de sus valores religiosos, la Biblia es una síntesis de historia de la cultura judía.

Se estipulan obligaciones en un cuerpo codificado de normas conocido como los Diez Mandamientos, que regulan la relación con la familia, con Dios y la soledad; además, se ponen límites a la libertad individual: “Amarás a Dios sobre todas las cosas. No tomarás el nombre de Dios en vano. Santificarás las fiestas. Honrarás a tu padre y a tu madre. No matarás. No cometerás actos impuros. No robarás. No dirás falso testimonio ni mentirás. No consentirás pensamientos ni deseos impuros. No codiciarás los bienes ajenos”.

La muerte es considerada un mero tránsito del alma. De acuerdo con las acciones que la persona haya llevado a cabo, será conducida a tres distintos lugares: el infierno, el purgatorio y el paraíso. Después vendrá el llamado Juicio Final, cuando todas las almas regresarán a la vida (<http://en.wikipedia.org/wiki/Catolicismo>).

#### 1.2.3.5 Confucianismo

Demieville, 1979, (cit. por Charles, 1979, p. 360) se remota a la dinastía Ch'in (del 221 al 24 antes de Cristo), no fue desarrollada por Confucio, el gran sabio y maestro que vivió aproximadamente en el siglo VI antes de Cristo, pero sí se basa en algunas de sus enseñanzas. Confucio expresó que la reciprocidad debería ser el valor clave de la vida y que es adecuado “recompensar la agresión con justicia y la bondad con bondad”.

Sin embargo, lo que eventualmente se desarrolló como religión confucionista era totalmente diferente al Taoísmo que la precedía. En parte gracias a Lao-Tse, que perpetuo la creencia en la existencia de espíritus invisible del mal, y gracias también a la tendencia que comparten las religiones de creer en la “oscuridad”, que no es sino una poderosa metáfora del diablo.

El confucionismo no contiene los mismos elementos que otras religiones, es básicamente un sistema ético de conducta. Sin embargo, regula mediante rituales cuatro aspectos fundamentales en la vida: la gestación, la adolescencia, el matrimonio y la muerte.

Seguir los rituales correctos y necesarios para transformar el corazón humano es lo que distingue a un sabio. Entre las obligaciones, marca (*Li*) respetar las propiedades, seguir los rituales y guardar etiqueta; (*Hsiao*) amor dentro de la familia, de los padres a los hijos y de los hijos a los padres; (*Yi*) procede con rectitud; (*Xin*) honestidad y

confiabilidad; (*Jen*) benevolencia y compasión con los otros, y (*Cheng*) lealtad al Estado y respeto a la organización social (<http://en.wikipedia.org/wiki/Confucianosmo>).

Confucio afirmó: “Si no conocemos la vida, ¿cómo queremos entonces conocer la muerte?” Se cree, por lo general, que al morir el alma reside en tres lugares diferentes. Una parte va al cielo, otra parte se queda en la tumba para recibir sacrificios y la tercera queda en un templo. El alma ha de recibir ayuda en su viaje al cielo y se llevan a cabo elaborados rituales para proveerla de lo necesario. Los espíritus del mal que se oponen a los muertos son objeto de actos propiciatorios y sacrificios. Una vez muertos, los ancestros auxilian a los vivos (Charles, 1979, p. 360-364).

#### 1.2.3.6 Islamismo

Fahd, 1979, (cit. por Charles, 1979, p. 320-340) menciona que, Mahoma, estando en la ciudad de La Meca, recibió la primera revelación del arcángel Gabriel, entonces tenía 40 años de edad. Los musulmanes lo consideraban el último profeta de Dios. Se le dio el poder de entender, explicar y difundir los mensajes del Corán. El mensaje es conocido como *Islam*, que significa *paz*. Continuator de la tradición de sus antepasados, restaurador de la religión; responsable de la seguridad de la Arabia Central y Septentrional; reformador y unificador de las hordas dispersas de los árabes.

Muchos rituales islámicos son semejantes a los rituales paganos que se realizaban en la misma área geográfica antes del advenimiento de Mahoma. El Corán define al hombre como un *orador*. Las prácticas rituales se llevan a cabo en la soledad o dentro de la comunidad.

Hay un conjunto de cinco deberes estipulados en el Islam: recitar, al menos una vez en la vida, el llamado *shahadah* o credo (“el único Dios es Dios y su profeta Mahoma”), orar cinco veces al día (a determinadas horas) viendo hacia La Meca, hacer donativos con fines de caridad, ayunar durante el mes de *ramadan* (que conmemora la primera revelación del Corán) y, si es posible, peregrinar, al menos una vez en la vida, a la ciudad de La Meca.

Cuando se va a morir, las personas se ponen de cara a La Meca. La muerte y la resurrección guardan un vínculo sagrado. La vida es un tránsito e involucra la preparación del alma con camino a la eternidad. Al morir, cada persona será juzgada por Alá de acuerdo con sus acciones. Quien vivió según la verdad de sus capacidades, irá al cielo. Quienes hayan rechazado al Corán, se condenarán al infierno (<http://en.wikipedia.org/wiki/Islamismo>).

#### 1.2.3.7 Jainismo

Callita en 1979 (cit. por Charles, 1979, p. 155-159) describe que, las tres *joyas* de la doctrina son recto conocimiento (*jinana*), recta visión o fe (*darsana*) y recta conducta (*caritra*). Se sustenta en la teoría del conocimiento, así como en las doctrinas de las diferentes posibilidades y de los métodos.

El mundo y el no mundo están constituidos por cinco masas del ser:

1. El alma (*jiva*) y las sustancias inanimadas (*ajiva*).
2. Materia.
3. Espacio.
4. Tiempo.

## 5. Movimiento y determinación.

Las causas primeras del sufrimiento y las injusticias en el mundo son la violencia, la falta de compromiso, la ira, el orgullo, la vanidad, la avaricia, el odio y el deseo. El objetivo último del ser humano es convertirse en un alma perfecta (*paramatma*). *Kevala* o *moksha* es la liberación de la acción y el deseo, también la liberación del karma y la reencarnación. Es posible conseguirla si se practican la conducta correcta, la fe correcta, el conocimiento correcto y si se mantienen cinco grandes votos: no violencia, veracidad, respeto a la propiedad ajena, renuncia a las posesiones y celibato.

A la muerte se le considera un paso cíclico en el proceso de liberación del alma. Éste se consigue a través de un proceso continuo de renacimiento en el cual se obtienen méritos espirituales a través de las acciones positivas: “Quien se ha liberado no es largo, pequeño o redondo. No tiene cuerpo, ni contacto con la materia. No es masculino, femenino o neutro. Percibe y conoce, pero no existe analogía posible para describir al alma liberada. Su esencia no tiene forma” (<http://en.wikipedia.org/wiki/Jainismo>).

### 1.2.3.8 Judaísmo

En 1979, Gugenheim, (cit. por Charles, 1979, p. 12-19) refiere que, los fundamentos del judaísmo poseen una tendencia racionalista, edificado a partir de la Biblia, de una concepción total del universo.

La norma ortodoxa marca obligaciones más estrictas que las que determinan los movimientos liberales. Algunas son: observar el sábado (*sabbat*) como un día de descanso, acudir regularmente a la sinagoga, mantener una disciplina en todas las acciones de la vida, orar tres veces al día con la cabeza cubierta por una *kipa* en señal de reverencia, efectuar la circuncisión a los varones recién nacidos y comer alimentos *kosher*. Siguen, además los Diez Mandamientos.

Entre los rituales están: la circuncisión, la iniciación a la vida adulta (*bar mitzvahk*), el entierro, la recitación del *kaddish*, las sucesivas fases del duelo (en el momento posterior a la muerte, en los primeros siete días, en el primer mes y el primer año), la conmemoración anual de la muerte de personas queridas, la purificación menstrual, etc.

A la muerte no la consideran algo trágico. Como la vida, tiene un sentido y forma parte del plan divino. Los cuerpos han de enterrarse intactos por la creencia en la resurrección. Tiene el pleno convencimiento de que, en la vida futura, las personas serán castigadas o recompensadas por sus acciones. El judaísmo cree en la vida futura, pero afirma “que no es el foco primario de su religión” (<http://en.wikipedia.org/wiki/Judaismo>).

### 1.2.3.9 Zoroastrismo

Dúchense, 1979, (cit. por Charles, 1979, p. 402-406) menciona como a Irán nororiental, el probable lugar de nacimiento de Zarathustra (reformador de la religión persa y profeta, cuyas enseñanzas fueron transcritas en lo que se conoce como el Avesta), antes de la fundación del Imperio Aqueménida en el seno de un pueblo dedicado a la cría de ganado.

Los rituales consisten en oraciones y ceremonias simbólicas que llevan a cabo ante el fuego sagrado. El fuego es símbolo de Dios, pues proporciona luz, calor y energía. En la ceremonia de Acción de Gracias aseguran el bienestar del mundo espiritual y físico. Los siete principios inmortales (cielo, agua, tierra, plantas, ganado, hombres y fuego) se representan simbólicamente. Los jóvenes zoroastristas se someten a un rito de iniciación llamado *Navjote*, para el que viste una túnica sagrada.

Exige el desarrollo de las virtudes divinas que existen en los hombres: el recto pensamiento, la verdad y la justicia, el dominio de sí mismo, la devoción, la serenidad, la plenitud, la inmortalidad y la energía creativa. Sus principios se resumen en un lema: “Buenos pensamientos, buenas palabras, buenas acciones”.

Se considera que los cadáveres son el lugar donde mora Angra Mainyu (espíritu malvado) por lo que no pueden ser sepultados ni arrojados al mar. Tampoco pueden quemarse porque son creación del bien. Por eso se les coloca en un peñasco, para que los devoren los buitres. No cree en la reencarnación, pero sí en una especie de juicio final. Las almas que se condujeron rectamente a lo largo de la vida, viajan al cielo, las almas que se condujeron mal paran en el infierno. Se trata de una de las primeras religiones que dio una dimensión moral a lo que ocurre después de la vida (<http://es.wikipedia.org/wiki/Zoroastrismo>).

Al parecer ninguna de las religiones señaladas refiere un fin, sino que reiteran el ciclo de la vida, el cambio, la eternidad, la liberación y la moral; por lo anterior se puede suponer que la religión refuerza la idea de inmortalidad y probablemente incrementa el miedo a morir. Por lo que es necesario buscar una explicación de dicho miedo en el enfoque psicoanalítico.

#### 1.2.4 ENFOQUE PSICOANALISTA

Freud tuvo una enorme influencia sobre la psicología social, y el enfoque psicoanalítico penetró en el pensamiento y la obra de muchos psicólogos sociales, sociólogos y antropólogos. Freud, 1974, (cit. en Alvarado, 1999, p. 298) consideró que “las relaciones sociales del adulto están determinadas por el desarrollo del psiquismo individual en el medio familiar. Los lazos emocionales del individuo con los miembros de la familia durante la infancia condicionan su posterior actitud hacia el propio grupo y hacia los *otros*. La base de los prejuicios está en que la hostilidad hacia fuera, hacia el exogrupo, es para el individuo tan esencial como el amor hacia adentro, hacia sí mismo y hacia el endogrupo.

Dentro de las aportaciones (cit. en Deustch y Krauss, 1990, p. 148-158) están:

1. Las contribuciones del Freud a las ciencias sociales: son cinco libros principales *Tótem y tabú* (1913), *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), *El porvenir de una ilusión* (1928), *El malestar de la cultura* (1930) y *Moisés y el monoteísmo* (1939).
2. Las contribuciones del psicoanálisis al estudio de la formación de actitudes: Lasswell (1930), Fromm (1941), Maslow (1943), Sastre (1946) y Reich (1946), fueron algunos de los primeros en intentar describir profundamente las funciones de las actitudes sociales en la personalidad. Siguiendo el camino



abierto por algunos de esos trabajos, la personalidad autoritaria (*The Authoritarian Personality*) de Adorno, et. al, (1950) en donde procuró comprender las raíces del prejuicio combinando la orientación teórica del psicoanálisis con las metodologías de la psicología social y la psicología clínica.

3. Las contribuciones del psicoanálisis al estudio de la cultura y la personalidad: la labor de Kerdiner (1945) es un ejemplo de cómo puede emplearse la teoría psicodinámica para formular hipótesis específicas sobre el efecto de las prácticas culturalmente pautadas de crianza sobre el desarrollo de la *personalidad básica*. También demuestra que los temas folklóricos y religiosos, así como las características de las instituciones sociales tienen congruencia con la personalidad básica.

#### 1.2.4.1 Sigmund Freud

Freud consideró a la *libido* como la energía común de todos los instintos y la denominó instinto de vida o de conservación; pero poco a poco llegó a la concepción de un instinto de muerte que se oponía a la *libido*, y por último hasta le atribuyó la primacía sobre los instintos de vida.

El instinto es la expresión de una tendencia inherente a todo organismo vivo. La principal tarea del instinto de muerte sería el establecimiento de un estado anterior, al que el organismo habría estado obligando a renunciar bajo la presión de fuerzas externas perturbadoras.

Todo lo que para el individuo representa un peligro, un riesgo grave, un esfuerzo excepcional, emanaría de la voluntad de morir, de la agresividad dirigida contra sí mismo. Conforme a esta lógica, el hombre perfectamente egoísta y narcisista sería el único que no obedeciera al instinto de muerte. La generosidad, el valor, el altruismo no sería más que disfraces del masoquismo, y toda forma de masoquismo se encontraría al servicio de la muerte.

Viendo en todo la acción de las fuerzas hostiles a la vida y el encarnizamiento de los hombres en destruirse, y fiel por otra parte a su visión materialista-mecanicista del psiquismo humano, englobaba en su lógica inminente, deducir la existencia de un instinto de muerte. En una primera etapa lo consideró como el igual del instinto de vida; distribuyó los instintos en dos grandes grupos, uno al servicio de EROS (vida), otros al servicio del TANATOS (muerte).

Llegó a ver en el instinto de muerte el primero y esencial del hombre, mientras todos los otros le están subordinados o bien destinados a ser vencidos por él. Sería propio de todo instinto conservar un orden natural dado, o restablecerlo en caso de que hubiese sido más o menos perturbado accidentalmente.

Lo inorgánico y lo no vivido son anteriores a lo orgánico y lo vivido. La aparición de la vida, más particularmente de la vida consciente, se presentaría entonces como una perturbación, como una ruptura de equilibrio, introducida de alguna manera desde el exterior en el reino de la Muerte. Sería normal, sería necesario entonces que hubiese un instinto anterior al instinto de vida. Según la ley de Entropía (que se refiere a buscar una descarga de energía), la vida tendería por sí misma al restablecimiento del estado orgánico primero. Los llamados instintos de vida o de conservación parecerían hallarse

al servicio de la Vida a una mirada superficial; examinados más de cerca, sólo serían disfraces del instinto de muerte (Lepp, 1987, p. 36-39).

En la teoría psicoanalista el postulado que se maneja es “a nivel inconsciente el individuo se percibe como inmortal”: Freud (cit. por Rojas, 2000) menciona que debido a esta concepción de inmortalidad, cuando un ser querido o cercano muere, el individuo se siente profundamente conmovido, y es como una sacudida en a las propias expectativas, es como si se sepultaran las esperanzas con el que muere, las demandas, los goces; se niegan a sustituir al que se perdió, porque también se niega a aceptar la propia finitud.

La importancia que le da Freud a la muerte es expresada en un párrafo en su artículo “Nuestra actitud hacia la muerte” donde menciona que no fue el enigma intelectual ni cualquier caso de muerte sino el conflicto afectivo a raíz de la muerte de personas amadas, pero al mismo tiempo ajenas y odiadas lo que puso en marcha la investigación de los seres humanos. De este conflicto de sentimientos nació ante todo la Psicología: así la muerte es el origen del pensamiento complejo del ser humano, donde se diferenció de los demás seres vivientes, en que no solamente se preocupó por vivir, sino también por no morir: cuando encontró que él podía ser parte de la finitud de las cosas, trató de hacer algo para permanecer vivo a pesar de la muerte (Rojas, 2000, p. 25).

Para Freud el ser humano tiene constantemente una división afectiva con respecto a la muerte, que lo mantiene en conflicto como al niño que desea la muerte del padre, pero que a la vez se siente tan angustiado por ello y no sólo debido a la muerte de seres queridos o de circunstancias externas, sino también debido a la permanencia del deseo de muerte de alguien que sabe que le trae como consecuencia no directa, pero como castigo... a la muerte propia.

Freud, 1915, (cit. por Rojas, 2000, p. 27) alude con respecto a lo que se puede hacer con la angustia o ansiedad de morir (que es inherente al hombre), lo más apropiado sería el hacer consciente lo inconsciente con relación a la muerte, se puede dejar más espacio a la veracidad y hacer que de nuevo la vida resulte más soportable: y soportar la vida sigue siendo el primer deber de todo ser vivo. La ilusión pierde todo valor cuando estorba hacerlo, si se quiere soportar la vida, se debe preparar para la muerte.

#### 1.2.4.2 Carl Gustav Jung

Jung, 1959, (cit. por Rojas, 2000, p. 27) postula que la gente en su mayoría intenta siempre considerar la vida negando la muerte, manifestando excusas o explicaciones banales acerca del porqué de la muerte tratando de evitar de esta manera el pensar en la pérdida de todo lo querido, deseado y obtenido a lo largo de la vida.

El miedo de mucha gente joven a enfrentar la vida se ha manifestado muchas veces ya en la ancianidad en el miedo a enfrentar la muerte, se podría decir que es casi una relación proporcional una emoción con la otra en las distintas edades (juventud y vejez). Sin embargo, si se considera la muerte como una exigencia de la vida, entonces el miedo a enfrentar las exigencias de la vida sería el mismo, pero enfocado a diferentes aspectos.

La vida es un proceso de alegría y como todo proceso de ese tipo, es un principio irreversible y es por lo tanto inequívocamente dirigido hacia una meta. Esa meta es un

estado de descanso. A la larga todo lo que sucede es, como fue, nada más que el disturbio inicial de un perpetuo estado de descanso que por siempre trata de reestablecerse a sí mismo.

El curso natural de la vida es el alimento para el alma; el que intenta interrumpir tal curso se encuentra rígido y suspendido en medio de un proceso. El hombre no debe retirarse de la aceptación del curso natural de la vida. Desde la mitad de la vida en adelante el ser humano sólo puede mantenerse vitalmente vivo si está listo para morir con vida. Ya que el no querer vivir es idéntico al no querer morir.

Sin embargo, la conciencia siempre que es posible se rehúsa a aceptar esta verdad innegable. Pero también el consenso popular ha decidido puntos de vista acerca de la muerte representados en todas las religiones del mundo.

El estar de una u otra manera de acuerdo con el consenso popular para darle a la muerte un significado para otorgarle sentido a la vida es mucho más acorde a la naturaleza humana que el percibir a la muerte como una cesación sin sentido.

En el inconsciente el ser humano va creando al mismo tiempo que evaluando, la preparación que tiene hacia el fin de la vida; estas creaciones del inconsciente se pueden negar o aceptar y hacerse conscientes para prepararse a la muerte, la negación y aferramiento al pasado es una acción neurótica, mientras que la aceptación implica salud mental (Rojas, 2000, p. 27-28).

#### 1.2.4.3 Erick Fromm

Para Fromm, 1995, (cit. por Rojas, 2000, p. 28-29) el investigar sobre el tema de la muerte y el desarrollar una teoría donde introduce con un significado psicológico específico del término “necrofilia” estuvo motivado por su preocupación de una posible guerra nuclear y por las experiencias de crueldad observadas en la historia de la humanidad.

El concepto y la teoría sobre el instinto de muerte propuesta en un inicio por Freud es considerado como una potencialidad secundaria en el ser humano y no un aspecto inherente o primario, es más bien una consecuencia psicopatológica de un medio frustrante de vida. Para Fromm la observación de la vida es el fin principal del hombre; de aquí parte su discrepancia con Freud con respecto a la destructividad humana y da lugar a una teoría particular sobre los aspectos de muerte en el ser humano.

La “necrofilia” es una orientación que se dirige contra la vida; sin embargo no todos los hombres tienden a ser “necrófilos”, es decir, que aman a la muerte ya que por otra parte se encuentran los que aman a la vida o “biófilos”, pero ningún hombre se encuentra de uno u otro lado totalmente, existen tendencias contrarias en el hombre siendo la biofilia y la necrofilia extremos de un continuo y cada ser humano se encuentra ubicado más en un extremo que otro.

