



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

Agradezco a.

Dios

Por darme la oportunidad de vivir experiencias que me hacen creer y ser mi apoyo en momentos difíciles.

**a mi familia
amigos**

que me apoyaron durante la realización de este trabajo

En particular a:

**Jesús Silva
Juan Berriozabal
Rubén Lara
Rodolfo Corona
Alfredo de León**

por sus comentarios, orientación y tiempo brindados

Un reconocimiento especial a:

Ulises Ortiz

quien me ha apoyado en todo momento difícil y ha tenido una paciencia enorme para conmigo, sobre todo por ser tan lindo, cariñoso y especial para mí.

Zuleica Ruiz Gallegos

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	
CAPITULO 1. EUTANASIA	5
1 1 RESEÑA HISTORICA DE LA EUTANASIA	6
1 2 DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES	14
1 3 MARCO JURÍDICO	17
1 4 MARCO MEDICO-ÉTICO	22
1 5 MARCO RELIGIOSO	25
1.6 MARCO PSICOSOCIAL	29
1 7 CASOS CLÍNICOS	34
CAPITULO 2. ASPECTOS TEÓRICOS	
2 1 PERCEPCIÓN SOCIAL	40
2 2 TEORÍAS Y MODELOS	44
CAPITULO 3. CARACTERÍSTICAS DEL VIH/SIDA	
3 1 DIFERENCIA ENTRE VIH y SIDA	52
3 2 ASPECTOS BIOQUÍMICOS	54
3.3 FASES DEL VIH/SIDA	56
3.4 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN	58
3 5 VÍAS DE NO TRANSMISIÓN	60
3.6 MÉTODOS DE DETECCIÓN DEL VIH	61
3.7 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	63
CAPITULO 4. CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL VIH/SIDA	
4.1 SIDA Y SOCIEDAD	68
4.2 FACTORES BIOLÓGICOS	69
4 3 FACTORES SOCIALES	70
4.4 FACTORES EMOCIONALES	72
4 5 FACTORES ECONÓMICOS	84
4.6 EL VIH/SIDA ANTE LA SOCIEDAD	87
4 7 CASOS CLÍNICOS	91

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En la actualidad uno de los temas más polémicos es el de la eutanasia, el cual se retoma en esta investigación. Al respecto es posible observar que existen antecedentes de prácticas eutanásicas en el pasado.

Al discutir sobre la eutanasia es necesario hablar de otros temas que se encuentran vinculados como el aspecto social, el jurídico, el médico, el emocional y familiar, etc.

Es delicado hablar de eutanasia, ya que "entra en juego la vida". Además, en México la eutanasia no está legalizada, lo cual influye en la opinión que pudiera tener la gente al respecto.

Es importante remarcar que la eutanasia se piensa en áreas específicas, es decir, por lo general se pretende recurrir a ella en casos "irremediables" y desesperados, como cuando existen enfermedades devastadoras y sin cura. Pero aún cuando ya estamos a fin de siglo, la eutanasia es vista como un mito o tabú. Aún no se ha tomado en consideración al ser humano como libre de decidir hasta donde quiere o puede llegar.

Sin embargo, la humanidad se ha topado con enfermedades incurables, en donde las personas experimentan un sentimiento de impotencia ante ellas, pues la medicina existente no cubre las necesidades actuales, y la esfera emocional resulta afectada por el impacto que esto implica.

Esto es un golpe más a la seguridad que se creía había a fines del siglo XX, ya que se pensaba que la mayoría de las enfermedades estaban controladas, como las transmisibles y habían dejado de ser una amenaza. Sin embargo, en tiempos modernos se ha encontrado que no es así, ejemplo de ello es el VIH/SIDA (Organización Panamericana de Salud, 1993).

El VIH/SIDA se ha convertido en una de las epidemias más graves en los últimos años, que se ha propagado rápidamente. Ha demostrado tener un impacto significativo sobre la sociedad y en aspectos como el religioso, biológico, médico, económico, entre otros. En éste último, el impacto es considerable, pues

la mayoría de las personas infectadas no cuentan con recursos para solventar los gastos requeridos para controlar médicamente la enfermedad. Además de las consecuencias psicosociales, familiares que trae consigo el VIH/SIDA.

Cuando un individuo se entera que padece una enfermedad sin cura, se manifiestan consecuencias sociales y personales considerables. Por ejemplo, cuando una persona se entera de su diagnóstico de VIH/SIDA pasa por un proceso difícil, tanto en su interior (psicológicamente) como en su exterior (socialmente), ya que dicha enfermedad se encuentra estigmatizada. Socialmente se rechaza a toda persona que padece VIH/SIDA, esto va produciendo un deterioro emocional muy grande en la persona infectada, pues se desgasta su propia imagen, cambia el tipo de vida que venía practicando (con la enfermedad se presentan cambios considerables en el cuerpo, en la forma de pensar y percibir el mundo; así su vida se torna diferente, tal vez ya no se siente tan feliz como antes, el salir a divertirse ya no es tan frecuente, ahora debe tener mayores cuidados, tomar medicamentos y prevenir ciertos riesgos que podrían traer enfermedades oportunistas, las cuales podrían acercarlo a la muerte. Las relaciones sexuales ya no serán tan frecuentes y con quien deseen, ya que ahora se deben tener mayores cuidados, la vida cambia sin lugar a dudas). Aunado a esto, se presenta la negación, depresión, temor, ansiedad, miedo ante la enfermedad y la agonía, etc. Además, se alejan los amigos, compañeros y aún los familiares, se pierde el empleo y se tiene el rechazo de la sociedad. Así mismo se le tacha de ser homosexual, drogadicto (a), de practicar la prostitución, en ocasiones de ser una persona que se encuentra cargando con un castigo divino como consecuencia de la mala vida que ha llevado

Tras este panorama, la esfera emocional resulta terriblemente dañada. Problemas referentes al aspecto laboral y económico hacen más difícil la situación. En tales casos, la persona con VIH/SIDA se siente sola, sin esperanza, deprimida, y en algunos casos presenta deseos de morir.

De esta forma el VIH/SIDA se ha convertido en uno de los problemas más graves en el mundo. En países como Australia, Colombia, y Holanda se ha legalizado la eutanasia y se ha puesto especial atención al sufrimiento (físico y psicológico) de la persona enferma.

Se han tenido ciertas consideraciones hacia las personas que sufren una enfermedad incurable o que se les ha declarado "desahuciados", ya que la persona infectada sabe que su cuerpo está cambiando y no encuentra forma de detener esa enfermedad que le causa sufrimiento y que concluirá con la muerte.

Al respecto, en México se han tenido muchas trabas al hablar de eutanasia, y su legislación está lejos de realizarse por la ideología religiosa y ética que existe en el país, la cual rechaza enérgicamente la eutanasia. Sin embargo, es importante considerar que en México también hay personas con enfermedades incurables, "desahuciadas", las cuales sufren un desajuste físico y emocional a causa de la situación que viven. Por lo tanto resulta válido cavilar y opinar sobre la muerte, sobre todo si se trata de la propia muerte. Pues como menciona Kraus (1995), es necesario considerar al ser humano como ente independiente y con principios, " .. un ser autónomo, al que por añadidura debe permitírsele toda decisión y discusión sobre su último destino".

Así, a través de la psicología como disciplina que estudia el comportamiento humano dentro de contextos con determinadas características, la presente investigación pretende conocer la percepción social que tienen las personas que se enfrentan al VIH/SIDA (enfermedad incurable) hacia la eutanasia (muerte voluntaria). Considerando que el VIH/SIDA y la eutanasia tienen sus propias implicaciones: sociales, religiosas, emocionales, etc.

En este tema, la percepción es muy importante ya que las relaciones humanas están basadas en la percepción propia percepción. La percepción indica y guía el actuar, pensar y el comportamiento hacia otros. " .. este proceso implica deducir los rasgos y emociones del otro, y definir las expectativas mutuas" (Pearlman y Cosby, 1985, p. 14a):

La percepción es de fundamental importancia en este trabajo, ya que se está retomando un tema delicado como es la enfermedad de VIH/SIDA, que se encuentra estigmatizada donde el ¿cómo veo al otro? es eje central. es obvio que cuando una persona se encuentra infectada de VIH/SIDA, cambia la forma en que se percibe y percibe a los demás, además percibe lo que otras personas perciben de ella. Perciben rechazo, alejamiento, burlas, miedo, entre otros; es decir las relaciones humanas dan un gran giro. La persona infectada se enfrenta a un

nuevo mundo, a una nueva vida, como consecuencia cambiará su manera de comportarse y relacionarse. Ante esta panorámica, resulta interesante el estudio sobre la percepción social presentada ante la eutanasia cuando se padece una enfermedad hasta ahora incurable

I

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

EUTANASIA

1. EUTANASIA

1.1 RESEÑA HISTÓRICA DE LA EUTANASIA

El fenómeno de la eutanasia no es algo incipiente del siglo XX; como a continuación podrá observarse, diversas notas históricas han dejado visualizar la historia de la humanidad matizada de prácticas similares a la eutanasia. Efectivamente, a este tipo de prácticas todavía no se le conocía ni se les había asignado el nombre.

La definición etimológica de la palabra eutanasia, es la de "buena muerte o muerte tranquila". (García, 1986, p.14), derivándose de las raíces griegas *EU*, que significa "bueno" y *THANATOS*, "muerte". Esta definición, por sus raíces es universal, por lo tanto, no se le puede atribuir a un solo autor

La eutanasia se ha convertido en un tema complejo para discutir, porque engloba quizás, como ninguna otra materia, cuestiones más allá de las prácticas. Estas prácticas se han convertido en un problema ético y médico principalmente, debido al delicado tema de la vida y la muerte en los seres humanos. Este fenómeno, como se ha mencionado, no es reciente, en algunas culturas ya se realizaban prácticas similares

Al realizar un recuento histórico, se encuentran datos apoyando la suposición de una práctica indirecta de la eutanasia. Los griegos, por ejemplo, fueron los primeros en aceptar el suicidio bajo ciertas condiciones; al suicidio le daban una connotación de dignidad, también a otras prácticas que conllevan un tipo de eutanasia, como "el administrar veneno a quienes lo solicitaron para poner fin a sus sufrimientos" (Kraus, 1993, p.33). Esta última frase deja ver, por un lado, que existía ya la noción de una muerte intencionada para "poner fin a sus sufrimientos" (lo que se pretende ahora con la eutanasia), pero no especifica si el sufrimiento es físico o psíquico. Por otro lado, el suministrar veneno a los dolientes, no era una garantía de que ya no sufriría, por el contrario, tal vez no sería una muerte "buena o tranquila".

Por otro lado, el suministrar veneno a los dolientes, no era una garantía de que ya no sufriría, por el contrario, tal vez no sería una muerte "buena o tranquila"

García (1986) es otro autor que apoya la suposición de que los griegos fueron de los primeros en llevar a cabo prácticas de esta índole. Este autor contribuye con la siguiente recopilación de expresiones de filósofos griegos.

PLATÓN.- En su celebre obra "La república" refiere los medios para suprimir la vida, que han de emplearse de manera selectiva para los hombres seniles, los débiles y los enfermos ..."que aquellos que no estuvieran sanos del cuerpo se les podía dejar morir"

ARISTÓTELES.- Consideró al suicidio como una ofensa al estado, sin embargo, mas adelante, el propio estado fomento su ejercicio con previa autorización del senado

EPICURO - Exponía su pensamiento diciendo que, "se debía hacer lo posible para que la vida fuera menos odiosa, y en el momento que esta fuera insoportable habría que terminarla". (Ibid p.14-15)

Como se puede observar, para los griegos el padecer una enfermedad dolorosa constituía una buena razón para dejar de vivir por lo cual equiparaban al suicidio como una forma de eutanasia. Pero no fueron los únicos, en aquel tiempo, los que practicaban un tipo de eutanasia. Según García (1986), llevó a cabo una revisión histórica acerca de los diferentes lugares y culturas que realizaban prácticas similares y encontró que, culturas tan antiguas como la de los celtas practicaban la eutanasia eugenésica como una medida del mejoramiento de la especie.

Además los egipcios parecían tener la costumbre de rematar a los heridos en combate, esto, para evitarles un mayor sufrimiento. También en la India, los incurables eran ahogados en las aguas sagradas del Río Ganges, y los habitantes de Laconia tenían por costumbre arrojar desde el Monte Tangeo a los niños deformes, a los decrepitos o a los ancianos.

Los estoicos (300 a.c.-200 d.c.) también reconocieron al suicidio como una alternativa en el momento en que la vida ya no era normal a causa de un dolor descomunal, de graves enfermedades o de anomalías físicas. Cabe mencionar que, así como los griegos, casi todas estas culturas consideraban el deterioro de la salud física como causa justa para propiciarles su muerte.

Por otro lado, los romanos también consideraban que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes para hacerlo. Para ellos, "vivir noblemente, implicaba morir noblemente también, consideraban que la eutanasia podría ser una buena opción". (Kraus, 1993, p 33).

La filosofía de los griegos clásicos, los estoicos y de otros más (como los que se han mencionado) influyeron en la conformación del concepto romano del suicidio como la manera de librarse de un sufrimiento insoportable, es decir, "como una forma de morir tranquilamente, como una especie de eutanasia, en su sentido etimológico" (Green, 1992 p 181)

Al respecto, es preciso mencionar a Seneca, filósofo romano quien menciona que "es evidente que el humano quiere alargar su vida, pero si el cuerpo deja de ser útil, ¿por qué no salvar su alma?. Quizás uno debería hacer eso un poco antes de que las fuerzas mermen y ya sea incapaz de hacerlo" (Barda, 1993, en Kraus, 1993, p 33)

De esta manera, puede notarse que griegos y romanos consideraban que la forma de morir constituía la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas existencias consumidas por la enfermedad y el sufrimiento. Como Green (1992) lo menciona, todas estas culturas lograron despojar al suicidio de muchos de sus primitivos horrores y supersticiones, hasta llegar a considerarlo como una práctica digna, puesto que bajo ciertas circunstancias, representaba el recurso más razonable y humana.

En las culturas americanas, las prácticas similares a la eutanasia son legendarias en ciertas comunidades. Al ser considerada como un acto piadoso, se ha ejercido con naturalidad en ciertas sociedades

De acuerdo a una investigación que realizó Kraus (1993), los indios de Aymara de Bolivia, suspenden los alimentos al enfermo terminal, a solicitud de éste sus amigos y familiares se reúnen con él para acompañarlo hasta que muera. Los esquimales cuando un enfermo o un anciano comunica a sus familiares su decisión de morir, estos lo complacen dejándolo solo a merced de las fuerzas de la naturaleza o de manera mas directa, poniendo fin a su vida.

En la región de México, se tiene el antecedente de los otomíes, menciona García (1986), sacrificaban a las personas que por incapacidades físicas no podían figurar entre la casta de los guerreros. Además, en la cultura de los chichimecas, "...cuando el curandero dictaminaba que el enfermo no tenía remedio, se limitaba a mitigar las molestias con cierto fatalismo de una y otra parte pero en un contexto de paz. Siempre había una yerba oportuna o una pócima. El paciente se apagaba calladamente en el seno de su familia y en el calor de su pobre morada". (Rodríguez, 1996, p 36).

Es preciso en estos momentos señalar un importante punto que surge, posteriormente, en torno a estas prácticas y corresponde a la filosofía judeocristiana, la cual condena a quien atenta contra su propia vida, pues se debe anteponer la voluntad de Dios a cualquier situación, por desesperada que esta sea. Hacia el siglo IV, San Agustín describió al suicidio como "detestable y abominable perversidad" (Green, 1992, p.182). Inclusive, la autora menciona que, la iglesia denegaba la celebración de funerales a los suicidas por haber cometido un acto contrario a la voluntad de Dios.

Más tarde, en el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino sentenciaba que "el suicidio no sólo es pecaminoso por violar el 6to. mandamiento, sino también el más peligroso de los pecados, ya que no deja tiempo para el arrepentimiento". (Ibid p. 182).

Posteriormente, durante la época del Renacimiento, a pesar de que la iglesia protestante y católica condenaban el suicidio, algunos filósofos, veían la eutanasia en forma positiva, (Montaigne, en Kraus, 1993, p 33) "la muerte voluntaria es la más hermosa y la más justa" .

Algunos filósofos, alrededor del siglo XIV, publicaban textos en los que mencionaban los terribles dolores que sufrían las personas con enfermedades incurables. Algunas personas conscientes de la penosa situación que atravesaban estos enfermos, se manifestaban a favor de que se interviniera para cortar la vida de la persona que sufría, si ese era su deseo. Green (1992), menciona que algunas de las prácticas que se realizaban para lograr el descanso de estas personas era el ayuno o que aceptaran la administración de algún tipo de drogas que les ayudara a morir; todo esto se realizaría a voluntad del enfermo, la cual debería de ser respetada por la sociedad.

De hecho, " pensadores de la talla de Bacon, More y Donne reconocieron el dilema que se presenta al tratar de mantener vivos a los pacientes a pesar de sus sufrimientos. Ellos fueron los primeros en apuntar lo que representaba la *nueva tecnología* de esos tiempos" (Kraus, 1993, p. 33).

Hasta el momento se ha enfocado la eutanasia casi exclusivamente desde el punto de vista de suicidio y con base en definiciones de culturas tan antiguas como la griega y la romana.

Todos estos pensamientos fueron retomados por Francisco Bacon, padrino y defensor del término eutanasia que en el siglo XVIII apoyó la "muerte buena" con el siguiente discurso: "Parecería que la función de los médicos es dar la salud y mitigar las torturas del dolor. Y esto debe hacerse, no sólo cuando el alivio del dolor produzca la curación, sino también cuando pueda conducir a una tranquila y sosegada muerte" (Ziegler, 1976, p. 345).

(Ravazi y cols. en Lanz, 1993. p. 81) "Bacon en 1620, utiliza ya el término de eutanàsia en el sentido de consuelo o alivio al momento de morir". Según García (1986, p.15) refiriéndose a Bacon, la define como: "la necesidad de abolir el sufrimiento por el camino mas accesible de privar la vida a un ser humano buscando una agonía buena y dulce" Cabe mencionar que, aunque haya sido considerado como el primero en utilizar este término, la práctica de la eutanasia data de muchos siglos atrás.

Posteriormente en el siglo XVIII, se publicó un ensayo póstumo del filósofo escocés, David Hume, titulado ***Sobre el suicidio***, donde acota que "cuando la vida se ha convertido en una carga, se requiere coraje y prudencia para que uno mismo termine su existencia" (Kraus, 1993, p 33).

Hasta aquí, es necesario recalcar que todavía no había una discusión sobre la forma de poner fin al sufrimiento del ser humano, permitiéndole una muerte digna, sin mayor consideración acerca de quién efectúe el hecho. la víctima de la dolencia (suicidio), el estado, la iglesia o algún familiar (suicidio asistido)

A lo largo del siglo XIX se registraron un gran número de manifestaciones en torno al tema de la eutanasia de manera más directa. Entre ellas, señala Green (1992), se encuentra la declaración de Carl Marx quien abogo por lo que el denomina "eutanasia médica" en donde criticaba a los médicos que trataban enfermedades y no a pacientes, por lo que en las fases finales abandonaban al enfermo cuando ya no tenía cura.

En 1889, un doctor de la época exhorto a los médicos a que no ignoraran las necesidades de los enfermos terminales, especialmente de los que sufrían, señalando que "el sufrimiento debe aliviarse con legalidad y justicia" (Hichock, en Kraus, 1993, p. 33). A partir de entonces y paulatinamente, médicos y escritores se referían al concepto del dolor físico y psíquico como una posible justificación para poner fin a la vida. En 1920, se publicó el libro "la destrucción de la vida carente de valor" de Hoche y Binding, donde abogan por "las ventajas económicas que resultarían al matar a pacientes cuya vida carecía de valor". Hitler basado en estas teorías decide eliminar a todas las personas que 'no son dignos de vivir' como, todos aquellos enfermos mentales que no eran capaces de ejercer su trabajo, personas con anomalías físicas, ancianos, los que llevaban más de cinco años en el hospital, los criminales que estaban internados, etc." (Ibid.). A esto se le ha llamado "eutanasia nazi". "Las dantescas interpretaciones que hicieron los nazis sobre la eutanasia han contribuido, sin duda, a algunos de los tabúes sobre esta" (Ibid.)

En Europa, antes de la década de los 40's las opiniones a favor de las prácticas eutanásicas ganaban terreno junto con la creación de asociaciones proeutánicas, que a parte de investigar sobre el tema y sus repercusiones

realizaban una labor ante las cortes para que fuese aceptada. Pero esta situación se vio interrumpida con el advenimiento del nazismo puesto que para los moralistas, la utilización de los métodos de tipo "eutanásico y eugenésicos (exterminio de personas por motivos raciales, por considerarlas desprovistas de valor ritual)" que se practicaban en los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial, fue argumento suficiente para evitarla" (García, 1986, p. 16)

También, se tienen datos en México referentes a suicidios en la República Mexicana (1973-1975). En un estudio realizado por la Dirección General de Estadística, el 12% de los suicidios fueron a causa de enfermedad grave e incurable, los cuales cubren el porcentaje mas alto entre los motivos que llevan a una persona al suicidio. En otro estudio hecho por Seager y Flood, que trata del análisis de 325 casos de suicidio registrados en Bristol de 1957 a 1961 se encontró que el 20% de los suicidios se dieron a causa de una enfermedad físico incapacitante (Nieto y Bravo, en Simposio Syntex, 1979)

Estos datos dan indicios, de que las enfermedades que causan dolor físico y moral muchas veces llevan a las personas a pensar en la eutanasia. Pero en los casos en que la eutanasia no está legalizada (como en México), no queda otra opción que la del suicidio. Este fenómeno se ha venido dando desde tiempo atrás, a pesar de la tendencia de la sociedad a considerar el suicidio como algo completamente anormal.

Así, en estos y otros estudios consideran el suicidio como un hecho que cubre un porcentaje muy alto "...el número de suicidios por enfermedades físicas incapacitantes o incurables en etapa final varía de unos estudios a otros, aunque en general no deja de ser numéricamente importante" (Ibid, p. 39).

Por lo tanto, cuando la eutanasia no está legalizada, las personas buscan la forma de terminar con su sufrimiento ante una enfermedad sin cura o que les provoca dolores físicos y además daño emocional (La forma de poner fin a todo ello es suicidándose o buscando clandestinamente un médico que les ayude a morir). Finalmente en estas condiciones, el poner fin a la vida equivale al suicidio, aún cuando la persona lo pida o este totalmente de acuerdo con ello.

Ya en el siglo XX surgen las primeras propuestas "serias" para hacer de la eutanasia algo legal. Diversas discusiones se presentaron tanto en Inglaterra, Estados Unidos y Holanda, entre otros países; en 1935, por ejemplo, se funda la Sociedad en Inglaterra para la eutanasia voluntaria, y en 1980 en los Ángeles California, se funda la Sociedad Hamlock para la defensa de la eutanasia.

Estas y otras asociaciones también se han encargado de publicar libros que van desde historias clínicas, historias y ética, religión, reformas legales, hasta tablas dosificadoras de fármacos para uso en tecnología. Las nuevas formas de tratar las enfermedades ha dado pie a que haya nuevas y tal vez diferentes formas de ver la eutanasia.

A continuación se presentan algunas conceptualizaciones y clasificaciones que se han hecho alrededor de la palabra eutanasia, las cuales darán un panorama más amplio.

1.2 DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES

Con la llegada de la tecnología médica moderna, cada vez resulta más difícil definir el concepto de muerte. Sin embargo se considera que existen tres tipos de muerte: Cardiopulmonar, Cerebral y Neocortical. Por lo tanto, en 1980, los comisionados de la Conferencia Nacional en Leyes Uniformes del Estado (Estados Unidos), establecieron el acta: se define muerte como el cese irreversible de funciones circulatorias y respiratorias, o el cese irreversible de todas las funciones del cerebro, incluyendo tallo cerebral. De acuerdo a los estándares médicos aceptados, esta definición (adoptada ahora en muchos estados) consideran a la muerte cardiopulmonar y cerebral como "muerte", pero no consideran a una persona en PVS (Estado vegetativo persistente) como muerte (Herrera, 1996).

La controversia acerca de la definición de muerte gira en torno a: el remover el apoyo de vida mientras la vida dependa de una atención determinada para la muerte cerebral. En el caso de la gente en PVS, mientras ellas estén o no legalmente muertas, las implicaciones para la eutanasia, el tiempo de trasplante de órganos y la ubicación de recursos médicos son también otros temas serios.

Históricamente, la eutanasia y el suicidio fueron practicados por gente que enfrentó torturas o serios daños (por ejemplo las guerras) y por estar más allá de la búsqueda de cuidado médico. Muchas culturas han enfrentado por siglos la eutanasia para enfrentar a su vez el proceso de muerte en una enfermedad grave. También las definiciones de eutanasia se han modificado a través del tiempo como se podrá observar.

Eutanasia "es la acción de inducir una suave y tranquila muerte", mencionado en el diccionario Oxford English y en el diccionario Webster en 1967, se define como "el acto de proporcionar una muerte indolora a las personas que sufren enfermedades incurables" (Kraus, 1993, p. 31).

El contenido de tales definiciones puede no ser explícito, puesto que la primera no describe en qué situación o a qué tipo de persona se le va a inducir a

tal acción; en la segunda definición se describe la situación, pero no se analizan los motivos por los cuales se indujo a tal acción

Por otro lado, el profesor holandés Peter V., la define como "La eutanasia es una acción deliberada por medio de la cual se acorta la vida de un paciente incurable, en favor de los intereses del mismo, el acto se lleva a cabo de tal forma que la muerte sobreviene rápida y apaciblemente". (Ibid).