Las características del necrófilo es que se siente atraído por todo lo muerto, es aficionado a hablar sobre aspectos directamente relacionados con la muerte o con el proceso de morir, lo que lo satisface y lo anima es la muerte. Ama la fuerza como poder destructor, como capacidad para matar, está al lado de los matadores y desprecia a los muertos. Está de lo mecánico, de lo controlable, de lo que no cambia, de lo rígido; por ello intentan matar lo vivo que es por naturaleza incontrolable y desordenada.

La necrofilia no es solamente una característica de personalidad, sino que toda la personalidad está envuelta por la necrofilia; es la única respuesta a la vida que está en completa oposición con la vida. Así, aunque el necrófilo esté vivo, no es la vida lo que se ama sino la muerte, no el crecimiento sino la destrucción.

La biofilia, que es lo opuesto como necrofilia, se caracteriza principalmente por el amor a la vida y al igual que su contraparte es una orientación total de la personalidad. Predomina la tendencia a conservar la vida y a combatir la muerte; además, existe la tendencia a integrar y a unir, tiende a fundirse con entidades diferentes y opuestas y a crecer de modo estructural.

Las descripciones del biófilo y del necrófilo podrían aparentemente parecer como muy poco originales en comparación con la teoría freudiana acerca del predominio del instinto de vida o del instinto de muerte en los individuos.

Sin embargo la discrepancia más importante entre ambas teorías (de Freud y Fromm) está en la génesis para el predominio de uno u otro no depende de factores constitucionales transmitidos genéticamente sino de la influencia del medio ambiente socio cultural y principalmente de las experiencias del individuo en la niñez en el contacto con la forma de ser de sus padres o personas ligadas emocionalmente a él; y acerca del grado de influencia del medio ambiente, se llegó a la conclusión de que si los padres aman la vida y su personalidad es biofilia, el niño tenderá hacia el amor a la vida; sin embargo, si los padres se caracterizan por el amor a la muerte, la necrofilia será predominante en los niños.

Con respecto a las condiciones sociales en general, que favorecen el predominio de la biofilia o de la necrofilia, son de esencial importancia tres factores; la seguridad con relación a la sobrevivencia; la justicia en el sentido de que nadie sea utilizado para los fines de otro; y quizá lo más importante es la libertad para ser creativo y responsable dentro de la sociedad, dependiendo de qué tanto estos tres aspectos sean satisfechos será la orientación biófila o necrófila.

El hecho aparentemente incongruente de que una persona tiene satisfechas sus necesidades básicas piense y actúe a favor de la destrucción total, es explicado por la profunda angustia con que viven la mayor parte de los individuos humanos; ya que, la ambición de subir en la escala social y el miedo a fracasar, hacen que una amenaza real a la vida se olvide como tal: solamente se perciben los fines, pero los medios son excluidos del valor que tengan para la propia vida o para la de los demás.

#### 1.2.4.4 Arminda Aberastury

Aberastury (1979, p. 278) plantea que la teoría del instinto de muerte es un golpe psicológico muy significativo al descubrir que el hombre no es dueño de su propio mundo interno. El resentimiento y ansiedad suscitados por la interferencia con el narcisismo del hombre están destinados a ser aún mayores cuando a la dolorosa herida se le agrega el temor a que las fuerzas de la muerte estén activas en el hombre mismo.

De acuerdo con Aberastury, Freud partió de observaciones clínicas, cuando se embarcó en la trayectoria que lo llevó a suponer un instinto de muerte, y que en su camino

descubrió un principio psicológico muy importante, la compulsión de repetición; más aún, todo el tiempo se mantuvo en contacto con datos clínicos.

El trabajo psicológico no muestra directamente la actuación del instinto. Lo que si se ve son impulsos que originan emociones, esperanzas, temores, conflictos, conducta y acciones. Se observan procesos como la transformación del deseo inconsciente en temor consciente, o de odio inconsciente en exagerado amor consciente.

Aunque fusionados, los dos instintos básicos luchan el uno contra el otro dentro del organismo. El instinto de vida tiene como fin la unión, e impulsa al individuo hacia los demás; el instinto de muerte tiene como fin destruir el organismo y la unión entre organismos individuales, o impedir que se forme esa unión.

Se considera ahora tanto a los instintos sexuales como los de autoconservación como representantes del instinto de vida. La idea anterior de que los dos fines de la vida humana están en conflicto, ha sido corregida. En esencia, son complementarios.

La expresión psicológica del instinto de vida se encuentra en el amor, en las tendencias constructivas y en la conducta cooperativa, todos los cuales brotan del impulso a la unión; la frase poética “Eros como la fuerza que une” es citada a menudo en la literatura psicoanalítica. El instinto de muerte se expresa por odio, destructividad y tendencias negativistas, esto es, toda forma de conducta que se opone a hacer o mantener conexiones, tanto intrapsíquicamente como socialmente.

Freud sugirió que la técnica principal dispone para el instinto de vida la lucha contra el instinto de muerte es la desviación hacia fuera del instinto de muerte. Consideró este mecanismo el origen de la proyección y pensaba que el instinto de muerte está “mudo” cuando opera dentro del organismo y se vuelve manifiesto sólo en actos siguientes a la desviación.

Hay amplias oportunidades de observar la conducta autodestructiva, desde pequeños disparates que la gente comete obviamente contra sus propios intereses hasta graves daños así mismo (“predisposición a los accidentes”), grosera conducta masoquista y suicidio.

Además, la existencia de enfermedad física y deterioración, como también dificultades en la recuperación, deben atribuirse a la actuación del instinto de muerte, que se encuentra con los agentes dañinos externos a mitad de camino y facilita su influencia.

Tampoco es simple el problema de la proyección de las fuerzas peligrosas internas. No sólo se proyectan los impulsos destructivos, proceso que alivia a la persona del dolor de sentir presiones peligrosas bullendo dentro de sí. También se proyectan impulsos y rasgos buenos, amorosos, y esa proyección resultará útil o peligrosa, según el carácter del objeto elegido por ella, y de las posteriores relaciones con ese objeto. El peligro de la proyección yace en que oscurece la realidad; a menudo lleva a graves distorsiones. Proyectar impulsos amorosos “buenos” en un objeto “malo” y convertirlo así en “bueno”, puede ser no menos dañino que proyectar impulsos destructivos “malos” en un objeto amado y perderlo así.

Por otra parte, la proyección de impulsos buenos resultará beneficiosa si fortifica el ligamento del sujeto o un objeto beneficioso permite al sujeto introyectar lo bueno de él

(tal introyección incluye que el sujeto reciba nuevamente lo que originalmente era parte de su propio yo).

La conducta destructiva al servicio de la autoconservación indica que la fusión entre los instintos básicos está a favor del instinto de vida. Esta interpretación está apoyada por la observación de que, cuando la defensa propia es el motivo predominante, la agresión no es deliberadamente cruel. Las implicaciones del concepto de un instinto de muerte que actúa en oposición al instinto de vida son mucho más ricas que las de un instinto destructivo.

Otro aspecto importante en el desarrollo del siguiente trabajo son las investigaciones del tema, por lo que a continuación se enumeran una serie de las mismas realizadas en los últimos 20 años.

### 1.2.5 INVESTIGACIONES DE ACTITUD HACIA LA MUERTE

Las actitudes hacia la muerte representan un eslabón fundamental para unir las capacidades de la persona para percibir, sentir y aprender, acerca de ésta.

En 1985 Samuel D. Shrut (cit. por Sequeiros, 1991, p. 15) estudió la actitud sobre la muerte entre los ancianos. Con una muestra de 60 mujeres solteras, de origen judío, les aplicaron cuestionarios para obtener datos acerca de su salud, lugar de residencia, actividades; así como el test de frases incompletas y el T.A.T. Enfatiza pequeñas diferencias de actitud entre los sujetos que vivían en departamento y aquellos que tenían su domicilio en la Residencia Central para Ancianos Judíos de Nueva York. Las mujeres que vivían en una atmósfera institucional, mostraron más miedo o preocupación hacia la muerte; debido a que las que vivían en sus departamentos, disfrutaban de mejor salud mental y estaban más preocupadas en "planear para continuar viviendo"; además parecían también más alertas socialmente y menos suspicaces.

Ningún grupo obtuvo una calificación alta en cuanto miedo a la muerte. Ambas muestras se encontraron cerca de la mitad de la escala, en un punto descrito como ansiedad moderada (entre ansiedad evidente y actitud de indiferencia) Las calificaciones de ansiedad de muerte, se obtuvieron de técnicas proyectivas más que de preguntas directas y no se hicieron intentos para distinguir la ansiedad atribuible a la preocupación por la muerte, del nivel general de ansiedad de los sujetos.

Para 1961, Diggory y Rothman (cit. por Garnica, Giorgana y Sánchez, 1982, p. 57) examinaron la consecuencia de la muerte preguntando: "Exactamente, ¿qué es tu miedo a la muerte? Emplearon una muestra de 563 personas de mediana edad. Lo que se encontró en esta investigación fue que las mujeres le temían más a lo que pasaría con su cuerpo después de la muerte que los hombres. La mujer le temía al dolor físico al morir, más que el hombre y por último, el hombre le temía a la pérdida de la capacidad para dirigir sus actividades más que la mujer.

Swenson, 1961, (cit. por Sequeiros, 1991 p.17) encontró una preponderancia de actitudes de aceptación hacia la muerte. Este miedo parecía estar relacionado con la soledad. Sólo un 10% de los ancianos admitieron temer a la muerte en esta muestra.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Munnichs con ancianos holandeses en 1966.

El investigador francés Jeffers, 1961, (cit. por Garnica, 1982, p. 58) preguntó a 269 ancianos en una investigación en su comunidad: “¿Tienes miedo a morir?” Una vez más, no muchos admitieron temer a la muerte (10%) Muchos de los sujetos invocaron un marco de referencia religiosa al contestar la pregunta. Como los investigadores notaron, la religión es una parte integral e importante de la vida comunitaria en donde el estudio fue realizado. De esta forma, no es sorprendente que la mayoría de los sujetos pensara en la muerte en términos religiosos.

De su experiencia clínica, Jeffers sugiere que “la negación es un mecanismo muy importante para manejar en la ancianidad”. En otras palabras, se inclina a interpretar que la negación del miedo a la muerte representa una respuesta defensiva, más que la orientación real del anciano.

Un estudio sobre la actitud hacia la muerte en grupos de diferentes edades, realizado por Stanley H. Rothstein, 1962, (cit. por Garnica, 1982, p. 62). Entrevistó a 36 hombres casados, con niños y todos con una vida activa. Para propósitos de análisis, la muestra total fue dividida en 2 grupos (30-42 años y 46-50 años). Se encontró que el grupo de mayor edad, personalizaba más la muerte que los jóvenes así como también pensaba que el tiempo que transcurría era demasiado rápido en todas las áreas de su vida. Tal vez el aspecto más instructivo de este estudio, es la indicación de que las diferencias importantes en cuanto a orientación hacia la muerte, tiene lugar a mediados de la edad adulta. La conciencia de la edad y las premoniciones de la muerte, se experimentan quizás por primera vez en esta época.

En su propia interpretación del patrón de descubrimiento, Rothstein concluye: “el individuo personalmente aprende que va a morir a través de reconocer que puede hacerse viejo y de experimentar la muerte, es similar a tomar conciencia de la edad en que una persona está expuesta a experiencias diferenciadas, con cambios en su posición en los contextos sociales. En nuestra sociedad, como consecuencia de las experiencias usuales con la muerte, el individuo cambia desde sentirse indiferente, hasta sentirse impactado, y finalmente, resignado; en este proceso el que ha sido llamado la personalización de la muerte”.

Cautela en un estudio realizado en 1967, (Garnica, 1982, p.63) agregó “el miedo a la muerte” como pregunta a una lista estandarizada de miedos que fue aplicada junto con otros procedimientos a varias poblaciones de adolescentes y adultos. La muerte probó ser un estímulo de miedo popular, en especial para los adolescentes todas las subpoblaciones de adolescentes mostraron una tendencia de mayor miedo a la muerte que las poblaciones de adultos.

Preguntas acerca de la muerte, se incluyeron en un cuestionario de opinión pública a 1500 adultos en Estados Unidos, bajo la dirección de Jack Riley en 1970. Se encontró que de entre los adultos de todas las edades, “escasamente el 44% mostró evidencia de miedo o ansiedad emocional en conexión con la muerte”. La educación parece ser más importante, al menos en este estudio. La gente con educación limitada, sin importar su edad, mostró mayor miedo hacia la muerte.

También se encontró que la gran mayoría de los sujetos de todas las edades, están de acuerdo con las posiciones de que "la muerte es algunas veces una bendición" y "la muerte no es trágica para la persona que muere, sino para los que sobreviven". Sólo el grupo de edades intermedia (41-60) admite que "la muerte siempre llega muy pronto". Más aún el número de aquellos que admiten "morir es sufrir", varía el límite del 10 al 18% entre los grupos de diferentes edades.

Weisman y Kastenbaum, 1968, (cit. por Garnica, 1982 p.60) realizaron un estudio con ancianos relativamente enfermos de un hospital geriátrico norteamericano. Encontraron que la aprehensión o miedo, era menor observada que la aceptación. Al entrar en una fase antes de la terminal de la vida el miedo no era la principal orientación de los pacientes; algunos aceptaban su destino tranquilamente y gradualmente reducían sus esferas de funcionamiento. Este desentendimiento pre-terminal era iniciado por los pacientes y les permitía poner sus asuntos en orden y preparar un control psicológico sobre un espacio vital más limitado. Otros, también reconocían el prospecto cercano de la muerte, pero optaban por permanecer involucrados en las actividades diarias de la vida.

En 1970, el *Psychology Today*, (cit. por Gamietea, 1985, p.87-88) realizó un estudio hacia sus lectores sobre actitudes hacia la muerte. El cuestionario "Death and you" estaba formado por 25 preguntas. La primera sección exploró las experiencias de la infancia y las actitudes hacia la muerte, así como las influencias tales como libros, religión o eventos culturales que podían haber afectado las actitudes tempranas y actuales. Otras preguntas tenían que ver con creencias y deseos acerca de la muerte. Voluntades, funerales y otros rituales sobre la muerte también fueron escudriñadas. Se encontró que las actitudes hacia la muerte cambian a medida que uno va madurando.

Típicamente, las creencias religiosas se vuelven fenomenológicas, seculares o científicas. Viéndose la muerte simplemente como el final de la vida. La concepción típica de la infancia sobre la muerte, es un término de una vida futura, la cuál, para la mayoría, envuelve ideas del cielo e infierno. Pero en la adultez, el porcentaje de individuos que creen en una vida futura como su principal punto de vista sobre la muerte, se reduce a sólo un 30%.

También se encontró que de la adolescencia tardía en adelante, un grupo numeroso ve la muerte simplemente como el proceso final de la vida. Entre los adultos, las creencias acerca de la muerte, parecen estar en término de una pérdida eterna de conciencia, del fin absoluto de la existencia mental del individuo. En esta creencia no hay diferencias notables entre mujeres y hombres pero mientras mayor es el individuo, está más convencido de que no hay vida después de la muerte.

Shneidman en 1974, (cit. por Gamietea, 1985, p. 89-90) realizó un estudio sobre la actitud hacia la muerte entre los lectores de la revista *Psychology Today*, encontrando que la muerte es algo que la mayoría de las personas no saben cómo discutir; especialmente con una persona de edad avanzada o moribunda.

La introducción de la muerte en las conversaciones, usualmente resulta en conflicto o evasión. Junto con la urgente necesidad para discutir la muerte, se tiene aparentemente una reacción contra-fóbica, igualmente fuerte. Juntas, la atracción y la repulsión, constituyen un tema básico ambivalente que se ve amenazado a través del cuestionario.



Incluso, algunos de los lectores de la revista se dan cuenta de su propia ambivalencia. También refiere que “tan prohibida ha sido la muerte en nuestra cultura, que un tercio de los participantes no pudieron recordar haber discutido con su familia durante su infancia una sola instancia sobre la muerte”.

Menciona, también que la actitud sobre la muerte, es profundamente ambivalente: Repulsión a la muerte y atracción por la muerte; muerte riesgosa y amor por la vida; querer la felicidad y comportarse de manera autodestructiva; tomar la muerte como tabú e insistir hablar acerca de ella. Se vive en una época de conciencia sobre la muerte en la que el hombre, el centro de su propio mundo, arguye vehementemente que no es psicológicamente desagradable.

En 1978, Myska, M. en su estudio con ancianos encontró, que no hay diferencias significativas en la actitud hacia la muerte entre los ancianos de asilos y los que viven solos.

Lichtszajan en 1979, realizó una tesis de doctorado en la Facultad de Psicología de la UNAM llamada “Correlatos clínicos y socioculturales de la actitud en un grupo de adolescentes mexicanos”. Utilizando como instrumentos: pruebas de premisas histórico-socio-culturales, prueba de filosofía de la vida, técnica de diferencial semántico, inventario de ansiedad: rasgo y estado (IDARE). Obteniendo como resultados: la muerte es considerada como mala para los adolescentes, quienes la conceptualizan como potente; el adolescente promedio tiene cierto temor a la muerte, sabe sus efectos impactantes, se ha enfrentado a vivencias en su cultura con la suficiente frecuencia como para saber qué puede esperar en un futuro pero sin ser esto un factor marcadamente preocupante que le desequilibre en los procesos de adaptación y desarrollo.

Garnica, Giorgana y Sánchez (1982), estudiaron la actitud hacia la muerte entre adolescentes, adultos jóvenes, adultos maduros y ancianos. Siendo los sujetos católicos y de un nivel socioeconómico medio alto y alto. Al comparar las actitudes de los cuatro grupos, encontraron que no existían diferencias significativas entre ellos. Considerando los autores que los resultados obtenidos son debido a la aparente indiferencia que el mexicano sustenta hacia la muerte, al despreciarla y tratarla con toques de humor lo cual se manifiesta en su arte popular y folklore.

Gamietea (1985) deduce que la adaptación a la muerte, puede ser mayor a medida que la persona va completando su ciclo de vida por eso los jóvenes sufren más y experimentan mayores dificultades en la adaptación a la muerte, porque los ancianos no solamente han vivido un buen número de años, sino que han alcanzado una mayor experiencia de la muerte de otras personas.

Silva, M. y Kamico, en 1985 realizaron un estudio para investigar si existen diferencias en la actitud hacia la muerte en un grupo de 59 ancianos (17 hombres y 42 mujeres) de 60 años en adelante, pertenecientes a un club de la tercera edad. Los instrumentos utilizados fueron una escala de actitud tipo likert con tres opciones y una encuesta.

Siendo algunos de los resultados los siguientes: Aceptación alta y moderada a la muerte con un 55.9% y 44.1% respectivamente; 64.4% no presenta temor hacia la muerte;

91.5% reportan una aceptación por la preparación para morir; se encontró un ligero aumento de aceptación en el sexo femenino a diferencia del masculino; se halló una menor aceptación hacia la muerte en personas analfabetas y los que no cursaron la primaria completa, finalmente ocurre un mayor grado de aceptación en las personas que viven con sus hijos.

En la tesis (1989) “Actitud ante la muerte, Eutanasia y Personal” de la Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Legal y Toxicología, España, se realizó un estudio de actitudes y opiniones entre el personal sanitario de Valladolid sobre el enfermo terminal, la muerte y la eutanasia, descubriéndose que están influidas por diferentes variables como son el sexo, la edad, la practica religiosa, el trato con enfermos terminales... Contiene una amplia revisión bibliográfica sobre el estado actual del problema. La muestra ha sido obtenida por una técnica de muestreo por correo, y es significativamente representativa de todos los médicos, ATS y DUE colegiados en Valladolid.

Entre las conclusiones destacan los factores que más influyen en las opiniones y actitudes ante el enfermo terminal y sobre la terapia del dolor; la relación existente entre el factor religiosidad y las actitudes ante la muerte; y la opinión global de los grupos encuestados sobre las distintas formas de eutanasia.

En la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA 1998, sobre Residencias de ancianos y Actitud ante la muerte, se menciona que a pesar de que la muerte es un fenómeno frecuente en las residencias de ancianos, a menudo no se informa a los residentes de los fallecimientos que tienen lugar en ellas.

Los autores realizan una encuesta entre las residencias de ancianos de la provincia de Vizcaya y una serie de entrevistas a ancianos de una residencia asistida para conocer cuál es la situación en el medio. Un 40% de los centros que respondieron no informaban a los ancianos de las muertes de compañeros. Este porcentaje subía al 83% en las residencias privadas. Los ancianos entrevistados referían que en la mayor parte de los casos no se les informaba de los fallecimientos y expresaban su deseo de recibir información al respecto. Se sugirió que en el marco de una adecuada atención psicosocial en las residencias debe tenerse en cuenta la muerte como un fenómeno habitual y han de considerarse las opiniones de los residentes al respecto y las dificultades que pueda tener el personal para afrontar esta cuestión.