Como se puede distinguir esta última definición nos aporta información más amplia sobre el tema ya que considera la situación del enfermo, así como las razones que lo llevan a tal acción.

Un aspecto diferente es el significado que la mayoría de la gente da al concepto de eutanasia, puesto que consideran que es "mercadeo de muerte, que es deliberado directamente matar a alguien que sufre para que no siga sufriendo" (Jonsen, 1992, p. 106)

Recientemente en un artículo de la revista Cirugía y Cirujanos, eutanasia se refiere "al procesamiento de la muerte de un enfermo terminal, que está desahuciado o tiene un atroz sufrimiento por su enfermedad, y él mismo o sus familiares, ante lo irremediable solicitan su muerte" (Gamboa, 1995, p. 29).

Esta última definición da una idea más amplia en cuanto al concepto de eutanasia, a diferencia de las anteriores; éstas definiciones nos llevan a considerar las diversas formas en que se divide la eutanasia; una de ellas es la citada en la Gaceta UNAM, la cual menciona que la eutanasia se divide en.

"Directa : en la que se busca la aceleración de la muerte por fármacos; **Indirecta** : con base en la suspensión de maniobras y fármacos necesarios para la vida del paciente; **Occisiva** : que se vale de medios o medicamentos que suprimen los dolores del enfermo y le abrevian la vida; y **Lentitiva** : que sin restarle un minuto de duración a la vida natural del enfermo le suprimen los dolores, privándole de la sensibilidad y la razón" (Gaceta UNAM, 1987, p.10).

En la revista Anestesia, se presenta la clasificación de eutanasia de la siguiente manera (Olivares, 1995, p. 221)

Eutanasia Activa : es la administración medica de un agente letal suministrado a una persona a solicitud propia para liberarlo del dolor

Eutanasia Pasiva es el retiro de apoyo medico en pacientes graves e irrecuperables que no presentan muerte cerebral.

Suicidio Asistido: el medico proporciona a un paciente los medios (una receta, un medicamento o un artefacto para suicidio farmacológico), en respuesta a una solicitud expresa del enfermo y con el consentimiento de que uso dará a dichos medicamentos"

Como puede notarse, en las clasificaciones anteriores, las formas en que se lleva a cabo la eutanasia son similares, aunque los términos de la clasificación sean diferentes, ya que eutanasia directa es igual a eutanasia activa; eutanasia indirecta es igual a eutanasia pasiva; occisiva es igual a suicidio asistido.

Martínez (1993, p. 81), otra clasificación es la siguiente, que fue tomada de la revista Psicología Iberoamericana, esta divide a la eutanasia en

"Voluntaria-Involuntaria; estos tipos de eutanasia se distinguen principalmente sobre el plano psicológico, como voluntario es el que se realiza a petición o con el consentimiento de la víctima e involuntaria cuando se lleva a cabo sin el consentimiento de la víctima; **Directa-Indirecta**; esta división se refiere al tipo de acción que se efectúa en el proceso; el primero se refiere a un acto deliberado que provoca la muerte; el segundo, la muerte resulta como efecto secundario de la acción".

Así, se presentaron las diversas definiciones y clasificaciones, referentes al término eutanasia. Como se puede observar todas se dirigen a un mismo objetivo: poner fin a la vida Pero es importante señalar otros aspectos que se encuentran vinculados, y que tienen gran peso sobre la aplicación de la eutanasia. A continuación se mencionarán éstos aspectos

1.3 MARCO JURÍDICO.

El fenómeno de la eutanasia ha causado polémica entre los países con respecto a su legislación.

Algunos juristas hablan del consentimiento de la víctima como causa de justificación, otros del móvil que guía al autor que comete esta muerte piadosa; y por último algunos postulan el perdón judicial. "En tanto que una persona puede renunciar a sus derechos mediante un acto declarado de su voluntad, se considera que el consentimiento por parte del lesionado, suprime la noción del delito". (Feuerbach, en Mora 1985, p. 65).

Entre los juristas que han hablado sobre el móvil de aquel que practique la eutanasia, se encuentra Ferri (Ibid. p. 65) considerando que cuando los móviles son inmorales, antijurídicos y antisociales, entonces esa acción debe ser castigada; pero si en su defecto, los móviles son todo lo contrario, el hecho no es punible.

Jiménez Asua (1962), propone una teoría del perdón judicial de la eutanasia, la cual se resume de la siguiente manera: "Demos al juez facultades de perdonar, pero no en forma de perdón legal, sino en forma amplia y generalizadora, de verdadero perdón judicial. El precepto pretista que postuló ser amplio, concediendo al juez facultad de perdonar cualquier delito, incluso los objetivamente graves, siempre que el sujeto revele sociabilidad de los motivos y nulo estado peligroso"

A pesar de todos los argumentos planteados hasta el momento, la eutanasia, sigue sin ampararse en causa justificativa de clase alguna, por lo cual es considerada como delictiva. Sin embargo, cabe mencionar que en algunas naciones, en donde la practica de este recurso rebasa lo dispuesto por su normatividad jurídica, se ha puesto en discusión cada vez más intensa, tanto que se ha plasmado en documentos como el Proyecto Alternativo Alemán sobre Eutanasia en 1986 y el Proyecto Gubernamental Holandés de 1986 (Green, 1993, p. 183).

El primero despenaliza en casos excepcionales, y el segundo defiende abiertamente la eutanasia directa .

Incluso en febrero de 1993, Holanda se convirtió en el primer país en aprobar una ley de eutanasia, que entró en vigor en 1994. Dicha ley, "permite la práctica de la eutanasia, a condición de que previamente se cumpla rigurosamente con 28 reglas establecidas; de no cumplirse éstas, se considera como un delito que amerita una pena máxima de 12 años de cárcel". (Herrera, 1996, p. 30).

No obstante, antes de llegar a tales proyectos, se registraron antecedentes, a los cuales debe hacerse referencia, en particular por lo que se refiere a la existencia de preceptos sobre impunidad cuando se ha privado a alguien de la vida por consideraciones esencialmente humanitarias. Así, "Los códigos penales danés y suizo de 1930 y 1942, respectivamente, otorgan el perdón judicial a quien proporciona una muerte benéfica, ya que la pena de 3 a 60 días de cárcel que cada legislación considera, es mínima. De igual manera, el código penal de Letonia de 1933 y el Proyecto Checoslovaco de 1926, contienen disposiciones que pueden reducir la pena hasta dos semanas a quienes ayudan a alguien a morir". (Green, 1993, p.183).

Quizás en tales preceptos se hayan basado otras naciones (Australia y Colombia), que actualmente, al igual que Holanda, han aprobado la prácticas de la eutanasia

El 2 de Julio de 1996, entró en marcha, en el territorio del norte australiano, la ley que despenaliza la eutanasia. En ella se prevé que el pedido de un candidato a la eutanasia sea aprobado por un grupo de 3 médicos residentes en el territorio del norte, entre ellos un psiquiatra y un especialista de la enfermedad que sufra el candidato a la eutanasia "Para la ejecución de la eutanasia, se estableció un plazo de reflexión de 7 días y 48 hrs., más tarde, la operación podrá efectuarse mediante un dispositivo automático y en presencia de un médico".(La Jornada, 1996, p.51) Entre las consideraciones que se hacen en dicha ley se encuentran: los pacientes que solicitan la eutanasia deben ser víctimas de dolores insoportables, por encontrarse en fase terminal, ser mayores de 18 años.

El 21 de Mayo de 1997, en Colombia, la Corte Constitucional avala constitucionalmente la eutanasia cuando se trate de enfermos terminales, clarifica con previo consentimiento". (Sup La jornada, 1997, p.4)

En cuanto a la legislación de la eutanasia en México, existen diferencias, ya que la despenalización de la práctica eutanásica, se ha visto lenta y muy lejos de solucionarse o considerarse.

Al respecto se pueden mencionar las reformas operadas en el Código Penal de México en relación a la eutanasia. En 1835, aparece en Veracruz formalmente, el primer código penal del México Independiente Este código no legisla explícitamente sobre la eutanasia, pero si se encuentran artículos vinculados con ella.

"El Art. 542.-que habla sobre la ayuda al suicidio, se encuentra en la tercera parte denominada '*DELITOS CONTRA LOS PARTICULARES*', y bajo el título 1, sobre los '*Delitos contra la persona*': el que ayudara a otra persona en el acto de suicidarse, o el que antes lo provee de medios al efecto, conociendo lo que intenta, o dejare de dar aviso correspondiente a quien deba o pueda impedirlo, se tendrá como cómplice de homicidio sujeto a las penas que respectivamente quedan establecidas en la primera parte de este código Nunca, sin embargo, se le impondrá la capital, a no ser que haya sido él quien sedujo u obligó al suicida a darse muerte" (Orozco, 1992, p. 53).

Posteriormente en el Código Penal de 1871, como en el anterior, no se trataron expresamente los casos de eutanasia, aunque en el artículo 559, existe una alusión clara respecto a la voluntad y orden de la víctima.

"Art. 559.- El que dé muerte a otro con voluntad de éste y por su orden, será castigado con 5 años de prisión. Cuando solamente lo provoque al suicidio, o le proporcione los medios de ejecutarlo, sufrirá un año de prisión, si se verifica el delito. En caso contrario, se le impondrá una multa de 50 a 500 pesos". (Ibid., 1992, p 54).

Algunas propuestas y programas para la reforma del código penal, quedaron solo en intento, ya que la vigencia era mínima y finalmente fueron derogadas. (como el código de 1929).

No fue, sino hasta el código penal de 1931, que el presidente Pascual Ortíz Rubio, que hace referencia en los artículos 312 y 313, al auxilio o inducción al suicidio, pero no habla de la motivación del sujeto activo, "no se puede castigar de la misma manera al que indujo o ayude al suicidio por móviles egoístas y malévolos, que el que lo hizo movido por motivos pretistas. La pena es de 1 a 5 años de prisión, pero si el auxilio llega hasta la ejecución de la muerte, la prisión será de 4 a 12 años". (Ibid., 1992,p.56).

No obstante, en 1961, entró en vigor el código penal del Estado de México, publicado por el gobernador Dr. Gustavo Baz, y es el único de todos los códigos penales de los estados de la república mexicana que legisla y menciona expresamente la eutanasia.

Art 234.- "Será castigado con prisión de 6 meses a 10 años y multa de 10.000 pesos por el homicidio cometido

- 1- En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieron excusable.
- 2- En vinculación próxima de una ofensa grave causada al autor del delito, su cónyuge, concubino, ascendientes y hermanos.
- 3.- Por móviles de piedad, mediante suplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida" (Ibid. p.58)

En la actualidad la legalización de la eutanasia en México se ha cuestionado bastante, debido a la complejidad de ideologías de cada sector de la población, pues es la sociedad misma la que crea las leyes.

A este respecto otro jurista afirma: "el derecho penal esta ligado y vinculado en forma tan estrecha con el pensamiento y actitudes sociales, que si queremos tener un sistema penal, formal y substancialmente equilibrado, hay que estar siempre consciente de que la sociedad es la que determina cuando y cómo deben funcionar los instrumentos de tipo preventivo, general y especial, que son atributo del derecho penal" (Vela, 1986, p. 186).

Por otra parte, opina que "la ley a la salud, como bien social y jurídico de elevada importancia, de todo tipo de ataques y de la simple exposición al peligro. El legislador ha establecido la tesis de que toda alteración de la salud puede ser motivo de punición" (Ibid).

Al respecto la Lic Leticia Bonifáz comenta que si bien el derecho tutela la vida, también es cierto que responde al principio de libertad. Desde esa perspectiva, dijo, "el hombre debe tener la posibilidad de optar por un determinado tipo de muerte, sobre todo si así se evitan sufrimientos innecesarios. Por lo tanto, debe considerarse que si la eutanasia no agrede los fines primordiales del derecho, no debe ser penada, y es necesario que su aplicación se regularice de manera estricta y objetiva" (Gaceta UNAM, 1987, p 10).

Así, en esta lucha por evitar que se apruebe la eutanasia en México, se encuentra involucrado el aspecto médico-ético, como se podrá observar a continuación

1.4 MARCO MÉDICO-ÉTICO

Cuando los familiares o médicos de un enfermo terminal se aferran por la vida, se da una lucha con todos los medios posibles en contra de la muerte, muchas veces haciendo un esfuerzo sobrehumano tanto para ellos como para el paciente, sin tomar conciencia que lo están haciendo con su cuerpo, que aún cerca de la muerte, siente, porque aún se encuentra vivo. A pesar de ello (y tal vez por ello), la confrontación del médico con un moribundo, resulta frustrante al aceptar o considerar que ha fracasado, que no hay nada que hacer.

Por una parte lo anterior puede deberse a que nunca ha existido una aceptación simple de la inevitabilidad y naturalidad biológica de la muerte, algunos hablan de la "ritualización del proceso de muerte", como un producto de la relación ilógica o mejor dicho, en ocasiones incongruente de médico-paciente. Tal incongruencia se remite a las creencias del propio paciente y del médico, pues existen diversas opiniones a este respecto, una de ellas menciona; "este conflicto esta normalmente cuando las creencias del medio son de tipo religioso, o se encuentran demasiado apegadas a su eje regidor: el juramento hipocrático" (Herrera, 1996, p. 36).

El problema esencial radica en el nivel de conocimientos médicos, para morir pronto, y si este proceso se acompaña de dolor creciente (cabe mencionar, que no siempre se tiene la certeza de ello, porque aún no se cuenta con los medios suficientes. Aunado a dicho problema es preciso considerar que "...cuando se habla de eutanasia no hay reglas mágicas ni universales, pues cada caso es diferente ya que los individuos somos inexactos en nuestras respuestas y sentidos, porque las enfermedades y sus complicaciones no acostumbran seguir ningún tipo de reglas, y porque las familias y los médicos están regidos por ideas diversas y cambiantes. A lo anterior hay que agregar una situación impercedera. la medicina no es una ciencia exacta". (Kraus, 1993, p. 34).

Un punto a considerar muy importante si se habla de eutanasia, es la ética médica.

Existe una resistencia por parte de los médicos debido a los principios básicos en los que se basan. El juramento hipocrático, "algunos médicos suelen pensar que al acceder a una petición de eutanasia estarían actuando contra la esencia o la meta misma de la medicina, sanar o curar; la solicitud de eutanasia pone al médico en un conflicto moral, no ya solo con respecto al paciente que lo solicita, sino en relación a la naturaleza misma de su profesión". (Herrera, 1996, p 34).

Por tanto, el practicante de la disciplina médica realiza un voto (juramento hipocrático), que condiciona su actividad. En este sentido, y bajo los preceptos hipocráticos, el deber de un médico ante la problemática que plantea un moribundo está ante todo, orientada hacia el tratar de mitigar el dolor físico y disminuir en lo posible su angustia moral, debiendo luchar contra la enfermedad hasta el final; y cuando haya agotado todos los recursos y los de sus colegas, deja que sea la enfermedad la que complete su obra de destrucción, procurando el menor sufrimiento para el enfermo. Además, según tal juramento, el médico no debe causar la muerte de un enfermo, y no debe inducirle a quitarse la vida.

Viéndolo desde esta perspectiva, el conflicto de la eutanasia no tiene otra alternativa de respuesta, sin embargo, se han hecho algunas consideraciones al respecto. Una de ellas menciona: "Este juramento fue realizado en una época donde el envenenamiento a los condenados a muerte era una práctica usual. Lo que lleva a suponer que el médico gozaba de un gran poder y que en ocasiones abusaba de él, - en el momento histórico en que surgió el documento, la ciencia médica no había llegado a un desarrollo tal que permitiera al enfermo permanecer en un estado vegetativo o agonizante por un tiempo indefinido" (García 1986, p. 18).

Sin embargo, se han rechazado propuestas de legalización, debido a que "los médicos han dispuesto de medios generalmente admitidos por la opinión médica para acelerar el fin de una vida sin provocarlo directamente. No obstante, algunos interesados en el tema opinan que no habría ningún impedimento de aplicar la eutanasia si llegaran a satisfacerse ciertos requerimientos éticos que eventualmente quedarían estipulados en la legislación.

Inclusive, en las organizaciones en pro de la eutanasia, se han elaborado algunos criterios para ello. El comité para la prolongación de la vida y la muerte asistida, del Instituto de Ética Médica en los Estados Unidos (organismo legal), ofrece una serie de estatutos: opinión de médicos, imposibilidad de sobrevivir sin asistencia; inconsciencia, muerte cerebral para considerar la aplicación y tomando en cuenta no solamente al enfermo sino a sus familiares. Al igual, que el aspecto médico-ético, existen otros factores que resulta necesario considerar, como el aspecto religioso, el cual tiene gran influencia en la población mexicana.

1.5 MARCO RELIGIOSO

La posición judía señala que la eutanasia pasiva, puede, en algunas condiciones especiales, aprobarse. Sin embargo, dado que no existe la posibilidad de arrepentimiento para la autodestrucción; el judaísmo ortodoxo considera el suicidio un pecado mas grave que el asesinato, por ende, la eutanasia activa, voluntaria e involuntaria, esta prohibida. Otras corrientes judías y de tendencias modernas, pero también opuestas a la eutanasia, como la preconizaba Mosche D. Tendler, consideran que la frase "morir con dignidad", es solamente un lema (slogan). Señala: "morir con dignidad es el fin que resulta de un estilo de vida digno. En si misma la muerte es un evento no dignificante. Si los que atienden al moribundo se comportan de modo compasivo y dignificante no habrá nada indigno fuera de la muerte misma". (Barclay, en Kraus, 1993, p. 33).

Otras posturas, como la iglesia ortodoxa griega o luterana, también condenan la eutanasia activa, al igual que los budistas. Los religiosos hindúes y los siuxs dejan la decisión al individuo". (Ibid).

Respecto a la religión católica, ni el nuevo testamento abordan directa y explícitamente la eutanasia. La Biblia, sin embargo, contiene una afirmación fundamental

"Dios es el señor de la vida y la muerte.
El creador, el que ha llamado al hombre
a la existencia y le ha dado la vida como
un don, como una bendición que el ser humano
debe cuidar y favorecer, pero nunca suprimir".
(Comisión episcopal, en Vidal, 1995, p. 45).

Con este argumento no es difícil imaginar cual es la postura de la iglesia cristiana ante la eutanasia. La moral cristiana reprueba la eutanasia argumentando además que no existe justificación para causar deliberadamente la muerte a un individuo: dicho juicio se basa en el quinto mandamiento que prohíbe matar.

No obstante, como se ha señalado alguna vez; "aunque esta sentencia bíblica es muy clara y por ende condena la eutanasia, no puede negarse que los supuestos 10 autores del sagrado libro jamás imaginaron que las cosas llegarán en materia de vida y de muerte, a poder ser manejadas hasta el extremo casi indefinido de la manutención por plazos largos de una vida humana en calidad vegetativa. Tampoco pensaron en que con esto, los avances de la medicina tuvieran la capacidad de abrir un paréntesis amplio de retención a la muerte y hacer una propuesta de ella tan larga casi como la voluntad de 'aguantar' hasta donde se quiera" (Gamboa, 1993, p. 302)

Tal vez, ante estos fenómenos, los teólogos comienzan a reconsiderar a la eutanasia y toman cartas en el asunto de manera mas directa a través de las declaraciones que hacen en conferencias y publicaciones.

Parece obvio, pero es de gran importancia señalar que, los dogmas católicos con los cuales se rige la iglesia, siguen siendo los mismos. Sin embargo, lo que empieza a cambiar son los dogmas de los teólogos. A continuación se mencionarán dos declaraciones sobre la eutanasia, la primera es del Vaticano realizada en 1980, y la segunda corresponde a un teólogo granadino:

Declaraciones del vaticano :

1.- "Nadie puede atentar contra la vida de un inocente sin oponerse al amor de Dios por esa persona ya que violaría un derecho fundamental y, por lo tanto, cometería un crimen de extrema gravedad.

2.- Todos tienen la obligación de llevar a cabo su vida de acuerdo con los planes de Dios. Esa vida es encomendada al individuo como un bien que deber dar fruto en la tierra, pero que encontrará su completa perfección solo en la vida eterna

3.- El provocar la muerte intencional de uno mismo es suicidarse, es por lo tanto, igual de erróneo que un asesinato; tal acción es considerada como un rechazo a la soberanía de Dios y sus planes de amor" (Kraus, 1993, p. 33).

Los siguientes dogmas son de los teólogos granadinos .

1 En el simposio Retos de la Existencia Cristiana en el siglo XXI. Aportes de la Espiritualidad Ignaciana, que se realizó en la universidad Iberoamericana, Eduardo López Aspitarte, catedrático de la facultad de Teología de la universidad de Granada, habló de la eutanasia. "Apelo a la responsabilidad humana para que la transición hacia la muerte pueda vivirse con serenidad, y dijo que la iglesia señala que nunca jamás puede imponerse la muerte deliberada aunque sea por motivos piadosos, pero tampoco exige que haya que poner todos los remedios, inclusive los más desproporcionados, cuando se ha perdido la condición humana y se obliga al encarnizamiento terapéutico, para proteger la vida" (La jornada, Septiembre 26 de 1993, p 10)

En este apartado se le ha otorgado mayor peso a la iglesia católica por considerarse una ideología predominante en este campo de las religiones. Además, esto permite, al mismo tiempo clarificar porque en México (así como en otros países), no se ha aceptado del todo a la eutanasia. Cabe mencionar, por ultimo y como dato interesante que una de las explicaciones que se han dado para entender la postura tan progresiva y avanzada de parte de los holandeses, es que, "en este país no existe una religión oficial (27% de la población carece de creencias religiosas, el 37% son católicos con una gran aversión hacia los dogmas de la iglesia católica)" (Green, 1992, p. 189).

En México, se puede observar que la religión católica ha sido muy clara, con una posición rígida ante la eutanasia, aún en los últimos años. Ejemplo de ello son las declaraciones hechas por el Papa (Karol Wojtyła) en su IV visita a México en Enero de 1999. Se pronunció estrictamente contra todo atentado hacia la vida. Condeno toda acción que implicará el sacrificio de una vida humana, así como por el atropello a la dignidad. Las acciones como el aborto, la pena de muerte y la eutanasia son atentados contra la vida y dijo "Que ningún mexicano se atreva a vulnerar el don precioso y sagrado de la vida" (La jornada, Enero 26 de 1999, p.3).

Además, hizo un llamado a la sociedad mexicana para que se siga proclamando el evangelio de la vida y hablar con fuerza profética contra la cultura de la muerte. Sostuvo que en el mundo actual se han olvidado los valores humanos como la dignidad, la libertad y el derecho inviolable a la vida.

Durante esta visita a México, el pontífice tuvo un encuentro con los enfermos del Hospital Adolfo López Mateos, los cuales se encuentran en fase terminal. Entre estos enfermos se encuentran personas con SIDA. El Papa los consoló, bendijo y pronunció las siguientes palabras "aún en el dolor se siente la presencia de Cristo" (Excelsior, Enero 25 de 1999, p. 12A)

También los consoló diciendo "Esa es la certeza que da la paz interior y la alegría espiritual propias del hombre que sufre generosamente y ofrece su dolor como hostia viva, consagrada y agradable a Dios" (El Nacional, Enero 25 de 1999. p 11)

En estos argumentos se puede visualizar que se encuentra implícita la idea de no aceptar ningún método que destruya la vida, aún en personas que sufren por encontrarse en una fase terminal de alguna enfermedad. Por el contrario, se invita a dar al dolor una connotación divina y espiritual que va hacia Dios. Invitación a soportar ese sufrimiento como un sacrificio u ofrecimiento agradable a Dios.

Este es el panorama religioso que se vive en México durante el año 1999, ya que las palabras pronunciadas por la máxima autoridad de la religión católica dejarán huella en los mexicanos, y por lo tanto tendrán cierto peso a la hora de tomar algunas decisiones que impliquen terminar con la vida, lo cual obliga a los católicos a aguantar su dolor y sufrimiento hasta el final, hasta que Dios así lo disponga. Este es el último dato que se tiene acerca de lo que la Iglesia Católica opina sobre la eutanasia.

Sin embargo, cuando se tiene la idea de poner fin a la vida, por encontrarse con una enfermedad incurable, entra en juego un aspecto muy importante como el psicosocial, el cual determina de cierta forma la decisión. En el siguiente apartado se comentarán los principales puntos al respecto.

1.6 MARCO PSICOSOCIAL

Diversas investigaciones han permitido puntualizar que la decisión concerniente acerca de la utilización de medidas eutanásicas va a estar determinada por el estado emocional y el contexto social de los individuos que la enfrentan

Hablar de los elementos que acompañan a la eutanasia, es referirse al mismo tiempo a los factores concomitantes de la vida y la muerte; así, la percepción y las actitudes hacia la eutanasia están estrechamente ligadas con las que se tiene hacia la muerte.

La actitud es diferente en todos los individuos cuando están a punto de perder la vida. "Las reacciones de los pacientes que se ven frente a la muerte están influidas por el tipo de enfermedad que padece, la cercanía de la muerte, la estructura de su personalidad, su edad, ligas familiares, religiosidad o ideología" (Muñoz, 1993, p. 74). Todo esto ofrece una idea de que la percepción del paciente va a depender de diversos factores, no solamente de uno como se pensaría.

En cuanto a los pacientes desahuciados, tanto el paciente como la familia son afectados de forma irreversible, porque generalmente constituye un estado de permanente desgaste emocional y económico.

La familia de un enfermo de VIH/SIDA se enfrenta a un panorama lamentable: sin esperanza y muchas veces peor aún, sin recursos. No obstante, la medicina contribuye para salvar un mayor número de vidas, pero por otro, permite prolongar la existencia, muchas veces tortuosa, de enfermos desahuciados o pacientes que se encuentran en estado vegetativo sin posibilidades de recuperar la conciencia, a sabiendas de que aún en caso de recuperarla los daños ocurridos, serán irreversibles. "Son innumerables los casos de personas que padecen una enfermedad terminal, pero que están obligados a seguir existiendo sin voluntad de hacerlo.

Adicionalmente, muchas de éstas personas no pueden siquiera expresar sus deseos de dejar de existir y cuando lo hacen, a menudo se encuentran con la negativa de los médicos, quienes por razones primordialmente éticas, pero también por su respetable afán de investigar y aplicar nuevos tratamientos, involuntariamente dejan de lado la voluntad del paciente y su fundamental derecho no solo a vivir, sino también a morir con dignidad" (Green, 1992, p.179).

En los casos de enfermedad terminal, los médicos no pueden brindar ayuda, salvo y solo a veces mitigar el dolor físico , pero olvidando el dolor psicológico. Generalmente el área psicológica es la más afectada, y este puede ser su principal problema, causando así la incapacidad para enfrentar la situación.

En un contexto moderno, la gente con enfermedad terminal puede buscar la eutanasia por múltiples razones, incluido el deseo de detener un dolor severo y un sufrimiento emocional, morir con dignidad, controlar el tiempo de muerte, no ser una carga para su familia y/o enfrentar un ataque que no pueda enfrentar con máquinas.

La muerte posee connotaciones psicológicas y sociales muy diversas. Un ejemplo de lo anterior es lo siguiente "la medicalización de la sociedad ha puesto fin a la época de la muerte natural. La muerte es siempre deprimente, siempre incomoda aún cuando no vaya precedida de dolor crónico, irremediable y pierde su dignidad si la angustia de la agonía dura demasiado" (Illich, 1978, p. 35).

Por otro lado el mismo autor menciona, pero en otro sentido, que "no es casual que el incremento en la biotecnología haya avivado la conciencia societaria en torno al cómo fallecer. Cada vez se muere menos en el hogar, y se sufre más en las salas de los hospitales, sobre todo en aquellas destinadas a los enfermos de terapia intensiva. Quien en ellas se ha sentado, sabe que el tiempo ha perdido su valor y que los días tienen 24 horas; quien enferma y luego muere tras haber pasado quince días o más en estas unidades conoce el significado del sufrimiento: quien afuera espera, con pena y dolor de corazón y conciencia sabe, sólo él, que a veces se desea la muerte del ser querido. Para que ya no sufra, para que se olviden las cortadas, y el dolor moral producto de la denigración cotidiana, porque hay ocasiones que la muerte alivia" (Kraus, 1993, p. 34).

De esta manera se puede observar que la divergencia de opiniones depende de varios factores. Estos factores han sido estudiados por teorías psicológicas y sociológicas. En "Tótem y Tabú", se explica que el tabú es "una prohibición impuesta desde el exterior y dirigida contra los deseos más intensivos del hombre; los hombres que obedecen al tabú; la fuerza mágica atribuida al tabú se reduce a su poder de inducir al hombre en tentación" (Freud, en García, 1986, p. 25). El concepto de tabú ha sufrido modificaciones y ha entrado al servicio de tendencias sociales. Los fines del tabú son: proteger a los débiles, a los enemigos, a los soberanos y a los muertos (Ibid)

Si la eutanasia puede considerarse un tabú es el correspondiente a los soberanos y al de los muertos. De acuerdo con este autor, el tabú que se impone a los soberanos se rige por dos principios que se complementan entre sí: el deber de preservarse y el de protegerlos.

Este tipo de tabú va a estar representado, principalmente, por la religión y el estado quienes van a desarrollar prescripciones en base al castigo y la protección. El tabú de los muertos, se refiere a la transformación que sufren éstos en la mente de los familiares, y que Freud trata de explicar como el miedo engendrado por la angustia ante la muerte.

La eutanasia, en algunas sociedades como la de México, es considerada una prohibición al atentar con la vida de las personas, afirmación que podemos observar en las homilias moralistas de la iglesia y en el discurso demagógico de los representantes del poder judicial del Estado.

En el agonizante la posibilidad de morir rápidamente aparece durante una etapa de la enfermedad, pero en otros casos " ...el estado de inconsciencia en el que cae el individuo y no le permite externar sus deseos por lo que la disyuntiva entre la continuación o finalización del sufrimiento del enfermo recae en los familiares e incluso en las personas que lo asisten (Ibid). Es precisamente esa disyuntiva la que va a dar el carácter de tabú a la eutanasia dado que a través de los conceptos de la iglesia y las normas del Estado se le ha matizado como una acción prohibida.

Aunado a este aspecto de la eutanasia, se encuentra la influencia social, "el proceso de influencia contribuye a estructurar el campo social, y a asegurar la invariabilidad del comportamiento del campo aquel" (Moscovici, 1975, en García, 1986, p. 28) Entre las funciones que desempeña la influencia social, se encuentra: la formación de normas, la socialización del individuo, el control social, etc.. Un individuo, al tratar de tomar la decisión de utilización de medidas eutanásicas, genera un estado de incertidumbre, que puede tener un origen interno o externo

El primero reside en la ansiedad que se presenta por la situación que se vive. El segundo, esta en función de la falta de información sobre lo que realmente significa la eutanasia, producto del grado de distorsión en que es presentada por parte de los grupos que norman a la sociedad. En lo referente a la presión del grupo hacia la uniformidad de criterios sobre la eutanasia crece en proporción a las divergencias que en relación a ella se manifiestan; la actividad neutral de una persona hacia esta prácticas es mayor cuanto más incierta es. La influencia ejercida es tanto más eficaz cuanto menos estructurada está la concepción de la eutanasia. Estos procesos se explican por un mecanismo relativamente simple. Con objeto de evitar la incómoda incertidumbre para el funcionamiento individual o colectivo, los miembros de un grupo son inducidos a acoger las emociones proporcionadas por otros, a actuar conforme a sus indicaciones, a someterse a sus principios (Ibid)

Diversas disciplinas consideran que cada individuo percibe la muerte (la de otro y la suya) bajo una óptica propia que proviene de su oficio o profesión, del orden de sus preocupaciones intelectuales, de su ideología o la del grupo en que está integrado.

Otra de las reflexiones que se hacen en torno a la eutanasia es que, " no nos pertenecemos a nosotros mismos, nuestra personalidad siempre esta fundamentalmente relacionada con la personalidad de otros" (Pacheco, 1992, p 116). Muchas veces se ha señalado, que el hombre no solo tiene derecho a vivir, sino también obligación de vivir. Esta obligación se fundamenta en lo que cada individuo representa para los demás, y en especial, para sus participantes más próximos que tienen derecho a seguir recibiendo de esa persona lo que ésta

pueda aportarles como padre, esposo, ciudadano, etc., no se vive por vivir, siempre se vive para algo.

Ahora bien, con todas las consideraciones ya mencionadas acerca del fenómeno de la eutanasia, existe un factor determinante, y es el caso de los enfermos de VIH/SIDA. Determinante porque la presencia de una enfermedad como ésta desorganiza virtualmente todos los aspectos de la vida del paciente. La estabilidad emocional y el mantenimiento del estilo de vida propio se ven severamente afectados.

A continuación, se presentan algunos casos clínicos de personas con VIH/SIDA, las cuales se han visto afectadas por la enfermedad, y cómo influye para tomar una decisión positiva o negativa hacia la eutanasia. Así, se podrá observar el desequilibrio emocional que causa la enfermedad en la vida del enfermo, así como de la familia.

1.7 CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1

"En septiembre de 1987, una joven alemana de 28 años conmovió a su país y al mundo al suicidarse frente a una video cámara. Dos años antes [Ingrid Frank], el 16 de abril de 1985, tuvo un accidente automovilístico, por cuya causa se le rompió el cuello y quedó parálitica de brazos y piernas, de manera que se volvió totalmente dependiente de otras personas para realizar cualquier actividad

El día de su suicidio, Ingrid grabo un cinta en la que afirmaba que sufría como un animal y añadía: 'a los animales los matan', según ella, 'morir significa ir finalmente a la paz' Como inclusive para suicidarse necesitaba ayuda, una mujer de 78 años -miembro de una asociación defensora del derecho a morir- le proporciono unas píldoras de una sustancia letal, después de haberse reunido con Ingrid seis veces para estimar con cuanta determinación deseaba poner fin a su vida.

El crudo documento filmico muestra a Ingrid sentada en una cama, junto a una mesa con dos libros, sobre estos se encuentra un vaso con un popote, conteniendo la dosis letal. Ingrid inclina la cabeza con dificultad, toma el popote con la boca y mirando directamente la video cámara, bebe el liquido" (Herrera, 1996, p. 30). Ingrid Frank antes de su accidente se preparaba para ser instructora en deportes, el accidente cambia totalmente su vida; después del accidente describía con detalle la miseria de la condición en la que se encontraba reducida; no podía, "por ejemplo; ni siquiera tocarse su propia cara, dependía totalmente de sus padres y de enfermeras, decía: "la necesidad de llamar a otros para que me ayuden a realizar mis necesidades fisiológicas se ha vuelto para mi tan dolorosa como atroz, además del sufrimiento físico que me agobia"(Ibid.).

La cinta terminaba con un llamado a los políticos de su país (Alemania) para que llegaran a un acuerdo sobre alguna ley de eutanasia, pues no creía que alguien quisiera vivir una situación similar a la que ella había vivido. Así termina el caso de Ingrid Frank, pero muchos casos como este dan pauta importante para la realización de investigaciones acerca del porque de la eutanasia y a las consideraciones de los médicos hacia la misma.

CASO 2.

Una investigación realizada en la década de los 70's: Se llevó a cabo una encuesta a 418 médicos de Washington, acerca del tema de la eutanasia. Y revelo lo siguiente "El 50%, dijo que practicaría una eutanasia 'pasiva' (es decir, dejar morir al paciente) a pedido del enfermo o de familiares, siempre y cuando la ley reconociera la validez de tal pedido. Un 40%, indicó que esperaban una modificación de la actitud sociomédica sobre esa práctica, que estableciera normas fijas; 31%, expresó su deseo de que las leyes autorizarán la eutanasia 'activa' (dar muerte a un paciente con medios que no implicaran dolor) en los casos completamente perdidos. Finalmente el 72%, sostuvo que si ellos tuvieran la responsabilidad de hecho y de derecho, ejercerían la eutanasia pasiva, el 30% se pronuncio porque se condenara la práctica y el 51%, planteo la creencia de organismos superiores de salud que decidieran sobre 'casos de conciencia' (El Nacional Junio de 1987, p.2)

Conclusiones muy similares resultaron en una encuesta con el personal paramédico. "La asociación de personal auxiliar de medicina llevó a cabo una encuesta entre poco más de cinco mil enfermeras y enfermeros norteamericanos para conocer su opinión sobre la eutanasia. A la pregunta ¿ha dado usted alguna sobredosis de narcóticos o fármacos a un paciente sin esperanza y con dolores más allá de lo humanamente soportable?. Un 8% contesta que si y que estaría dispuesto a hacerlo de nuevo; el 1%, respondió afirmativamente pero aseguró que no volvería a hacerlo de nuevo. Un 6%, por su parte, aseguró que jamás había ejercido la eutanasia pero que no descartaba la oportunidad de hacerlo en el futuro" (Ibid).

CASO 3.

Existen diferentes ideologías, por lo cual no existe unanimidad en los médicos (quienes son los principales exponentes en la prácticas de la eutanasia) acerca de la prácticas de la eutanasia. Algunos de los aspectos que afectan la práctica de la eutanasia es la religión, el conservatismo, la ética, etc.; en otra investigación más reciente, se intenta relacionar el nivel de conservantismo y religiosidad con las actitudes hacia la eutanasia activa y pasiva.

En esta investigación realizada en Australia (lugar donde en algunos estados se practica actualmente la eutanasia) se menciona que el aborto y la eutanasia son similares ya que ambos procedimientos involucran la terminación de la vida, lo que es diferente, sin embargo; es como la gente percibe el medio utilizado para poner fin a la vida y las consecuencias de dicha situación, pues los que resultarán más afectados por los procedimientos, serán terceras personas (por ejemplo, los parientes o los miembros de las familias).

Con la eutanasia, el debate no es tanto la definición de la vida, sino el procedimiento usado para terminar la vida, el cual ha sido médicamente definido como muy viable.

Según (Hills 1969, en Ho y Penny 1992, p 79) los sujetos fueron 168 adultos (68 hombres y 100 mujeres), entre la edades de 16 a 61 años, con una edad media de 29 años; el 64% fueron empleados, el 33% estudiantes y el 3% desempleados al momento de la realización del estudio; el nivel socioeconómico fue obtenido por una escala de 6 puntos, diseñada por Beswik. El estudio estuvo dirigido hacia tres cuestiones pero por intereses de la presente investigación únicamente se refieren a la primera: ¿Cómo predice el nivel de conservantismo y religiosidad las actitudes hacia la eutanasia pasiva y activa?

En los resultados del análisis correlacional se encontró que las características demográficas fueron débilmente relacionadas, además que existía una relación muy débil entre la influencia de la edad, el nivel educativo y socioeconómico hacia la eutanasia activa y pasiva.

Los resultados descriptivos se indica que la mayoría de las respuestas hacia la eutanasia son de tolerancia; sin embargo, se expresa una mayor tolerancia a la eutanasia pasiva que a la eutanasia activa.

Los puntos más relevantes en la discusión fueron en relación a la decisión de la vida y la muerte en Australia, ya que puede ser una alternativa aceptable pero lo que no es muy aceptable son los métodos usados; además, se percibe una diferencia moral entre la eutanasia activa y la pasiva como un factor importante en la decisión de dicho proceso. Los resultados indicaron que el nivel

de conservatismo fue el más consistente en predicar de las actitudes hacia la eutanasia.

Por último, en esta investigación se especifica que dicho estudio se llevó a cabo en el contexto cultural Australiano, aunque se menciona que los resultados son similares a otros estudios en otras naciones y que las actitudes pueden depender de los encuadres culturales. De aquí surge la necesidad de considerar los aspectos médicos, religiosos, legales y psicológicos según el contexto (país e ideología), debido a que la percepción de la eutanasia depende de estos aspectos y varía de una ciudad a otra.

CASO 4

En China, la eutanasia también es ilegal, por los tabúes existentes que están en contra de la muerte auxiliada. En este país, se empezó el debate sobre el tema tras un acontecimiento especial : un diplomático chico jublado de 90 años (ex-viceministro de asuntos exteriores) pidió que le ayudarán a morir, pero todos estuvieron en contra de ello, incluyendo médicos y líderes. Al ver esto, intentó suicidarse *dejando de comer, pero fue alimentado a la fuerza por la nariz*. La causa de que el diplomático quisiera morir fue por que sufría de insoportables dolores de huesos. Por ello envió en 1995 una petición a los más altos líderes para que le ayudarán a morir , la cual fue rechazada , a pesar de las condiciones en que se encontraba . " se le habían caído los dientes, las encías las tenía infectadas, su sentido del oído había desaparecido, y lo que es peor , escribió, también había desaparecido el control sobre sus intestinos" (Laris, 1997,p 18).

Finalmente, murió en medio de intenso dolor : catorce meses después de solicitar ayuda. A partir de este acontecimiento se han desatado comentarios acerca de la legalización de la eutanasia en China. Cada vez se tienen más partidarios que están de acuerdo en la práctica de la eutanasia, pues las actitudes están cambiando rápidamente en las ciudades, como se podrá visualizar a continuación.

Se llevó a cabo una encuesta en las ciudades de Beijing, Shanghai y Wuhan a más de 3000 personas por el Instituto de Investigación Social de Beijing; y se encontró que el 78% de los residentes urbanos entre 20 y 45 años apoyaban la eutanasia. (Ibid).

Las personas que están de acuerdo con la eutanasia presentan diferentes argumentos como : "Cuando comience a sentir dolor, quiero una inyección. Eso me traerá paz y felicidad". Un hombre empezó a luchar por la legalización, después de ver cómo su esposa moría lenta y dolorosamente (padecía de cáncer de colon , extendiéndose a todo el cuerpo causando gran dolor, aún al tacto). En una ocasión una mujer con cáncer terminal imploró a médicos ayuda para morir y al enfrentarse con una negación , incapaz de soportar el dolor salto del catorceavo piso (Ibid).

Pero como es de esperarse también existen opiniones en contra de la eutanasia, pues creen que si se legaliza, se dará a la gente una excusa para matar. Como se puede visualizar, cuando la vida de las personas es invadida por dolor, este es un motivo suficiente para desear la muerte o la eutanasia, ya que con dicha práctica sobreviene el fin del sufrimiento. También, existe una tendencia a aceptar la eutanasia, ya que consideran como motivo suficiente que la persona afectada tenga el deseo de morir.

En seguida, se presentan argumentos teóricos que respaldan el por qué la gente actúa de determinada manera, y los posibles factores que pueden influir

CAPÍTULO 2

ASPECTOS TEÓRICOS

2. ASPECTOS TEÓRICOS

2.1 PERCEPCIÓN SOCIAL

La percepción ha sido uno de los temas mas investigados en el campo de la psicología social, ya que dependiendo de la manera en que percibimos a los demás, será así como nos relacionemos. Diferentes teóricos han definido a la percepción de muy diversas formas; algunos la definen de acuerdo a la interacción que tienen los individuos sin tomar en consideración el contexto en el que se encuentra. Por ejemplo, Lindgren (1982) menciona que la percepción del individuo cambia dependiendo al contexto en el que se desarrolle.

Hasta la fecha han existido varias definiciones de percepción social ya que ninguna toma en cuenta todos los factores que la engloban, y por lo tanto, sólo abarca alguna parte de ésta. Otra definición es: "la percepción es un proceso cognoscitivo complejo en que las características del estímulo distante, las condiciones mediadoras, el estímulo próximo que alcanza nuestros órganos sensoriales y nuestros procesos psicológicos actúan formando un todo" (Rodríguez, 1978, p.195). Si bien es cierto que la definición engloba los procesos que intervienen en la percepción, podemos notar la dificultad que representa trabajar con el concepto para fines prácticos y de investigación.

Así mismo, se describen otras definiciones más sencillas, como la siguiente "la percepción es el proceso por el cual juzgamos el trato y características de otros y es una parte integral de nuestra vida diaria" (Lippa, 1994, p.116). Es cierto que es parte integral de nuestra vida e indispensable para el desarrollo personal y social. El concepto de percepción es difícil de definir, así como lograr encontrar una definición que aborde todos los procesos implicados. Otros autores manejan el siguiente concepto: "La percepción social es el proceso por el cual nos formamos una impresión de una persona y establecemos una relación con ella. Este proceso implica deducir los rasgos y emociones del otro y definir las expectativas mutuas. La percepción social sustenta la mayoría de las relaciones sociales" (Pearlamn y Cosby, 1985, p 149).

Por último, mencionaremos una definición que engloba todo lo que anteriormente se han descrito sobre el proceso perceptivo: "...es la que se preocupa de la percepción de otras personas y de nosotros mismos, así como de las teorías intuitivas no elaboradas que poseemos para justificar estas percepciones. No sólo pensamos en nosotros mismos o sobre los otros, sino que pensamos sobre nuestros propios pensamientos" (Jacques, 1943, p.112). En esta podemos ver la conjunción de todas las anteriores ya que no sólo considera al propio individuo sino que considera a los otros y al contexto.

Es importante considerar la diferencia que existe entre percepción de objetos y la percepción social:

- 1.- La percepción social abarca comprender otra vida que es activa e independiente.
- 2.- Nuestras acciones siempre van a producir alguna reacción en los demás, la comprensión y el acercamiento con otras personas van a influir en su forma de actuar.
- 3.- Las acciones son recibidas por los demás y regresan de cierta forma para afectarle.

En resumen: La percepción social implica la acción de otras personas y sus reacciones, en pocas palabras, la INTERACCIÓN entre personas y con los objetos que la rodean.

El proceso de percepción social es muy complejo, ya que en él intervienen muchos factores uno de ellos es la formación de impresiones, que es. "el proceso de formarse deducciones de la personalidad y carácter de otra persona". (Pearlman y Cosby, 1985, p.151) . En investigaciones realizadas por Berscheid y Walster en 1974, descubrieron que el atractivo físico es importante en la formación de nuestras primeras impresiones.

Cuando las primeras impresiones de atractivo tienen un efecto mayor que la información posterior de la impresión total, hay un efecto de primacía. Así mismo cuando la información posterior ha influido más en la percepción social, se tiene un efecto de novedad

El significado, generalmente depende del contexto, pero también asociamos un significado particular con estímulos aislados. Ahora cuando se suman dos sugerencias iguales (positivas o negativas), para llegar a una conclusión, se habla entonces de un modelo de acumulación de percepciones. En cambio, cuando se trata de dos sugerencias diferentes (uno positivo y uno negativo) se refiere al modelo de promedio. Existe un tercer modelo de formación de impresiones, el cual trata de ignorar las declaraciones que son totalmente opuestas y dependen solo de una sugerencia.

Muchas veces en base a estas impresiones tendemos a clasificar a la gente de acuerdo a las expectativas de como conducirse. Estas expectativas sobre una categoría de gente la conocemos como estereotipos. Existen también los prototipos (Cantur y Mischel; 1979, en Pearlman, 1985), que son una sobregeneralización, que muchas veces se convierten en errores cognoscitivos en la percepción social, ya que tratamos de que la gente encaje dentro de cierta categoría ya formada. Esta tendencia de formarse impresiones globales de una persona basándose en información parcial, permite que tenga mayor influencia la primera impresión en los juicios posteriores, a lo cual se le ha denominado como efecto de halo.

Hay que tener muy en cuenta que la mayor parte de la percepción social ocurre durante las interacciones cara a cara. En estas situaciones, el observador puede transmitir expectativas al otro y recibir retroalimentación. La adaptación a las expectativas de otros es otro aspecto fundamental de la percepción social e interacción cara a cara.

Los procesos centrales en la percepción social son: percepción, comunicación y reacción, pero estos son influidos por información exterior como la expresión de las emociones, estudiada por Carlos Darwin. El menciona que las expresiones emocionales se desarrollan porque son valores de supervivencia y esta "regido por dos principios: 1o. el principio de servicio asociado al habitat, en el cual las conductas tienen un nuevo propósito de expresión emocional y 2o. la expresión emocional es innata y universal" (Lippa, 1994, p.138).

Existen seis expresiones emocionales reconocidas y sus posiciones faciales son: alegría, tristeza, sorpresa, miedo, cólera y disgusto. Darwin llega a la conclusión de que muchas de las expresiones emocionales tienen base biológica. Esta investigación demuestra que podemos obtener información de los demás, por expresiones faciales, tono de voz y movimientos del cuerpo. (Ibid p.154).

Además de estas expresiones, existen los denominados intensificadores no verbales, en los que se incluye el contacto visual. (George Simmel, en Henley, 1977) notó la importancia de la visión en la intimidad y reciprocidad social. Aunque en muchas circunstancias el ser mirado es negativo. Esto indica que el significado del contacto visual depende del contexto en el cual ocurra. Otro intensificador no verbal es el tocar, pues está muy ligado con el status de la persona, las personas de alto status a veces tocan a las de bajo status, pero lo contrario es muy raro.

Como hemos revisado anteriormente, la comunicación de sentimientos, también es muy importante para el establecimiento de relaciones adecuadas. Dentro de los procesos que podemos encontrar para comprender las emociones existe la empatía que se define como: "...la experimentación de los sentimientos de otro hasta el punto de que uno reacciona de igual manera". (Pearlman y Cosby, 1985).

Se puede observar, que el proceso de percepción social es un tanto complejo y además de lo anterior, existen las diferencias individuales, que también influyen en la percepción de emociones. Diversas investigaciones han demostrado que la diferencia mas importante es la sexual, y que la mujer es mas susceptible a percibir cambios emocionales.

Debido a que es un proceso complejo existen diversas teorías y modelos que se encargan de explicar el proceso de percepción, a continuación se mencionaran algunos.

2.2 MODELOS Y TEORÍAS

TEORÍA DE LA GESTALT

En el campo de la psicología social, la teoría de la Gestalt es la que ha venido ejerciendo mayor influencia y aportaciones. La psicología de la Gestalt surgió como una rebelión contra los prejuicios metodológicos del estructuralismo y el asociacionismo de la psicología alemana ortodoxa, que sostenía "que los hechos psicológicos deben ser explicados en función de la combinación de sensaciones locales elementales y asociaciones". (Deutsch y Kraus, 1994, p 24).

Los teóricos de la gestalt afirmaban que era necesario observar y explicar los fenómenos psicológicos tal como se presentan en la experiencia directa; ellos consideraban que éste era el primer paso que se debía de dar hacia una psicología sistemática.

Entre los postulados clásicos de la Gestalt, se encuentran dos nociones claves. La primera afirma que es necesario considerar que los fenómenos psicológicos ocurren dentro de un campo. En la segunda, el modelo Gestaltista contempla la existencia de un proceso complejo, en el cual interactúan varios acontecimientos particulares hasta alcanzar un nivel de organización más complejo y mejor organizado. (Deutsch, 1994).

El enfoque de la Gestalt se desarrolló a partir del estudio de los procesos de percepción. Bajo este panorama sus conceptos fundamentales quedaron de la siguiente manera: "la percepción está organizada y su organización tiende a ser tan buena como lo permitan las condiciones de los estímulos". (Ibid p.25).

En la psicología de la gestalt, en específico, durante el proceso perceptivo se han establecido algunos principios de gran repercusión en la psicología social. Entre estos se encuentran la asimilación, el contraste y el agrupamiento perceptual.

- *Asimilación y Contraste*: En este principio se postulan dos tipos básicos de simplicidad "una simplicidad máxima de uniformidad y una simplicidad máxima de articulación perfecta. (...) La forma específica que toma la diferencia perceptual tiende a acentuar algunas diferencias entre los estímulos de modo tal que las partes del campo perceptual contrastan entre sí y a minimizar las diferencias entre los estímulos dentro de las partes contrastantes". (Ibid. p.27).