Sequeiros (1991) encontró en su investigación sobre la actitud hacia la muerte en ancianos institucionalizados, que los ancianos no asilados tienen una mayor aceptación hacia la muerte que los ancianos asilados.

En 1996 Ramírez y Sánchez realizaron una investigación de “Actitud hacia la muerte comparando dos grupos policiales” (200 policías federales de caminos en activos de 19-45 años y 200 aspirantes a policías judiciales del D.F. de 19-35 años); se aplicó la Escala de Ansiedad de Muerte de Temple (DAS Death Anxiety Scale) modificado a escala Likert con cuatro alternativas en donde encontraron lo siguiente: Los años de experiencia determina la percepción real de riesgo, los policías federales tienen que enfrentarse a un sin número de riesgos. En los aspirantes su temor hacia la muerte está presente en su vida; sin embargo, aún no la han enfrentado en las calles.

En 1997 Alamilla y Torres realizaron el trabajo “Actitud hacia la muerte en ancianos de una comunidad urbana y una comunidad rural”, con una muestra de 60 sujetos (30 personas de Actopan, Hgo. y 30 del D.F.) de 65 años en adelante, con 30 años o más de residencia, católicos, que vivían con sus familiares, sin problemas serios de salud.

Se realizó una entrevista a través de preguntas estructuradas, midiendo actitud en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales; obteniendo lo siguiente:

No existe diferencia estadísticamente significativa entre las comunidades, ya que la muerte es considerada como un proceso natural e inevitable. Sin embargo, existen diferencias al pensar en la propia muerte, como: les preocupa a donde vaya su espíritu después de morir, les proporciona sentimientos de tranquilidad pensar en la propia muerte, sólo algunos reportaron miedo a dejar a la familia.

Bustos y Velásquez (2001) realizaron un estudio llamado “Actitud hacia la muerte en un grupo de ancianos institucionalizados” con una muestra de 66 ancianos de 70-98 años, utilizaron como instrumentos: red semántica, diferencial semántico, escala de ansiedad de Temple.

Rodríguez (2001) realizó una investigación sobre los cambios de actitud ante la muerte en lectores de su libro “Morir es nada”, utilizó una muestra conformada por un 56 % por mujeres y un 44 % por varones. Dividido por bloques de edad, un 24 % eran menores de 25 años, un 67 % tenían entre 26 y 50 años, y un 9 % eran mayores de 51 años.

Obteniéndose los siguientes resultados:

Aumento muy elevado del interés por leer sobre el hecho de morir

Aumento muy elevado de la comprensión del sentido de la muerte dentro de la vida

Disminución muy elevada de la ansiedad que despierta la idea de la muerte

Aumento muy elevado del conocimiento de cómo reaccionar cuando se recibe un diagnóstico de enfermedad terminal

Aumento muy elevado del conocimiento de las necesidades que conlleva una enfermedad terminal

Aumento muy elevado del conocimiento de cómo debe acompañarse a un moribundo

Aumento muy elevado del conocimiento de estrategias de control de los sentimientos ante la muerte de personas próximas

Aumento muy elevado del conocimiento de cómo debe ayudarse a una persona en duelo

Aumento muy elevado del conocimiento de cómo evitar problemas al contratar servicios funerarios

Aumento del conocimiento acerca de cómo hablar de la muerte a los niños

Aumento muy elevado del conocimiento de las actitudes propias a cambiar para afrontar mejor la muerte

Disminución de la creencia en que la vejez será un problema para uno mismo

Aumento de la autocrítica acerca del papel jugado ante la enfermedad y muerte de personas próximas

Hernández C. et. al. (2002) Efectuaron un estudio nombrado “Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia”; el cual fue de tipo descriptivo para caracterizar las

actitudes ante la muerte en una muestra de 50 Médicos de Familia del Policlínico “Plaza” ubicado en España.

Se utilizó una versión cubana de un instrumento diseñado anteriormente para estudiar las actitudes ante la muerte (elaborado a partir de la revisión del Death Attitudes and Self-Reported Health – relevant Behaviors), que fue sometido a criterios de expertos hasta su versión final, siendo denominado convencionalmente Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM) y quedó compuesto definitivamente por 33 proposiciones, distribuidas a lo largo del texto del instrumento, en 6 dimensiones que corresponden a diferentes actitudes ante la muerte: de evitación, de aceptación, de temor, basadas en las creencias de que la muerte es un pasaje o tránsito, fundamentadas en la concepción de la muerte como una salida o solución y otra que involucra la perspectiva profesional.

El procesamiento de las respuestas incluyó estadísticas descriptivas y pruebas de decisión con ayuda del sistema SSPS-PC+. Las actitudes prevalentes en los médicos eran de evitación y temor, en un contexto ambivalente dado por las actitudes positivas de aceptación de la muerte como un hecho natural, que se traduce en afrontamiento profesional no consecuente. En general, se encontraron actitudes que revelan la insuficiente preparación de los Médicos de Familia investigados para la aproximación realista a la muerte.

Colell, B. et. al. (2003) realizaron un trabajo llamado “Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal” con el objetivo de analizar las actitudes, creencias y emociones ante la muerte e identificar los principales aspectos que podrían facilitar su trance de una manera digna o en paz. Para ello se administró a 150 estudiantes de enfermería de primer curso de las universidades de Lleida y de Sevilla (España) la escala Collet-Lester revisada y modificada (1), el cuestionario de factores que ayudan a morir en paz (2) y un *ad hoc* sobre preferencias laborales, así como otras preguntas relacionadas con la enfermedad y la muerte.

Los principales resultados muestran que los futuros profesionales de enfermería prefieren tratar a enfermos pediátricos; el trabajo con personas que han contraído SIDA es el menos deseado. El miedo a la muerte genera más ansiedad que el miedo al proceso de morir. Por otro lado, "poder sentirme cerca y comunicarme con mis personas queridas", y "pensar que mi vida ha tenido algún sentido" son los factores que más ayudarían a morir en paz.

Dado que el ejercicio profesional de enfermería implica, en muchos casos, el afrontar situaciones altamente impactantes relacionadas con la enfermedad y la muerte, se sugiere una formación específica en cuidados paliativos para aquellos futuros profesionales que ejercerán su labor con enfermos avanzados o en fase final de la vida, en la que los aspectos psicológico-emocionales cobran especial relevancia.

Graciela Gómez Galindo (2003) enfermera egresada del diplomado «Investigación en enfermería». Sede Hospital General de México. Llevó a cabo una investigación de título “La enfermera ante la muerte” con el objetivo de comparar si la actitud de la enfermera ante la muerte, se modifica cuando recibe formación tanatológica. Con una muestra de 128 enfermeras tanatólogas y no tanatólogas que tuvieran más de un año en el servicio de un Hospital Público.

En referencia a la edad del personal los resultados aportados nos muestran que la edad máxima del personal de enfermería fue de 54 años, la mínima edad fue de 19 años y la edad promedio fue de 35.7 años. En la investigación se evaluaron 5 aspectos de la actitud que presenta el personal de enfermería.

La variable en relación al sexo del personal de enfermería mostró que el 93.54 % correspondió al sexo femenino y 5.47% para el personal masculino.

En la pregunta sobre si se tiene formación tanatológica la frecuencia encontrada fue que el 33.59% sí tiene formación tanatológica mientras que el 66.41% no posee formación tanatológica

Gala L. et. al. (2003) "Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual" ejecutaron una exploración sobre las Actitudes del Personal Sanitario encontrando muchas veces actitudes distorsionadas tales como no querer nombrar a la muerte o a las patologías "que las atraen", no mirar cara a cara al enfermo terminal, incongruencias y disonancias entre la Comunicación Verbal y la No Verbal y aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empático-afectiva, con el riesgo del encarnizamiento terapéutico, empeorándose las condiciones de la muerte.

En el Marco Sanitario se precisa de componendas éticas y estéticas para afrontar integralmente el proceso de morir, dotándose de medios, conocimientos y actitudes adecuadas para atender las necesidades biopsicosociales del moribundo con el objetivo de morir con dignidad.

Ya que la presente investigación busca propiciar un cambio de actitud en familiares cercanos de pacientes con SIDA, es importante identificar algunas investigaciones al respecto.

En diferentes investigaciones se ha encontrado que el contacto previo con la muerte tiene un efecto positivo sobre las actitudes hacia la muerte subsecuente (Carey, 1974; Cole, 1978; Gibbs, 1978) o efecto negativo (Selevey, 1973) o ningún efecto en otros estudios (Lester y Kam, 1971; Durlak, 1973; Selby, 1977 y Hoelter, 1980-81) (cit. Garnica, 1982, p. 62).

Moore y Rosenthal, 1991, (cit por Aragón y Silva, 2004, p. 114) observaron la percepción de riesgo y de invulnerabilidad para adquirir el Sida en 1008 estudiantes australianos entre 17 y 20 años. Los datos de este estudio indicaron que aquellos estudiantes que no se percibían a sí mismos en riesgo de contraer el VIH y pensaban que ellos podían ejercer un control sobre la posibilidad del contagio, se involucraron en menos prácticas de riesgo. La mayoría de los sujetos que se percibían a sí mismos como invulnerables (por ejemplo, verse en bajo riesgo a pesar de su comportamiento) continuaron involucrándose en prácticas de riesgo.

De tal manera estos estudios muestran la importancia de evaluar actitudes como un factor que puede predecir comportamientos de riesgo o preventivos relacionados con el VIH/SIDA.

Alfaro, Rivera y Díaz, 1992, (cit. por Aragón y Silva, 2004, p. 113-118) evaluaron actitudes hacia la sexualidad y Sida en 480 estudiantes de preparatoria.

Utilizaron una escala tipo Likert, validada psicométricamente, para analizar cinco factores de actitudes hacia la sexualidad: libertad en las relaciones sexuales, aborto, embarazo, anticonceptivos, y prácticas sexuales; y cinco factores de actitudes hacia el Sida: apoyo a enfermos de Sida, temor al contagio del VIH, miedo a tener Sida, cambios en la conducta sexual y sexo seguro.

Los hallazgos más importantes indicaron que la mayoría de los estudiantes, especialmente las mujeres, tienen una actitud favorable para dar apoyo a enfermos de Sida; los que han tenido relaciones sexuales y usan anticonceptivos, mostraron una actitud más favorable hacia el uso del condón y cambios en la conducta sexual para evitar el SIDA que los que no han tenido relaciones sexuales; asimismo, los estudiantes sexualmente activos tienen mayor temor al contagio del VIH y a realizarse la prueba de detección del VIH; finalmente, se encontró que la mayoría de los adolescentes no ven a sí mismos en riesgo de adquirir la infección por VIH.

Las escalas de actitudes hacia el SIDA miden, entre otras cosas, lo que una persona piensa, sabe o haría frente a diversas situaciones que implican relacionarse con gente que tiene Sida.

En este sentido, se han evaluado aspectos tales como miedo a tener Sida; estimación del riesgo personal para contraer el Sida; control interno y externo para prevenir el contagio; percepción sobre el comportamiento de otros; actitudes hacia la sexualidad; actitudes hacia el uso del condón; actitudes hacia la enfermedad del Sida y, percepción de las normas sociales (Aragón y Silva, 2004, p. 113-118).

Sobre todo con adolescentes y adultos jóvenes se han aplicado diversos estudios que analizan actitudes hacia el VIH/SIDA. Díaz y Alfaro, 1995, (cit. por Aragón y Silva, 2004, p. 113-118) trabajaron con 530 estudiantes de preparatoria para investigar las diferencias existentes por edad, género y debut sexual respecto a los factores psicosociales que están involucrados en la emisión de conductas sexuales preventivas del contagio del VIH. Las variables evaluadas fueron: Autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH; miedo ante el contagio del VIH; creencias hacia grupos de riesgo (drogadictos, homosexuales, bisexuales); actitud hacia las relaciones sexuales con personas seropositivas; creencias hacia el uso del condón y actitudes hacia el uso del condón.

Los resultados mostraron que, aun cuando la autopercepción de riesgo fue baja en todos los estudiantes, los hombres presentan mayor autopercepción de riesgo que las mujeres; los estudiantes de menor edad (entre 15 y 16 años) mostraron creencias erróneas respecto a los grupos de homosexuales, bisexuales y drogadictos, ya que consideraron que estos grupos tienen más probabilidades de adquirir el virus; los hombres presentaron actitudes más favorables hacia las relaciones sexuales con personas seropositivas que las mujeres; y, finalmente, los estudiantes sexualmente activos presentaron actitudes y creencias más favorables hacia el uso del condón que no iniciados sexualmente. Los autores señalan que estas variables deben ser incluidas en campañas de salud dentro de la política educativa dirigida a estudiantes.

Es importante identificar cuáles son los aspectos generales del SIDA, por lo cual este tema será tratado en el siguiente capítulo.



# CAPÍTULO II

## SIDA

### 2.1 SIDA

Esta enfermedad se asocia generalmente de la siguiente manera, SIDA = MUERTE, concepto que provoca una ola de negación y miedo excesivos a contraerla por cualquiera debido a la falta de información verídica; a la vez enfrentando al individuo con una de las pérdidas más fuertes, manifestando así la falta de conocimiento acerca del significado real de la muerte.

Retomando lo que señala Silva (1985), es cierto que la muerte genera temor en todo ser humano, en formas y tiempos diferentes; sin embargo, por el desgaste, deterioro y degeneración de las funciones generales del cuerpo se enfatiza en la edad madura, no en los ancianos sino en sus familiares. Pero no sólo ellos viven con esta ansiedad, también las personas que se enfrentan a una enfermedad la experimentan repentina, drástica y continuamente; cuando la noticia llega a casa sorprende, angustia, enoja y provoca un sinnúmero de sentimientos encontrados; sobretodo cuando la enfermedad es sinónimo de muerte y puede ser contagiada por relaciones sexuales, como es el caso del VIH-SIDA.

Conocida como una de las enfermedades que produce discriminación y rechazo, en el siguiente apartado se tratará de dar una breve pero concisa revisión de lo que significa, de su origen, del agente que lo provoca, de como se contagia pero también de cómo se previene

#### 2.1.1 DEFINICIÓN

El significado de las siglas SIDA es:

Síndrome: conjunto de signos y síntomas

Inmuno: con relación al sistema inmunológico

Deficiencia: mal funcionamiento

Adquirida: que se contrae, no se hereda.

El agente causal es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH por sus siglas en español y HIV por sus siglas en inglés), que es un retrovirus (virus que posee la cualidad de poder transformar su ARN en ADN para que de esta manera pueda transmitir su código genético a la célula infectada y lograr así que cuando la célula intente reproducirse en realidad produzca retrovirus.

En la naturaleza lo común es ver como el ADN se transforma en ARN, pero no al contrario por eso este tipo de virus al tener la cualidad de hacer este proceso a la inversa se llama retrovirus) de la familia de los *lentiviridae* los cuales en un principio fueron descritos en patologías de felinos y bovinos. Una de las características del virus que ha implicado mayor dificultad para el descubrimiento de vacunas y posiblemente el



desarrollo de resistencia viral es el hecho de que el VIH tiene gran variabilidad génica y una alta mutabilidad. Hasta la fecha, se han puntualizado dos tipos de VIH, el tipo de 1 y 2.

El VIH-1 tiene por lo menos, variantes o subtipos virales diferentes a nivel mundial que son denominados con letras de la A hasta la I y el grupo O. Estos subtipos presentaron un patrón regional al inicio de la epidemia y ahora se han diseminado; así en Brasil y Argentina se han descrito los subtipos B, F y C; en México, B, F, y D; en Cuba básicamente el B. Aparentemente la transmisión es diferencial por subtipo, con predominancia de E y C para transmisión heterosexual y de la B para transmisión homosexual y por drogas intravenosas. El VIH-2 tiene simuladamente, una evolución más benigna que el tipo 1. (CONASIDA, 2000).

### 2.1.2 HISTORIA DEL SIDA

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el *Center for Disease Control (centro para el control de enfermedades)* de Estados Unidos convocó una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles. Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Los primeros cotejos de estos casos fueron realizados por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el *sarcoma de Kaposi*, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses (CONASIDA, 2000).

Ya que en un principio se identificó a la población homosexual como víctima de la deficiencia inmune, la prensa comenzó a llamarla «la peste rosa», aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en EE.UU., los usuarios de drogas intravenosas, los receptores de transfusiones sanguíneas y las mujeres heterosexuales. La nueva enfermedad fue bautizada, oficialmente, en 1982 con el nombre de SIDA.

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del SIDA. La teoría con más apoyo planteaba que el SIDA era causado por un virus. La evidencia que apoyaba esta teoría era, básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con SIDA de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas (CONASIDA, 2000).

Otras teorías sugieren que el SIDA surge a causa del excesivo uso de drogas y de la promiscuidad sexual. También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante el sexo anal combinado con el uso de inhalantes con nitrito (*poppers*) producía

supresión del sistema inmune. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el SIDA sea producto de la infección del VIH.

Además, las teorías en el manual de información básica para voluntarios de Telsida (1998) refiere que el virus fue creado en un laboratorio como parte de una guerra virológica, por otro lado, se cree que éste virus se escapo de un laboratorio que estudiaba el tratamiento del paludismo. (Estas dos teorías se han desechado por falta de evidencias).

En los primeros años del SIDA, el origen exacto del virus que lo causaba era desconocido. Una teoría común, que incluso se convirtió en un artículo de la revista Rolling Stone, sostenía que el VIH provenía de un virus llamado *virus de inmunodeficiencia en simios* (SIV, en inglés), el cual era idéntico al VIH y causaba síntomas similares al SIDA en otros primates. Este virus habría sido transmitido a la población humana en África durante unos experimentos con vacunas contra la polio en pobladores africanos (CONASIDA, 2000).

Aunque la filiación del VIH con el SIV es un hecho ampliamente documentado, la hipótesis de un contagio a través de vacunas no tiene crédito en la actualidad. También se creía que la llegada del SIDA al mundo occidental era atribuible a un hombre llamado el «paciente cero», un asistente de vuelo canadiense que habría practicado el sexo con más de mil hombres en distintas partes del mundo. Esta teoría, que incluso fue plasmada en una película, es falsa.

En 1984, dos científicos, el Dr. Robert Gallo en los Estados Unidos y el profesor Luc Montagnier en Francia, aislaron de forma independiente el virus que causaba el SIDA. Luego de una disputa prolongada, accedieron a compartir el crédito por el descubrimiento; el virus fue denominado *Virus de Inmunodeficiencia Humana* (VIH) en 1986. El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna (CONASIDA, 2000).

En esos tiempos las víctimas del SIDA eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían SIDA no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños. La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado.

En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del SIDA en Occidente. Incluso, algunos grupos religiosos llegaron a decir que el SIDA era un castigo de Dios a los homosexuales (esta creencia aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad. Aunque es verdad que en un principio el SIDA se expandió a través de las comunidades homosexuales y que la mayoría de los que padecían la enfermedad eran homosexuales, esto se debía, en parte, a que en esos tiempos no era común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo.

El SIDA pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia (CONASIDA, 2000).

El VIH está emparentado con otros virus que causan enfermedades parecidas al SIDA. Se cree que este virus se transfirió de los animales a los humanos a comienzos del siglo XX. Existen dos virus diferenciados que causan SIDA en los seres humanos, el VIH-1 y el VIH-2. Del primero la especie reservorio son los chimpancés, de cuyo virus propio, el SIVcpz, deriva. El VIH-2 procede del SIVsm, propio de una especie de monos de África Occidental. En ambos casos la transmisión entre especies se ha producido varias veces, pero la actual pandemia resulta de la extensión del grupo M del VIH-1, procedente según estimaciones de una infección producida en África Central, donde el virus manifiesta la máxima diversidad, en la primera mitad del siglo XX.

La pandemia actual arrancó en África Central, pero pasó desapercibida mientras no empezó a afectar a población de países ricos, en los que la inmunosupresión del SIDA no podía confundirse fácilmente con depauperación debida a otras causas, sobre todo para sistemas médicos y de control de enfermedades muy dotados de recursos.

La muestra humana más antigua que se sepa que contiene VIH fue tomada en 1959 a un marino británico, quien aparentemente la contrajo en lo que ahora es la República Democrática del Congo. Otras muestras que contenían el virus fueron encontradas en un hombre estadounidense que murió en 1969 y en un marino noruego en 1976. Se cree que el virus se contagió a través de actividad sexual, posiblemente a través de prostitutas, en las áreas urbanas de África. A medida que los primeros infectados viajaron por el mundo, fueron llevando la enfermedad a varias ciudades de distintos continentes (CONASIDA, 2000).