El ejemplo más común sobre asimilación y contraste es el de una figura gris oscuro sobre un fondo negro, si la figura es lo suficientemente oscura, será asimilada por el fondo, pero si es más clara tenderemos a contrastar o a hacer una diferenciación entre la figura y el fondo.

- *Agrupamiento perceptual*: En este caso se presentan una serie de principios para determinar aquello que será percibido como agrupado o unificado dentro de un campo visual. Estos principios son:

- 1) Destino común de los elementos percibidos;
- 2) Similitud;
- 3) Proximidad;
- 4) Límites comunes;
- 5) La tendencia a agrupar elementos que constituyen una buena forma;
- 6) Tendencia a agrupar elementos en función de una relación causa y efecto;
- 7) La experiencia pasada y,
- 8) Preparación o expectativa. (Ibid p.29).

En el campo de la psicología social se han aplicado ampliamente los principios de agrupamiento perceptual, esta aplicación se ha dado principalmente en la formación de grupos de individuos; en estos casos el grupo decide que características deberán cumplir sus miembros, si deben tener algún rasgo o característica que los distinga de los otros grupos, si sus expectativas de relación hacia el interior del grupo son las mismas, etc.

Dentro de los estudios sobre agrupamiento perceptual que se han hecho en el campo de la psicología social se encuentran los siguientes. "Zilling (1928), demostró experimentalmente que a niños impopulares, entre sus condiscípulos se les atribuyen desempeños pobres; la similitud en la evaluación del acto y el acto determina su agrupamiento.

El conocido fenómeno de culpable por asociación (la creencia de que una persona adquiere las características de la gente con quien se la ve) podría ser una clase de agrupamiento de proximidad". (Ibid, p.29). Como se ha observado hasta ahora, la importancia de la Teoría de Campo de la Gestalt en la psicología social ha venido a dar mayor importancia a los procesos de cognición y percepción en la comprensión de la conducta.

TEORÍA DE LA DISONANCIA COGNITIVA

La teoría de la disonancia cognitiva fue propuesta por León Festinger en 1957, y señala que "se trata de la necesidad de tener un conocimiento aparentemente congruente." (Ibid p. 71) Este se refiere básicamente a que un individuo trata de percibir, conocer o evaluar distintos aspectos de su entorno y de sí mismo de manera que las consecuencias sobre su comportamiento no tengan resultados contradictorios.

Los aspectos fundamentales de la teoría de la disonancia pueden resumirse en los siguientes puntos

- " 1) Entre los elementos cognitivos pueden existir 'relaciones desajustadas' o disonante
- 2) La existencia de disonancia determina el surgimiento de presiones para reducirla y para evitar su aumento,
- 3) Las manifestaciones de la influencia de estas presiones incluyen cambios en el comportamiento, en el conocimiento y una exposición circunspecta a la nueva información y a las nuevas opiniones" (Ibid p 71).

Como se puede apreciar, en los puntos anteriores Festinger introduce una distinción entre los elementos cognitivos, ya que éstos pueden hacer referencia a las creencias o al ambiente. Sobre esto es necesario mencionar que todos los conocimientos que tenemos en relación a nuestro entorno o ambiente son en general mas resistentes que las creencias sobre nuestro comportamiento, esto sucede básicamente porque es más fácil cambiar alguna o algunas de nuestras conductas que algún fenómeno concreto del entorno o ambiente; por ejemplo, difícilmente se puede cambiar el hecho de que llueva o caiga nieve, pero se puede cambiar algunas de las conductas que se realizan.

Hasta aquí las consecuencias de la teoría de la disonancia son parecidas a otras teorías que postulan la necesidad de congruencia cognitiva. En general todas estas teorías (incluyendo la Teoría de la Disonancia) nos sirven para comprender procesos como: el cambio de actitudes, presión hacia la uniformidad en los grupos y el desarrollo de las relaciones interpersonales. (Deutsch, 1994).

A pesar de que todas estas teorías comparten más o menos los mismos principios, existen algunos aspectos que permiten establecer diferencias entre cada una de estas. Con relación a esto Deutsch afirma que: "La teoría de la disonancia difiere de otras teorías de la congruencia porque establece una distinción entre los procesos de pre-decisión y procesos de post-decisión" (Ibid p.72)

En esta teoría, Festinger establece que en general, al tomar una decisión sobre un evento determinado surge en algunas ocasiones la disonancia o comportamiento incongruente porque la decisión de elegir alguna de las posibles alternativas se opone a las creencias del individuo en favor de las alternativas no elegidas.

Festinger lo explica de la siguiente manera: "Para poder estabilizar o congelar la decisión luego de que ha sido tomada, una persona tratará de reducir la disonancia cambiando sus cogniciones de manera tal que aumente el atractivo de la alternativa elegida en comparación con la no elegida (...)" (Ibid p.73).

Esta concepción de Festinger sobre la post-decisión ha suscitado un gran número de experimentos; entre los más reconocidos se encuentra uno en el cual se menciona que si una decisión aporta gratificaciones insuficientes, la persona modificará sus creencias de manera que la decisión parezca más gratificante. El experimento ocurre de la siguiente manera: "En un experimento de Festinger y Carlsmith (1959), muy citado, se predijo que cuanto más pequeña fuese la recompensa utilizada para lograr que un sujeto realizará algo que ordinariamente hubiera rechazado, mayor sería su cambio de opinión. Se daba a los sujetos una tarea extremadamente aburrida y luego el experimentado les pedía, como favor, que comunicasen a otros sujetos que el experimento había sido entretenido e interesante.

Un grupo de sujetos fue sobornado con un dólar; a un segundo grupo de sujetos se le asignó una paga de 20 dólares; a un tercer grupo control no se le propuso que se comprometiera al engaño. Posteriormente se midieron las actitudes de los sujetos hacia la monótona tarea. Aquellos que engañaron otros por solo un dólar estimularon 'neutralmente' la tarea, es decir, en forma menos favorable". (Ibid.p.74).

Como resultado del experimento se encontró que una pequeña recompensa puede ser más efectiva para producir cambios. En general, el trabajo de Festinger, sustentó más investigaciones que generaron nuevas ideas que han llegado a contribuir sistemáticamente al desarrollo de la psicología social.

PRINCIPIO DE EQUILIBRIO

Esta teoría es presentada por Fritz Heider y tiene sus bases principalmente, en la teoría Gestaltista. Lo que Heider buscaba principalmente era, adaptar los principios Gestaltistas sobre percepción a la percepción de personas, de manera que los principios de simetría, proximidad, buena forma, etc., se utilizaran para explicar situaciones propiamente sociales, como la percepción de las personas y la forma de interactuar

Sobre la teoría de equilibrio podemos mencionar que. "En el lenguaje gestaltista, la percepción de un objeto X y de una persona O, forman una relación unitaria (...), y constituyen la situación $a p$, le gusta O y O esta unido a a , que constituye un todo armonioso cuya buena forma es percibida por p" (Rodríguez, 1978, p. 112). En este caso se produce una situación equilibrada y armoniosa si existen sentimientos recíprocos entre dos personas

En el caso de que el afecto no sea mutuo, es decir, que Pedro siente agrado por Luisa, pero Luisa no siente agrado por Pedro, se presenta una situación desequilibrada que puede ocasionar la presencia de tensión en esta relación

"Heider (1946-1958) afirma que tenemos proclividad por las situaciones de equilibrio. Sin embargo, esto no quiere decir que el equilibrio prevalezca siempre en nuestras relaciones interpersonales" (Ibid, p. 113).

En este caso, todos hemos mantenido relaciones con personas por las cuales sentimos afecto y cariño, pero en algunas ocasiones, aún cuando este sentimiento es mutuo, nos enojamos con esta persona, esto, trae en consecuencia que experimentemos tensión, ésta se mantendrá a menos que exista un cambio de actitud.

En la teoría del equilibrio, Heider maneja relaciones o situaciones tridicas, en las cuales se presentan señales negativas o positivas que determinan el equilibrio o desequilibrio de la relación.

Por otro lado, la literatura experimental sobre el principio del equilibrio se puede considerar desde dos puntos de vista distintos: "En primer lugar, existen estudios cuya finalidad expresa es comprobar las hipótesis engendradas por el principio o estructuradas principalmente en el contexto del principio de Heider. (...)En segundo lugar, existen estudios elaborados con base en otros contextos teóricos, pero que pueden ser tratados en términos del principio del equilibrio y que suministran oportunidades para futuras comprobaciones" (Ibid, p. 117).

Con lo anterior se muestra que rumbo tomó la experimentación dentro de la teoría; esto propició un gran número de investigaciones que se aplicaron, principalmente en el área social. Entre los experimentos que comprueban indirectamente el principio de Heider, se encontró el siguiente:

"Russel y Robertson (1947) intentaron cambiar en un ambiente escolar las actitudes de los alumnos del curso preparatorio hacia los negros y los norteamericanos de ascendencia, en el que había fuentes positivas a favor de la igualdad racial e historias de personas prominentes de diferentes razas. Los autores hacen referencia a un pequeño, pero positivo, proceso del cambio de actitud haya durado dos meses.

En el lenguaje del principio de equilibrio podemos afirmar que dichos investigadores crearon triadas desequilibradoras (un O positivamente evaluado por un P que discordaba), provocando de este modo tensión al cambio" (ibid, p 125).

Por último mencionaremos que alrededor de el principio de equilibrio de Heider ha propiciado, aún hasta nuestros días, la realización de investigaciones científicas en diversos campos y contextos, esto ha permitido que se hayan logrado explicar distintos fenómenos de la conducta social.

En el próximo capítulo, se completará la información acerca de las personas a las que ésta enfocada la investigación. En los capítulos anteriores, se comentó el tema de la eutanasia, así como sus implicaciones; además de teorías que sustentan dicha investigación. Ahora, se presentarán las características y aspectos vinculados de las personas que padecen VIH/SIDA, las cuales son el punto de estudio.

CAPÍTULO 3

ENFERMEDAD DE VIH/SIDA

3. CARACTERÍSTICAS DEL VIH/SIDA

3.1 DIFERENCIA ENTRE VIH Y SIDA

Es importante explicar la diferencia entre VIH y SIDA, pues la mayoría de las personas considera que es lo mismo. Del 50% al 75% de las personas infectadas por VIH desarrollan SIDA.

El VIH es un retrovirus que penetra en el torrente sanguíneo humano y poco a poco invade, destruye las células del sistema inmunológico, provocando el desarrollo y enfermedades conocidas como "oportunistas" (Organización Panamericana de la Salud, 1993)

Es pertinente, antes de continuar, dar el significado de las siglas **VIH**:

V (Virus)

Microorganismo clasificado como replicación, pues no es materia viva y sólo puede replicarse dentro de las células (en este caso dentro de los linfocitos T4)

I (Inmunodeficiencia)

Debilitamiento y/o destrucción de las células de defensa del organismo.

H (Humana)

Sólo pueden contagiarse los humanos y no afecta a los animales ni a las plantas y, por lo tanto, sólo puede ser transmitido de humano a humano

El **SIDA** es la forma más grave de la infección por **VIH**, cuando ya no se pueden producir anticuerpos (defensa contra los agentes extraños al organismo humano), se desarrolla todo tipo de enfermedades "oportunistas" y ciertas clases de cáncer que terminan con la vida del enfermo.

El significado de las siglas **SIDA** es el siguiente:

S (Síndrome)

Conjunto de signos y síntomas a través del tiempo y que caracterizan a una enfermedad determinada.

I (Inmuno-)

Referente al sistema inmunológico del organismo

D (Deficiencia)

Debilitamiento y/o destrucción de las defensas inmunológicas del organismo, específicamente de los linfocitos T4.

A (Adquirida)

Aparecida o contraída durante algunas actividades cotidianas, es decir, en forma no congénita ni hereditaria.

En este apartado, la información se limitó a describir las definiciones de las siglas VIH y SIDA. Posteriormente, se proporcionará información sobre aspectos químicos del VIH, que indican el daño que causa el virus al organismo.

3.2 ASPECTOS BIOQUÍMICOS

Para saber cómo daña el VIH primero tenemos que hacer un pequeño recordatorio de la función del sistema inmunológico humano.

Este sistema está compuesto por diferentes clases de células llamadas leucocitos o glóbulos blancos, encargados de la defensa del organismo contra cualquier agente externo a él. Estos leucocitos se dividen en varias clases y realizan funciones específicas, entre ellos se encuentran los linfocitos T (conocidos como células CD4), encargados de identificar y coordinar las respuestas de las demás células de defensa de modo que si un agente extraño (virus, hongo, parásito, bacteria, etc.), entra en el organismo, los linfocitos T4 identifican el tipo de agente alertando y coordinando a las demás células de defensa para que produzcan y/o activen los anticuerpos que combatan al agente invasor (Sepúlveda, 1989).

El VIH ataca directamente a los linfocitos T4 o células CD4, cuando entra al torrente sanguíneo por medio de las vías de transmisión y penetra en estas células, utilizando sus componentes para replicarse, dañando y destruyendo estos anticuerpos, disminuyendo y posteriormente, eliminando al sistema inmunológico humano al evitar que los linfocitos T4 realicen su trabajo; este proceso generalmente tarda de cinco a 12 años, dependiendo de la atención oportuna. En el caso de México este periodo tarda un máximo de cinco años.

Así, ya con SIDA, poco a poco, el organismo va perdiendo la habilidad de combatir enfermedades que, por lo común, se encuentran en el medio ambiente sin representar ningún peligro para los individuos sanos. Con el sistema inmunológico deprimido, se desarrollan las llamadas enfermedades "oportunistas" y algunos tipos de cáncer, lo que después de un periodo, generalmente de dos a cinco años lleva a la muerte al enfermo. En México este periodo no es mayor de uno a dos años.

El VIH es sumamente frágil, su periodo de "vida" en laboratorio es de no más de 72 horas y requiere condiciones específicas de humedad, por lo que es necesario que penetre al organismo humano para poder "sobrevivir" y replicarse. También se destruye cuando los fluidos humanos contaminados se secan o cuando entran en contacto con jabón, detergentes, blanqueador doméstico, etc. Tampoco soporta temperaturas mayores de 50°C, sin embargo, soporta temperaturas bajo cero. Se han congelado a 20°C bajo cero y al descongelarlo se activa nuevamente (Ibid, 1989).

Estos datos indican, que tan poderoso y resistente es el virus ante condiciones ambientales. Por otro lado, es importante mencionar que el virus, ya dentro del cuerpo humano, pasa por fases, las cuales indican el grado de avance o gravedad.

3.3 FASES DEL VIH/SIDA

Antes de hablar de las etapas de esta enfermedad es necesario hacer hincapié en un periodo de esta infección llamado de seroconversión y el periodo de ventana

A partir del momento en que una persona tiene contacto con el VIH, es necesario que pasen de dos a tres meses para que mediante una prueba de laboratorio se pueda detectar la existencia de anticuerpos contra el virus en el organismo y diagnosticar al paciente como seropositivo. En este tiempo el VIH comienza a replicarse dentro del cuerpo, utilizando el material celular y genético del organismo (periodo de ventana)

El VIH es detectado por el sistema de defensa y crea anticuerpos, seroconvirtiéndose, pero el virus se disfraza, sufre "mutaciones", de tal forma que cuando llegan los anticuerpos ya no encuentran al virus que tenían que atacar, 24 horas a partir de que el VIH entra al organismo humano, éste ya es capaz de contagiar a otras personas (seroconversión).

A partir de este momento, la enfermedad del VIH/SIDA pasa por cuatro diferentes etapas o fases que son (Dévita, 1991) :

a) Primera fase: Pocas personas presentan esta etapa, la cual conoce como "infección aguda" y es cuando el VIH entra al cuerpo. Esta etapa que se caracteriza por la presencia de fiebre, malestar general, dolores musculares y crecimiento de ganglios, molestias que pueden confundirse con cualquier otra infección viral, como la gripe y que desaparecen después de unas semanas.

b) Segunda fase: A la persona que se encuentra en esta fase se le conoce como "portador asintomático" o "seropositivo", en esta fase el virus puede estar "dormido", inactivo o poco activo y no causar daño todavía al sistema inmunológico. Una persona seropositiva no representa sintomatología y puede desarrollar una actividad normal y estar aparentemente sano durante años

El tiempo que dura esta etapa es muy variable, se habla de cinco a 12 años, pero en México este periodo es mas corto, cinco años como máximo, debido a la baja calidad de vida y deficiente o nulo tratamiento médico y psicológico; en muchas ocasiones porque la persona infectada no sabe que lo está, por lo tanto no toma las medidas de control adecuado, arriesgándose, por ejemplo, a una reinfección. La mayoría de los pacientes pasan por esta etapa.

c) Tercera fase: Linfonodopatía generalizada y persistente. En esta etapa se inflaman los ganglios del cuello, axilas e ingles (aparecen "bolas"), que persisten durante meses, sin embargo no todos los pacientes lo presentan.

d) Cuarta fase: A esta fase se le conoce con el nombre de SIDA. Es la última etapa de la infección por VIH. Aquí surgen diferentes infecciones o tumores malignos que son el resultado de que el sistema de defensa humano ya se encuentra dañado.

Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son:

* *Síndrome de desgaste.* Consiste en fiebre, diarreas y pérdida del peso de un 10% sin causa aparente. Estos síntomas se presentan juntos con una constancia de 15 días por lo menos

* *Síndrome neurológico:* Se presentan alteraciones en la sensibilidad, la marcha, el movimiento y la pérdida de facultades mentales (demencia asociada al VIH)

* *Cáncer:* Sarcoma de Kaaposi (que se presenta en hombres y niños), linfoma de Hodgking, cáncer cérvicouterino.

* *Otros:* Infecciones "oportunistas"; en México, las que más se presentan son: Neumonías, tuberculosis renal, anal y ganglionar, varicela zoster y citomegalovirus.

* *Muerte:* El periodo de vida de los pacientes con SIDA es de dos a tres años, pero en México es de uno a dos años.

En el próximo apartado, se mencionarán las formas de contagio del VIH, así como de las actividades, por las cuales no es posible el contagio

3.4 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Por ser sumamente frágil y poco resistente fuera del organismo, el virus del SIDA sólo puede contagiarse cuando pasa del cuerpo de una persona infectada o enferma al cuerpo de una persona sana.

El contagio puede darse sólo por tres vías:

a) Vía sexual: Al tener relaciones sexuales pene-vagina, pene-ano o pene-boca, sin protección, ya que el virus se encuentra en las secreciones genitales de las personas infectadas. En el hombre, el líquido pre-eyaculatorio y semen; en la mujer, la secreción vaginal y sangrado menstrual. El contagio se puede dar aunque todavía no se noten, ni presenten síntomas o no estén enterados de su propia enfermedad o de la pareja sexual

Las relaciones sexuales se consideran como una conducta de riesgo, cuando no se toman las medidas de prevención adecuadas para no contagiarse de VIH/SIDA. El porcentaje de personas infectadas por este medio es del 95%.

Las prácticas sexuales más peligrosas y que hay que evitar son aquéllas que practican muchas parejas, en las que se puede producir daño en el pene, la boca, la vagina o el ano, y se intercambia sangre, semen y líquidos vaginales (estos dos últimos contienen sangre, ya que durante la relación sexual se produce sangrado, debido a que se rompen pequeños vasos sanguíneos) (Rius, CONASIDA)

b) Vía sanguínea: Cuando la sangre infectada entra por cualquier lugar del cuerpo, ya sea por una herida, transfusión sanguínea, trasplante de un órgano o por el uso de agujas y jeringas contaminadas, como las que utilizan los drogadictos intravenosos, los utilizados para hacer tatuajes, orificios en los lóbulos de las orejas o la acupuntura, o por pinchaduras accidentales con agujas hipodérmicas contaminadas.

c) **Vía perinatal.** Si una mujer embarazada está infectada por el VIH, existe la posibilidad de que el virus se transmita al feto, ya que aún cuando la corriente sanguínea de la madre y del feto están separadas por la placenta, esta separación sólo previene el intercambio de células, pero no de sustancias nutritivas o de partículas pequeñas tales como los virus. El recién nacido también entra en contacto con la sangre materna durante el parto, en ese momento es posible que la infección se transmita de la madre a su hijo (75%). La transmisión de la infección a su hijo también es posible en la lactancia (25%)

En las tres vías mencionadas están presentes secreciones corporales altamente infecciosas, es decir, en ellas se encuentra el VIH en mayores cantidades. Hay que recordar que el contagio se da principalmente por contacto de sangre. El VIH no se transmite por contacto diario casual, ya que el virus no sobrevive por mucho tiempo en el aire, el agua o los objetos que la sangre o el semen de una persona infectada pudiera haber contaminado (SIDA, Organización Panamericana de la Salud, 1993). También existen formas de no contagio, que a continuación se describen

3.5 VÍAS DE NO TRANSMISIÓN

Ahora que ya se conocen las vías de contagio, es preciso aclarar de qué forma no existe contagio del virus, pues aunque es cierto que en otras secreciones corporales como las lágrimas, la saliva, el sudor, el excremento y la orina, existe una pequeñísima cantidad del virus, se plantea que no existe riesgo de contagio porque se necesitaría una gran cantidad de estas secreciones contaminantes; por ejemplo, para contagiar a alguien por medio de la saliva contaminada, sería necesario que se tomara un litro de ésta (Pregiada, 1992).

La importancia de aclarar las formas de no transmisión es porque el ignorarlas provoca que las personas sanas segreguen y discriminen a las personas enfermas.

Así también, el conocer las vías de transmisión y no transmisión hace pensar y darse cuenta de que todos estamos expuestos al contagio y que, sin embargo, es algo que se puede evitar manejando y ejerciendo las medidas de prevención y protección adecuadas

Por lo tanto, queda claro que el VIH/SIDA no se transmite al platicar, saludar, abrazar, compartir utensilios de cocina, ropa de vestir y de cama, viajar en el mismo medio de transporte, bañarse en una alberca, utilizar el mismo baño, estar en el mismo salón, banca o silla ni por picadura de insectos

Ahora, ¿Cómo saber si se está infectado o no? Para ello, existen diferentes formas de averiguarlo. Esto es, acudiendo a los lugares, donde se realizan las prácticas para detectar del virus. El próximo apartado, detalla la información.

3.6 MÉTODOS DE DETECCIÓN DEL VIRUS

Todas las pruebas de detección del VIH/SIDA son de carácter voluntario y estrictamente confidenciales, además el paciente debe tener atención psicológica antes de la prueba y al momento de recibir su resultado

Existen diferentes pruebas de detección del VIH, la mayoría de ellas son para identificar a los anticuerpos formados contra el virus y no contra el virus mismo, por lo que se necesita esperar un periodo de seis a ocho semanas en promedio después del probable contacto con el VIH (periodo de ventana) para que el resultado de la prueba sea válido, es decir, que se puedan identificar los anticuerpos que el organismo haya formado contra el virus

Las pruebas que existen son las siguientes:

a) Pruebas presuntivas o de tamisaje: Detectan anticuerpos contra el VIH. Son muy sensibles y se utilizan para detectar los paquetes de sangre contaminados o como prueba inicial para la detección de casos en poblaciones potencialmente infectadas. Son rápidas, relativamente baratas y técnicamente sencillas de llevarlas a cabo. La desventaja es que en ocasiones pueden resultar falsas positivas, por lo cual, se requiere de aplicar en estos casos una prueba confirmatoria (por ejemplo, ELISA y hemaglutinación), antes de entregar el resultado al paciente.

b) Pruebas confirmatorias: Detectan anticuerpos contra el VIH. Son más específicas que las presuntivas y, por lo tanto, más costosas; llevan mayor tiempo en su realización y, técnicamente, son más difíciles. No dan falsos positivos en sus resultados y no deben utilizarse como prueba inicial, sino solamente confirmatoria. Entre estas pruebas están la de Western Blot (inmunolectrotransferencia) e inmunofluorescencia

c) Pruebas especiales: Existen otras pruebas que se solicitan en casos particulares, como: la detección de virus, el cultivo de VIH, la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), la determinación de IgA y conteo de linfocitos T4. Estas pruebas sólo se solicitan en caso necesario y por indicaciones precisas.

En México, la Secretaría de Salud tiene varios centros, en los cuales se realizan estas pruebas de detección y en donde la atención prestada es de tipo multidisciplinario (Conasida). Así como, en organizaciones no gubernamentales (CAPPSIDA, árbol de la vida, AMSAVIH, entre otras)

Cuando una persona obtiene un resultado positivo por medio de las pruebas de detección de VIH, se le conoce como seropositivo, es decir, su suero contiene anticuerpos contra el virus. Es necesario enfatizar que la palabra seropositivo se deriva de las palabras sero=suero y positivo=que existen anticuerpos, y por lo tanto, nada tiene que ver con el tipo de sangre de cada persona que se clasifica con las letras A, B y O ni con su Rh que puede ser "+" o "-" (ejemplo, O+, A-, etc.).

Ahora que ya se ha hablado, de lo que es el VIH, cómo se contagia, y cómo se detecta, es necesario presentar las estadísticas, que indican cual es el índice de contagio en el país.

3.7 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En base a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se cree que existen en el mundo entre catorce y quince millones de personas infectadas que no saben su diagnóstico (VIH asintomático), y sólo hay 1,292.810 casos registrados con la siguiente distribución mundial:

CONTINENTE	CASOS	PORCENTAJE
África	44,735	34.3 %
América	659,662	51.0 %
Asia	28,630	2.3 %
Europa	154,203	11.9 %
Oceanía	6,680	0.5 %
Total	1,291,810	100.0 %

Se estima que a la fecha existen seis millones de personas con SIDA sin registrar. De acuerdo a los registros de la OMS, en el continente americano, Estados Unidos ocupa el primer lugar en número de personas infectadas. En segundo lugar lo ocupa Brasil y México el tercero con 25,746 casos reportados, una tasa de 306 enfermos por cada millón de habitantes. Sin embargo, de acuerdo con las estimaciones de la Dirección General de Epidemiología, se considera que hasta Diciembre de 1995 había en México 39,520 casos. Esta diferencia se debe a los retrasos de reporte y a los sobrerregistros que se presentan.

Desde su aparición en nuestro país, ésta epidemia se ha extendido en la forma siguiente:

AÑO	CASOS	AÑO	CASOS
1982	13	1989	6,676
1983	40	1990	16,156
1984	121	1991	13,605
1985	341	1992	17,272
1986	793	1993	20,171
1987	1,106	1994	21,436
1988	8,924	1995	25,746

Las localidades dentro de la República Mexicana que reportan mayor número de casos son las siguientes:

LOCALIDAD	CASOS	PORCENTAJE
Distrito Federal	7,763	30.15 %
Estado de Mex	3,695	14.35 %
Jalisco	2,941	11.42 %
Puebla	1,371	5.33 %
Total	15,770	61.25 %

La distribución por edad y sexo de los 25,746 casos de VIH/SIDA reportados en nuestro país es

CASOS	SEXO	EDAD
17,372	Masculino	entre 14 y 44 años
3,804	Masculino	mayores de 44 años
2,683	Femenino	entre 14 y 44 años
638	Femenino	mayores de 45 años
703	Niños	entre 0 y 14 años

Se plantea que por cada caso registrado, existen cinco infectados, pero que no conocen su diagnóstico. Así, continúa la epidemia en proporciones mayores. Para el año 2000 se esperan en el mundo dos millones de casos de VIH/SIDA, de los cuales 90,000 estarán ubicados en México.

También la proporción por actividad y sexo ha variado, si en un principio había una mujer por cada once varones infectados, la mayoría eran homosexuales y trabajadoras (res) del sexo. ahora la proporción es de una mujer por cada cuatro varones, en algunas zonas es de uno a uno. La mayor parte de las infecciones sigue siendo entre homosexuales, le siguen los bisexuales, y en tercer lugar los heterosexuales, aunque en el caso de las mujeres, la mayor cantidad de infectadas es por transfusión sanguínea. (Conferencia sobre SIDA, Zaragoza, 1996).

También, se obtuvieron los datos estadísticos emitidos por Conasida. Los datos que a continuación se presentan son del informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio, 1998. Ginebra, ONUSIDA y OMS, 1998.

Personas recién infectadas por el VIH en 1998

POBLACIÓN	No. DE INFECTADOS
Total	5 8 millones
Adultos	5.2 millones
Mujeres	2.1 millones
Menores de 15 años	590,000

Defunciones causadas por el SIDA en 1998

POBLACIÓN	DEFUNCIONES
Total	2 5 millones
Adultos	2.0 millones
Mujeres	900,000
Menores de 15 años	510,000

Defunciones totales causadas por el SIDA desde el comienzo de la epidemia

POBLACIÓN	DEFUNCIONES
Total	13.9 millones
Adultos	10.7 millones
Mujeres	4.7 millones
Menores de 15 años	3 2 millones

A continuación se presentarán los datos estadísticos de SIDA en México. Se calcula que el total de casos acumulados es de 36,150. De casos estimados corrigiendo retraso y sobregistro 57,000. Se estima que por cada caso de SIDA hay entre 3 y 4 personas infectadas por el VIH, lo cual arroja una cifra de entre 171,000 y 228,000 personas viviendo con VIH en México.

Los siguientes datos fueron obtenidos por el Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección Adjunta de Epidemiología de la SSA.

Panorama epidemiológico del VIH/SIDA en México

TOTAL DE CASOS	37,381
Hombres	31,564
Mujeres	4,865
Menores de 15 años	952
CASOS ESTIMADOS	58,900
CASOS VIVOS	15,526
CASOS FALLECIDOS	19,316
CASOS CON EVOLUCIÓN DESCONOCIDA	2,539
POR EDAD ENTRE 25 Y 34 AÑOS	15,138
RAZÓN GRAL. PROMEDIO	6/1
Entre 15 y 19 años	3/1
Entre 20 y 24 años	5/1
Entre 25 y 29 años	8/1
Entre 30 y 34 años	7/1
POR ENTIDAD FEDERATIVA	
1o. D.F	10,413
2o. Estado de Mex	4,643
3o. Jalisco	4,214
4o. Puebla	2,274
5o. Veracruz	1,721
6o. Colima	109

CAPÍTULO 4

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL VIH/SIDA

4. CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL VIH/SIDA

4.1 SIDA Y SOCIEDAD

El SIDA no sólo afecta al paciente y la familia, sino al conjunto de personas que los rodean, es decir, la sociedad. Sin duda el VIH/SIDA ha tenido un impacto significativo. Tanto así que ahora el problema se debate en instituciones religiosas, políticas y sociales, como en instituciones de salud.

A partir del descubrimiento del VIH/SIDA se formaron asociaciones no gubernamentales que luchan contra el SIDA, dando información, previniendo y apoyando con atención psicológica y médica a personas infectadas. "El SIDA ha venido a cuestionar nuestros valores, nuestras relaciones de pareja, nuestras ideas sobre la sexualidad, la muerte, la otredad. El SIDA es una pregunta ética hacia el deseo .. El SIDA viene a encajar perfectamente en el discurso del profeta, de la renovación moral de la sociedad, de ese que advierte de la decadencia y la degradación. Aquel que cimienta la intolerancia y discriminación con el linchamiento colectivo ...El SIDA nos obliga a definir quienes somos ante nosotros mismos y ante el otro. Es una inevitable cuestión de ética, no de moral" (Albergues de México, 1998, p. 4).

Entre las consecuencias y afecciones posibles de una enfermedad que compromete a la vida se observan las psicológicas y sociales como Sentimientos de aturdimiento e ira, temor a la incapacidad, dolor y muerte, un sentimiento de traición y pérdida del control, preocupación y asuntos no concluidos, y la necesidad de revisar la vida. Asimismo, con el VIH/SIDA, se experimentan múltiples pérdidas de salud, empleo, salario y relaciones.

Cuando la enfermedad se vuelve terminal, el individuo puede mostrar una o más de las etapas del moribundo, como por ejemplo, la negación, ira, abatimiento, depresión y aceptación.

Por otro lado, cuando una persona está contagiada con el virus, es importante considerar el factor biológico, ya que éste resulta dañado, como se podrá observar a continuación

4.2 FACTORES BIOLÓGICOS

Complicando el ya trágico y multiestresante fenómeno del SIDA, está la prevalencia de la afección neuropsiquiátrica en alguna etapa de la enfermedad (las personas que sufren una infección en el sistema nervioso central (SNC), llamada "oportunista"), puede haber un cambio dramático en el estado mental o una declinación gradual al progresar la enfermedad. Los síndromes neuropsiquiátricos (secundarios), provocados por el SIDA pueden ser las neuropatías periféricas y craneales, lesiones de médula espinal, trastornos del movimiento secundario a enfermedad cerebral del sistema extrapiramidal o ambas, cefaleas, trastornos convulsivos, síndrome de apoplejía y déficit localizados secundarios a lesiones tumorales en el cerebro (Durham, 1987).

Se pueden presentar trastornos de lenguaje. Estos trastornos incluyen afasias y anomias parcialmente expresivas, disminución de la complejidad de la estructura de las oraciones y respuestas verbales más lentas.

Debido a la frecuencia de infección del SNC en el SIDA, es importante reconocer los signos de delirio y demencia. El delirio es una forma aguda del síndrome cerebral orgánico que se desarrolla rápidamente; los síntomas incluyen cambios rápidos en la vigilia, estado de alerta, atención y capacidad para percibir el medio en forma adecuada; puede acompañarse de alucinaciones visuales y delirio de persecución y cambio en el nivel de actividad, con empeoramiento de los síntomas por las noches (Ibid).

La demencia tiene un reto mayor porque es de duración más larga y progresiva; las necesidades de seguridad son una preocupación constante; las comidas requieren de vigilancia; se recomienda la compañía frecuente por familiares; la familia y seres queridos pueden turnarse para estar más tiempo y ayudar a crear un enfoque individualizado.

Además, se incluyen los múltiples síntomas, de los que se habló en el punto 3.3, que se refiere a las fases del VIH. En seguida se tocará el tema sobre las primeras reacciones que presenta la persona infectada ante la enfermedad, así como de lucha por adaptarse a la situación.

4.3 FACTORES SOCIALES

Entre las preocupaciones psicológicas más importantes está la pérdida y aislamiento. La pérdida es el estado de estar privado o estar sin algo que anteriormente se tenía. Las pérdidas pueden ser graduales o repentinas, traumáticas o pueden tomar muchas formas; éstas pueden ser físicas tangibles o simbólicas (psicosociales).

Cabe mencionar, que las pérdidas varían de persona a persona, dentro de las cuales se encuentran: Tranquilidad mental y espiritual, empleo, seguro de salud y salario, apoyos sociales, intimidación física, posición social, apariencia y control de funciones corporales.

“Con el diagnóstico de SIDA viene la percepción de una sentencia de muerte; son comunes los sentimientos de culpa y vergüenza sobre la preferencia sexual y el uso de drogas. El temor a la muerte y a la agonía se convierten en un problema para la mayoría de los enfermos con VIH/SIDA. Con frecuencia hay trastornos en el patrón del sueño, y la noche puede estar llena de terror e insomnio, algunas veces la presencia de otra persona, especialmente de un familiar, un ser querido facilita el sueño” (Ibid, p 30).

Muchas de las necesidades de autoestima son satisfechas por medio del trabajo; para algunos individuos es necesario sentirse productivos, reactivos y útiles únicamente a través del trabajo, para otros, los aspectos de trabajo más importantes son el sentimiento de pertenecer a las relaciones sociales.

Sin embargo, el trabajo en general es imposible al progresar el SIDA, ya sea que la persona esté demasiado enferma para trabajar establemente o se le discrimina por padecer la enfermedad, algunas personas tendrán aún el seguro social o incapacidad y siguen gozando de su salario u otros beneficios, pero hay quienes pierden sueldo y beneficios; esto es sumamente grave porque esta enfermedad es muy costosa, en cuanto a medicamento se refiere.

Respecto a los apoyos sociales, con frecuencia se pierden amigos y compañeros de trabajo

La familia y amigos juegan un papel significativo pues en la primera hospitalización el paciente sentirá apoyo y amor, además estará más relajado y descansará, sin embargo cada reingreso al hospital disminuye el tiempo y energía que los otros son capaces de ofrecer. Los estragos del SIDA sobre el cuerpo son numerosos: casi siempre hay dramática pérdida de peso, posibilidad de alteraciones en la piel, pérdida de pelo, lesiones dérmicas, heridas exudativas, incontinencia fecal y otras alteraciones desagradables de las infecciones "oportunistas".

La enfermedad prolongada priva a las personas de satisfacer su papel social; cada papel que el individuo desempeña le ofrece responsabilidad y beneficios y le ayudan a determinar el sentimiento de su identidad en el mundo. Delegar estos papeles durante la enfermedad puede llegar a ser un alivio, puesto que requieren mucha energía, sin embargo se puede llegar a percibir como una pérdida, ya que la autoimagen disminuye por dejar de ser una persona productiva.

Otro factor que interviene y resulta muy dañado es el emocional, ya que tanto las emociones del enfermo como de la familia intervienen.

4.4 FACTORES EMOCIONALES

"Las reacciones del paciente frente al conocimiento de infección por el VIH o el diagnóstico de SIDA están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de la vida, como son : edad, sexo, personalidad, religión, habilidades, antecedentes culturales, salud mental, estilo de vida , inteligencia ; y por aspectos sociales como : la familia, las relaciones interpersonales y habilidades de comunicación ; y también por aspectos relacionados directamente con la enfermedad . el tipo de medicamentos que recibe, la presencia de las implicaciones clínicas, el tipo de seguridad social, la calidad de asistencia, el deterioro físico y psicológico, y el tiempo de sobrevida" (Vélez, 1993 en Nuñez, 1997, p. 80).

Las reacciones de la familia a un diagnóstico de SIDA son difíciles de predecir, debido a que participa un gran número de factores. Cada familia se compone de personas que tienen relaciones diferentes con el enfermo. Los padres presentan reacciones diferentes con mayor probabilidad que los hijos, esposos, primos, etc. Esto se debe a que la relación que tiene el paciente con cada uno de los miembros de la familia varía. La situación de la familia se torna difícil, ya que todo cambiará, ya no está presente esa "estabilidad" del entorno familiar.

En caso de que el paciente ya tenga SIDA será mayor la angustia, pues la apariencia y cambios en las funciones mentales en la persona pueden llegar a ser devastadoras para la familia y seres queridos. Resulta difícil ajustarse a los cambios en las funciones mentales, ya que de manera lenta o repentina la persona que todos conocen y aman ya no "habita" el cuerpo familiar

En un intento por manejar sus reacciones emocionales y la situación, los padres o familiares pueden buscar algo o alguien a quien culpar. En algunas ocasiones los padres se culpan a sí mismos por creer que fallaron en su labor de padres y no tener el cuidado adecuado con la persona que contrajo el VIH/SIDA. También se puede presentar que continúen culpando a la persona infectada por lo que es y por causar un "desequilibrio" familiar.

Algo que es importante aclarar es que, las reacciones de la familia dependerán de la forma en que la persona se haya infectado. Esto se deberá a que no es lo mismo aceptar que, por ejemplo, el hijo sea homosexual o que su forma de contagio haya sido por transfusión de sangre.

"La familia puede necesitar ayuda para manejar lo relacionado con la persona infectada, en términos de sus propios sentimientos de culpabilidad, vergüenza y las reacciones de otros. Las reacciones hostiles de otros los pueden hacer enojar y tornarse protectores de su ser amado" (Ibid. p. 82).

Es importante mencionar, que la familia también se enfrenta al estigma social y como consecuencia temen que la familia sea discriminada, señalada o rechazada, no sólo a causa del SIDA , sino por la asociación de la enfermedad con la homosexualidad, la cual contienen connotaciones de "anormalidad".

Es posible que ante la noticia de la enfermedad se presenten toda clase de sentimientos desde los más sensibles (amor y cariño), hasta los más crudos (coraje y odio). Algunas personas se sienten abrumadas emocionalmente y experimentan una sensación de pérdida de control, seguida por una sucesión de emociones, pensamientos y preguntas.

Otras reacciones que pueden surgir son. Negación, fatalismo, ansiedad, temor o miedo, suicidio, rechazo, impotencia y desesperanza, culpabilidad, depresión, autocensura e ira, impacto sobre la sexualidad, impacto de identidad , autocastigo y suicidio.

a) Negación: No creer lo que le está sucediendo o no querer hablar del asunto. A menudo los individuos afectados niegan su enfermedad y quieren "vivir plenamente lo que les queda de vida" Alteran sus hábitos de sueño y alimentación y pueden reiniciar e inclusive aumentar sus actividades de riesgo, lo cual acelera la aparición de la enfermedad. Pueden negarse a recibir afecto, pero eso no quiere decir que no lo quieran.

El paciente anula de su conciencia la realidad patológica que sufre, no acepta la información que ha recibido y se resiste a mantener una condición que afecta su actual modo de vida (Sepúlveda, 1989).

b)Fatalismo: Sentir que el mundo se termina o que su tiempo está contado y no hay nada que hacer. Cuanto más tiempo afronta una persona una ansiedad mayor de lo normal, más vulnerable se torna a la aparición más frecuente de síntomas, cuya intensidad también puede aumentar y las labores que se llevan a cabo en el trabajo, en la casa y socialmente se tornan más difíciles , menos interesantes y cada vez toma más tiempo terminarlas

En algunos casos, cuando la ansiedad es una característica crónica (se ha soportado por algún tiempo un grado alto) ocurrirán episodios de ansiedad aguda , "onda", repentinas, abrumadoras caracterizando los síntomas físicos a un grado extremo, junto con gran alarma y pánico sobre lo que está sucediendo ("me estoy desmoronando" , "voy a perder el conocimiento o atener un ataque cardíaco y morir") Estos episodios se denominan "ataques de pánico" y pueden afectar físicamente ; la persona queda con una sensación de gran cansancio emocional, mental y físico.

c) Ansiedad : La variedad de síntomas que acompañan la ansiedad intensa tienen particular importancia en el contenido de VIH , pues la persona se encuentra abrumada de temores y cree tener síntomas que se presentan con el SIDA como . diarrea, náuseas, sudoración, pérdida de peso, fatiga, etc Por ello, no sorprende que muchas personas que piensan erróneamente que están contagiadas, y muchos que son seropositivos interpretan estos síntomas como signos de declinación de su salud : se "confirman" sus peores temores están "cuesta abajo" hacia el SIDA . Con frecuencia empeorarán los síntomas de ansiedad contribuyendo a " confirmar" sus preocupaciones. Este ciclo se ha denominado como "seudo SIDA" . Se ve más comúnmente en el " preocupado-sano" y ha llevado en algunos casos a una desesperación suicida (Miller, 1989, en Nuñez, 1997)

Así, en un estado de ansiedad la conducta normal se altera en una o más de las siguientes formas (Vélez, 1993, en Nuñez, 1997) :

1. Agitación y nerviosismo : sentirse "tieso" , irritable e inquieto.

2. Gran preocupación algunas veces enfocadas en acontecimientos y problemas precisos, en ocasiones con ansiedades vagas, cambiantes, que es difícil restringir.

3. Síntomas físicos .

- tensión muscular que origina dolores en tórax, cuello y espalda, cefaleas, agitación y temblor, estómago "anudado".
- Agitación intestinal y vesical que provoca viajes esporádicos o frecuentes al baño.
- Nauseas, y en ocasiones vómitos ; y dificultad para digerir la comida, que a veces causa cierta pérdida de peso.
- Aumento de sudoración.
- Palpitaciones y "golpes" violentos del corazón.
- Vértigos, atolondramiento y posiblemente hormigueo en manos y pies.
- Visión borrosa o "enbotada".
- Mayor sensibilidad al ruido, la temperatura, el tacto y luces brillantes
- Rubores, manchas, exantemas o ambos.
- Boca seca.
- Ganglios linfáticos crecidos (en ansiedad crónica).

4. Dificultades en el sueño : problemas para dormir, despertar temprano y un sueño más alterado (tal vez incluyendo pesadillas).

5. Fatiga física pérdida del vigor y letargo frecuente, en ocasiones con largos periodos de falta de energía.

6. Dificultades cognitivas : problemas para concentrarse, recordar y obtener información, distracción y confusión con facilidad, incluso en labores sencillas.

7. Cambios de ánimo: cambios rápidos o repentinos del ánimo, en ocasiones de un extremo a otro, por ejemplo de la risa al llanto, irritabilidad, por lo cual resulta difícil la comunicación con éstas personas, se tornan enérgicos y exigentes.

8. Pérdida del impulso sexual . una pérdida temporal del deseo o la función sexual.

La ansiedad y el estrés son inevitables en quienes padecen infección por VIH o tienen un diagnóstico de SIDA. El temor y el rechazo pueden contribuir de una manera inmensurable a las cargas prácticas, físicas y emocionales de los pacientes.

Los puntos principales que influyen a la ansiedad de la persona son :

- 1) El riesgo de infección que ellos implican para otros y que otros representan para ellos.
- 2) Hostilidad y rechazo social, profesional, doméstico y sexual
- 3) Ser abandonado y quedarse sólo en su dolor
- 4) Incapacidad para modificar sus circunstancias.
- 5) Cómo estar seguro de la mejor salud física posible en el futuro.

- 6) La posible aparición de infecciones repetidas o nuevas.
- 7) La capacidad de su amado, compañero, familiares, amigos para afrontar sus problemas.
- 8) Resultado final de su infección o enfermedad a corto y largo plazo.
- 9) La disponibilidad de tratamiento médico, dental, etc.
- 10) Ser identificado como homosexual o toxicómano.
- 11) La posible pérdida de privacidad y confidencialidad.
- 12) Su futura aceptación (o no) social y sexual.
- 13) Una decreciente capacidad para afrontar el futuro.
- 14) La pérdida de independencia física y económica.

Con las numerosas preocupaciones que surgen a partir del diagnóstico de VIH/SIDA no sorprende que en algunos casos se presenten las reacciones físicas y emocionales mencionadas. El hecho es que algunas personas sufren dichas reacciones piensan erróneamente que están empeorando debido al panorama físico que se presenta, sin embargo en realidad es la ansiedad la que originó las complicaciones.

d) Temor o miedo: La mayoría de las personas temen a ser rechazadas. Algunos de estos temores se fundamentan en un análisis realista de cómo responderán los demás a la noticia de un resultado positivo en la prueba. Sean o no realistas estos temores, algunas personas optarán por mantenerse totalmente aisladas. No es extraño que se sientan "contaminadas" y se retiren de aquéllos a quienes más necesitan. "Esta actitud se basa a veces en el temor irracional de infectar a los seres queridos a través del contacto casual" (Ábrego, 1995).

Estas reacciones se multiplican a consecuencia de los mensajes negativos que la sociedad emite con respecto a la propia enfermedad y los comportamientos relacionados con la misma, los cuales son internalizados por la persona afectada.

e) Rechazo: Evitar el acercamiento de familiares y amigos. Como se ha mencionado, el individuo infectado siente cierto miedo a infectar a otros, lo cual provocará cierto aislamiento de otras personas. Otro tipo de rechazo que se presenta en estos casos, es el de la sociedad hacia la persona que tiene VIH/SIDA; esto se da porque la gente teme al contagio, como consecuencia la ignorancia provoca el maltrato a quienes padecen la enfermedad (Ábrego, 1995).

f) Impotencia y desesperanza: Aunque el impacto inicial de la noticia de un resultado positivo de la prueba inevitablemente coloca a la persona en una situación de crisis, ésta es normal y generalmente desaparece después de cierto tiempo.

Las personas deprimidas pueden decir que son simplemente incapaces de llevar a cabo incluso las labores diarias, rutinarias como comer, vestirse, cuidar de sí mismos, bañarse y otras actividades. Muchos responden a la depresión en diferentes formas, por supuesto, pero quienes han tenido las más altas expectativas de actividad personal en el pasado pueden ser, en particular, propensos a una sensación de desesperanza, por lo general, por tendencias no realistas o perfeccionistas.

Es fácil ver por qué una persona en esta categoría con frecuencia responderá a la presión con una sensación constante de ruina y tristeza, sugiriendo que es posible que nada salga bien en el futuro. Las altas demandas personales anteriores, reforzarán este nuevo sentimiento de desesperanza y la sensación actual de culpa e inutilidad.

g) Culpabilidad: En estos casos, el equilibrio mental de sus seres cercanos también se altera y aparecen sentimientos contradictorios, como sobreprotección y rechazo al mismo tiempo.

Cuando se recibe el diagnóstico se experimenta una gran tristeza e impotencia que a menudo no se expresan por temor a afectar aún más al ser querido.

Los sentimientos hostiles, dan lugar a intensos sentimientos de culpa. Por otro lado, como se ha mencionado, se busca encontrar un culpable de lo que está sucediendo, para descargar todo sobre algo o alguien

h) Autocensura e ira Junto con esto se tiene un sentimiento de enojo. Con frecuencia, el paciente se siente víctima del destino. En estas circunstancias surge la pregunta: ¿Por qué a mí? Si a esto se añade el rechazo de quienes lo rodean, entonces se origina una intensa ira que dificulta comprender y asimilar la situación por la que está pasando.

El enojo también se presenta cuando se siente incapaz de realizar lo que antes hacía y ver que ahora depende de otros (en caso de SIDA); por ello su enojo no se debe tomar como algo personal, sino como una reacción del estado emocional de la persona afectada.

La ira es una reacción de sentimiento de culpa que puede aparecer cuando el paciente no cuenta con recursos para solventar demandas asistenciales atención psicológica y medicamentos. Esto puede provocar rupturas agresivas con la gente que le rodea. La rabia es un sentimiento que se presenta cuando el paciente se afronta o en un futuro afrontará a las múltiples pérdidas.

Algunas veces, éste enojo se manifiesta a los médicos, familiares y amigos, también pueden hacerlos contra los programas preventivos por considerarlos ineficaces. La rabia también se manifiesta a través de la sexualidad, es decir, infectando a propósito a otras personas y contribuyendo a la expansión del VIH/SIDA. Esta reacción puede verse minimizada si el infectado recibe apoyo, compañía, trato cálido por parte del equipo de salud, familia y la sociedad. (Vélez, 1993, en Nuñez, 1997).

i) **Depresión:** Todo conlleva a que la persona manifiesta su depresión, con un estado de ánimo de tristeza, sentir que no vale, ideas suicidas, insomnio, pérdida del apetito, apatía por actividades rutinarias, laborales y familiares, irritabilidad, retraimiento, pérdida de atención, concentración y memoria, alteraciones neurovegetativas. Como la depresión disminuye la capacidad de respuesta de nuestro sistema de defensas, su tratamiento resulta de particular importancia no sólo para aminorar el sufrimiento del enfermo, sino para retrasar el progreso de la enfermedad.

Cuando los pacientes obtiene un resultado positivo, tratan de influir sobre las personas de su contorno para que les devuelvan la autoestima perdida, demostrando su desdicha y forzando su afecto. Así, existe una permanente necesidad de suministros afectivos que puedan elevar su autoestima caracterizándose por su dependencia y su tipo narcisista en la elección de una pareja tendiendo a cambiar de compañía con frecuencia.