En realidad el origen no se ha podido determinar por tal razón sólo se ha hecho mención de algunas de las teorías manejadas en la actualidad.

### 2.1.3 VÍAS DE TRANSMISIÓN

El virus se encuentra concentrado (grandes cantidades, que pueden provocar la infección) en fluidos como sangre, líquido preeyaculatorio, semen, fluidos vaginales y leche materna, por lo tanto las vías de transmisión son tres; sanguínea, sexual y perinatal.

- a) Vía sanguínea. Implica exponerse al contacto con sangre contaminada por medio de transfusiones de sangre o de sus derivados, transplantes de órganos, inseminación artificial, uso de drogas intravenosas, Punción con agujas, jeringas u objetos de punta sin esterilizar y que se encuentre contaminados.
- b) Vía sexual. En esta vía se deben evitar relaciones sexuales sin protección (uso de condón) con personas cuyo estado de infección por VIH se desconozca; tener compañero (a) sexual que realice prácticas de riesgo (tales como tener otros compañeros sexuales y no usar protección con éstos, usuarios de drogas

intravenosas); y no entrar en contacto directo con el líquido preeyaculatorio, semen, fluidos vaginales, sangre menstrual.

- c) Vía perinatal. Dentro de esta vía hay tres momentos en los que el producto puede contraer el virus; ya sea durante el embarazo, a través de la placenta o cordón; durante el parto por contacto con sangre o fluidos vaginales y del parto por medio de la leche materna. El riesgo es del 13 al 30%.

Cuando el virus se encuentra en la saliva, lágrimas, orina, sudor pierde su poder infectante, porque las condiciones de éstos líquidos lo inactivan (acidez-ph-enzimas) y no se encuentra en la suficiente cantidad para infectar.

No se contagia por el contacto casual como saludar de mano, de beso, compartir alimentos, compartir instalaciones públicas (sanitarios, albercas, etc.), compartir utensilios de cocina (vasos, platos, cubiertos, etc.), compartir el mismo sitio de trabajo, compartir transporte, abrazarse, besarse, picaduras de insectos, por donar sangre, entre otros.

Además se han notificado 51,914 personas con SIDA y 150,000 infectados por el VIH; 85.5% son hombres y 14.5% mujeres. La relación hombre/mujer es de 6 a 1. El grupo de 25 a 34 años de edad es el más afectado. México ocupa el lugar 23 en América Latina y el Caribe, y el sitio 94 en todo el mundo. El SIDA se ha considerado como un problema de seguridad nacional (SSA, 2001).

En México, hasta diciembre de 2005, el contagio por transmisión sexual es de 97.8%, transmisión sanguínea 2% y por vía perinatal 1.2% en personas de 15 años y más. En relación a los estados de la república que reportan mayor número de personas infectadas se encuentran: en datos acumulados Distrito Federal, Veracruz, Estado de México, Baja California Norte y Jalisco (CONASIDA, 2005, p. 2-6)

#### 2.1.4 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y CUADRO CLÍNICO

Una de las características del VIH para sobrevivir es la necesidad de utilizar células vivas, y éstas son los linfocitos T de tipo CD4 (glóbulos blancos, que se encargan de la inmunidad celular, en otras palabras, el sistema de defensas), a los cuales deshacen; esta destrucción celular es compensada con una producción aumentada de linfocitos CD4 durante varios años, motivo por el cual el individuo no presenta síntomas; cuando las reservas se agotan, originan una inmunodeficiencia.

Al principio, cualquier órgano del cuerpo podía verse afectado; sin embargo, el grado de afectación varía de unos pacientes a otros. De ahí que se hablará de SIDA, pre-SIDA y complejo relacionado con el SIDA.

En el momento de descubrirse el agente causal, se realizaron tests para detectar anticuerpos y se vio como existían pacientes infectados por el VIH, pero que no presentaban ningún síntoma.

Esto amplió más el espectro clínico de la enfermedad y empezó a hablarse de "infección por el VIH". Actualmente, se usa la propuesta del Centro de Control de Enfermedades

de Atlanta (Estados Unidos) para clasificar las etapas o estadios por los que el paciente infectado puede pasar:

1. *Transmisión viral*: exposición a los factores de riesgo reconocidos; es cuando el individuo adquiere el virus, dependiendo del tipo de transmisión es como evoluciona, es decir, si el contagio fue por vía sanguínea el tiempo promedio de seroconversión (cambio de una prueba serológica-relativo a la sangre y en especial al suero-negativa a positiva que indica el desarrollo de anticuerpos en respuesta a la presencia de un antígeno[sustancia o agente que el organismo reconoce como ajena, tales como toxinas, bacterias o virus]) a SIDA será de 7 años; si es por vía sexual será de 8 a 12 años, de acuerdo a la CDC de Atlanta (por sus siglas en inglés Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos en Atlanta).

2. *Infección aguda*: ocurre después de adquirir la infección, las manifestaciones se presentan asociadas al episodio de replicación viral inicial; se caracteriza por la multiplicación silenciosa del mismo, en el cual se encuentra una constante actividad viral y un equilibrio entre destrucción y producción celular. Puede haber linfadenopatía persistente generalizada (inflamación de ganglios), debido a que en los ganglios linfáticos se establece el principal reservorio del virus. Durante este tiempo, las pruebas de anticuerpos al virus no son perceptibles. La seroconversión se refiere al desarrollo y detección de anticuerpos en contra del virus en suero o plasma (serología positiva) Al periodo en que la serología es negativa antes del desarrollo de anticuerpos en un paciente infectado se le conoce como periodo de ventana o de latencia y las pruebas de anticuerpos (ELISA) al VIH dan resultado falso negativo temporalmente (ver cuadro 1 A).

3. *Infección asintomática*: durante esta etapa ocurre la estabilización del ARN viral y de la cuenta de linfocitos CD4 como consecuencia de la respuesta inmune con una replicación sostenida del virus, es decir, la pérdida de las defensas del organismo, incluye manifestaciones clínicas que no sustentan la definición de SIDA. Los niveles elevados de ARN viral se relacionan con una rápida progresión de la enfermedad y con el decremento acelerado de la cuenta de linfocitos CD4. Esta etapa es variable (de meses a años (ver cuadro 1 B).

4. *Infección sintomática*: es llamada como fase terminal o SIDA, se divide en infección sintomática temprana e infección sintomática avanzada (SIDA).

a) *Infección sintomática temprana*: en esta etapa se presentan manifestaciones clínicas debidas la destrucción de las células CD4 con manifestaciones diversas.

b) *Infección sintomática avanzada*: es la consecuencia de la importante destrucción de linfocitos CD4 es menor de 200, lo que expone a mayor riesgo de adquirir infecciones oportunistas y neoplasias secundarias que son eventualmente la causa de la defunción del paciente(CONASIDA, 2000, p. 27-31).(ver cuadro 1 C).

Cuadro 1 Categorías Clínicas		
A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección por VIH asintomática.</li> <li>• Linfadenopatía generalizada persistente (LGP).Nódulos en 2 o más lugares</li> </ul>	Condiciones sintomáticas, no enlistadas ni en A ni en C y que: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Son atribuibles a la infección por VIH o a un defecto en la inmunidad celular, o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Candidiasis: esofágica, traqueal y bronquial.</li> <li>• Coccidiomicosis extrapulmonar</li> </ul>

<p>extrainguinales, por lo menos de 1 cm. De diámetro por 3 meses o más.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad aguda primaria por VIH.</li> </ul>	<p>b) Tienen una evolución o manejo específico por estar complicados por el VIH. Los ejemplos, incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angiomatosis bacilar</li> <li>• Candidiasis vulvovaginal persistente (menor de 1 mes) con mala respuesta al tratamiento.</li> <li>• Candidiasis orofaríngea</li> <li>• Displasia cervical grave o carcinoma <i>in situ</i></li> <li>• Síndrome constitucional, ejemplo, fiebre de 38.5 ° o diarrea mayor a 1 mes</li> <li>• Leucoplaquia pilosa bucal.</li> <li>• <i>Herpes Zoster</i> dos episodios distintos en más de una dermatoma</li> <li>• Púrpura trombocitopénica idiopática.</li> <li>• Listeriosis.</li> <li>• Neuropatía periférica</li> <li>• Enfermedad pélvica inflamatoria (específicamente si ésta complicada por abscesos tubo-ováricos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma cervical invasor</li> <li>• Criptococosis extrapulmonar</li> <li>• Criptosporidiasis intestinal crónica</li> <li>• Retinitis por Citomegalovirus (CMV) o cualquier otra infección por CMV que no sea hígado, bazo, ni ganglios linfáticos</li> <li>• Encefalopatía por VIH</li> <li>• <i>Herpes simplex</i> con úlceras mucocutáneas, bronquitis o neumonía</li> <li>• Histoplasmosis diseminada extrapulmonar.</li> <li>• Isosporidiasis crónica</li> <li>• Sarcoma de Kaposi</li> <li>• Linfoma Burkitt; linfoma inmunoblástico, linfoma primario del cerebro.</li> <li>• Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i></li> <li>• Neumonía recurrente 2 episodios en 1 año.</li> <li>• Leucoencefalopatía multifocal progresiva</li> <li>• Bacteremia por salmonela recurrente</li> <li>• Toxoplasmosis cerebral</li> <li>• Síndrome de desgaste por VIH.</li> </ul>
---	--	---

1. *Síndrome retroviral agudo*: fiebre, adenomegalias, exantema maculopapular generalizado, manifestaciones neurológicas variables, úlceras bucales, etc.

2. *síntomas inespecíficos*: linfadenopatía generalizada persistente, pérdida de peso, algunas infecciones no definitivas como herpes zoster, neumonía bacteriana, candidiasis bucofaríngea, etc. (Grupo B).

3. *Manifestaciones clínicas definitivas de SIDA*: diversos procesos infecciosos oportunistas como neumonías, candidiasis esofágica, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, toxoplasmosis cerebral, etc., o bien, neoplasias como sarcoma de Kaposi, linfoma primario del sistema nervioso central y otros (Grupo C) (CONASIDA, 2000, p. 27-31).

### 2.1.5 DIFERENCIA ENTRE PACIENTE SEROPOSITIVO ASINTOMÁTICO Y EL ENFERMO TERMINAL (SIDA).

Paciente seropositivo es aquel que se le ha detectado el VIH en el organismo, pero que no ha desarrollado manifestaciones clínicas, es decir, es el que se ubica en las dos primeras etapas de la infección. El SIDA es la fase final de la infección por el VIH, que puede tardar en manifestarse de 5 a 20 años, una vez que el paciente se ha infectado, a partir de la aparición de la inmunodeficiencia y su manifestación en enfermedades oportunistas o en neoplasias (ver tabla 1 C), los individuos pueden sobrevivir dos años aún sin terapia antirretroviral o profiláctica.

La existencia puede incrementarse en cantidad y calidad a través de terapias disponibles actualmente que incluyen; primero, romper la igualdad SIDA MUERTE; segundo, voluntad de vivir; aceptación de la realidad por parte del paciente y de la familia; sentido de permanencia a la vida por lo tanto tener un objetivo; mejorar la nutrición; rediseñar las actividades; trabajar con el médico; apegarse al tratamiento; aceptar la sexualidad con responsabilidad y protección; vivir sin sentimiento de culpa; involucrase en la lucha contra la enfermedad de forma activa; hacer ejercicio; conservar el buen humor; tener una mascota; lograr la paz personal.

En algunos casos el miedo de verse afectado hace que se niegue el problema y suele señalarse como problemas de otros, obligando frecuentemente a que se tomen decisiones en condiciones que no son óptimas. La tendencia de crecimiento se ve acelerada en poblaciones marginadas económica y socialmente.

En opinión de las investigadoras los motivos por los que se desconoce el concepto de VIH/SIDA, así como la falta de preparación para la muerte, son tantos y tan diferentes, parece ser que el hombre olvida su condición de ser humano y se considera inmortal. Por lo que es conveniente cambiar esta idea por una más apegada a la realidad, para lograr que esta pandemia se detenga y que los servicios y tratamientos de salud mejoren en el trato tanto con los pacientes como con sus familiares (CONASIDA, 2000, p. 33-35).

### 2.1.6 REACCIONES DE LA FAMILIA

Como la mayor parte del cuidado hacia los pacientes puede caer en manos de la familia, ésta tiene una amplia gama de necesidades, también ellos necesitan aceptar el diagnóstico, comprender el nivel del propio riesgo al compartir la loza y la cuchillería, pero deben evitar hacer uso de artículos de higiene personal. La ropa sucia y la ropa blanca pueden ser lavadas en ciclos de agua caliente de la lavadora o ser remojada en blanqueador si esta excesivamente sucia y no se decolora con éste.

Los padres de hijos VIH positivos necesitan resolver problemas de aceptación de la sexualidad de su hijo (en caso de homosexualidad), el futuro de sus hijos y quién debe ocuparse de la enfermedad.

El hecho de que la familia sea la fuente natural de apoyo del individuo enfermo parece ser aceptado universalmente (Rolland, 1987, 1990, 1994, 1998, Walter, 1992), pero el surgimiento del VIH/SIDA con su narrativa de miedo y estigma ha venido a poner a

prueba esta hipótesis. Varios autores han cuestionado el papel de la familia como el cuidador primario de este tipo de pacientes (Millar, 1987; Ross y Rosser, 1988; Maj, 1990; Beckerman, 1994; Joslin y Brouard, 1995). Parece que a esto contribuyen tanto el miedo como el estigma social (cit. por Velasco y Luna, 2006).

La familia manifiesta miedo ante lo incurable, lo impredecible, el contagio, temor a que alguien más se entere o que la familia se separe al haber quienes rechacen o acepten al paciente, así como miedo a no poder hacer frente a los gastos que el padecimiento trae consigo e incluso ante el estigma social, que la enfermedad conlleva (Sinibaldi, 1998; Torres Maldonado y Rivera Aragón, 1996).

Así, el estigma social asociado al padecimiento (Schulman, 1991; Fuentes Arias, 1995), tanto a nivel individual como familiar, dificulta que la familia acepte al individuo y a su enfermedad, no sólo por padecerla, sino también por ser el portador del estigma y el ostracismo social (Rotheram-Bonus, Robin, Reid y Draimin, 1998; Bor y du Plessis, 1997; Villegas Aréchiga, 1992; Maloney, 1998). Por su parte, el individuo con VIH/SIDA presentará temor a no poder valerse por sí mismo, el dolor, el sufrimiento, a lo que vendrá, al rechazo, a la humillación, así como a llegar a ser una carga para su familia y amigos, y también a la muerte (cit. por Velasco y Luna, 2006).

Por otra parte los pacientes pueden estar enfrentándose con la posibilidad de un cambio en su relación. Esto puede implicar la aceptación de nuevos papeles aunado a la posibilidad de incrementar su dependencia. Pueden sentirse igual, pero experimentar un choque y trauma diferente, y no tener deseos de afligir a su familia con preocupaciones. Necesitan resolver con quién comentarlo y en dónde recibir apoyo.

Las enfermedades siempre han provocado temor a la humanidad. Este miedo es aún mayor ante padecimientos que son o parecen nuevos, ya que al principio nadie sabe cómo enfrentarlos, cómo protegerse de ellos, ni cómo curar a los que enferman. Desde la antigüedad, este temor se presenta sobre todo con las epidemias, es decir, enfermedades que se extienden a través de grandes territorios, llegan a afectar a muchas personas y todos tienen riesgo a contagiarse. Así ha sucedido con la viruela, la peste, el cólera, la lepra, la fiebre amarilla, etc., enfermedades que históricamente se han conocido como las grandes pestes. Desde el origen de la humanidad, por miedo al contagio y por ignorancia, muchas personas han tratado mal a quienes han padecido estas enfermedades y les han hecho sentir culpables.

En general, el origen de estos padecimientos ha sido adjudicado a los malos espíritus, la posesión del demonio o el castigo divino, o se ha supuesto que han surgido como resultado de un mal comportamiento de quienes las padecen, de sus familias o de la sociedad. Por ende, usualmente se les ha manejado con torturas, estigmas, desprecio, rechazo, marginación, aislamiento, exorcismos, remedios caseros, etc.

De este modo, es natural que frente al SIDA, la reacción inicial de la sociedad haya sido agresiva. Primero se inculpó a los homosexuales, a los haitianos, posteriormente a los drogadictos y finalmente a quienes se dedican a la prostitución. Esta enfermedad, como otras plagas del pasado, también ha sido interpretada como un castigo divino en respuesta de los pecados cometidos. De esta manera es como inicialmente el SIDA se convirtió en un padecimiento de las minorías que la sociedad aún considera “anormales” (CONASIDA, 2000).



Sin embargo, la pandemia ha afectado a miembros de diferentes agrupaciones, entre ellas a los intelectuales, los campesinos y las amas de casa, entre otros. Aunque la sociedad no lo acepta totalmente el SIDA se ha transformado de la “enfermedad de los otros” en “la enfermedad de nosotros”, o sea, de todos. En otras palabras, para contraer el SIDA no importa “quién se es”, tampoco “qué se hace”, sino “cómo se hace”. Por ende, toda persona está en riesgo de adquirirlo (CONASIDA, 2000).

Por otra parte nunca había existido una enfermedad tan devastadora como el SIDA. ¿Cómo se puede empezar ha encontrar sentido a tal aflicción? No se ha descrito todavía ningún consejo sabio, ni aprendido ninguna lección. Para Nuland, 1995, (cit. por Velasco y Luna, 2006) “El SIDA como metáfora, el SIDA como alegoría, el SIDA como simbolismo, el SIDA como lamentación, el SIDA como una prueba del sentido humanitario de la raza humana, el SIDA como el compendio del sufrimiento humano, tal vez son los tipos de lucubraciones que actualmente consumen las energías intelectuales de moralistas y literatos, como si a cualquier costo algo bueno debiera obtenerse de este horrible azote”. Con sus imágenes de sexo, pecado y muerte, el SIDA ha producido una respuesta paranoide en la opinión pública, como ninguna otra enfermedad lo ha logrado en los tiempos modernos.

De acuerdo con Summerfield, 1989, (cit. por Velasco y Luna, 2006) Cuando las personas con VIH no se perciben como víctimas sino como agresores que desafían a la sociedad, entonces existe el riesgo de que ni ellos ni la población general puedan manejar la enfermedad. Por otra parte, se ha recabado evidencia a lo largo y ancho del planeta de la estigmatización y el rechazo que las personas con VIH sufren no sólo de sus comunidades, sino también de sus familiares de quienes ellos deberían esperar consuelo y entendimiento. Por lo que es necesario introducir el tema de estigmatización.

### 2.1.7 ESTIGMATIZACIÓN

Brandt, 1988, (cit. por Velasco y Luna, 2006) menciona que la estigmatización es una respuesta social estereotipada, caracterizada por un profundo rechazo, acompañada de un bagaje de comportamientos irracionales y contradictorios; así como de la denuncia moral, profecías negativas y conflictos entre la salud pública y las libertades individuales. De acuerdo con Díaz Loving, 1992, (cit. por Velasco y Luna, 2006) esta respuesta social se da tanto a nivel cognoscitivo como emocional.

Por otra parte, Galván y Gay, 1992, (cit. por Velasco y Luna, 2006) han propuesto que existen dos elementos básicos en la formación de un prejuicio: por un lado la actitud negativa hacia alguien, es decir, una disposición de ánimo adversa; por otro lado, la creencia sobregeneralizada, y por lo tanto errónea, acerca de ese alguien o del grupo al que pertenece. Para López M. et. al., 1994, (cit. por Velasco y Luna, 2006) el público construye una teoría del estigma, una ideología para explicar la inferioridad del sujeto estigmatizado y explicar el peligro que representa esa persona o el grupo al cual se considera que pertenece, realizando una animosidad basada en la preferencia sexual y los hábitos personales, entre otros. Generalmente, este prejuicio puede abarcar una de cinco formas:

- a) El rechazo verbal, acompañado de agresiones como insultos, motes y desprecios, llegando incluso hasta el rechazo no verbal, el cual se manifiesta con gestos,

muecas o simplemente ignorando la existencia de la persona. Dangel, Dshner y Rasp, 1997, (cit. por Velasco y Luna, 2006) la definen como cualquier intento de maldecir o gritar a otros, intentando dañar o humillar a alguien más.