Los pacientes se empeñan en tener un "buen entendimiento", siendo incapaces de contribuir a ello, argumentando que "no son entendidos", se sienten desvalidos, sin esperanzas hacia un futuro, y la posibilidad de prever casa, trabajo, amigos, familia, pareja, etc. se puede trancar. Se presenta un aislamiento social que va desde semanas a meses, aún años, muchas veces por el miedo de infectar a otros evitando cualquier tipo de contacto social. También temen por las pérdidas físicas como: ser atractivos y sanos, disminución de la actividad sexual, de concebir un hijo, etc.

Algunos pacientes presentan ideas suicidas, éstas no surgen en el momento de conocer el resultado positivo, sino que aparecen en el transcurso del tratamiento, cuando empiezan a morir por SIDA amigos o personas que creen haber infectado, o bien al percatarse de que son excluidos de la sociedad (Sepúlveda, 1989).

La depresión es una de las reacciones psicológicas más características en personas con VIH/SIDA, sobre todo después de conocer su resultado positivo.

Las principales causas de la depresión son las siguientes (Vélez, 1993, en Nuñez, 1997)

- * "La inevitabilidad" del deterioro físico y de su mala salud futura.
- * La desesperanza e impotencia experimentada al saber que padece una enfermedad actualmente sin cura.
- * El estilo de vida provocado por la infección como : funcionamiento físico disminuido, restricciones profesionales, el rechazo social y limitación sexual a causa del VIH/SIDA.
- * El gasto económico que la enfermedad requiere (medicamentos y asistencia terapéutica).

j) Autocastigo: En algunas ocasiones se recurre a las drogas, alcohol o mala alimentación, lo cual daña al organismo, además que existe la posibilidad de que el VIH/SIDA acelere su proceso, pues todo ello debilita al sistema inmunológico, hasta niveles peligrosos. El paciente tiene esta conducta tratando de escapar de la realidad, de los sentimientos, para disimular el estado anímico, para esconder el sufrimiento, para buscar un apoyo y encontrar consuelo. Pero con todo ello, sólo consigue dañarse más a cada día.

k) Impacto sobre la sexualidad: Al obtener un resultado positivo, el individuo experimenta pérdida de su sexualidad, ya que no la va a poder ejercer y disfrutar. El individuo pierde toda posibilidad de ejercer su sexualidad, por miedo a infectar a otras personas. Pero es importante remarcar que el amor puede manifestarse de otras formas. Como ya se mencionó, en algunos casos, el individuo infecta a propósito a otras personas como venganza de la situación que está viviendo. En otras ocasiones, la disminución del impulso sexual se manifiesta como un signo inicial común, pero puede crearle problemas, sobre todo si tenía una actividad sexual frecuente o regular, también repercutirá en su autoestima.

I) Impacto en la identidad: La identidad es el concepto o representación mental que un individuo tiene de sí mismo, es decir, de su cuerpo y de su mente. Todas las experiencias de un individuo en el ambiente en que se desenvuelve conforman su identidad, pero la identidad está definida por diversos factores que se extienden más allá del individuo, como son los sociales, históricos, culturales, familiares, entre otros.

Desde el momento en que a una persona se le informa que se encuentra infectada por el VIH/SIDA o cualquier otra enfermedad mortal, basta para que todo la identidad, construida a lo largo de su vida, sufra cambios. "La posibilidad de desarrollar SIDA o la posibilidad de la muerte, nos hace forzosamente ser otros. Uno ya no será más aquel o aquélla, ahora será seropositivo (a), un enfermo de SIDA, o el que oculta, o el que sufre o el que busca... pero en cada caso, nunca se vuelve a ser el mismo" (Ábrego, 1994, p. 6).

II) Suicidio : Algunos individuos consideran la posibilidad de suicidarse cuando reciben un resultado positivo de la prueba del VIH o un diagnóstico del SIDA. Es común una profunda desesperación debida a un diagnóstico (o sospecha) de SIDA. Muchas personas amenazan "terminar con todo" si sus temores son confirmados, sin embargo, la mayoría encuentra una fuerza interior que los mantiene en los días y meses siguientes. Algunas no pueden enfrentar el dolor emocional y físico (este último en caso de SIDA) de la enfermedad prolongada y se suicidan. "Los factores de riesgo de suicidio incluyen una historia de depresión y conducta o ideas suicidas previas, falta de apoyos sociales, vivir solos y sentimientos de frustración e inutilidad que duran por varias semanas" (Durham, 1987, p. 30).

Sin embargo, los pensamientos de suicidio son una respuesta común y normal ante noticias inevitables que ponen en peligro la vida. Muchos pacientes pueden sentir que la dignidad de una muerte autodeterminada es muy preferible a la posibilidad de declinación del individuo. Así, las personas temen a futuro con dolor, pasar por una fase terminal. Como menciona, Nuñez (1997, p.95).

"Muchos individuos infectados desarrollarán (con frecuencia y gran detalle) planes para suicidios si su enfermedad llega a cierta etapa, más allá de la cual se tornará en gran parte dependientes de otros. Elaborar éstos planes incluye un grado de autodeterminación y planeación que en sí puede ayudar al paciente a sentir que aún tiene un grado importante de dominio personal" (Ibid, p. 95).

Así, las personas infectadas pueden llegar a hacer comentarios sobre su futuro que indican que no piensan vivir más, aunque no haya razón para creer que su muerte sea inminente. Puede deshacerse de pronto de sus posesiones aún cuando hay tiempo aún para utilizarlas, presentar un cambio súbito de conducta con aumento de energía, el parecer inexplicablemente felices y dar a entender que las cosas se han resuelto.

Otro factor primordial es el aspecto económico, y algunas veces determinante durante la enfermedad

4.5 FACTORES ECONÓMICOS

Otro aspecto que es muy importante señalar, es el económico, cuando una persona se encuentra infectada, se considera necesario que empiece con un régimen de medicamentos a ingerir. Estos medicamentos le ayudarán a controlar la enfermedad, y por lo tanto detener la infección. Una persona con diagnóstico de SIDA solamente tiene posibilidades de sobrevivir con un adecuado seguimiento médico, en donde se combate contra las enfermedades "oportunistas" que caracterizan esta etapa, debido al debilitado sistema inmunológico. Como lo menciona (Hourcade en La Jornada, Enero 8 de 1998, p. 7) "vivir hoy con VIH sólo es posible con un diagnóstico adecuado y un seguimiento médico, con información fluida y asesoramiento, con el acceso a conteos de CD4 y a mediciones periódicas de las cargas virales, con tratamientos para las enfermedades oportunistas".

Actualmente, para combatir la infección se está utilizando el llamado coctel antirretroviral (es la combinación de tres medicamentos), el cual tiene un costo mensual de 250 días de salario mínimo para adquirir la dosis. Según estos datos la posibilidad de que todas las personas infectadas tengan acceso a los medicamentos requeridos son realmente muy pocas. Se dice que de 30 millones de seropositivos en el mundo, sólo un millón es atendido con los cocteles.

Esta situación preocupa mucho, pues en realidad muy pocas personas cuentan con recursos económicos para solventar los gastos que requiere la atención médica de una persona con VIH. Sin embargo, el hecho de tener posibilidades económicas no garantiza que se tenga la batalla ganada, pues el coctel antirretroviral no está funcionando bien en todos los pacientes y la resistencia viral a éstos medicamentos es ya un problema. Además, actualmente las personas que están siendo atendidas con cocteles y que piensan que pueden llevar una vida normal practican relaciones sexuales sin protección, lo cual ayuda a la propagación de la enfermedad, o a la exposición a la reinfección. Como se puede observar, la situación se torna crítica, pues ya se mencionó las personas no tienen recursos económicos para solventar los gastos que trae consigo la enfermedad (VIH/SIDA).

Existen otras opciones para obtener medicamentos. Esto es por medio del Seguro Social, es decir, las personas que están aseguradas o que cuentan con el servicio pueden obtener los medicamentos a través de éstas instituciones (IMSS, entre otras) ¿Pero que pasa con las personas infectadas que no tienen seguridad social, ni recursos suficientes para cubrir el costo de los medicamentos?. México se encuentra rezagado en esta cuestión, ya lo mencionó el representante mexicano, el Dr. Jorge Saavedra, Director de coordinación de Conasida que en nuestro país la cobertura de los medicamentos antirretrovirales sólo alcanza al 50% de los afectados (cubiertos principalmente por el Seguro Social) y que se necesitaría por lo menos 50 millones de dólares para cubrir al otro 50% que no cuenta con ningún tipo de seguridad social (más de 10 mil personas). (La Jornada, Enero 8 de 1998).

Pero aún dentro de las instituciones de seguridad social se encuentra que existe desabasto de medicamentos, por ejemplo en el Hospital Gabriel Mancera del IMSS, en donde se atiende a personas con VIH/SIDA, existen deficiencias en el abasto de los medicamentos antirretrovirales, lo cual se puede apreciar como falta de responsabilidad o incompetencia, ya que la falta de suministro oportuno de esos medicamentos provoca daños irreversibles, el virus se vuelve más resistente a dichos fármacos y anula su eficacia. En algunas ocasiones, las autoridades del IMSS llegan incluso a declarar ante los medios que difícilmente se puede hablar de desabasto y que si éste llega a producirse, se debe a los distribuidores o a los laboratorios, pero éstos a su vez señalan que existe una adecuada disposición de medicamentos, pero que la institución no los pide. Además se dice que cuando una persona con VIH/SIDA ingiere medicamentos antirretrovirales (si tiene la posibilidad de obtenerlos), éstos pueden afectar al sistema inmunológico por su alto grado de toxicidad. Aunque es bien sabido que éste tipo de medicamentos ha traído esperanza, también es cierto que a la larga el sistema inmunológico resulta dañado (aún más de lo que ya se encuentra).

Para las personas que no cuentan con recursos económicos o Seguro Social, existen instituciones que luchan por instaurar un proyecto llamado Fonsida, A.C, en donde se pretende atender y aumentar el acceso de medicamentos antirretrovirales a las personas con SIDA que por alguna razón no tienen a su alcance éstos fármacos.

Las instituciones que participan en el proyecto son : Secretaría de Salud (Ssa), los Sistemas Estatales de Salud (SESA), y expertos de la Ssa y de la UNAM, Organizaciones no gubernamentales (ONG) con trabajo en SIDA, representantes y personas que viven con SIDA y Conasida. Como es de esperarse, éste proyecto (Fonsida A.C.) se llevará a cabo por medio de donaciones de instituciones públicas y privadas. El Fonsida A.C. protocolizado en Diciembre de 1997, inició su operación en 1998 en etapas establecidas de acuerdo a la disponibilidad de recursos recaudados.

A fin poder empezar a trabajar, el gobierno federal destinó 30 millones de pesos, pero se plantea que la mayor parte de los recursos llegaron de los particulares en forma de donativos. Pero aún así, desde un principio quedó claro que no habría recursos para ayudar a todos los afectados y los mecanismos de selección aún están pendientes. Además no se descarta la posibilidad de que el gobierno federal pretenda desentenderse de su responsabilidad. Se reconoce que el Fonsida A C es una alternativa limitada, pues no garantiza medicamentos para todos. Como se puede visualizar, por más esfuerzos que se hagan siempre, quedarán huecos que no se pueden llenar, en éste caso siempre habrá personas con SIDA que no tengan a su alcance los medicamentos antirretrovirales que necesitan para controlar su enfermedad

En cuanto a la vacuna anti VIH , los expertos calculan que su desarrollo será posible en 10 años. Según el Dr. Esparza, asesor del programa de vacunas de Onusida (Organismo Internacional), es posible que se necesite más de una vacuna, aunque las vacunas contra el VIH son la única tecnología capaz de detener la pandemia, la investigación de vacunas recibe cada año menos del 8% de los fondos mundiales asignados a la investigación sobre el SIDA. Así , la vacuna está lejos de ser utilizada, ya que el dinero que se recibe en Onusida proviene de organismos donadores, los cuales señalan que los recursos deben ser empleados en países oficialmente clasificados como naciones en desarrollo y México está considerado erróneamente como un país desarrollado, por lo cual no tiene prioridad para utilizar la vacuna (cuando ya se tenga). (La Jornada, Febrero 5 de 1998).

Ante esto, la sociedad ha reaccionado de diversas formas.

4.6 LA SOCIEDAD ANTE EL VIH/SIDA

Las reacciones que la sociedad ha tenido frente a la enfermedad de VIH/SIDA, han sido principalmente discriminatorias, en algunos casos se ha tomado consciencia de la situación, y la gente participa en campañas contra el VIH/SIDA, presentándose movilización y unión entre personas que de una forma u otra han tenido que ver con el SIDA. "La solidaridad que ha nacido entre la gente es notable, diversos grupos de homosexuales, madres de hijos afectados, estudiantes, personas dedicadas a la prostitución, entre otros han formado redes de apoyo, de comunicación, talleres de información y atención a los enfermos" (Conasida, 1995, p. 12).

En estos casos el impacto de la enfermedad sobre los individuos de la sociedad se dio de una forma positiva e impulsó a la gente a luchar en contra del VIH/SIDA y solidarizarse con las víctimas de la enfermedad

Por el contrario, también salió a la luz la agresividad, la discriminación, la estigmatización, el rechazo, entre otros, es decir, la sociedad no acepta a las personas que están infectadas, pues se les relaciona con homosexualidad y drogas (aún estas personas tiene derecho a no ser rechazadas) a pesar de que no todos los casos de VIH/SIDA contrajeron el virus de igual forma o se infectaron por ésta vía. El impacto fue mayor, por ejemplo, en 1984 se hablaba de una noticia escandalosa , el cáncer del gay o cáncer rosa, se mencionaban casos aislados de gente que regresó de E U. ya infectada, se decía que era la "pérdida del hombre deshonesto, de la promiscuidad", el SIDA se percibió como freno al reventón. (Monsivais C., 1997).

También, se interpretó como un castigo divino ante los pecados. En 1985, el Papa Girolomo Prigione decía "El SIDA es un castigo divino para quienes ignoran las leyes de Dios" (Ibid,p 10).

De esta forma, el SIDA se convirtió en una enfermedad de las minorías "anormales". No existe tolerancia ante las preferencias sexuales de cada persona, la gente discrimina a los hombres y mujeres que tienen relaciones con personas de su mismo sexo o que practican la prostitución.

En algunas sociedades se reprime este tipo de practicas . Ello trae muchas consecuencias negativas, porque debido a esto las campañas contra el VIH/SIDA no realizan de forma directa a estos sectores, ya que son grupos cerrados que no permiten el ingreso de alguien ajeno, pues saben que sólo recibirán críticas, malos tratos, discriminación y rechazo.

Estadísticamente, el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres, se concentra la mayor parte de SIDA, alcanzan un 15.6%. Las prostitutas o sexoservidoras tiene un 13.5% . En México la transmisión de tipo homosexual y bisexual es la predominante. En el caso de los homosexuales, existe una condicionante social que no permite o no favorece las relaciones amorosas duraderas entre hombres, esto hace que la necesidad de recambio de la pareja sexual sea alta, es decir, el tipo de sus relaciones son : anónimas, o clandestinas, rápidas, intercambios sexuales múltiples. De esta forma, la posibilidad de infectarse es mayor.

Es posible obtener datos sobre otros grupos que por su misma condición de vida están expuestos a contraer y propagar el VIH/SIDA Estos grupos son : usuarios de drogas intravenosas, niños de la calle, emigrantes, etc. Las personas que se drogan de forma intravenosa rara vez tienen acceso a servicios de salud , tienen una exposición al VIH muy grande, pues al inyectarse, las jeringas son usadas entre amigos y de forma múltiple. En la cárcel, según Armando Ruiz, psicólogo de Conasida, hay picaderos en los que una sola jeringa se utiliza hasta quinientas veces. En el caso, de los emigrantes, al llegar a otro país (generalmente E.U.), al encontrarse solos y con nuevas diversiones de las que por alguna causa no disfrutaban en su país (como las casas de prostitución o bares y drogas) ayudan a aumentar la incidencia de contagio. En cuanto a los niños de la calle, su situación es de pobreza y marginación. La falta de autoestima, aunada a la indigencia impide que se protejan. Se estima que estos niños empiezan su vida sexual entre los 7 y 13 años de edad, aumentando el índice de infectados. (La Jornada, Febrero 5 de 1998).

Es importante aclarar, que no todas las personas se han infectado por estas vías. Sin embargo, la sociedad tiene una completa aberración contra personas infectadas, y por lo tanto éstas sufren las consecuencias. Ante esta situación, las campañas que han salido en los últimos meses, se enfocan a

"normalizar" al VIH/SIDA, es decir, se promueve la comprensión cabal de la necesidad de evitar la discriminación y el estigma los seropositivos, contra quienes viven con SIDA y las personas con conductas de riesgo prostitución, drogadicción, homosexualidad, niños de la calle, entre otros).

La gente reacciona negativamente porque desconoce la enfermedad, está mal informada, tiene prejuicios o ideas falsas, por miedo al contagio. El hecho es que el rechazo y la discriminación existen. Aunque los derechos humanos y las leyes dicten decretos para la defensa de personas infectadas, éstos se refieren a: trabajo, atención médica, a no ser excluidos ni rechazados, etc., sin embargo se puede observar que el panorama social es diferente.

A continuación se presenta la declaración sobre los derechos humanos (Conasida, 1995)

- 1.- La ley protege a todos los individuos por igual, en consecuencia no debe sufrir discriminación de ningún tipo.
- 2 - No está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos de VIH, ni a declarar que vive con VIH. En caso de que voluntariamente lo haga tiene derecho a que sea anónimo y confidencial.
- 3.- No puede ser objeto (en ningún caso) de detención forzada, aislamiento, segregación social o familiar. No podrá restringirse su libre tránsito por el territorio nacional
- 4 - En caso de que se quiera contraer matrimonio, no se le obligará a realizarse la prueba.
- 5 Vivir con VIH/SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad (pero se deben tomar las precauciones necesarias).
- 6.- Si solicita empleo, no se podrá obligar a someterse a la prueba de detección de VIH. Si es portador de VIH o tiene SIDA esto no podrá ser motivo de despido del trabajo.

- 7.- No puede privársele el derecho a la educación formal e informal.
- 8.- Tiene derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
- 9.- Tienen derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH en la forma de protegerse.
- 10.- Tienen derecho a recibir información sobre su padecimiento, las consecuencias y tratamientos a los que debe someterse.
- 11.- Tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar la calidad y tiempo de vida
- 12.- Tiene derecho a una atención médica digna y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
- 13.- Tiene derecho a una muerte y servicios funerarios digno

Pero, a pesar de esta declaración de derechos, la realidad demuestra lo contrario, pues se puede visualizar el maltrato, discriminación e incumplimiento de derechos en enfermos con SIDA como en los siguientes casos clínicos.

4.7 CASOS CLÍNICOS

CASO 1

En la cárcel de Santa Martha Acatitla, había un preso llamado Víctor, quién se encontraba en la fase terminal y en estado grave, ya no se movía por sí mismo. En la madrugada del sábado 4 de Octubre de 1997 fue sacado por orden del Director Raúl Salazar Ojeda a causa del horario porque los familiares no tenían transporte para llevarlo, éstos pidieron al director que esperara para que consiguieran una ambulancia. Sin embargo, como respuesta dijo : " Ahorita o no respondo" , tras esta respuesta los familiares (hermano y cuñada del enfermo) se apresuraron a llegar al penal (después de medianoche) y al querer vestirlo, se encontraron con que ya había sido trasladado a la ambulancia (aparentemente desnudo).

La familia y Víctor fueron víctimas de malos tratos durante quince días que fue el lapso que tardó en ser trasladado a un albergue, debido a los trámites que se tenían que realizar con la finalidad de poder trasladar al enfermo que estaba en fase terminal y que resultaba necesaria su libertad para recibir la atención médica adecuada . Finalmente el director del penal dijo : "Si se mejora tienen que regresar a pagar los años que le faltan de sentencia" Con esto el funcionario demostró que no tiene la menor idea de lo que significa que una persona con SIDA esté en fase terminal (La Jornada, Octubre 6 de 1997).

Actualmente en el penal hay 43 internos que son portadores del VIH y 10 ya manifestaban síntomas de la enfermedad. De las 10 personas, 7 reúnen los requisitos para obtener su preliberación mediante el pago de fianza, según un análisis preliminar de la Dirección General de Reclusorios, sin embargo no se les permite salir. Estas personas no cuentan con asistencia médica necesaria, por lo tanto los tratamientos médicos se prescriben sin tener una base confiable para garantizar el control del padecimiento, pues hace un año se les realizó la prueba para observar el avance de la enfermedad y hasta la fecha no se les ha practicado otra para revisar la presencia de virus. (La Jornada, Octubre 4 de 1997).

CASO 2

Existe un gran burocratismo dentro del penal Santa Martha Acatitla, ya que es muy difícil lograr que se le conceda la libertad a un preso enfermo. La *Fundación Mexicana de lucha contra el Sida*, en Septiembre de 1997 solicitó la liberación de un reo que se encontraba en fase terminal. Los últimos días estuvo en coma y finalmente murió dentro del penal en menos de 15 días, antes de que concluyeran los trámites para su liberación anticipada

En este caso el problema radica en que el trámite se inicia cuando la persona ya está muy grave, e incluso terminal, y aún así se tienen trabas para salir libre, generalmente se argumenta sobre la peligrosidad del reo, a pesar de que se está hablando de una persona en estado de coma o simplemente que ya no se pueda mover por sí solo.

A este penal son trasladados los presos portadores de VIH/SIDA. Es por esto que Arturo Vázquez, Coordinador del área de derechos humanos de la *Fundación mexicana de Lucha contra el Sida* destaca la necesidad de empezar algún programa que facilite la liberación anticipada, por lo menos de los enfermos más avanzados. (La Jornada, Octubre 4 de 1997)

CASO 3

Existen otros casos, en donde se puede observar la discriminación de personas con VIH/SIDA, tanto de la sociedad como de la propia familia, en donde existen muchos prejuicios .

En 1987, en el Centro Médico un joven enfermo se suicida , incapaz de soportar la acción conjunta de la enfermedad y el desprecio social, de los sectores moralistas que se distinguían por su inhumanidad. En ese mismo año, son expulsados seropositivos de sus trabajos con violencia, después de que divulgan su condición, y se realizan exámenes contra la voluntad de las personas (Monsivais, 1997)

A continuación se narrará la situación que tuvo que enfrentar un joven. René murió en 1995, tenía 16 años cuando le entregaron sus resultados positivos al VIH. Su padre lo golpeo y lo corrió de la casa : le dolía más saber que su hijo era homosexual que el hecho de que tuviera SIDA . En este caso, se se presenta una marcada la homofobia del padre. Era una lucha contra la enfermedad y a la vez con su propia familia (padre)

René enfrentó a su padre y colaboró como voluntario en Ave de México, donde llegó a dar talleres de sexo seguro y participó en programas de radio brindando valerosamente su testimonio. En 5 años René fue consumido por la enfermedad (La Jornada, Enero 8 de 1998).

CASO 4

En este caso se narra la entrevista hecha al cineasta Marlon Riggs, quién de 1989 a 1994 realizó documentales políticos sobre la experiencia de ser afroamericano, gay y seropositivo en E.U . en sus filmaciones, explora los efectos de la homofobia y el racismo, los sentimientos de culpa y frustración que a menudo empañan la sexualidad de las personas que viven con VIH/SIDA. Murió en 1994 a la edad de 37 años a causa del VIH/SIDA

Su testimonio acerca de los cambios físicos y mentales sufridos por la enfermedad es el siguiente "Había comenzado a cambiar antes de ponerme enfermo, esto es , antes de ingresar al hospital. Me sentía decaer y eso podía verlo sobre todo en mi cuerpo, más allá del conteo de células T o de mis resultados de laboratorio. Podía ver, físicamente que perdía algo, que algo de mi mente comenzaba a disminuir, que perdía peso. Antes tenía cierta musculatura porque iba 3 o 4 veces al gimnasio. Ahora me veía en el espejo y mis brazos comenzaban a verse huesudos. Perdía la definición que durante años tuve en mi torso. Luchar se había vuelto parte de mi imagen y fuente de autoestima.... comenzaba a sentirme muy cansado. Me costaba trabajo digerir la comida. Así que antes de enfermar, sentí que algo le sucedía a mi cuerpo y eso me advertía de cambios en mí. Sentí que mi cuerpo me estaba traicionando y lo vi como una entidad separada que ahora tendría una voluntad propia ; que ya no estaría sujeto

a mi disciplina y manipulación. .. Hubo cierto distanciamiento tranquilo, y pensé, ya está aquí el virus".

Y agrega " Toma tiempo aprender a caminar de nuevo, y de forma muy distinta a como lo hacia antes de enfermar ; aprender hasta qué punto puedo hacer cosas durante el día sin provocarme mucho estres He tenido que aprender a no sentirme frustrado con estos cambios ,a seguir de nuevo a mí cuerpo y atender sus necesidades. Y descansar cuando me siento muy cansado, y hacer todo lo que quiero hacer cuando tengo energía". (La jornada, Enero 8 de 1998, p. 10)

CASO 5

Este es un caso, referente a la situación que se vive en el Estado de Chiapas.

El gobierno de Chiapas no ha considerado necesario construir formalmente el Consejo Estatal de Control y Prevención del Sida (COESIDA), ni asignar ningún presupuesto específico a este rubro, porque erróneamente se dice que en el Estado "hay una baja incidencia de la enfermedad". Por lo tanto, existe una violación de los derechos humanos de estos pacientes, ya que no se respeta la confidencialidad de la información, y hay una deficiente calidad de los servicios médicos prestados. Estos enfermos viven una discriminación notoria, pues son aislados y en las puertas de sus cuartos se colocan letreros con la leyenda "enfermos de SIDA" (La Jornada, Octubre 6 de 1998).