- b) La tendencia a evitar a la persona estigmatizada tanto al tratar de no compartir tiempo con ella, como al procurar no estar en el mismo espacio físico.
- c) La discriminación, es decir, la tendencia a excluir, no permitiendo su ingreso o sacando al individuo de un lugar, como el trabajo, la escuela, las reuniones sociales, familiares o religiosas, etc.
- d) El ataque físico contra el miembro repudiado. Dangel et al., 1997, (Idem.) lo definen como el ataque o el intento de ataque físico, incluidos golpes, patadas, cachetadas y lanzar objetos.
- e) El deseo real o imaginario de exterminar a la persona, así como al grupo estigmatizado con el cual el mundo exterior le identifica, Castro, 1988, (cit. por Velasco y Luna, 2006).

De acuerdo con Galván y Gay, 1992, (cit. por Velasco y Luna, 2006) la estigmatización es toda conducta de rechazo que hace difícil el contacto físico y social del sujeto, obligándolo no sólo a identificarse, sino a asociarse con grupos minoritarios y previamente marginados.

Para Cristal y Jackson, 1992, (cit. por Velasco y Luna, 2006) no pueden perderse de vista el hecho de que el SIDA, además de manifestarse como una enfermedad, es una construcción social. Esto sucede dado que el VIH/SIDA pone en juego un conjunto de imágenes sobre el cuerpo, la sexualidad, el deseo y grupos minoritarios, entre otros, los cuales son inmediatamente evocados por la mente del sujeto al hablar o recordar este padecimiento. En este sentido, el SIDA aparece, para algunos, como la enfermedad de los excesos y de la transgresión a las normas que regulan la vida sexual en la sociedad. Por tanto, es la mala conciencia que aparece después de una mala noche de parranda o, más bien, a la mañana de dos décadas en que se intentaron ampliar los límites de libertad individual y acrecentar las posibilidades de cierto ludismo social (Aguilar et.al, 1988, cit. por Velasco y Luna, 2006, p. 90).

Para Juárez González, 1988, (cit. por Velasco y Luna, 2006). En México, las respuestas hacia el individuo que padece VIH/SIDA abarcan un vasto abanico que va desde las posiciones de lástima, o de comprensión hasta las de condena social. Esta última actitud es debida a que, generalmente, se les considera descuidados y depravados, recomendando su aislamiento y condena, pues, estiman que esta enfermedad es producto del libertinaje sexual y una lección para la humanidad por su depravación.

Desde 1987, el doctor Jaime Sepúlveda, presidente de CONASIDA, pidió eliminar el uso del estigmatizante vocablo *sidoso* al referirse tanto dentro como fuera del sistema de salud a los individuos con VIH/SIDA, dada su fuerte carga peyorativa. De acuerdo con Bravo, 1987, (cit. por Velasco y Luna, 2006) éste se cambió por el de *persona con SIDA*, lo cual elimina la carga estigmatizante al aludir a la enfermedad por su nombre y no por un mote despectivo. Pero pese a este cambio semántico, la persona, así como el grupo con el cual se le identifica, continúan siendo estigmatizados, al ser señalados, marcados, denigrados, desprestigiados, criticados, deshonorados, discriminados, criminalizados, difamados, desacreditados, afrentados, vituperados e infamados, tanto por tener la enfermedad, como por constituir el apoyo social y familiar del paciente, como se verá a continuación.

De acuerdo con Schulman, 1991, (cit. por Velasco y Luna, 2006), una de las mayores ironías del estigma en el caso del VIH/SIDA es que la epidemia impactó inicialmente a grupos que previamente se encontraban estigmatizados, es decir, a la comunidad gay y a los drogadictos intravenosos.

Por otra parte, para Fuentes Arias, 1995, (cit. por Velasco y Luna, 2006) “la sensación de vulnerabilidad” de la población general en tiempos de la epidemia se reduce definiendo a “otros” como las víctimas probables y apropiadas de la plaga. Así, frente a lo desconocido, el público en general usualmente reacciona con pánico y esta vez no fue la excepción, de manera que para minimizarlo se recurrió a aislar, marcar y agredir a una comunidad escogida como “chivo expiatorio” y a la cual se le estigmatizó y se cargó con la responsabilidad de ser la causa y el origen del “mal”.

Además, enfocar el pánico social sobre grupos previamente estigmatizados no es una respuesta nueva y única hacia el SIDA sino también cuenta con antecedentes históricos y funcionalmente bien identificados a lo largo de la historia de la humanidad, y la búsqueda del inicio de su utilización puede remontarse a tiempos bíblicos, por ejemplo paganos, sodomitas, ateos, samaritanos, prostitutas, viudas, leprosos, etc.

El problema radica en que el proceso de estigmatización obstruye la cooperación social que resulta necesaria para controlar el crecimiento de la pandemia. Esto se debe a que, al identificar a las personas infectadas como “ellos” y tratarlas punitivamente, los individuos que se consideran no estar en riesgo del padecimiento no suelen llevar a cabo las medidas adecuadas para prevenir la difusión de la enfermedad permitiendo que ésta se propague. Al no sentirse identificados con los estigmatizados, es decir, los anteriormente llamados “grupos de riesgo”, los individuos estiman que no necesitan usar medidas de protección lo cual favorece que resulten contagiados.

El 50% de la población universitaria en México tiene relaciones sexuales; y de éstos, más de 65% las ha tenido con más de una pareja, ubicándoles en alto riesgo de contagio de VIH/SIDA. Pero al ser encuestados, la mayoría de los estudiantes contestó que no creía encontrarse en riesgo de contraer el VIH (Díaz L. et. al., 1991 cit. por Velasco y Luna, 2006). Por su parte, en estudios llevados a cabo por Hernández R. et. al., 1994, el 90% de los sujetos con VIH/SIDA entrevistados declararon haber contraído la enfermedad de transmisión sexual, pero al preguntárseles “si antes de contagiarse creían que podrían haber resultado infectados de SIDA” el 55% contestó que no.

#### 2.1.8 TIPOS DE TRATAMIENTOS TERAPEÚTICOS.

Sepúlveda (2000, p. 212-214) señala las siguientes recomendaciones básicas para el psicólogo, al confirmar la seropositividad de un paciente hacia el VIH:

- 1) Intercambiar información sobre la infección de VIH, síntomas asociados a la infección, pruebas de detección de anticuerpos y medios de transmisión.
- 2) Dar oportunidad para que el paciente exprese su miedo, enojo y agresión, en un medio ambiente seguro.
- 3) Ser sensible al dolor y entender las pérdidas del paciente, tanto internas como externas
- 4) Investigar posibles sentimientos de culpa.

- 5) Descartar o confirmar la presencia de ideas suicidas
- 6) Asistir e informar a través de métodos que permitan reducir la angustia.
- 7) Investigar la presencia de mecanismos que permitan continuar con conductas de riesgo.
- 8) Estimular la paciente para que mantenga una buena calidad de vida.

La psicoterapia individual breve, con pacientes infectados, favorece el uso de:

- 1) Técnicas diseñadas para disminuir ansiedad, culpa, tensión, etc.
- 2) Procedimientos de influencia directa para promover cambios específicos en la conducta del paciente.
- 3) Reflexión sobre las personas y las situaciones involucradas en las crisis.
- 4) Comprensión dinámica.
- 5) Fortalecimiento yoico.

La psicoterapia grupal favorece:

- 1) El sentimiento de que los componentes del grupo no están solos y de que no son los únicos con problemas.
- 2) El altruismo, o sensación de que uno se ayuda a sí mismo ayudando a otros.
- 3) La identificación, es decir, se cambian conductas con el ejemplo exitoso de algún otro miembro.
- 4) La cohesividad, o sensación de aceptación incondicional y de pertenencia, la cual disminuye la soledad que los pacientes experimentales.
- 5) El proceso estimula el desarrollo de la alianza de trabajo entre los miembros que acepten la ayuda.
- 6) El grupo *per se* estimula la discusión e incrementa la fuerza yoica del paciente mediante la aceptación de otros miembros o la identificación de los problemas (Sepúlveda, 2000, p. 212-214).

La motivación principal en cualquier tipo de tratamiento será la búsqueda de aceptación de la infección, así como el diálogo constante acerca de cómo manejar la sexualidad de cada integrante, a fin de poder obtener satisfacción sin que ello implique propagar el contagio.

Es indiscutible que la psicoterapia en cualquiera de sus modalidades forma una parte medular del tratamiento con pacientes infectados, para tratar de recuperar el equilibrio perdido al que todo ser humano aspira para promover su crecimiento, desarrollo y supervivencia en general.

### 2.1.9 ASISTENCIA PSICOLÓGICA A PACIENTES INFECTADOS POR VIH

La información proporcionada por los centros de información y laboratorios debe ser confidencial y anónima.

Al manejarse el anonimato y dejar a la elección del paciente sus datos, se presenta, de entrada, una serie de resistencias que caracterizan el contacto inicial entre terapeutas y paciente

Son individuos que en muchos casos no desean establecer ningún tipo de compromiso, y con muchos miedos desean conocer su resultado serológico. El contacto inicial se

caracteriza por altos niveles de angustia, es decir, por una reacción que se presenta cada vez que un individuo se encuentra frente a una situación potencialmente traumática, sometido a una situación peligrosa para su propia integridad y supervivencia. En el caso de estos pacientes, el detonador de la angustia es el peligro de estar infectado.

Ante la posibilidad de desarrollar una enfermedad terminal, algunos de los mecanismos de defensa dejan de ser útiles al yo, enfrentando así al individuo a una realidad dolorosa que no sólo implica la posibilidad de desarrollar síntomas, de ser un transmisor en potencia o en el mejor de los casos, de no estar infectados, sino el cambio de hábitos sexuales, de conducta, y la revisión de una historia personal que también puede resultar muy dolorosa, porque lo enfrenta consigo mismo, con las figuras primarias, con los seres amados y, finalmente, con la muerte; elemento indispensable para cerrar el ciclo de la vida pero indiscutiblemente hay que negarlo para poder vivir, a pesar de que existe en todos un instinto destructivo (TANATOS).

El psicólogo está obligado a tener la capacidad de contención suficiente para poder detectar y ordenar la información e interpretar el discurso del paciente, dando un juicio de realidad y sirviendo como figura de apoyo para determinar si el sujeto necesita la prueba serológica, si está expuesto al riesgo, o si sus temores y angustias tienen otro origen y el miedo aparente a contraer la infección es producto de su fantasía o una deficiente información.

Una vez que se determina en la entrevista inicial la necesidad de llevar a cabo el análisis serológico es importante realizar la evaluación de la conducta y las reacciones que el paciente ha tenido frente a situaciones frustrantes y/o traumáticas a lo largo de su vida, ya que éstas servirán de marco de referencia en cada caso. Al conocer en el pasado la estructura de carácter evidenciada por el sujeto, se podrá obtener un mejor manejo en el lapso de tiempo comprendido entre la toma de muestras sanguínea y la entrega del resultado. En estas dos semanas aproximadamente, durante las cuales el sujeto está sometido a una gran tensión por la incertidumbre que genera la espera, es muy difícil continuar el contacto con el terapeuta para predecir la reacción psicológica del individuo cuando está cerca de conocer el diagnóstico final.

Lamentablemente algunos pacientes, por su propia angustia y por la necesidad de mantener el anonimato, no acuden en ese periodo a las entrevistas para control psicológico, y sólo se presentan para recibir el resultado, con lo que obligan al terapeuta a manejar la ausencia de acompañamiento psicológico para ayudarlos de manera eficaz.

Algunos motivos para no asistir a las entrevistas previas y posteriores a la toma sanguínea son:

- a) Tener que “confesar” actividades sexuales que la persona conoce como tradicionalmente estigmatizadas por núcleos muy importantes de la sociedad y que en el momento de la entrevista son indiscutiblemente rechazadas por el propio sujeto, el fantasearlas como las posibles responsables de su muerte.
- b) Tener que recordar dichas actividades para poder considerarse como sujeto de riesgo, pero siente que al decirlo a un extraño (psicólogo) está exhibiendo sus tendencias.
- c) Sentirse enjuiciado, criticado y rechazado por el psicólogo.
- d) Tener un incremento en los sentimientos de culpa y actuar como persona que merece ser castigada, sintiendo rabia hacia quienes ellos consideran responsables de ejecutar el castigo.

Mucho se ha hablado de los aspectos básicos de la enfermedad; sin embargo, poco se ha mencionado acerca de los procesos que el paciente y su familia enfrentan, por lo que resulta importante mencionar en el presente trabajo las aportaciones de la Tanatología.

# CAPÍTULO III

## APLICACIÓN DE TANATOLOGÍA EN ENFERMOS EN FASE TERMINAL (SIDA)

### 3.1 TANATOLOGÍA

La Tanatología es el estudio de ***TODO*** lo relacionado con la muerte, el morir, las pérdidas y el duelo, incluyendo dimensiones de las mismas relacionadas con el arte, los cementerios, las tumbas, las diferentes edades del individuo, las enfermedades terminales, la relación de ayuda y el counselling (consentimiento), los cuidados paliativos y cuidados al final de la vida, la eutanasia, las visiones culturales abordadas desde la antropología y la sociología: funerales, historia, hospicios, ritos, dolor, suicidio, etc., así como con las dimensiones económicas, psicológicas, sociales, morales, espirituales, biológicas y cuantos aspectos directa o indirectamente se relacionan con el final de la vida y el pensamiento en torno a la muerte, el morir y lo que sucede después de la misma.

El concepto Tanatología, procede del griego thánatos (θάνατος - muerte). En el imaginario griego, junto a su hermano Hypnos, son los portadores del muerto, cumpliendo la función del dulcificar el viaje, junto a Hermes y Caronte y logía (λογία - ciencia). Ciencia encargada del estudio de la muerte o disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte (<http://tanatologia.org/>).

Por lo que a la Tanatología se refiere, "La Ciencia de la Muerte" este término fue acuñado en el año de 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina (<http://www.entornomedico.net/tanatologia/modul>). En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista medicolegal.

En 1930 como resultado de grandes avances en la medicina empieza un período en el que se confina la muerte en los hospitales, ya para la década de los cincuentas esto se va generalizando cada vez más y así el cuidado de los enfermos en fase terminal es trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, dando por resultado que la sociedad de esa época "ESCONDIERA" la muerte en un afán de hacerla menos visible para que no le recordara los horrores de la guerra que acababa de terminar.

Después en la década de los sesentas se realizaron estudios serios, sobre todo en Inglaterra muestran que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuido a sólo el 25%. Durante esa época se hace creer a todos que la muerte es algo sin importancia ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico convirtiéndola en un hecho ordinario, TECNIFICÁNDOLA y PROGRAMÁNDOLA, se le relega y se le considera insignificante (<http://www.entornomedico.net/tanatologia/modul>).

La Dra. Elizabeth Kübler Ross, (1991) es quién se da cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de

muerte, define la TANATOLOGÍA como una instancia de atención a los moribundos. Por lo que se le considera la fundadora de esta CIENCIA. Es ella a través de su labor quien hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos de la sociedad, y para tan fin crea clínicas cuyo lema es "*ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas*"(Kübler-Ross, 1991, p. 40).

La Tanatología es por tanto una disciplina amplísima y muy difícil de abordar por las múltiples facetas y diversos campos de análisis que interrelaciona (multidisciplinar). El aspecto biológico prácticamente invariante, los diversos modelos culturales y personales del morir, las creencias y rituales y además aspectos sociales que configuran en nuestra civilización una cultura de evitación de la muerte, reafirmada en los debates sobre el derecho a una muerte digna que no buscan otra cosa que repensar y resimbolizar o dicho de otra manera recrear nuevos modelos de los rituales o lo que se ha querido llamar la muerte dominada.

Sin embargo, el principal fin de la Tanatología es el de desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a convivir con ella. En este sentido se participa de la opinión de educar para la vida y la muerte a niños y niñas, adolescentes y adultos para que partiendo del conocimiento personal, cultural, social y a la luz de la ciencia se pueda no solo vivir sino también morir con dignidad.

### 3.1.1 EL SURGIMIENTO DE LA NUEVA TANATOLOGÍA

Hay dos profesionales que son claves en este surgimiento: Cicely Saunders y la Doctora Elizabeth Kübler-Ross.

Se entiende por "*hospice*" el movimiento desarrollado en 1967 por la Dra. Cicely Saunders, enfermera, en Inglaterra. Esta modalidad de trabajo sostiene que la persona que va a morir puede y debe ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad y sus vicisitudes. Los *hospices* representan algo más que un lugar físico en donde una persona va a morir con dignidad; es también una actitud frente al paciente y su familia, que siempre toma en cuenta:

- 1.- El control del dolor y de otros síntomas que se presenten.
- 2.- La persona con enfermedad terminal es una persona, no una cosa que puede manipularse, por lo tanto es el paciente el que participa activamente, junto con el equipo interdisciplinario de Tanatología que lo acompaña, en las decisiones fundamentales, como la continuación o no de un determinado tratamiento o el lugar donde recibirlo.
- 3.- El paciente tiene el derecho de saber el estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que le suministran. Esto no quiere decir que se lo abrume con información no solicitada, sino que un equipo sensible establece una buena comunicación con el paciente y su familia contestando lo que el paciente pregunta, y dicho de una forma veraz, pero teniendo en cuenta hasta donde esa persona puede tolerar esa información. Y en forma acumulativa.
- 4.- El apoyo a la familia, que es fundamental para poder ayudar a la persona con enfermedad terminal. Cada uno de los miembros de la familia reacciona con pautas individuales de acuerdo a su estructura psicológica, a la historia personal y a los



vínculos con el enfermo. Algunos tratarán de sobreprotegerlo y así lo aíslan o agobian con atenciones no solicitadas; otros desaparecen con distintas justificaciones. Se hacen a veces más evidentes los sentimientos negativos (rivalidad, rencores, etc.).

5.- El equipo actúa ayudando en los procesos de aflicción y duelo, detectando los casos de duelos patológicos, y sugiere la terapia adecuada.

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross comenzó su trabajo en Tanatología haciendo una investigación respecto de la muerte con un equipo de trabajo inicialmente comprendido por cuatro seminaristas. Quiso acercarse a los pacientes terminales, sin leer nada sobre la materia; más bien quería observar y aprender de ellos directamente. Ella platicaba con el paciente y los seminaristas se ubicaban alrededor de su cama observándola y tomando notas.

Su investigación se basó principalmente en:

- No tener ideas preconcebidas.
- Estar en una actitud de mente abierta.
- Llegar a un darse cuenta personal.
- Sensibilizarse a las necesidades de los enfermos terminales y sus familiares o personas que los rodearan.
- Realzar la percepción para aprender.

El trabajo con los seminaristas se convirtió con el tiempo en seminarios interdisciplinarios sobre la muerte y los moribundos, en los que trabajaba con el personal de un hospital en Chicago: capellanes, enfermeras, voluntarios, médicos, etc., mismos que tenía trato con los enfermos.

Cuando los grupos se hicieron más numerosos, adaptaron un cuarto especial para llevar a cabo las entrevistas, de manera que el grupo de estudiantes pudieran observar desde la habitación contigua. Esto, desde luego con el consentimiento del enfermo. Posteriormente a la entrevista se llevaba a cabo una discusión.

Su experiencia práctica la llevó a descubrir que las observaciones y las posteriores discusiones daban los siguientes resultados:

- Los estudiantes se hacían conscientes de la necesidad de considerar la muerte como una posibilidad real, no sólo para otros, sino también para ellos mismo.
- Fue la manera como pudieron desensibilizarse, lo cual sucedía lenta y dolorosamente. Sucedió que algún estudiante que se presentaba a observar una entrevista por vez primera, se saliera antes de que concluyera. También sucedió que se dieran explosiones de rabia o coraje contra otros participantes o contra quien llevaba a cabo la entrevista.
- Pudieron manejar conflictos durante la discusión, tales como el identificarse con el enfermo por cuestiones de edad, por ejemplo.
- Conforme los integrantes del grupo se conocían más y veían que ningún tema era tabú, las discusiones se convirtieron en una especie de terapia de grupo, en las que se lograba hacer conciencia, confrontar y apoyar.

Dos años después, el seminario se convirtió en un curso acreditado por la escuela de medicina y el seminario de teología, al que eventualmente asistían profesionales de la salud de otros lugares.

Kübler-Ross encontró que a lo largo del proceso de duelo siempre persiste la esperanza; en el caso del paciente terminal de encontrar un tratamiento efectivo, en el caso de una persona en duelo, la esperanza de que la pérdida no sea real (Kübler-Ross, 1985).