II

METODOLOGÍA

5. METODOLOGÍA.

La eutanasia es un tema difícil de tratar, ya que se habla del proceso de terminar con la vida. Sin embargo existen temas como éste, donde todos tenemos derecho a opinar, ya que todos hemos de morir. Para proporcionar mayores datos, se presentará la definición de eutanasia. "buena muerte o muerte tranquila" (García, 1986, p. 14). En épocas pasadas se realizaban prácticas similares con el fin de evitar el sufrimiento "innecesario", pues como menciona Kraus (1993, p. 33) "el administrar veneno a quienes lo solicitaron para poner fin a sus sufrimientos". A pesar de lo antiguo de ésta práctica, aún no se puede hablar libremente sobre la eutanasia, pues existen opiniones encontradas al respecto. La diversidad de ideas, se basa en creencias de tipo religioso, legal, éticas y médicas, por medio de las cuales no ha sido posible avanzar o modificar la ideología en México. Según (Deutsh, 1994, p. 25) "La percepción está organizada, y su organización tiende a ser tan buena como lo permitan las condiciones de los estímulos".

Otros países, como Australia, Colombia y Holanda han modificado sus códigos penales para dar un paso importante como: atender y respetar la decisión de personas que sufren de intensos dolores (físicos), así como para dejar de sufrir las consecuencias psicosociales que provoca el vivir con una enfermedad que no tiene cura, y que además se encuentra estigmatizada como lo es el VIH/SIDA. Así, "El 21 de Mayo de 1997, en Colombia, la corte constitucional avala la eutanasia cuando se trate de enfermos terminales, clarifica con previo consentimiento" (La Jornada, 1997, p. 4)

Así, con la finalidad de conocer la opinión y percepción de personas que viven con la enfermedad (VIH/SIDA), se ha llevado a cabo esta investigación, buscando determinar la percepción que presentan los enfermos de VIH/SIDA hacia la eutanasia (muerte voluntaria).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la percepción social del enfermo de VIH/SIDA hacia la eutanasia ?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción social del enfermo de VIH/SIDA hacia la eutanasia.

OBJETIVOS PARTICULARES.

- Identificar si existen diferencias en la percepción entre hombres y mujeres.
- Saber si la religión influye en la percepción de la eutanasia.
- Conocer si la edad del enfermo de VIH/SIDA influye en la percepción hacia la eutanasia
- Observar si el nivel escolar interviene en la percepción del enfermo de VIH/SIDA hacia la eutanasia.

HIPOTESIS

Existe relación entre la percepción social de los enfermos de VIH/SIDA y la eutanasia.

Las variables sociodemográficas se relacionan con la percepción que presenta el enfermo de VIH/SIDA hacia la eutanasia.

DEFINICIONES CONCEPTUALES.

PERCEPCIÓN SOCIAL: "Es el proceso por el cual nos formamos una impresión de una persona y establecemos una relación con ella. Este proceso implica reducir los rasgos y emociones del otro y definir las expectativas mutuas". (Pearlman y Cosby, 1985).

EUTANASIA: "Es la acción de inducir una tranquila muerte" (Kraus 1993, p. 31).

DEFINICIONES OPERACIONALES.

PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA EUTANASIA : Respuestas que emiten los sujetos a cada uno de los reactivos del cuestionario.

ENFERMO DE VIH/SIDA : Persona con diagnóstico de VIH o que presenta características físicas y psicológicas de SIDA.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Percepción social de la eutanasia.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Enfermo de VIH/SIDA

POBLACION

La población requerida en la investigación fue de personas con diagnóstico de VIH/SIDA (hombres y mujeres), los cuales eran atendidos en instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

MUESTRA

50 personas

MUESTREO

No probabilístico, intencionado

TIPO DE INVESTIGACION

Investigación de campo descriptiva.

DISEÑO

Ex-post facto

INSTRUMENTO

Cuestionario con tipo de respuesta escala likert, el cual consta de 32 preguntas en las que se manejan cuatro escalas

1.-Emociones, 2 -Rasgos, 3.-Expectativas y 4.-Impresiones

En cada uno de los reactivos se tiene un tipo de respuesta que abarca desde Totalmente de acuerdo hasta Totalmente en desacuerdo, la escala va del 1 al 5. (ver anexo).

PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionada la muestra, se inicio la aplicación del instrumento en el ambiente natural del sujeto, es decir, en la institución que fue atendido. Al entregar el instrumento se hará de su conocimiento el objetivo de la investigación, mencionando que los datos que proporciona son confidenciales y para uso exclusivo de los investigadores por lo que se pedirá de la manera más atenta, conteste con honestidad lo que se requiere. El instrumento será contestado ahí mismo sin limite de tiempo. Se agradecerá su amable cooperación a la investigación. Una vez concluida la aplicación del número requerido de instrumentos, se realizó un análisis estadístico

ANALISIS DE DATOS

Los datos se analizaron mediante: a) frecuencias, b) correlación total, c) análisis factorial y d) Anovas

III

DESCRIPCIÓN DE DATOS

DESCRIPCIÓN DE DATOS

A) FRECUENCIAS

RASGOS

Tabla 1. Esta tabla corresponde a la escala de rasgos presenta frecuencias y sus respectivos porcentajes

VARIABLE	TOTALMENTE DE ACUERDO		ACUERDO EN PARTE		NI ACUERDO NI DESACUERDO		DESACUERDO EN PARTE		TOTALMENTE DESACUERDO	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	7	14	17	34	5	10	5	10	16	32
3	11	22	4	8	13	26	7	14	15	30
11	4	8	12	24	7	14	4	8	23	46
13	6	12	14	28	5	10	7	14	18	36
16	5	10	10	20	6	12	6	12	23	46
23	20	40	3	6	5	10	5	10	17	34
25	19	38	8	16	8	16	3	6	12	24
29	29	58	6	12	3	6	2	4	10	20

Las frecuencias arrojaron los siguientes datos:

En el reactivo 1 "El notable deterioro de algunos aspectos físicos como la pérdida de peso en la persona con VIH/SIDA contribuye a la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria)"; la frecuencia mayor fue de 17 equivalente al 34% de la muestra cayendo en el rubro: de acuerdo en parte. En cambio la frecuencia menor es de 5 equivalente al 10% en el rubro: desacuerdo en parte.

En el reactivo 3 "La pérdida de atención y trastornos del sueño que padece la persona con VIH/SIDA no la lleva a la aceptación de la eutanasia", cuenta con una frecuencia alta de 15 equivalente al 30% en: totalmente en desacuerdo, y su frecuencia menor de 4 equivalente al 8% en el rubro: de acuerdo en parte.

En el reactivo 11 "Los cambios en la piel causados por el VIH/SIDA aceleran la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria)", tienen su frecuencia mayor en el rubro: totalmente en desacuerdo con 23 equivalente al 46% de la muestra, y su frecuencia menor es de 4 equivalente al 8% en el rubro: totalmente de acuerdo.

En el reactivo 13 "El nuevo estilo de vida de la persona con VIH/SIDA influye en la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria)", teniendo su frecuencia mayor de 18 equivalente al 36% en totalmente en desacuerdo, y su frecuencia menor de 6 equivalente al 12% en totalmente de acuerdo.

En el reactivo 16 "La persona con VIH/SIDA puede presentar agotamiento, siendo éste una razón que contribuye a la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria)", tiene su frecuencia mayor de 23 equivalente al 46% de la muestra en el rubro: totalmente en desacuerdo; por el contrario su frecuencia menor es de 5 equivalente al 10% en totalmente de acuerdo.

En el reactivo 23 "La pérdida del cabello en la persona con VIH/SIDA no es motivo que contribuya a decidir a favor de la eutanasia (muerte voluntaria)", presenta una frecuencia mayor de 20 equivalente al 40% en totalmente de acuerdo; y una frecuencia menor de 5 equivalente al 10% en desacuerdo en parte

En el reactivo 25 "Las constantes diarreas que padece la persona con VIH/SIDA no propician la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria)", tiene su frecuencia mayor de 19 equivalente al 38% en: totalmente de acuerdo, y su frecuencia menor de 3 equivalente al 6% en: desacuerdo en parte.

En el reactivo 29 "Una de las características en la persona con VIH/SIDA son las sudoraciones y temperaturas, pero éstas no son un aspecto para exigir la eutanasia (muerte voluntaria)", presenta una frecuencia mayor de 29 equivalente al 58% de la muestra en totalmente de acuerdo, y su frecuencia menor de 2 equivalente al 4% en: desacuerdo en parte.

IMPRESIONES

Tabla 2 El cuadro siguiente muestra las frecuencias de la escala de **impresiones**.

VARIABLE	TOTALMENTE DE ACUERDO		DE ACUERDO EN PARTE		NI DE ACUERDO NI DESACUERDO		DESACUERDO EN PARTE		TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2	13	26	9	18	4	8	6	12	18	36
5	4	8	8	16	6	12	2	4	30	60
4	35	70	4	8	3	6	2	4	6	12
18	21	42	21	42	11	22	1	2	12	24
20	4	8	2	4	3	6	5	10	36	72
22	22	44	12	24	4	8	3	6	9	18
24	24	48	3	6	7	14	10	20	6	12
26	4	8	2	4	15	10	6	12	33	66

En el reactivo 2 "Si una persona con VIH/SIDA autoriza su muerte (eutanasia) equivale al suicidio", tiene una frecuencia mayor de 18 equivalente al 36% en: totalmente en desacuerdo; y una frecuencia menor de 9 equivalente al 18% en: desacuerdo en parte

En el reactivo 4 "La persona que tienen VIH/SIDA es la única que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria)", presentando su frecuencia mayor de 35 equivalente al 70% en: totalmente de acuerdo; y su frecuencia menor de 2 equivalente al 4% en: desacuerdo en parte.

En el reactivo 5 "Ante el VIH/SIDA, la eutanasia (muerte voluntaria) es el mejor camino", presenta su frecuencia mayor de 30 equivalente al 60% en: totalmente en desacuerdo, y una frecuencia menor de 4 equivalente al 8% en totalmente de acuerdo.

En el reactivo 18 "Ayudar a morir (eutanasia) a una persona con VIH/SIDA no es un crimen", presenta una frecuencia alta de 21 equivalente al 42% en: totalmente de acuerdo; y una frecuencia menor de 1 equivalente al 2% en: desacuerdo en parte.

En el reactivo 20 "El médico es el único que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria)", tiene una frecuencia mayor de 36 equivalente al 72% en: totalmente en desacuerdo, y su frecuencia menor es de 2 equivalente al 4% dentro del rubro: de acuerdo en parte.

En el reactivo 22 "La aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria) es por el deseo de evitar el sufrimiento", presenta su frecuencia mayor de 22 equivalente al 44% en; totalmente de acuerdo; y una frecuencia baja de 3 equivalente a 6% en desacuerdo en parte.

En el reactivo 24 "Ante la decisión de la eutanasia (muerte voluntaria), la iglesia es quien menos debe de interferir", tiene una frecuencia alta de 24 equivalente al 48% en: totalmente de acuerdo; y una frecuencia baja de 6 equivalente al 12% en: totalmente en desacuerdo.

En el reactivo 26 "La familia de la persona con VIH/SIDA es la única que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria)", arroja una frecuencia alta de 33 equivalente al 66% en: totalmente en desacuerdo y una frecuencia baja de 2 equivalente al 4% en: de acuerdo en parte.

EMOCIONES

Tabla 3 El cuadro referente a la escala de **emociones** presentó los siguientes datos

VARIABLE	TOTALMENTE DE ACUERDO		DE ACUERDO EN PARTE		NI DE ACUERDO NI DESACUERDO		DESACUERDO EN PARTE		TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
7	14	28	5	10	11	22	4	8	16	32
8	12	24	6	12	7	14	6	12	19	38
10	26	56	6	12	9	18	2	4	7	14
12	16	32	11	22	8	16	6	12	9	18
19	15	30	7	14	4	8	2	4	22	44
21	2	4	5	10	7	14	5	10	31	62
27	12	24	9	18	7	14	1	2	21	42
28	13	26	9	18	7	14	3	6	18	36

En el reactivo 7 "La persona con VIH/SIDA rechaza la eutanasia (muerte voluntaria) porque propicia terminar con la búsqueda de la cura", presenta su frecuencia mayor de 16 equivalente al 32% en totalmente en desacuerdo, y una frecuencia baja de 5 equivalente al 10% en de acuerdo en parte.

En el reactivo 8 "El saber que la eutanasia (muerte voluntaria) es el único recurso de la persona con VIH/SIDA causa angustia", mostrando una frecuencia de 19 equivalente al 38% en totalmente en desacuerdo; y por el contrario un 6 equivalente al 12% en: de acuerdo en parte

En el reactivo 10 "Si la eutanasia (muerte voluntaria) fuese practicada por una persona inexperta causaría miedo en la persona con VIH/SIDA", presenta una frecuencia alta de 26 equivalente al 52% en: totalmente de acuerdo; y una frecuencia baja de 2 equivalente al 4% en: desacuerdo en parte.

En el reactivo 12 "El conocer que la eutanasia (muerte voluntaria) puede aplicarse cuando existen enfermedades sin cura provoca tranquilidad", arroja una frecuencia de 16 equivalente a 32% en: totalmente de acuerdo; y una frecuencia baja de 6 equivalente a 12% en: desacuerdo en parte.

En el reactivo 19 "Pensar que la eutanasia (muerte voluntaria) se puede aplicar sin la autorización de la persona con VIH/SIDA provoca angustia", presenta una frecuencia de 22 equivalente al 44% en: totalmente en desacuerdo; y una frecuencia de 7 equivalente al 14% en: de acuerdo en parte.

En el reactivo 21 "La eutanasia (muerte voluntaria) es la opción que tiene la persona con VIH/SIDA para evitar la tristeza o la depresión", tiene una frecuencia de 31 equivalente al 62% en: totalmente en desacuerdo; y una frecuencia baja de 2 equivalente al 4% en totalmente de acuerdo.

En el reactivo 27 "La autorización legal de la eutanasia (muerte voluntaria) puede causar optimismo en las personas con VIH/SIDA", presenta una frecuencia de 21 equivalente al 42% en: totalmente en desacuerdo; y una frecuencia baja de 9 equivalente al 18% en: de acuerdo en parte

En el reactivo 28 "El que la religión aceptara la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria) en las personas con VIH/SIDA provocaría tranquilidad", presenta una frecuencia de 18 equivalente al 36% en: totalmente en desacuerdo; y una frecuencia de 9 equivalente al 18% en: de acuerdo en parte.

EXPECTATIVAS

Tabla 4 En la tabla que se presenta a continuación muestra las frecuencias obtenidas en la escala de **expectativas**.

VARIABLE	TOTALMENTE DE ACUERDO		DE ACUERDO EN PARTE		NI DE ACUERDO NI DESACUERDO		DESACUERDO EN PARTE		TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
6	17	34	6	12	7	14	5	10	15	30
9	25	50	4	8	9	18	6	12	6	12
14	24	48	7	14	4	8	3	6	12	24
15	4	8	9	18	4	8	2	4	31	62
17	21	42	11	22	8	16	3	6	7	14
30	21	42	8	16	11	22	4	8	6	12
31	8	16	10	20	9	18	5	10	18	36
32	14	28	10	20	11	22	6	12	9	18

En el reactivo 6 "Con la eutanasia (muerte voluntaria) la persona con VIH/SIDA acaba con su sufrimiento", presenta una frecuencia de 17 equivalente al 34% de la muestra en: totalmente de acuerdo ; y una frecuencia de 5 equivalente al 10% en: desacuerdo en parte.

En el reactivo 9 "La familia de la persona con VIH/SIDA debe resignarse si ésta acepta la eutanasia (muerte voluntaria)", tiene una frecuencia de 25 equivalente al 50% en: totalmente de acuerdo; y una frecuencia de 6 equivalente al 12% en: desacuerdo en parte.

En el reactivo 14 "Cuando se padece VIH/SIDA, la esperanza de vida es la última que se pierde", presenta una frecuencia alta de 24 equivalente al 48% en: totalmente en desacuerdo; y una frecuencia baja de 3 equivalente al 6% en: desacuerdo en parte.

En el reactivo 15 "Es mejor la eutanasia (muerte voluntaria) que seguir viviendo con VIH/SIDA", presenta una frecuencia alta de 31 equivalente al 62% en: totalmente en desacuerdo; y una frecuencia baja de 4 equivalente al 8% de la muestra en totalmente de acuerdo.

En el reactivo 7 "Se espera encontrar pronto una cura a las enfermedades para evitar la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria)", tiene una frecuencia mayor de 21 equivalente al 42% en: totalmente de acuerdo ; y una frecuencia de 3 equivalente al 6% en: desacuerdo en parte.

En el reactivo 30 "La eutanasia (muerte voluntaria) provoca mayor sufrimiento en los seres queridos que en el enfermo", presenta una frecuencia alta de 21 equivalente al 42% en: totalmente de acuerdo; y una frecuencia de 4 equivalente 8% en desacuerdo en parte.

En el reactivo 31 "La persona con VIH/SIDA prefiere la eutanasia (muerte voluntaria) que el rechazo de la familia y amigos", presenta una frecuencia de 18 equivalente al 36% en: totalmente en desacuerdo : y una frecuencia de 8 equivalente al 16% en totalmente de acuerdo

En el reactivo 32 "Es mejor sufrir esta enfermedad que aceptar la muerte (eutanasia)", presenta una frecuencia alta de 14 equivalente 28% en: totalmente de acuerdo, y una frecuencia baja de 6 en: desacuerdo en parte

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Tabla 5 La siguiente tabla muestra las frecuencias referentes al estado civil (V33)

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
SOLTERO	41	82
CASADO	4	8
OTRO	5	10

Para fines estadísticos el grupo referente al estado civil se divide en las siguientes categorías. Soltero con una frecuencia de 41 equivalente al 82% de la muestra Casado con una frecuencia de 4 equivalente al 8%, y otro con una frecuencia de 5 equivalente al 10% de la muestra total.

Tabla 6 La siguiente tabla muestra las frecuencias referentes a la religión (V34)

RELIGION	FRECUENCIA	%
CATOLICA	37	74
OTRA	13	26

Se obtuvieron las siguientes frecuencias en donde la religión se divide en 2 rubros Católica con una frecuencia de 37 equivalente al 74%, y de otras religiones con una frecuencia de 13 equivalente al 26% de la muestra.

Tabla 7 La siguiente tabla muestra las frecuencias referentes a el sexo (V35)

SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	6	12
MASCULINO	44	88

Se obtuvieron los siguientes resultados. sexo femenino con una frecuencia de 6 equivalente al 12%, y masculino con una frecuencia de 44 equivalente al 88% de la muestra.

Tabla 8 La siguiente tabla muestra las frecuencias referentes a escolaridad (V36)

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	3	6
SECUNDARIA	10	20
PREPARATORIA	10	20
LICENCIATURA	27	54

Para fines estadísticos se dividió en cuatro rubros y se obtuvieron los siguientes resultados: primaria con una frecuencia de 3 equivalente al 6% de la muestra, secundaria con una frecuencia de 10 equivalente al 20%, preparatoria con una frecuencia de 10 equivalente al 20%, y licenciatura con una frecuencia de 27 equivalente al 54% de la muestra total.

Tabla 9 La siguiente tabla muestra las frecuencias referentes a el número de hijos (V37)

No. DE HIJOS	FRECUENCIA	%
0	41	82
1	4	8
2	3	6
3	2	4

Para fines estadísticos se dividió en 4 grupos. Predominando los sujetos que no tienen hijos, con una frecuencia de 41 equivalente al 82% de la muestra, después se tienen 4 sujetos que tienen 1 hijo equivalente al 8% de la muestra, y 3 sujetos que tienen 2 hijos equivalente al 6% de la muestra, y por último a 2 sujetos que tienen 3 hijos equivalente al 4% de la muestra total.

Tabla 10 La siguiente tabla muestra las frecuencias referentes a edad (V38)

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	%
18 - 30	23	46
31 - 40	11	22
41 - 50	12	24
51 - 60	3	6
61 - 70	1	2

La frecuencia más alta que se encontró fue en el rango de 18 a 30 años con una frecuencia de 23 equivalente al 46%, y la frecuencia menor se ubicó en el rubro de 61 a 70 años con una frecuencia de 1 equivalente al 2% de la muestra total.

RESUMEN

Aspectos como la pérdida de peso, de atención y trastornos del sueño contribuyen para que algunas personas tiendan a aceptar la eutanasia, sin embargo cambios en la piel, el nuevo estilo de vida, agotamiento, pérdida de cabello, diarreas, sudoraciones no son determinantes para llegar a tal decisión. Por otro lado, no se considera que el hecho de aceptar la eutanasia sea como suicidarse, o que el ayudar a morir sea un crimen.

La mayoría de las personas de la muestra consideran que el tomar la decisión de la eutanasia sólo concierne a la propia persona afectada (enfermo de VIH/SIDA). De manera que la familia no intervenga y se resigne ante la decisión tomada por el enfermo. De igual forma el médico y la iglesia se mantengan alejados, ya que la decisión positiva se basa en el deseo de terminar con el sufrimiento causado por la enfermedad.

Sin embargo, se debe contemplar que no se considera como la única opción, ni el único recurso existente. Pero, el saber que se puede aplicar la eutanasia cuando existen enfermedades sin cura provoca tranquilidad. El hecho de saber que no se tienen autorización legal o religiosa para llevar a cabo tal práctica no afecta, ni interviene cuando se está de acuerdo con la eutanasia. Pero es importante remarcar, que la esperanza de vida es la última que se pierde, deseando que pronto se encuentre una cura para la enfermedad.

Los datos sociodemográficos arrojados de la muestra son los siguientes: predominan las personas solteras, sin hijos, la religión católica, el sexo masculino y la mayoría tienen un nivel escolar alto (licenciatura), con edades entre 18 y 30 años.

B) CORRELACION TOTAL

Las tablas que a continuación se presentan contienen datos sobre las variables, las cuales pertenecen a cuatro escalas, al igual que sus respectivas correlaciones (estas a su vez se presenta con su correspondiente escala)

Tabla 1 Esta tabla muestra la correlación existente entre las variables El valor muestra el grado de correlación existente. Cuando se presenta mayor a .30, quiere decir que tiene una correlación positiva moderada. Y una significancia que se considera es de .001 Estos datos pertenecen a la dimensión de Rasgos

VARIABLES	ESCALA	VARIABLES (RASGOS)	ESCALA	VALOR DE CORRELACION
2	Rasgos	12	Rasgos	.3446
		-33	Expectativas	-.3993
4	Rasgos	3	Impresiones	.3405
12	Rasgos	2	Rasgos	.3446
		6	Impresiones	.5431
		14	Rasgos	.5218
		16	Expectativas	.3788
		17	Rasgos	.4143
		32	Expectativas	.3536
14	Rasgos	6	Impresiones	.4668
		7	Expectativas	.3702
		10	Expectativas	.4522
		12	Rasgos	.5218
		13	Emociones	.4028
		16	Expectativas	.4840
		17	Rasgos	.5200
		19	Impresiones	.4431
		20	Emociones	.4623
		28	Emociones	.3780
		29	Rasgos	.3509

VARIABLES	ESCALAS	VARIABLES (RASGOS)	ESCALAS	VALOR DE CORRELACION
17	Rasgos	7	Emociones	.3320
		12	Rasgos	.4143
		14	Rasgos	.5200
		16	Expectativas	.5113
		20	Emociones	.3992
		32	Expectativas	.4521
24	Rasgos	15	Expectativas	.3969
		23	Impresiones	.3689
		26	Rasgos	.3617
		30	Rasgos	.4999
26	Rasgos	10	Expectativas	.3411
		15	Expectativas	.4457
		24	Rasgos	.3617
		30	Rasgos	.6008
30	Rasgos	10	Expectativas	.4541
		23	Impresiones	.4068
		24	Rasgos	.4999
		26	Rasgos	.6008
		29	Emociones	.4139

A continuacion se describirá cada una de las variables con su respectiva correlación

- La variable 2 (que pertenece a la dimensión de Rasgos) se correlaciona con la variable 12 (de la dimensión de Rasgos), 33 (Expectativas) la cual es significativa en forma negativa :

(V2) El notable deterioro de algunos aspectos físicos como la pérdida de peso en la persona con VIH/SIDA contribuye a la aceptación de la eutanasia, también (V12) los cambios en la piel aceleran esta decisión, y es mejor la muerte que sufrir con la enfermedad.

- La variable 4 (Rasgos) se correlaciona con la variable 3 (Impresiones):

(V4) La pérdida de atención y trastornos del sueño que padece la persona con VIH/SIDA no la lleva a aceptar la eutanasia, por lo tanto (V3) si autoriza su muerte equivale al suicidio.

- La variable 12 (Rasgos) se correlaciona con las variables 2 (Rasgos), 6 (Impresiones), 14 (Rasgos), 16 (Expectativas), 17 (Rasgos), 32 (Expectativas) :

(V12) Los cambios en la piel, (V2) el notable deterioro como la pérdida de peso, (V14) el nuevo estilo de vida, (V17) el agotamiento provocados por el VIH/SIDA aceleran y contribuyen a la aceptación de la eutanasia, pues se considera (V6) que es el mejor camino, y que es (V16) preferible a seguir viviendo con la enfermedad, y (V32) el rechazo de la familia y amigos.

- La variable 14 (rasgos) se correlaciona con las variables 6 (Impresiones), 7 (Expectativas), 10 (Expectativas), 12 (Rasgos), 13 (Emociones), 16 (Expectativas), 17 (Rasgos), 19 (Impresiones), 20 (emociones), 28 (Emociones) 29 (Rasgos) :

(V14) El nuevo estilo de vida, (V12) los cambios en la piel, (V17) el agotamiento provocados por el VIH/SIDA son aspectos que contribuyen en la aceptación de la eutanasia, ya que (V6) es el mejor camino, pues (V7) se termina con el sufrimiento, por lo tanto (V10) la familia debe resignarse si la persona con VIH/SIDA acepta la eutanasia, así (V16) es mejor ésta que seguir viviendo con VIH/SIDA, además (V13) el conocer que se puede aplicar cuando existen enfermedades sin cura provoca tranquilidad, porque (V19) el ayudar a morir a una persona no es un crimen, por otro lado (V28) si se diera la autorización legal, y (V29) la religión aceptará la eutanasia provocaría optimismo y tranquilidad, sin embargo (V20) pensar que se puede aplicar sin la autorización del enfermo provoca angustia.