Como se ha examinado, la forma en que cada persona vive el duelo por la pérdida de un ser querido depende de varios elementos como: la compañía, tiempo y espacio durante el trabajo de duelo, que requiere cierto tiempo para retirar los investimentos libidinales, y la gente siempre ha utilizado este tiempo en ceremonias y prácticas rituales. Una interrupción en el trabajo de duelo lleva a la melancolía, que surge cuando el sujeto siente el objeto perdido como una parte ineliminable de sí, del cual o se puede separar más que separándose de sí mismo.

La Tanatología viene adquiriendo gran importancia a nivel mundial y México no es la excepción.

La Tanatología puede brindar su mayor potencial de ayuda cuando se recurre a ella en períodos precoces a la detección de la enfermedad terminal. Si se inicia la consulta con el paciente en las últimas fases del proceso se suele restringir mucho la posibilidad de ayuda.

Citando al Dr. J. Federico Rebolledo M. en su libro *Fundamentos de la Tanatología Medica* (<http://www.entornomedico.net/tanatologia/modul>), "es necesario comprender que el Estado Terminal es la suma de los acontecimientos previos a la muerte que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones a consecuencia de una enfermedad la cual no responde a los tratamientos específicos, y se acompaña en todos los ordenes que lo determinan como un ser bio-psico-social, cuyo fin último es la muerte de la persona". Estos fenómenos estarán comprendidos dentro de un período aproximado y no mayor de seis meses.

El Paciente en Estado Terminal es aquel paciente que presenta insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas que no responden a la terapéutica específica y que lo llevará a la muerte en un período aproximado de 6 meses, sin descartar la falla aguda que acorte este período.

Es necesario ampliar el enfoque para concebir no sólo al paciente en estado terminal sino a todo ser humano de una manera integral, como un ser bio-psico-social y espiritual, para poder comprender que el estado terminal no es un fenómeno que aísla al individuo sino que comprende globalmente todas las circunstancias que como humano lo conforma; una opción viables son los cuidados y la medicina paliativa.

Paliar es un termino que deriva del latin palliare, que significa tapar, encubrir, disimular, etc. Se puede definir la medicina paliativa como: la rama de la medicina que se encarga de disimular, mitigar, y de moderar el rigor o la violencia de ciertos procesos.

La medicina paliativa es una práctica muy antigua y complementaria de la medicina curativa y constituye una terapia de soporte muy importante y no solamente es para usarse en forma exclusiva con los enfermos en fase terminal. Los cuidados paliativos con los enfermos en fase terminal representan un aspecto dentro del concepto de

medicina paliativa, que abarca el tratamiento del dolor y otros factores, los cuales deben tenerse en cuenta desde el momento del diagnóstico y comienzo del tratamiento.

Dentro de la medicina paliativa el objeto de estudio es el enfermo y el respeto de su dignidad durante la enfermedad, el enfermo no es un número de cama en un gran hospital ni uno más en la serie de ensayos clínicos. El objeto de la medicina paliativa es como dice Miguel de Unamuno: "El hombre de carne y hueso, el que nace, sufre y duerme y piensa y quiere, el hombre que se ve y a quien se oye, el hermano, el verdadero hermano" (<http://www.entornomedico.net/tanatologia/modul>).

Para que la terapéutica sea efectiva tiene que combinar en tratamiento medicamentoso con la dieta y el apoyo psíquico, y esto solo deriva de una profunda comprensión de la naturaleza humana, la cual debiera imperar en todo el ámbito de la medicina.

Es muy importante señalar que los equipos dedicados a atender a los enfermos en fase terminal deben ser multi y disciplinarios, es decir que se tiene que integrar tanto médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, tanatólogos y guías espirituales. Uno de los aspectos más importantes de la medicina paliativa es la intercomunicación entre los integrantes del equipo multi e interdisciplinario.

Dentro de los Cuidados Paliativos juega un papel importante el lugar donde el enfermo desea que se lleve a cabo la fase final de la enfermedad y la muerte, y siempre se deberá respetar hasta donde sea posible el lugar elegido por él.

Es por lo que se hace énfasis en aumentar durante el tratamiento la relación cercana al enfermo crónico y terminal.

Así también la Tanatología se enfoca a cualquier pérdida significativa que tenga el ser humano, es por ello que la importancia de la Tanatología hoy en día es indiscutible, contemplando que a lo largo de la vida se enfrentan diversos tipos de pérdidas, muertes, separaciones, pérdidas de miembros, pérdida de salud, de ilusiones ante una discapacidad, es por ello que se retoma el tema a continuación.

### 3.1.2 PÉRDIDA

Las experiencias de pérdida constituyen un aspecto inseparable del proceso de vida; se sufre una y otra vez, en diferente forma e intensidad, porque siempre implica la separación de alguien o algo de relevancia y significación, convirtiéndolo en parte del propio yo.

Fromm, 1956, (cit. por Buendía, 2001, p. 11) plantea que un hombre al momento de nacer es separado de la naturaleza y es a la vez consciente de su separabilidad y desunión, siendo ésta la fuente de toda angustia, pues al mirar hacia atrás sabe que ha perdido algo: su estado natural de unión con la naturaleza.

La pérdida es identificada como una experiencia negativa, desagradable, indeseada, pues evoca sentimientos de dolor, ansiedad, tristeza, por lo tanto no resulta extraño que el individuo trate de defenderse o protegerse, ya sea negándola o evitándola, ya que es una vivencia que afecta las esferas de la conducta, del pensamiento y del sentimiento.

La pérdida es el momento de la vida, en que el individuo tendrá que adaptarse a un cambio dramático, por ejemplo: muerte, separación y/o enfermedad; Mitchell y Anderson, 1983, (cit. por Buendía, 2001, p. 12) plantean que las pérdidas pueden agruparse en las siguientes categorías:

- a) Pérdida material: se asocia a la pérdida de objetos o ambientes físicos.
- b) Pérdida de relaciones: involucra el final o cambio de las oportunidades de relacionarse con otro ser humano; como abandono de uno o ambos padres, ruptura de una relación amorosa, desaparición, muerte, etc.
- c) Pérdida de la salud: se refiere a perder una parte de del funcionamiento muscular o neurológico del cuerpo, la pérdida de un miembro, cirugías.
- d) Pérdida de roles o funciones: perder el lugar acostumbrado dentro de la familia o la red social; cambios en el estilo de vida, pérdida del empleo o del status social, las pérdidas individuales propias del desarrollo.
- e) Pérdida sistemática: una pérdida que es el resultado de cambios en el sistema (social, político), por ejemplo una guerra.

Pereyra, 1996, (cit. por Buendía, 2001, p. 12) plantea que los humanos se mueven en el mundo al proyectarse hacia el futuro de acuerdo con su propia escala de valores; lo que es valioso para cada persona, los valores, son objetos reales (personas) o ideales (patria) externos a sí mismo a los que se impregna de afecto. Sólo la pérdida de un objeto o de un afecto que se tiene identificado como un valor propiciará como respuesta la tristeza o depresión.

Sherr (1992) plantea que experimentar la pérdida produce un desorden psicológico, puesto que implica la falta de control sobre la situación y a su vez produce un intenso dolor.

Para los fines de la presente investigación se considera que la Tanatología ayuda tanto a los pacientes terminales como a los familiares y allegados desde que el familiar es diagnosticado, durante el proceso y posterior a la muerte para la elaboración del duelo.

### 3.1.3 DUELO

El Dr. J. Federico rebolledo M. en su libro "Fundamentos de la Tanatología Medica" menciona que "Duelo" significa dolor.

Integrar el duelo es todo un proceso que tiene como intención reconocer el dolor que produce la pérdida. Aceptar que duele, aceptar las ausencias, aceptar que ha muerto, manifestar el dolor e iniciar el camino de regreso a la realidad y al propio orden de las cosas. Reacomodar todos aquellos asuntos que quedaron dispersos, resolver pendientes, retomar arraigo, llenando nuevamente los espacios. Recordando lo vivido con esa persona, recordarlo dentro de la existencia tal como fue mientras vivía, aceptando que ha muerto y tenerlo presente, en el corazón, no lo que fue, sino que lo hizo ser, hijo, hermana, padre, amiga.

“El duelo es un estado psicológico consecuente con la pérdida de un objeto significativo que forma parte integrante de la existencia. La pérdida puede ser de un objeto externo, como la muerte de una persona, la separación geográfica, el abandono de un lugar, o interno, como la desaparición de una perspectiva, la pérdida de la propia imagen social, un fracaso personal y semejantes” (Galimberti, 2002, p. 359).

Del duelo, que siempre entraña una identificación con el objeto perdido, se sale mediante un proceso de elaboración psíquica, o “trabajo de duelo” como dice Freud (1912-13), que prevé una fase de negación, en la que el sujeto rechaza la idea de que la pérdida haya sucedido; una fase de aceptación, en la que se admite la pérdida, y una fase de separación del objeto perdido con reinvestimento hacia otros objetos de la libido que está ligada al objeto.

Sigmund Freud, 1917, (cit. por Buendía, 2001, p. 15) se refirió a la experiencia de duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”. Explica que ante la pérdida, el examen de realidad dice al individuo que su objeto amado ya no existe, exhortándolo a desligarse de él. La persona se muestra renuente, ya que es un proceso largo y doloroso desunirse de un objeto que continúa existiendo dentro de su mundo psíquico.

Por lo que es normal que el sujeto trate de retener el vínculo afectivo que lo une al objeto perdido, y sólo le es posible retirar la libido del objeto muy lentamente hasta que el yo es libre de nuevo.

El proceso de duelo de acuerdo con Freud, 1917, (cit. por Buendía, 2001, p. 17), se caracteriza por un talante de dolor, la pérdida de interés en todo aquello del mundo exterior que recuerde al objeto perdido, la incapacidad para escoger un nuevo objeto de amor y la imposibilidad para entregarse al trabajo productivo. Pero señala que este proceso se presenta sólo cuando el objeto es de gran importancia para la persona.

La manifestación patológica del duelo es lo que Freud llamó melancolía, donde además del cuadro característico del duelo, se agrega la autodenigración del yo.

Freud (1915) explica la actitud con la cual el ser humano enfrenta la experiencia de muerte y pérdida y que determina la forma en que el individuo reacciona ante ella. Propone que el inconsciente es totalmente incapaz de creer e incluso de imaginar, en su propia muerte y por lo tanto está convencido de su inmortalidad.

Aunque aparentemente el ser humano se muestre dispuesto a aceptar la muerte como un hecho natural, en realidad todos sus actos tienden a hacerla a un lado, a negarla, “a eliminarla de la vida”, como lo menciona Freud, 1915 (cit. por Buendía, 2001, p. 17) Es decir, que la actitud hacia la muerte es ambivalente. Por un lado la propia muerte o la de un ser querido (en tanto constituye una parte del yo) ocasionan un gran dolor y son hechos inaceptables, pero por otro lado se tiene la capacidad de pensar, imaginar e incluso desear la muerte de otro ser en tanto es ajeno al yo, alguien que obstaculiza o perjudica. Aún los seres queridos son para el yo al mismo tiempo propios y ajenos a él.

Por ello el hombre trata de reducir la muerte de una realidad a una contingencia, desviando su atención del hecho mismo de la muerte hacia las condiciones que la

rodean. Freud propone que esta tendencia del hombre a negar la muerte empobrece su vida pues reduce sus opciones al impedirle arriesgarse y enfrentar peligros.

Sin embargo no es un proceso sencillo, el adentrarse en el dolor, en la pérdida, en esa herida a veces tan profunda que literalmente duele el corazón, por ello se necesita de la ayuda profesional de un tanatólogo para llegar a aceptar el pasado como fue y estar dispuesto a vivir el presente y planear el futuro sin esa persona. El proceso de duelo bien elaborado tiene una duración entre 8 y 12 meses, sin embargo depende de muchos factores".

### 3.1.3.1 ETAPAS DEL DUELO

Resulta importante no solo presentar el significado de la palabra sino también conocer cuáles son los sentimientos que genera y como se pueden englobar o dividir en etapas.

El Dr. George Engel (cit. por Wonder, 1991, p. 26) "el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar; el duelo se puede ver como un proceso que implica cuatro tareas básicas". Para la Dra. Kübler-Ross (1985, p. 21) "el duelo es la respuesta psicológica a la muerte" propone que el duelo discurre por cinco estadios. Por otro lado, O'Connor (1997, p. 9) considera que "el duelo son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida de alguien querido". Menciona cuatro etapas o estadios por los que se pasan los individuos antes de poder resolverlo satisfactoriamente.

A continuación se hará una revisión concreta de las etapas del duelo según los autores antes mencionados.

#### 3.1.3.1.1 Dr. George Engel, 1961, (cit. por Wonder, 1991, 27-36):

- **Tarea I: aceptar la realidad de la pérdida.** La primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos en vida. Llegar a aceptar la realidad lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. La persona en duelo puede ser intelectualmente consciente de la finalidad de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la información como verdadera.
- **Tarea II: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.** Es necesario reconocer y trabajar el dolor físico, emocional y conductual asociado con la pérdida, de lo contrario se manifestará mediante algunos síntomas u otras formas de conducta disfuncional. No todo el mundo experimente el dolor con la misma intensidad ni lo siente de la misma manera, pero es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor.
- **Tarea III: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.** Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes de cómo era la relación con el fallecido y de los distintos roles que desempeña. La persona en duelo no es consciente de todos los roles que desempeñaba el fallecido hasta algún tiempo después de la pérdida; la muerte les confronta

también con el cuestionamiento que supone adaptarse a su propio sentido de sí mismo.

- **Tarea IV: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.** Consiste en encontrar un lugar adecuado a la persona que falleció, en la vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.

3.1.3.1.2 Nancy O'Connor, 1997, (p. 25-36):

- ◆ **Etapa I. Ruptura de hábitos,** desde el día del fallecimiento hasta 8 semanas. En esta etapa prevalecen los sentimientos de confusión, choque, incredulidad, protesta y negación. Si el fallecimiento es repentino e inesperado, la angustia es más aguda, es posible que se presente una conmoción física real cuando se recibe la noticia. El individuo se siente indefenso e impotente para controlar los acontecimientos de su vida y, al mismo tiempo siente que es arrastrado por una rápida ola de actividad, ya que debe cumplir con las responsabilidades del caso y tomar decisiones importantes, por ejemplo, llamar a parientes y amigos para informarles la noticia, los arreglos para el funeral, esquelas en los diarios, certificado médico, etc. En esta etapa la serie de hábitos y patrones que existían con la persona fallecida se tienden abandonar, las lágrimas y los sentimientos de tristeza profunda aparecen en momentos inesperados.
- ◆ **Etapa II. Reconstrucción de la vida,** de la octava semana a un año. El dolor y la confusión siguen siendo agudos, pero éstos van disminuyendo gradualmente; la recuperación comienza a darse de manera automática y sin una percepción consciente. Los patrones de comida y descanso siguen alterados durante esta segunda fase, también se tiene periodos de depresión, por sentirse impotente para cambiar los sucesos de la vida, pueden aparecer periodos de baja energía y fatiga, tensión física, nerviosismo, lapsos de olvido, preocupación. La búsqueda y el restablecimiento de una identidad personal nueva y separada, es un proceso lento que puede ser doloroso y alentador a la vez.
- ◆ **Etapa III. La búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos,** de los 12 a los 24 meses. La vida ha vuelto a “la normalidad”, es decir, algunos hábitos antiguos se han reestablecido firmemente y las nuevas costumbres se han vuelto cotidianas, las tareas diarias fluyen, el dolor emocional es menos agudo. El duelo puede subsistir como un rito, pero su intensidad ha disminuido significativamente y no es tan devastador como al principio, habrá momentos de nostalgia y abatimiento pero ya no son inesperados ni en lugares públicos. Los hábitos de sueño y comida recuperan la normalidad, empieza a regresar la risa espontánea, la diversión, la felicidad y un cierto sentido del humor, el pensamiento es más agudo y más claro, el juicio y las percepciones son más racionales y confiables, así como se estabilizan las emociones.
- ◆ **Etapa IV. Reajuste final,** después del segundo año. Los hábitos cotidianos de la vida se han mezclado, se han unido los patrones antiguos con los nuevos y se llevan a cabo sin un pensamiento consciente. La vida es menos fragmentaria y agitada, habrá ocasiones de euforia y satisfacción, se tiene una nueva vida y filosofía.

3.1.3.1.3 Elizabeth Kübler-Ross, (1985, p. 21-24):

Distingue cinco fases en el proceso de duelo:

- **Conmoción:** La persona no puede comprender la realidad de lo sucedido. Esta etapa puede ir acompañada de una reacción fisiológica ante el desastre o la

inminencia del mismo: shock, desvanecimiento, palidez, sudación, taquicardia, náuseas, agitación, confusión, apatía y alteraciones gastrointestinales.

- **Negación:** El deseo de que la persona continúe viva impide inicialmente la aceptación de la pérdida, puede no mostrar ninguna reacción emocional y trata de vivir como si nada ocurriera; la realidad le obliga a aceptar y tenderá a buscar el aislamiento y la soledad, Kübler- Ross propone que la negación funciona como amortiguador ya que al irse recuperando de la noticia el sujeto será capaz de movilizar otros mecanismos de defensa; si la negación persiste a pesar del tiempo y de las pruebas de que la muerte sucedió, como el funeral y el entierro, se requerirá de asistencia psiquiátrica.
- **Ira;** al no poder mantener la negación surge la ira, el enojo, el resentimiento que inicialmente proyecta hacia el exterior de manera irracional e incontrolable, pero que después se torna en más tristeza y desesperación, que se manifiesta en preguntas como “¿por qué te has ido y me dejas?, ¿Por qué te vas y me dejas?, etc.”
- **Pacto y depresión;** Se caracteriza por el intento de hacer un trato con Dios, con la vida, con los demás o con el destino, prometiendo algún voto o cambio de recuperar al ser querido o de eliminar el dolor, por ejemplo; <<Si se le permite vivir un año más haré...>> Esta actitud es irracional y corresponde a una conducta infantil, esta tendencia a negociar proviene de una sensación inconsciente de culpabilidad ante los temores irracionales de ser castigado por cualquier falla u omisión. De esta etapa se evoluciona hacia la depresión pura. La persona puede permanecer inmóvil, solo habla de forma esporádica y se opone a las visitas de amigos o familiares o bien sólo puede desear que uno de sus seres queridos se siente en silencio a su lado. Esta es la fase de mayor duración en el proceso de duelo y lo más conveniente es que la persona se encuentre en libertad de expresar su dolor.
- **Aceptación;** El doliente se da a la labor de redefinir, aprender o modificar roles y habilidades para adaptarse a su nueva situación.

Una diferencia entre los tres autores radica en que Kübler Ross resalta que las fases no se dan en forma lineal, sino que pueden aparecer de manera desordenada y en espiral llegando finalmente a la aceptación



## **CAPÍTULO IV METODOLOGÍA**

En México la población en general considera que el SIDA es una enfermedad que tiene pocas probabilidades de afectarles, pues les parece un fenómeno distante, que ha cobrado importancia pero finalmente una enfermedad en la cual son espectadores del drama que otros viven (Juárez González, 1988). Pero parece existir un proceso de percepción selectiva de la información (Aguilar, Argot, Arias, Gutiérrez, Hernández y Romero, 1988), pues los nuevos conocimientos que se reciben son transformados y asimilados a creencias y actitudes previas de tal forma que tienden a fortalecer antiguas creencias, como “sólo aquellos promiscuos que desafían la moral y las buenas costumbres es a quienes les da el SIDA” (Juárez, González, 1988).

El desconocimiento del VIH/SIDA hace que se agudice el surgimiento de actitudes estigmatizantes y discriminatorias en los pacientes como en sus familiares; atacando sus derechos a la salud, a la información, a la seguridad jurídica, a la libertad de trabajo y transito, a la igualdad. Además de la marginación el aislamiento y la auto-discriminación de la que son objeto; provocan un proceso de duelo de dos líneas por un lado la pérdida por el enfermo y por el otro la propia vida. En algunas ocasiones se tiene una orientación profesional, si se posee la suerte de beneficiarse con asistencia tanatológica pero en la mayoría los casos se carece de ésta.

Partiendo de esta posición y después de la revisión del marco teórico se fortaleció la necesidad de dar a conocer temas como VIH/SIDA, muerte, pérdida y duelo que promovieran un cambio de actitud en los familiares de pacientes en fase terminal (SIDA), tales temas fueron proporcionados mediante un curso; que comprendió contenidos de interés para los participantes, además de un ambiente confortable propicio para liberar las inquietudes incluidas ya que éstos son considerados como tabúes en la sociedad mexicana

De aquí se desprenden la siguiente pregunta de investigación.

## **Planteamiento del problema**

¿Habrá diferencias significativas en la actitud ante la muerte en familiares cercanos a pacientes en fase terminal (SIDA), antes y después de ser sometidos a un curso sobre muerte y VIH?

### **Objetivo:**

Identificar si existe un cambio significativo en la actitud ante la muerte en familiares cercanos de pacientes en fase terminal (SIDA), antes y después de ser sometidos a un curso de muerte y VIH/SIDA.

### **Hipótesis**

Si se someten a un curso de muerte y VIH/SIDA, entonces existirá un cambio significativo en la actitud ante la muerte en los familiares cercanos de pacientes en fase terminal (SIDA).

### **Variables**

V. I. Curso sobre muerte y VIH/SIDA.

Definición conceptual.

Es el aprendizaje detallado y paulatino de los aspectos como VIH/SIDA, pérdida, muerte y duelo; en donde se pretende incrementar la percepción y conocimiento de los familiares de pacientes VIH positivos con respecto a los temas. (Basado en Satir, 1991)

Definición operacional.

Curso muerte y VIH/SIDA

Objetivo del curso:

Respuestas a la aplicación de temas y actividades que desarrollen una mejor actitud ante la muerte, pérdida y duelo en familiares cercanos a pacientes con VIH/SIDA.

V. D. Actitud ante la muerte.

Definición conceptual.

“Es la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativa, con referencia a la anulación de la existencia del ser humano; al término de una serie de procesos naturales o bien al enfrentamiento a lo desconocido, al sufrimiento, al castigo, a lo siempre deseado, a la nada o al fin” (Young, 1977, p. 9).

Definición operacional:

Respuestas expresadas en el puntaje de la escala de evaluación “Actitud ante la muerte”.

## MÉTODO

### Muestra

Una muestra de 6 mujeres y 14 hombres, entre 19 a 31 años, de nivel económico medio, escolaridad bachillerato, estado civil soltero y todos familiares de pacientes VIH positivos en fase terminal, elegidos mediante un muestreo no probabilístico de sujetos tipo.

### Diseño

Cuasi experimental de un solo grupo.

Pretest – tratamiento – Postest.

### Instrumento

**Se retomo el instrumento DAP** (perfil de actitud hacia la muerte correspondiente a las siglas en inglés Death Attitude Profile); **que fue elaborado por Islas y Basurto (1993)** (ver anexo ) con el objetivo de construir un perfil multidimensional de actitud hacia la muerte; incluyendo las siguientes dimensiones:

- a) Temor a la muerte
- b) Temor a morir
- c) Enfoque orientado a la aceptación de la muerte
- d) Aceptación de la muerte como un escape
- e) Aceptación neutral

Para dar soporte empírico de validez de contenido, se pidió a los participantes clasificar ítems en dimensiones o categorías que ellos consideraran que eran las más apropiadas conceptualmente. Los ítems que carecieron de validez interna fueron descartados. La consistencia interna se asigno usando el total de ítems y el análisis factorial. El total de los ítems dio un índice de calidad en la selección de éstos. El análisis factorial ayudo a asegurar que las dimensiones del DAP son realmente independientes, también se estableció la construcción de validez del DAP, por medio del análisis correlacional y con el desarrollo comparativo.

Los ítems para el DAP fueron combinados mediante una variedad de fuentes, y generados de acuerdo con las cinco categorías teóricas en la base de validez de contenido (de cara), claridad y generalidad; cinco ítems fueron seleccionados para temor hacia la muerte, aceptación por escape y aceptación neutral. Seis ítems fueron seleccionados para la dimensión de temor a morir. Para determinar empíricamente la validez de contenido (de cara) de las dimensiones del DAP.

Veintitrés de los 26 ítems alcanzaron el criterio de 70% de acuerdo con la clasificación. Los 23 ítems fueron ordenados al azar para formar el DAP. Los 23 ítems fueron sujetos al análisis factorial de los principales componentes, con variación máxima de rotación a

estructura simple. Aunque los cinco factores emergieron, el quinto con dos ítems se dio de baja en base al criterio del test. Los 21 ítems restantes fueron refactorizados a la solución de cuatro factores, sumando un 51.6% de la varianza.

El primer factor, el *enfoque orientado a la aceptación de la muerte*, representó el 21.9% de la varianza, y contiene cuatro ítems que están próximos a la aceptación. El segundo factor, basado en *temor a la muerte y a morir*, representó el 13.5% de la varianza, conteniendo tres ítems de temor a la muerte y cuatro de temor a morir. El tercer factor, *aceptación de la muerte como escape*, representó el 8.8% de la varianza, conteniendo cinco ítems de escape a la aceptación y uno a la aceptación neutral. El cuarto factor, *aceptación neutral de la muerte*, representó el 7.5% de la varianza, conteniendo cuatro ítems de aceptación neutral.

El rango de coeficiente de  $\alpha$  va de 0.60 (aceptación neutral hacia la muerte) a 0.89 (enfoque orientado a la aceptación de la muerte). Los resultados sugieren que el DAP tiene una buena consistencia interna.

Posteriormente, se realizó un análisis factorial, para determinar los factores más importantes del instrumento, analizando la correlación entre ellos. Es decir, que ítems formaba cada factor del instrumento; así, se colocaron los ítems que correspondían a cada factor tomando en cuenta su peso numérico (con menos o más puntuación); es decir, entre más peso tuviera el ítem en un determinado factor, entonces se colocaba en ese mismo.

Factor 1. Temor a la muerte y a morir; los ítems se relacionan con pensamientos y sentimientos negativos sobre la muerte, estado y proceso; con siete ítems: 3, 7, 8, 10, 14, 16, y 19,  $\alpha = .7923$ .

Factor 2. Enfoque orientado a la aceptación de la muerte, con cuatro ítems: 1, 11, 13 y 18,  $\alpha = .8070$ .

Factor 3. Aceptación de la muerte como un escape, con cinco ítems: 2, 6, 12, 17 y 20,  $\alpha = .6586$ .

Factor 4. Aceptación neutral de la muerte, con cuatro ítems: 4, 5, 9 y 15,  $\alpha$  de .6706.

Posteriormente se procedió a encontrar la confiabilidad total del instrumento, para lo cual se utilizó el coeficiente de Alpha de Cronbach (.7853). Éste se basa en la medición de las consistencias de la respuesta del sujeto con respecto a los ítems del instrumento (Islas y Basurto, 1993, p. 178-188).

Después de haber revisado lo anterior, se procedió a calificar las respuestas dadas por los sujetos en la escala de Likert, es decir, los acuerdos, desacuerdos y las respuestas de sin opinión al respecto. Se escogieron los factores que contienen una actitud favorable y aquellos que contienen una actitud desfavorable, para así asignarles valores a las respuestas de los sujetos.

Se tomaron en cuenta los valores de 5 a 1 para las respuestas de: 1 (completamente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 4 (de acuerdo) y 5 (completamente de acuerdo); y se tomó el valor de 3 para la respuesta (sin opinión al respecto) en los ítems 1, 4, 5, 9, 11, 13, 15 y 18.

Se tomaron en cuenta los valores de 1 a 5 para las respuestas de: 5 (completamente en desacuerdo), 4 (en desacuerdo), 2 (de acuerdo) y 1 (completamente de acuerdo); y se tomó el valor de 3 para la respuesta (sin opinión al respecto) en los ítems 2, 3, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 16, 17, 19, y 20.

## Procedimiento

### PRIMERA FASE:

Se invitó a los familiares de pacientes con SIDA a participar en el curso, indicando lugar y fecha a efectuarse, informándoles sobre los objetivos de la investigación.

### SEGUNDA FASE:

Una vez en el curso, se procedió a realizar lo siguiente:

**1. Pretest.**-Al tener confirmado al grupo, se procedió a la aplicación de un pretest que consistirá en una serie de 20 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta.

**2. Intervención.**-Se llevó a cabo la realización del curso sobre muerte y VIH/SIDA que tuvo un desarrollo de seis sesiones y al terminar se aplicó un postest

Obj. Especifico	Temas	Actividades	Duración	Material	Evaluación
1ª Sesión: Informar, explicar el objetivo del taller, integrar al grupo y conocer sus expectativas así como aplicar el pretest.	Objetivo del taller. Expectativas. Pretest.	-Presentación. -Explicación de objetivos. -Creación de corrillos. -Dinámica #1*. -Aplicación de pretest.	2 horas	Tarjetas adhesivas. Plumones. Hojas de rota folio. Lápices. Hojas para la dinámica. Pretest.	Evaluación del pretest.

2ª Sesión: Informar de forma concisa los conceptos básicos del VIH/SIDA.	VIH/SIDA. Orígenes. Formas de contagio. Cuando la noticia llega a casa.	-Dinámica #2 primera parte *. -Breve explicación del concepto VIH/SIDA. -Exposición formas de contagio. -video "a nosotras también". -Explicación del video. -Dinámica #2 segunda parte *. -Explicación del conflicto familiar.	2 horas	Hojas de rota folio. Pizarrón. Tarjetas blancas. Hojas blancas. Lápices. Televisión. video reproductora en formato VHS. Videocasete.	Se realizará por medio de la resolución de dudas que al inicio de la sesión se plantearon.
3ª Sesión: Dar a conocer de forma breve y sencilla los conceptos básicos con relación a la muerte.	Muerte. Formas y personas. Rituales mortuorios. Experiencias. Perdón y reconciliación.	-Exposición. -Dinámica # 3 *. -Rituales de acuerdo a las costumbres y cultura de los integrantes del grupo. -Lluvia de ideas acerca de la muerte. -Dinámica # 4 *. -Explicación de la dinámica.	2 horas	Hojas de rota folio. Plumones. Hojas blancas. Pizarrón. Maniquí. Sábana. Mesa. Velas. Pañuelos desechables. Radio grabadora. Disco Compacto.	Se realizará por medio de resolución de dudas que al inicio de la sesión se plantearon
4ª Sesión: Aproximar en el conocimiento de la pérdida a los participantes.	Pérdida. Tipos de pérdida. Relación con el duelo.	-dinámica # 5 *. -Explicación de la dinámica. -Exposición de temas.	2 horas	Tarjetas blancas. Hojas blancas. Lápices. Plumas. Radio grabadora. Disco Compacto. Hojas de rota folio. Plumones. Cobijas. Pañuelos desechables.	Se realizará por medio de resolución de dudas que al inicio de la sesión se plantearon
5ª Sesión: Permitir la identificación de la etapa de duelo en que se encuentran cada uno de los participantes, así como el paso a la siguiente etapa.	Duelo. Etapas. Identificación de las etapas.	-Lluvia de ideas sobre los sentimientos que despierta la pérdida. -Dinámica #6 *.	2 horas	Radio grabadora. Disco Compacto. Hojas de rota folio. Plumones. Hojas blancas. Pañuelos desechables. Lápices	Se realizará por medio de resolución de dudas que al inicio de la sesión se plantearon
6ª Sesión: Obtener las conclusiones sobre el taller y se hará la aplicación del postest.  (*ver anexo )	Proyección de película "es mi fiesta". Aplicación del Postest.	-Proyección de la película. -Reflexión de la misma. -Aplicación del postest. -Cierre del taller.	3 horas	Video reproductora en formato VHS. Televisión. Película. Hojas de rota folio. Hojas blancas. Lápices. Plumones. Pañuelos desechables. Postest.	Se realizará por medio de resolución de dudas que al inicio de la sesión se plantearon y también se hará la evaluación del postest.

**3. Postest.**-En la última sesión del curso se procedió a la aplicación del postest que consistirá en una serie de 20 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta.

Una vez recaudada la información (del pretest y postest) se llevó a cabo el análisis de datos para verificar la existencia de algún cambio.

### Análisis de datos

El análisis de datos se hizo comparando los resultados del pretest y posttest utilizando una prueba estadística, t de Student.

# CAPÍTULO V

## RESULTADOS

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 10.0 para Windows millennium. (Salinas, 2002). Los análisis a los que se sometieron los datos fueron los siguientes:

1. Análisis de frecuencias para los datos sociodemográficos.
2. Aplicación de Tablas Cruzadas para relacionar variables.
3. Prueba t para las diferencias de medias entre el Pretest y el Postest.

A continuación se presentan los datos en el orden anterior.

### 1.- ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

La muestra estuvo constituida por 20 sujetos de los cuales el 70% eran hombres y el 30% mujeres (ver tabla 1).

**TABLA 1 SEXO**

SEXO		Frecuencia Absoluta	Porcentaje % Frecuencias Relativas
	MUJER		6
HOMBRE		14	70
TOTAL		20	100

Con un intervalo de edad entre 19 y 31 años, siendo el promedio de 24.4 años, con una moda y una mediana de 24 años; de los cuales el 35% tienen 24 años, el 20% tienen 21, el 10% lo tienen las edades de 28 y 30 años, correspondientemente, y el 5% lo tienen 19, 20, 27, 31 años respectivamente (Ver tabla 2).

**TABLA 2 EDAD**

	AÑOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	Porcentaje % Frecuencias Relativas	EN GRUPOS ETÁREOS	
				Edad	%
EDAD	19	1	5	19-24	70
	20	1	5		
	21	4	20		
	22	1	5		
	24	7	35		
	27	1	5	27-31	30
	28	2	10		
	30	2	10		
	31	1	5		
	total		20	100	20



## 2.-TABLAS CRUZADAS (CROSSTABULATION)

En la variable religión el 50 % pertenece a la católica, de los cuales el 20% son mujeres y el 30% son hombres; a la protestante corresponde el 20%, de los cuales 5% son mujeres y el 15% son hombres; y un 30% no pertenecen a ninguna del cual el 5% son mujeres y el 25% hombres (Ver tabla 3).

**TABLA 3 RELIGIÓN Y SEXO**

RELIGIÓN	SEXO	TOTAL	%
CATÓLICO	MUJER	4	20
	HOMBRE	6	30
	TOTAL	10	
PROTESTANTE	MUJER	1	5
	HOMBRE	3	15
	TOTAL	4	
NINGUNA	MUJER	1	5
	HOMBRE	5	25
	TOTAL	6	100

En la variable de religión, dentro de la católica, se observa que del total de la muestra el 20% son mujeres con edades de 21, 24, 28 y 30 años, el 30% de hombres presentan edades de 19, 22, 24 y 30 años; en la protestante el 5% de mujeres manifiestan tener 31 años mientras que el 15% de hombres tienen edades de 24 y 27 años; en la categoría de ninguna el 5% de mujeres tiene 20 años y el 25% restante de hombres tienen 20, 21, 24 y 28 años. (Ver tabla 4)

**TABLA 4 SEXO\* EDAD\* RELIGIÓN**

RELIGIÓN	SEXO	EDAD	19	20	21	22	24	27	28	30	31	TOTAL	%
CATÓLICO	MUJER				1		1		1	1		4	20
	HOMBRE		1		1	1	3			1		6	30
	TOTAL		1		1	1	4		1	2		10	
PROTESTANTE	MUJER										1	1	5
	HOMBRE						2	1				3	15
	TOTAL						2	1			1	4	
NINGUNA	MUJER			1								1	5
	HOMBRE				3		1		1			5	25
	TOTAL			1	3		1		1			6	100

La aplicación de tablas cruzadas se hizo para identificar el tipo de relación que existía entre las variables sociodemográficas con la relación entre el pretest y el postest.

El instrumento que se retomó estaba dividido en cuatro factores que en conjunto miden la actitud hacia la muerte. *El primer factor es llamado temor a la muerte y a morir, el segundo enfoque orientado a la aceptación de la muerte, el tercero escape de la muerte como un escape y el cuarto aceptación neutral de la muerte.* En la siguiente tabla se observan las medias de estos cuatro factores en el pretest y postest por cada sujeto (ver tabla5).

**TABLA5, MEDIAS DE CADA SUJETO vs. CADA FACTOR**

SUJETOS	TEMOR PRETEST	TEMOR POSTEST	ENFOQUE PRETEST	ENFOQUE POSTEST	ESCAPE PRETEST	ESCAPE POSTEST	ACEPTACIÓN PRETEST	ACEPTACIÓN POSTEST
1	3,29	3,71	3,75	4,5	2	3,2	3,25	3,5
2	3,29	4,57	3	2,5	1,6	1,4	3,25	3,5
3	3,57	4	3,5	3,5	2,4	1,6	3,75	3,5
4	3,57	3,86	3,25	3,25	2,8	3	3,5	3
5	3,14	3,29	4	3,5	1,6	1,6	4,25	4
6	3,71	4,57	2,5	2,5	2	2	2	2,25
7	2,86	3,71	3	3	2	2	4	3,5
8	2,57	3,57	3	3,5	2	3	3,75	3,75
9	2,71	3,14	3	3,5	1,8	2	4	4
10	3,14	2,57	3,5	3,25	1,6	1,8	4,75	5
11	2,14	2,29	3,5	3,25	2	2	3,5	3,75
12	3,71	3,14	3,75	3,5	2	2	3,5	4
13	2,71	1	2,5	1,5	2,6	3,4	5	5
14	3,14	2,57	2,25	2	4,2	3,6	4	4
15	2,43	3,14	3,75	3,75	1,4	1,8	4,25	4
16	3,86	2,29	4,75	2,25	4	1,8	4	4,5
17	4,14	2,14	2,5	4,25	1	2,4	2,75	4,5
18	4	3,29	4,5	2,75	2,8	2	3,75	3,5
19	3,14	2,86	3,5	2	2	2,8	3	4
20	2,86	3,43	2	4,75	3	2	4	4
TOTAL	3,2	3,16	3,28	3,15	2,24	2,27	3,71	3,86
N	20	20	20	20	20	20	20	20
Desviación estándar	.54	.86	.55	.71	.81.	.65	.67	.60

La tabla 6 muestra la media de cada factor en pretest y postest relacionado con el sexo.

**TABLA 6, EL SEXO VS. CADA FACTOR**

SEXO		TEMOR PRETEST	TEMOR POSTEST	ENFOQUE PRETEST	ENFOQUE POSTEST	ESCAPE PRETEST	ESCAPE POSTEST	ACEPTACIÓN PRETEST	ACEPTACIÓN POSTEST
MUJER	MEDIA	3.36	2.81	2.75	2.71	2.47	2.63	3.75	4.21
	N	6	6	6	6	6	6	6	6
	S	.56	.67	.63	.78	1.32	.75	.69	.56
HOMBRE	MEDIA	3.13	3.31	2.73	2.70	2.14	2.11	3.70	3.71
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
	S	.54	.91	.54	.72	.50	.56	.70	.62
TOTAL	MEDIA	3.20	3.16	2.74	2.70	2.24	2.28	3.71	3.86
	N	20	20	20	20	20	20	20	20

	S	.54	.86	.55	.72	.81	.65	.68	.63
--	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Los datos presentados a continuación pertenecientes a la tabla 7 (media de actitud hacia la muerte en pretest y postest por sujeto) arrojaron lo siguiente:

**TABLA 7  
MEDIA DE ACTITUD HACIA LA MUERTE EN PRETEST Y POSTEST POR SUJETO**

SUJETO	ACTITUD ANTE LA MUERTE PRETEST	ACTITUD ANTE LA MUERTE POSTEST
1	3.05	3.70
2	2.80	3.15
3	3.30	3.20
4	3.25	3.35
5	3.15	3.05
6	2.70	3.05
7	2.90	3.10
8	2.75	3.45
9	2.80	3.10
10	3.15	3.00
11	2.65	2.70
12	3.25	3.25
13	3.10	2.50
14	3.40	3.00
15	2.80	3.10
16	4.10	2.60
17	2.75	3.10
18	3.75	2.90
19	2.90	2.90
20	2.95	3.45
TOTAL	3.0775	3.0750

**3.-PRUEBA t PARA LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS ENTRE EL PRETEST Y EL POSTEST ADEMÁS DE CADA FACTOR.**

Para analizar la diferencia entre los porcentajes obtenidos en el pretest y en el postest, para la diferencia de medias, fue utilizada la prueba t de Student (ver tabla 8). La cual indica que no existió una diferencia significativa en base a la tabla de medias por sujeto.

**TABLA 8 PRUEBA t DE MUESTRAS RELACIONADAS**

		Prueba de Pares				t	gl	Sig. (2-colas)
		Media	Desviación estándar	Error Estándar de la Media	95% Intervalo de confiabilidad De la diferencia			
					Mínimo	Máximo		

Par 1	Actitud hacia la muerte Pretest- Postes	-2.50e-03	.53	.12	-.25	.25	-.021	19	.983
-------	---	-----------	-----	-----	------	-----	-------	----	------

La siguiente tabla (tabla 9) muestra que no existió una diferencia de medias significativa en los factores, sin embargo, se presenta una leve disminución en los factores 1 y 2 correspondientes a temor y enfoque; un ligero aumento en los factores 3 y 4 que corresponden a escape y aceptación respectivamente.

**TABLA 9 ESTADISTICOS DE MUESTRAS RELACIONADAS DE PARA CADA FACTOR**

	FACTORES	MEDIA	N	DESVIACIÓN ESTANDAR	ERROR ESTANDAR DE LA MEDIA
FACTOR 1	TEMORPRE	3.20	20	.54	.121
	TEMORPOS	3.16		.86	.192
FACTOR 2	ENFOQPRE	2.74		.55	.123
	ENFOQPOS	2.70		.71	.159
FACTOR 3	ESCAPEPRE	2.24		.81	.180
	ESCAPEPOS	2.28		.65	.146
FACTOR 4	ACEPTAPRE	3.71		.67	.151
	ACEPTAPOS	3.86		.60	.141

La tabla 10 indica que no existe diferencia significativa en los tres primeros factores entre el pretest y el postest, sólo en el último.

**TABLA 10 CORRELACIONES DE MUESTRAS RELACIONADAS**

		N	CORRELACIÓN	SIG.
PAR 1	TEMORPRE-TEMORPOS	20	.175	.460
PAR 2	ENFOQPRE-ENFOQPOS		.265	.259
PAR 3	ESCAPEPRE-ESCAPEPOS		.350	.130
PAR 4	ACEPTAPRE-ACEPTAPOS		.682	.001

La prueba t de cada factor evidencia que no existe una diferencia significativa.

**TABLA 11 PRUEBA DE MUESTRAS RELACIONADAS**

		Diferencias Relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Error tip. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Pair 1	TEMORPRE - TEMORPOS	4,286E-02	,9340	,2089	-.3943	,4800	,205	19	,840
Pair 2	ENFOQUEP - ENFOQPOS	3,750E-02	,7791	,1742	-.3272	,4022	,215		,832
Pair 3	ESCAPEPR - ESCAPEPO	-3,0000E-02	,8417	,1882	-.4239	,3639	-,159		,875
Pair 4	ACEPTPRE - ACEPTOS	-,1500	,5219	,1167	-.3943	9,425E-02	-1,285		,214



# **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Aberastury, A. (1979) Desarrollo en psicoanálisis. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
2. Acevedo Martínez. Salvador, O., (1994) Intervención psicológica en la elaboración del duelo. Tesis UNAM. Licenciatura.
3. Alamilla Yáñez. Leonel, E., y Torres Ayala. Adolfo, (1997) Actitud hacia la muerte en ancianos en una comunidad urbana. Tesis UNAM. Licenciatura.
4. Alvarado, Garrido y Torregrosa (coordinadores), (1999) Psicología Social Aplicada. Ed. Mc Graw Hill, Madrid, España.
5. Amigos contra el SIDA, (2000) SIDA HOY 2000 México Ed. Amigos contra el SIDA
6. Aragón y Silva comp. (2004) “Evaluación Psicológica en el área Clínica”. Robles y Moreno evaluación psicológica en la prevención del VIH/SIDA UNAM FES Iztacala. Ed. Pax México. 1ª reimpresión. México.
7. Buendía Martínez R. (2001) Duelo: factores que lo obstaculizan o lo facilitan Tesina UNAM. Licenciatura.
8. Bustos. J y Velásquez. V, (2001) Actitud hacia la muerte en un grupo de ancianos institucionalizados. Tesis UNAM. Licenciatura.
9. CENIDS (2002) Práctica Médica Efectiva. VIH/SIDA. Boletín Febrero 2002 Vol. 4 No. 2
10. Charles, H. (1979) Historia de las religiones Ed. Siglo XXI Vol. 4,6 y 8 México
11. CONASIDA (2000) Curso abierto y a distancia sobre SIDA y ETS: introducción, definición y características del virus. Ed. CONASIDA México
12. CONASIDA (2000) Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales Ed. CONASIDA México
13. CONASIDA (2005) Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. Ed. CONASIDA México
14. Davidoff. L., (1999) Introducción a la Psicología. México Mc Graw-Hill
15. Deutsch, M. & Krauss, R. M: (1990) Teorías en psicología social. México. McGraw-Hill

16. Diccionario de etimología inglesa (2000)
17. Diccionario práctico de la lengua española (1999).
18. Diccionario Larousse (2000)
19. Galimberti, U. (2002) Diccionario de Psicología. Siglo XXI México.
20. Gamietea. M., (1985) El aislamiento en los ancianos. Tesis UIA. Maestría.
21. Garibay. M. (1999) Cuando un amigo se va...(A los que lloran un ser querido). México. Grupo editorial Tomo.
22. Garnica. E., Giorgana. A., y Sánchez. S., (1982) Actitud hacia la muerte en cuatro grupos de edades diferentes, de ambos sexos, nivel socioeconómico medio alto y alto y de religión católica. Tesis UIA. Licenciatura.
23. Godínez Ibarra. Antonia. (1994) El proceso del duelo y su relación con el VIH/SIDA. Tesis UNAM. Licenciatura.
24. González (1981) La educación de la Creatividad. México, Ed. Gedisa
25. Hollander, E. (2000) Principios y métodos de Psicología social. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
26. Hovland (2000) Teorías de Psicología Social. México Ed. Gedisa
27. Islas, M:C & Basurto, B.R.(1993) Actitud hacia la muerte en la práctica de terapeutas mexicanos Tesis UIA Licenciatura.
28. Izazola, J (1996) SIDA: estado actual del conocimiento basado en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA en Vancouver, Canadá México. Ed. Fundación Mexicana para la Salud A. C.
29. Javiedes, M. (1990) Postulados básicos en torno a la información y cambio de actitudes. Programa de publicaciones de material didáctico. Fac. de Psicología. UNAM.
30. Javiedes, M. (1991) Resistencia actitudinal. Programa de publicaciones de material didáctico. Fac. de Psicología. UNAM.
31. Javiedes, M. (1997) Cambio de actitudes. Programa de publicaciones de material didáctico. Séptimo y noveno semestre Fac. de Psicología. UNAM.
32. Klineberg (1973) Psicología Social. México Prentice-Hill
33. Kubler-Ross, E (1985) Paciente terminal y muerte. Barcelona. Ed. Doyma.
34. KÜBLER-ROSS, Elisabeth: "La muerte: un amanecer" - Edic. Luciérnaga - 1991

35. Kubler-Ross, E (2000) Una luz que se apaga México. Ed. Pax México
36. Kubler-Ross, E. (2002) SIDA: el gran desafío Barcelona. Ed. Martínez Roca.
37. Laplanche, J. Y Portalis, J. (1993) Diccionario de psicoanálisis. Barcelona .Ed. Labor.
38. Leep, I. (1967) Psicoanálisis de la muerte Buenos Aires. Ediciones Carlos Lohlé.
39. Lewis, A. (2000) Test psicológicos y evaluación. Prentice Hill. México.
40. Mann, L. (2005) Elementos de Psicología Social Ed. Limusa. México
41. Miller, D. (1992) Viviendo con SIDA y VIH. Ed. Manual moderno. México.1ª. reimpresión.
42. Moscovici Sergei (1993) Psicología Social. Tomo I Barcelona, España. Ed. Paidós
43. Muñoz García, Alfredo. (1993) Psicología de la muerte, intuición y significación. Tesis UNAM. Licenciatura.
44. Myska. M. (1978) Death attitudes of residencial and non residencial rural aged persons. Psychology reports.
45. O`connor N. (1997) Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo. Ed. Trillas. México.
46. Perlmann. D. y Cozby. C. (1995) Psicología Social. México. McGraw-Hill
47. Ramírez & Sánchez (1996) Actitud hacia la muerte comparando dos grupos policiales: policías federales de caminos en activo y aspirantes a policías de judiciales del D.F. Tesis. UNAM Licenciatura.
48. Ribera, J.M. (2000) Reflexiones sobre la propia muerte. España. Ed. Mezquita.
49. Robles, T. (1987) El enfermo crónico y su familia, propuestas terapéuticas .Ed. Nuevo Mar. México
50. Rojas Ávila, J (2000) Ansiedad consciente e inconsciente hacia la muerte en pacientes seropositivos al VIH/SIDA: un estudio exploratorio. Tesis UNAM Licenciatura
51. Rojo y Negrete (2000) Un pésame para consolar. México. Ed. Renacimiento.
52. Salazar, et.al (1999)Psicología Social. México Ed. Trillas.
53. Salinas, J. S. (2002) Manual de prácticas del SPSS versión 10 para Windows 95. México UNAM Fes Zaragoza.
54. Satir, V. (1991) Hacia una comunicación integral. México Ed. Pax Mex.



55. Schwartzberg-Pierre y Vinasson-Ponte (1978) Cambiar la muerte. Barcelona. Ed. Gedisa
56. Sepúlveda, A. J. Bronfman, M. Ruiz, P. Stanislawski, E, y Valdespino, J. L. (2000) SIDA, ciencia y sociedad en México. México. FCE.
57. Sequeiros, S. (1991) La actitud hacia la muerte en ancianos institucionalizados. Tesis UNAM. Maestría.
58. Sherr, L. (1992) Agonía, muerte y duelo. Ed. Manual moderno. México.
59. Silva, M. y Kamico, Y. (1985) Religión y actitud hacia la muerte en un grupo de ancianos. Tesis UNAM. Licenciatura.
60. SSA (2001) Registro Nacional de Datos de Casos de VIH/SIDA. Dirección General de Epidemiología.
61. Vander (2000) Manual de Psicología Social Ed. Paidós. México
62. Velasco y Luna (2006) Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja Ed. Pax México
63. Whittaker, J. (2002) La psicología social en el mundo de hoy. Trillas México
64. Wonder, J. W (1991) El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Ed. Paidós.
65. Young, K. (1977) Psicología de las actitudes. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
66. Zimbardo, P. (1969) Influencing attitudes and change behavior. California: Addison- Wesley.
67. Zimbardo, P. (2000) Psicología y Vida. Trillas México

#### REFERENCIAS DE INTERNET

68. Colell Brunet et. al (2003) [www.vaim.edu.mx](http://www.vaim.edu.mx)
69. Gala León et. al (2003) [www.cucs.udg.mx/invsalud](http://www.cucs.udg.mx/invsalud)
70. Gomez Galindo (2003) <http://foros.kaliman.com.mx>
71. Hernández Cabrera et. al (2002) [www.me.org.mx/revistalux](http://www.me.org.mx/revistalux)
72. Rodríguez (2001) [www.istmoenlinea.com.mx/articulos](http://www.istmoenlinea.com.mx/articulos)
73. <http://tanatologia.org/>
74. <http://www.entornomedico.net/tanatologia/modul>
75. <http://es.wikipedia.org/wiki>

# ANEXOS

## ANEXO 1

### DINÁMICAS

1ª Sesión:

#### 1.- El juego de Bingo

Objetivo: crear un ambiente propicio para el curso permitiendo el rapport entre los participantes y las investigadoras.

Descripción: se distribuyen tarjetas u hojas de “bingo” ya preparadas y se pide a cada persona que recorra el salón hasta que encuentre otra persona cuya descripción coincida con la de la tarjeta. Esta otra persona, después pone su nombre en el espacio correspondiente.

Material requerido: tarjetas de bingo, una por persona, lápices o plumas.

Tiempo aproximado: 30 minutos.

#### a) Corrillos

Objetivo: que los participantes se conozcan entre ellos e intercambien sus expectativas acerca del taller.

Descripción: se forman grupos de 4 ó 5 personas, se les proporciona una hoja de rotafolio y plumones, se les da la indicación de “anotar que esperan obtener con relación al taller”, después del consenso entre ellas se anotan sus conclusiones en las hojas.

Duración: 30 minutos.

2ª Sesión

#### 2.- Cacería de firmas

*Primera parte*

Objetivo: que las participantes reconozcan lo accesible que resulta el contagio del VIH/SIDA.

Descripción: se distribuyen tarjetas entre los participantes y se les da la siguiente instrucción: “no enseñen la tarjeta a los demás, es personal, así que nadie más que ustedes lo tiene que leer”.

A continuación se les pide que recolecten tres nombres o firmas en el reverso de su tarjeta, es decir, cada uno deberá tener tres nombres de tres personas diferentes en su tarjeta. Al obtenerlas regresar a su asiento.

Una vez terminado se les pide a la persona que tiene en su tarjeta “siga las instrucciones, gracias”, que se ponga de pie, se pregunta “¿quién (es) firmaron o le firmaron en su tarjeta?”, también se ponen de pie, otra vez se pregunta “¿quién (es) firmaron o le firmaron en su tarjeta?”, así sucesivamente hasta que el grupo este de pie. Entonces se les explica que cada firma significa una relación sexual, después se les dirá

que aquel en cuya tarjeta esta escrito *gracias* es portador asintomático del VIH/SIDA, así que todos los que tienen su firma o la firma de alguien a quien le firmo él, han estado en contacto con el virus del VIH/SIDA. Se dará tiempo para que reflexionen al respecto y se le pedirá al participante que es portador que exprese sus sentimientos.

A los que tienen la tarjeta “siga las instrucciones C”, se les dirá que pueden estar tranquilos, ya que significa que tuvieron relaciones con condón, los que su tarjeta tengan “no siga las instrucciones”, a los que participaron se les preguntará: ¿por qué no siguieron la instrucción que venía en su tarjeta? Y se reflexionará con base en su participación, con el fin de hacer comprender lo fácil que es convencer a alguien para tener relaciones sexuales sin protección.

Se sugerirá que se hagan la prueba de detección del VIH/SIDA.

Material: tarjetas con las instrucciones mencionadas, plumas.

Duración 45 minutos.

### *Segunda parte*

Objetivo: que los participantes experimenten la situación de recibir un posible resultado positivo.

Descripción: se retomará de la primera parte la realización de la prueba de detección de VIH/SIDA. Se someterá al grupo, a los pasos a seguir cuando se va a una institución gubernamental a realizar dicha prueba. Se reflexionará en los sentimientos que aflorarán al saberse tal vez portadores de dicha enfermedad.

Material: sobres tamaño carta, hojas blancas, hojas con la inscripción “POSITIVO”.

Duración: 20 minutos.

### 3ª Sesión

#### 3. Rituales mortuorios.

Objetivo: que los participantes intercambien los diversos rituales de los cuales tienen referencia de acuerdo a sus costumbres o cultura.

Descripción: se formará un círculo, se les solicitará a los participantes ejemplos de rituales mortuorio, (las formas que conocen para despedirse de sus muertos, ¿cómo son los sepelios y los velatorios a los que han asistido?), se procederá a anotarlos en las hojas y se anexarán también los que las investigadoras propongan. Por último se explicará la función de participar en estos rituales y se reflexionará.

Materiales: Hojas de rotafolio, plumones.

Duración: 20 minutos.

#### b) Lluvia de ideas

Objetivo: compartir las experiencias de los participantes acerca de la muerte.

Descripción: se les preguntará a los participantes ¿has sufrido la muerte de un familiar o conocido? Se escucharán a los participantes de manera respetuosa y atentamente. Para finalizar se hará un breve resumen sobre los sentimientos exteriorizados durante el ejercicio.

Duración: 30 minutos.

#### 4. Perdón y reconciliación.

Objetivo: que los participantes enfrenten la culpa y los sentimientos no exteriorizados en sus experiencias sobre muerte.

Descripción: se les sugerirá que retomen los sentimientos que exteriorizaron en la actividad anterior. Se dará tiempo para que reflexionen sobre éstos, en silencio y si es posible con los ojos cerrados; mientras se coloca un maniquí envuelto en la sábana sobre una mesa, rodeado por cuatro velas, después se hará mención de que la persona que se encuentra ahí representa a su ser querido que murió o está a punto de morir y se les permitirá que se desahoguen. Siempre con la atención de las investigadoras.

Material: Sábana, maniquí, mesa, velas, pañuelos desechables.

Duración: 30 minutos

#### 4ª Sesión.

#### 5. Yo y mi pérdida.

Objetivo: sensibilizar a los participantes para que identifiquen las diferentes etapas de sufrir una pérdida.

Descripción: sentar cómodamente a las participantes junto con un pluma, dar la instrucción “anotar 5 pertenencias importantes materiales y 5 personas importantes para cada una”.

Una vez que terminaron de anotar lo que se les pidió, se les dirá que las coloquen boca abajo en el piso y que las revuelvan; a continuación una de las investigadoras fungirá el papel de “el destino” y pasará a quitar una o más tarjetas a los participantes, se realizarán 4 rondas con el fin de dejar 3, 2, 1 ó ninguna tarjeta.

Finalmente se les dará tiempo para reflexionar sobre las tarjetas que les quedaron y por último se anotarán los sentimientos generados por la dinámica.

Material: Cobijas, tarjetas blancas, lápices o plumas, hojas de rotafolio y plumones.

Duración 50 minutos.

5ª Sesión.

c) **Lluvia de ideas.**

Objetivo: que los participantes reconozcan el proceso de recuperación que provoca una pérdida.

Descripción: se sentará a los participantes en círculo para retomar los sentimientos que en la sesión anterior aparecieron, se anexarán los sentimientos surgidos entre sesión y sesión, para reflexionar sobre estos.

Materiales: hojas de rotafolio y plumones.

Duración 30 minutos.

6. Y tú, ¿en qué etapa estas?

Objetivo: que los participantes identifique la etapa de duelo en la que se encuentran.

Descripción: se utilizarán las hojas de rotafolio donde se expusieron las etapas de duelo, se les dirá a los participantes que respondan de forma sincera la hoja que contiene las preguntas: ¿qué sentimientos te genera la enfermedad de tu familiar?, y ¿en qué etapa del duelo te ubicarías? Para fomentar la libre expresión se recalcará que no será necesario ponerle nombre, al terminar se recogerán las hojas con los comentarios, se leerán al azar para que el grupo diga si esta de acuerdo o no y por qué.

Material: hojas ya elaboradas, lápices y hojas de rotafolio de la exposición.

Duración: 30 minutos.

6ª Sesión

Película “Es mi fiesta” (It’s my party).

Objetivo: se pretende resumir el contenido del taller con el fin de enfrentar a los participantes con su pérdida y observar si el objetivo de este se cumplió.

Duración: 2 horas.

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO

La finalidad del siguiente cuestionario es exclusivamente científico, por lo que es necesaria su identidad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar. A continuación se presentan diferentes posibilidades de respuesta, a cada una de ellas le corresponde un número; marque con una X el número que coincida con su opinión. AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN.

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

¿Ha vivido alguna muerte cercana hace menos de 6 meses? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- 5 Completamente de acuerdo
- 4 De acuerdo
- 3 No tengo opinión al respecto
- 2 En desacuerdo
- 1 Completamente en desacuerdo

1.-Yo veo a la muerte como un paso a un lugar eterno y de bendición.

5                      4                      3                      2                      1

2. Estoy cansado de vivir.

5                      4                      3                      2                      1

3. Me preocupa una muerte violenta.

5                      4                      3                      2                      1

4. La muerte es simplemente parte del proceso de la vida.

5                      4                      3                      2                      1

5. Yo ni le temo a la muerte ni la deseo.

5                      4                      3                      2                      1

6. No veo ningún propósito o sentido en prolongar esta vida.

5                      4                      3                      2                      1

7. Temo a una muerte dolorosa.

5                      4                      3                      2                      1

8. Encuentro difícil enfrentarme con la realidad de la muerte.

5                      4                      3                      2                      1

5 Completamente de acuerdo  
 4 De acuerdo  
 3 No tengo opinión al respecto  
 2 En desacuerdo  
 1 Completamente en desacuerdo

9. No veo motivo alguno de por qué preocuparse acerca de la muerte.

5 4 3 2 1

10. Me preocupa morir fuera de tiempo.

5 4 3 2 1

11. Yo espero una vida después de la muerte.

5 4 3 2 1

12. Siento que no hay nada que lograr en este mundo.

5 4 3 2 1

13. Yo creó que estaré en el cielo después de que muera.

5 4 3 2 1

14. Temo a una muerte lenta.

5 4 3 2 1

15. La muerte me es indiferente.

5 4 3 2 1

16. Me molesta pensar en lo corta que es la vida.

5 4 3 2 1

17. Temer al dolor tiene sentido, pero la muerte es sólo un alivio del dolor.

5 4 3 2 1

18. Yo creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.

5 4 3 2 1

19. El prospecto de mi propia muerte me provoca ansiedad.

5 4 3 2 1

20. Yo veo a la muerte como un alivio de las vicisitudes de esta vida.

5 4 3 2 1