- La variable 17 (Rasgos) se correlaciona con las variables 7 (Emociones), 12 (Rasgos), 14 (Rasgos), 16 (Expectativas), 20 (Emociones), 32 (Expectativas) :

(V17) La persona con VIH/SIDA puede presentar agotamiento, (V12) cambios en la piel, (V14) un nuevo estilo de vida provocados por la enfermedad que aceleran la aceptación de la eutanasia, con la cual (V7) la persona con VIH/SIDA acaba con su sufrimiento, (V16) pues esta decisión prefiere antes que seguir viviendo con la enfermedad, y (V32) el rechazo de la familia y amigos, pero (V20) pensar que se puede aplicar sin la autorización del enfermo provoca angustia.

- La variable 24 (Rasgos) se correlaciona con las siguientes variables 15 (Expectativas), 23 (Impresiones), 26 (Rasgos), 30 (Rasgos) :

(V24) La pérdida de cabello, (V26) las constantes diarreas, (V30) las sudoraciones y temperaturas en la persona con VIH/SIDA no son aspectos para aceptar la eutanasia, porque (V15) la esperanza de vida es la última que se pierde, sin embargo (V23) cuando la eutanasia es aceptada es por el deseo de evitar el sufrimiento

- La variable 26 (Rasgos) se correlaciona con las siguientes variables 10 (Expectativas), 15 (Expectativas), 24 (rasgos), 30 (Rasgos) :

(V26) Las constantes diarreas, (V24) la pérdida de cabello, (V30) las sudoraciones y temperaturas no son aspectos para exigir la eutanasia, porque (V15) cuando se padece VIH/SIDA la esperanza de vida es la última que se pierde, sin embargo (V10) la familia de la persona con VIH/SIDA debe resignarse si ésta acepta la eutanasia.

- La variable 30 (Rasgos) se correlaciona con las variables 10 (Expectativas), 23 (Impresiones), 24 (Rasgos), 26 (Rasgos), 29 (Emociones) .

(V30) Algunas de las características en la persona con VIH/SIDA son las sudoraciones y temperaturas, (V24) la pérdida de cabello, (V26) las constantes diarreas no son aspectos para exigir la eutanasia, sin embargo (V23) si se acepta ésta es por el deseo de evitar el sufrimiento, en este caso (V16) la familia de la persona con VIH/SIDA debe resignarse, además (V29) si la religión aceptara la eutanasia provocaría tranquilidad.

Tabla 12. Esta tabla muestra la correlación existente entre las variables. El valor que se obtiene de cada correlación representa la significación. Cuando se presenta mayor a 30 significa una correlación positiva moderada. Y una significancia que se considera es de .001. Estos datos pertenecen a la escala de Expectativas.

VARIABLES	ESCALA	VARIABLES (EXPECTATIVAS)	ESCALAS	VALOR DE CORRELACION
7	Expectativas	5	Impresiones	.4698
		10	Expectativas	.4691
		14	Rasgos	.3702
		17	Rasgos	.3320
		23	Impresiones	.3455
		-33	Expectativas	-.4567
10	Expectativas	5	Impresiones	.3756
		7	Expectativas	.4691
		13	Emociones	.4811
		14	Rasgos	.4522
		15	Expectativas	.3626
		16	Impresiones	.3327
		19	Expectativas	.3604
		20	Emociones	.4277
		23	Impresiones	.3606
		26	Rasgos	.3411
		28	Emociones	.4147
		29	Emociones	.4692
		30	Rasgos	.4541
32	Expectativas	.3407		
15	Expectativas	5	Impresiones	.3659
		10	Expectativas	.3626
		23	Impresiones	.3800
		24	Rasgos	.3969
		26	Rasgos	.4457
16	Expectativas	6	Impresiones	.4078
		9	Emociones	.4146
		10	Expectativas	.3327
		12	Rasgos	.3788
		14	Rasgos	.4840
		17	Rasgos	.5113
		28	Emociones	.3464
		32	Expectativas	.5162

VARIABLE	ESCALA	VARIABLE (EXPECTATIVAS)	ESCALA	VALOR DE CORRELACIÓN
18	Expectativas	3	Impresiones	.3479
		8	Emociones	.5632
		31	Expectativas	.3563
		33	Expectativas	.4008
31	Expectativas	11	Emociones	.4852
		18	Expectativas	.3563
		29	Emociones	.4854
32	Expectativas	10	Expectativas	.3407
		12	Rasgos	.3536
		16	Expectativas	.5162
		17	Rasgos	.4521
		22	Emociones	.4162
33	Expectativas	2	Rasgos	.3993
		-7	Expectativas	- .4567
		8	Emociones	.3394
		18	Expectativas	.4008

A continuación se describirán las correlaciones de la dimensión de Expectativas

- La variable 7 (Expectativas) se correlaciona con las siguientes variables 5 (Impresiones), 10 (Expectativas), 14 (Rasgos), 17 (Rasgos), 23 (Impresiones), 33 (Expectativas) la cual es significativa en forma negativa :

.(V7) Con la eutanasia, la persona con VIH/SIDA acaba con su sufrimiento, pero (V5) ésta es quien debe decidir sobre su aplicación, y (V10) la familia debe resignarse ante ello, ya que (V14) el nuevo estilo de vida, (V17) el agotamiento causados por la enfermedad influyen en la aceptación de la eutanasia, la cual se acepta (V23) por el deseo de evitar el sufrimiento , pues (33) es preferible la muerte que sufrir la enfermedad.

- La variable 10 (Expectativas) se correlaciona con las variables 5 (Impresiones), 7 (Expectativas), 13 (Emociones), 14 (Rasgos), 15 (Expectativas), 16 (Impresiones), 19 (Expectativas), 20 (Emociones) 23 (Impresiones), 26 (Rasgos) 28 (Emociones), 29 (Emociones), 30 (Rasgos), 32 (Expectativas) :

(V10) La familia de la persona con VIH/SIDA debe resignarse si ésta acepta la eutanasia, ya que (V5) el enfermo es el único que debe decidir sobre la aplicación, y lo hace por (V7) terminar con su sufrimiento, además (V13) el saber que la eutanasia puede aplicarse en enfermedades sin cura provoca tranquilidad, debido a que (V14) el nuevo estilo de vida provocado por la enfermedad influye en la aceptación, sin embargo (V15) la esperanza de vida es la última que se pierde, pero se considera que (V16) es mejor la eutanasia que seguir viviendo con VIH/SIDA, por lo tanto (V19) el ayudar a morir no es un crimen, sin embargo (V20) el pensar que se puede hacer sin la autorización del enfermo provoca angustia, pero si se acepta la eutanasia es por el deseo de evitar el sufrimiento, y (V32) el rechazo de la familia y amigos, aunque aspectos como (V26) las constantes diarreas, (V30) sudoraciones y temperaturas no propician una respuesta positiva ante la eutanasia, por otro lado (V28) la autorización legal de la eutanasia puede causar optimismo, y si (V29) la religión aceptará la aplicación provocaría tranquilidad.

- La variable 15 (Expectativas) se correlaciona con las variables 5 (Impresiones), 10 (Expectativas), 23 (Impresiones), 24 (Rasgos), 26 (Rasgos) :

(V15) Cuando se padece VIH/SIDA, la esperanza de vida es la última que se pierde, sin embargo (V5) la persona con VIH/SIDA es la única que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia, y (V10) la familia debe resignarse ante ésta decisión, ya que (V23) es por el deseo de evitar el sufrimiento, aunque (V24) la pérdida de cabello, (V26) las constantes diarreas no son motivo que contribuyan en la aceptación de la eutanasia

- La variable 16 (Expectativas) se correlaciona con las siguientes variables 6 (Impresiones), 9 (Emociones), 10 (Expectativas), 12 (Rasgos), 14 (Rasgos), 17 (Rasgos) 28 (Emociones), 32 (Expectativas) :

(V16) Es mejor la eutanasia que seguir viviendo con VIH/SIDA, ya que se considera como (V6) el mejor camino, aunque (V9) el saber que es el único recurso causa angustia, pero (V10) la familia de la persona enferma debe resignarse si ésta acepta la eutanasia, ya que (V12) los cambios en la piel, (V14) el nuevo estilo de vida, (V17) el agotamiento provocados por la enfermedad son aspectos que influyen en la aceptación de la eutanasia, y si se diera (V28) la autorización legal, y (V32) la aceptación de la eutanasia dentro de la religión causaría optimismo y tranquilidad.

- La variable 18 (Expectativas) se correlaciona con las variables 3 (Impresiones), 8 (Emociones), 31 (Expectativas), 33 (Expectativas)

(V18) Se espera encontrar pronto una cura a las enfermedades para evitar la aplicación de la eutanasia, pues (V3) si la persona con VIH/SIDA autoriza su muerte equivale al suicidio, y (V8) propicia terminar con la búsqueda de la cura, además (V31) provoca mayor sufrimiento en los seres queridos que en el enfermo, por lo tanto (V33) es mejor sufrir la enfermedad que aceptar la muerte.

- La variable 31 (Expectativas) se correlaciona con las variables 11 (Emociones), 18 (Expectativas), 29 (Emociones) :

(V31) La eutanasia provoca mayor sufrimiento en los seres queridos que en el enfermo, además (V11) si la eutanasia fuese practicada por una persona inexperta causaría miedo en la persona con VIH/SIDA, por lo tanto (V18) se espera encontrar pronto cura a las enfermedades para evitar la aplicación de la eutanasia, por otro lado, (V29) el que la religión aceptara la aplicación de la eutanasia provocaría tranquilidad en la persona con VIH/SIDA.

- La variable 32 (Expectativas) se correlaciona con las variables 10 (Expectativas), 12 (Rasgos), 16 (Expectativas), 17 (Rasgos), 22 (Emociones) :

(V32) La persona con VIH/SIDA prefiere la eutanasia que el rechazo de la familia y amigos, y (V10) la familia debe resignarse ante esta decisión, ya que (V16) es mejor la eutanasia que seguir viviendo con VIH/SIDA, porque (V22) es la opción que tiene la persona para evitar la tristeza o depresión, siendo (V12) los cambios en la piel, (V17) y el agotamiento razones que contribuyen para la aceptación de la eutanasia

- La variable 33 (Expectativas) se correlaciona con las siguientes variables 2 (Rasgos), 7 (Expectativas) la cual se correlaciona negativamente, 8 (Emociones), 18 (Expectativas) .

(V33) Es mejor sufrir esta enfermedad que aceptar la muerte, ya que (V8) propicia terminar con la búsqueda de la cura, (V18) lo que se desea es, se encuentre pronto cura a las enfermedades para evitar la aplicación de la eutanasia, sin embargo (V2) el notable deterioro de algunos aspectos físicos como la pérdida de peso contribuyen para la aceptación de la eutanasia, pero (V7) con ella la persona con VIH/SIDA no acaba con su sufrimiento.

Tabla 13. Esta tabla muestra la correlación existente entre las variables. El valor de correlación representa el grado de significancia. Cuando se presenta mayor a 30 significa una correlación positiva moderada, y una significancia que se considera es de .001. Estos datos pertenecen a la escala de Impresiones.

VARIABLES	ESCALA	VARIABLES (IMPRESIONES)	ESCALAS	VALOR DE CORRELACION
3	Impresiones	4	Rasgos	.3405
		18	Expectativas	.3479
5	Impresiones	7	Expectativas	.4698
		10	Expectativas	.3756
		15	Expectativas	.3659
6	Impresiones	12	Rasgos	.5431
		14	Rasgos	.4669
		16	Expectativas	.4078
		20	Emociones	.4154
19	Impresiones	10	Expectativas	.3604
		14	Rasgos	.4431
21	Impresiones	22	Emociones	.3868
23	Impresiones	7	Expectativas	.3455
		10	Expectativas	.3606
		15	Expectativas	.3800
		24	Rasgos	.3689
		30	Rasgos	.4068
25	Impresiones			
27	Impresiones			

A continuación se describirán las variables pertenecientes a la dimensión de Impresiones con sus respectivas correlaciones.

- La variable 3 (Impresiones) se correlaciona con las variables 4 (Rasgos), 18 (Expectativas)

(V3) Si una persona con VIH/SIDA autoriza su muerte equivale al suicidio, y (V4) aspectos como la pérdida de atención y trastornos del sueño que se padecen no conlleva a la aceptación de la eutanasia, pero (V18) se espera encontrar pronto una cura a las enfermedades para evitar la aplicación de ésta.

- La variable 5 (Impresiones) se correlaciona con las variables 7 (Expectativas), 10 (Expectativas), 15 (Expectativas) :

(V5) La persona que tiene VIH/SIDA es la única que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia, pues (V7) con ésta se acaba con el sufrimiento, por lo tanto (V10) la familia debe resignarse si la persona con VIH/SIDA acepta la eutanasia, pero a pesar de todo (V15) la esperanza de vida es la última que se pierde.

- La variable 6 (Impresiones) se correlaciona con 12 (Rasgos), 14 (Rasgos), 16 (Expectativas), 20 (Emociones) :

(V6) Ante el VIH/SIDA, la eutanasia es el mejor camino, (V12) los cambios en la piel, (V14) el nuevo estilo de vida ocasionados por la enfermedad influyen en la aceptación de la eutanasia, porque (V16) ésta es mejor que seguir viviendo con VIH/SIDA, sin embargo (V20) pensar que se puede aplicar sin la autorización de la persona enferma provoca angustia.

- La variable 19 (Impresiones) se correlaciona con 10 (Expectativas), 14 (Rasgos).

(V19) Ayudar a morir a una persona con VIH/SIDA no es un crimen, por lo tanto (V10) la familia debe resignarse si ésta acepta la eutanasia, pues (V14) el nuevo estilo de vida provocado por la enfermedad influye en dicha decisión.

- La variable 21 (Impresiones) se correlaciona con la variable 22 (Emociones) :

(V21) El médico es el único que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia, ya que ésta es (V22) la opción que tiene la persona con VIH/SIDA para evitar la tristeza o depresión.

- La variable 23 (Impresiones) se correlaciona con la 7 (Expectativas), 10 (Expectativas), 15 (Expectativas), 24 (Rasgos), 30 (Rasgos) :

(V23) La aceptación de la eutanasia es por el deseo de evitar el sufrimiento, y (V7) es el mejor camino, por lo tanto (V10) la familia de la persona con VIH/SIDA debe resignarse si ésta acepta la eutanasia, sin embargo (V15) la esperanza de vida es la última que se pierde, y aspectos como (V24) la pérdida de cabello, (V30) sudoraciones y temperaturas no son fundamentales para exigir la eutanasia.

- La variable 25 (Impresiones) no tiene correlación con ninguna otra variable:

(V25) Ante la decisión de la eutanasia, la Iglesia es quién menos debe interferir.

- La variable 27 (Impresiones) no se correlaciona con ninguna otra:

(V27) La familia de la persona con VIH/SIDA es la única que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia

Tabla 14 Esta tabla muestra la correlación existente entre las variables. El valor de correlación muestra el grado de significancia. Cuando se presenta mayor a .30 significa una correlación positiva moderada, y una significancia que se considera es de .001. Estos datos pertenecen a la escala de Emociones

VARIABLES	ESCALA	VARIABLES (EMOCIONES)	ESCALAS	VALOR DE CORRELACION
8	Emociones	18	Expectativas	.5632
		33	Expectativas	.3394
9	Emociones	16	Expectativas	.4146
		20	Emociones	.3450
11	Emociones	31	Expectativas	.4852
13	Emociones	10	Expectativas	.4811
		14	Rasgos	.4028
		28	Emociones	.4454
		29	Emociones	.4839
20	Emociones	6	Impresiones	.4154
		9	Emociones	.3450
		10	Expectativas	.4277
		14	Rasgos	.4623
		17	Rasgos	.3992
22	Emociones	21	Impresiones	.3868
		29	Emociones	.3710
		32	Expectativas	.4162
28	Emociones	10	Expectativas	.4147
		13	Emociones	.4454
		14	Rasgos	.3780
		16	Expectativas	.3464
		29	Emociones	.6686

VARIABLES	ESCALA	VARIABLES (EMOCIONES)	ESCALAS	VALOR DE CORRELACION
29	Emociones	10	Expectativas	.4692
		13	Emociones	.4839
		14	Rasgos	.3509
		22	Emociones	.3710
		28	Emociones	.6686
		30	Rasgos	.4139
		31	Expectativas	.4854

A continuación se describirán las correlaciones que resultaron con las variables que pertenecen a la dimensión de Emociones

- La variable 8 (Emociones) se correlaciona con la 18 (Expectativas). 33 (Expectativas) :

(V8) La persona con VIH/SIDA rechaza la eutanasia porque propicia terminar con la búsqueda de la cura, por lo tanto (V33) es mejor vivir con la enfermedad que tomar una decisión positiva ante la eutanasia.

- La variable 9 (Emociones) se correlaciona con la 16 (Expectativas), 20 (Emociones) :

(V9) El saber que la eutanasia es el único recurso de la persona con VIH/SIDA, y (V20) que se puede aplicar sin la autorización del enfermo causa angustia, sin embargo (V16) es mejor la eutanasia que seguir viviendo con la enfermedad

- La variable 11 (Emociones) se correlaciona con la 31 (Expectativas) .

(V11) Si la eutanasia fuese practicada por una persona inexperta causaría miedo en la persona con VIH/SIDA, además (V31) provocaría mayor sufrimiento en los seres queridos que en el enfermo.

- La variable 13 (Emociones) se correlaciona con la 10 (Expectativas), 14 (Rasgos), 28 (Emociones), 29 (Emociones) :

(V13) El conocer que la eutanasia puede aplicarse cuando existen enfermedades sin cura provoca tranquilidad, y (V10) la familia de la persona con VIH/SIDA debe resignarse si ésta acepta la eutanasia, ya que (V14) el nuevo estilo de vida influye en la aceptación, por otro lado si se diera (V28) la autorización legal causaría optimismo, así como (V29) el que la religión aceptara la aplicación provocaría tranquilidad.

- La variable 20 (Emociones) se correlaciona con la 6 (Impresiones), 9 (Emociones), 10 (Expectativas), 14 (Rasgos), 17 (Rasgos)

(V20) Pensar que la eutanasia se puede aplicar sin la autorización de la persona con VIH/SIDA provoca angustia, pero se considera (V6) que ante la enfermedad la eutanasia es el mejor camino, y (V10) la familia debe resignarse ante esta decisión, ya que los aspectos que influyen son (V14) el nuevo estilo de vida, (V17) el agotamiento, lo cual es provocado por la enfermedad, sin embargo (V9) el saber que la eutanasia es el único recurso causa angustia.

- La variable 22 (Emociones) se correlaciona con la 21 (Impresiones), 29 (Emociones), 32 (Expectativas) :

(V22) La eutanasia es la opción que tiene la persona con VIH/SIDA para evitar la tristeza o depresión, (V32) el rechazo de la familia y amigos, pero (V21) el médico es el único que debe tomar la decisión acerca de la aplicación de la eutanasia, además (V29) si la religión aceptara la eutanasia provocaría tranquilidad.

- La variable 28 (Emociones) se correlaciona con la 10 (Expectativa), 13 (Emociones), 14 (Rasgos), 16 (Expectativas), 29 (Emociones) :

(V28) La autorización legal de la eutanasia puede causar optimismo en las personas con VIH/SIDA, y (V10) la familia debe resignarse si ésta acepta la eutanasia, por lo tanto (V13) el conocer que ésta se puede aplicar cuando existen enfermedades sin cura provoca tranquilidad, de igual forma (V29) si la religión aceptara la eutanasia provocaría tranquilidad, ya que (V16) es mejor la aplicación de la eutanasia que seguir viviendo con VIH/SIDA, pues (V14) el nuevo estilo de vida influye en la aceptación.

- La variable 29 (Emociones) se correlaciona con la 10 (Expectativas), 13 (Emociones), 14 (Rasgos), 22 (Emociones), 28 (Emociones), 30 (Rasgos), 31 (expectativas) :

(V29) El que la religión aceptara la aplicación de la eutanasia y (V13) el conocer que ésta se puede aplicar cuando existen enfermedades sin cura provoca tranquilidad, y (V10) la familia debe resignarse si la persona con VIH/SIDA acepta la eutanasia, ya que (V22) es la opción que se tiene para evitar la tristeza o depresión, por lo tanto (V28) si se diera la autorización legal de la eutanasia causaría optimismo, aunque ésta (V31) provoca mayor sufrimiento en los seres queridos que en el enfermo, siendo (V14) el nuevo estilo de vida un aspecto que influye en la aceptación de la eutanasia, sin embargo (V30) las sudoraciones y temperaturas no son características para exigirla

RESUMEN

Los resultados obtenidos durante la correlación arrojan los siguientes datos: Se acepta la eutanasia ya que con ésta el sufrimiento se termina, pues el notable deterioro físico y el nuevo estilo de vida son aspectos fundamentales para que se llegue a tal decisión. Además es considerado como el mejor camino, ya que es preferible la eutanasia que seguir sufriendo a causa de la enfermedad, así como el rechazo de la familia y amigos. Por el contrario, aspectos como la pérdida de cabello, diarreas y sudoraciones no influyen para tal decisión, tal vez por el hecho de considerarse como algo superficial, creyendo que la esperanza de vida es la última que se pierde, sin embargo la familia debe respetar la decisión tomada por el enfermo, pues sólo él puede decidir ante tal situación, ya que lo hace por terminar con su sufrimiento y evitar el rechazo de familia y amigos, así como la tristeza o depresión.

El hecho de ayudar a morir no es un crimen, aunque si se llevara a cabo sin la autorización previa del enfermo causaría angustia. También se estima que si la eutanasia fuera aceptada por la Iglesia y legalmente, provocaría tranquilidad y optimismo.

Por otro lado, se rechaza la eutanasia, pues se manifiesta que ello propiciaría a terminar con la búsqueda de la cura, la cual es deseada cuando una persona padece enfermedades incurables como VIH/SIDA, además con ello evitarían medidas como la eutanasia, aunado a esto los seres queridos son los más afectados en una situación como ésta.

C) ANALISIS FACTORIAL

A continuación se describirán los datos de la varianza. Estos datos muestran los factores que resultaron de dicho análisis, los cuales se presentan en la siguiente tabla. En el análisis factorial resultaron 11 factores, de los cuales se retomaron los primeros cuatro por ser los más significativos

Tabla 15. La tabla presenta las variables agrupadas en cada uno de los factores, así como el grado de correlación que cada uno de ellos obtuvo.

VARIABLES	F1	F2	F3	F4
2	.47487			
5			.32500	
6	.66257			
7		.30115		
8				78823
9	.36368			
10		-.60634		
12	73348			
13		.69027		
14	.69509			
15			.38121	
16	66943			
17	.72983			
18				.79988
20	.50176			
22				
23	.34591			
24			.82730	
26			64174	
28		.72795		
29		.80818		
30		.36416		
31		53709		
32	.43621			
33	-.30085			

A continuación se presenta la interpretación de la tabla, con sus respectivas variables

FACTOR 1

Los cambios en la piel (V12 .73348), el nuevo estilo de vida (V14 .69509), el agotamiento (V17 .72983), y la pérdida de peso (V2 .47487) contribuyen en la aceptación de la eutanasia, por lo tanto es preferible la eutanasia que el rechazo de la familia y amigos (V32 .43621), por el deseo de evitar el sufrimiento (V23 .34591), pues es mejor la eutanasia que sufrir la enfermedad (V33 -.30085), y vivir con VIH/SIDA (V16 .66943), además ante la enfermedad la eutanasia es el mejor camino (V6 .66257), sin embargo saber que es el único recurso causa angustia (V9 .36368), así como el pensar que se puede aplicar sin la autorización de la persona con VIH/SIDA (V20 .50176).

FACTOR 2

El conocer que la eutanasia puede aplicarse cuando existen enfermedades sin cura provoca tranquilidad (V13 .69027), así mismo el que se diera la autorización legal acerca de la aplicación de la eutanasia causaría optimismo en la persona con VIH/SIDA (V28 .72795), de igual manera ocurriría si la religión aceptara la eutanasia (V29 .808181), ya que con la eutanasia la persona termina con su sufrimiento (V7 .30115), sin embargo la familia de la persona infectada no acepta la aplicación de la eutanasia (V10 -.60634), es decir con la aceptación de ésta práctica los seres queridos sufren más que el enfermo (V31 .53709), pero cabe aclarar que aspectos como las sudoraciones y temperaturas no influyen en la persona con VIH/SIDA para decidirse a favor de la eutanasia (V30 .36416)

FACTOR 3

La persona con VIH/SIDA es la única que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia (V5 .32500) , sin embargo la esperanza de vida es la última que se pierde (V15 .58399), y aspectos como la pérdida de cabello (V24 .82730) , las constantes diarreas (V26 .64174) no son decisivos para la aceptación de la eutanasia.

FACTOR 4

La persona con VIH/SIDA rechaza la eutanasia porque propicia terminar con la búsqueda de la cura (V8 .78823), y se espera encontrar pronto una cura a las enfermedades para evitar la aplicación de la eutanasia (V79988), por lo tanto es preferible sufrir la enfermedad que aceptar la muerte (V33 .63046).

RESUMEN

Cuando una persona acepta la eutanasia es debido a diferentes factores que envuelven la situación. El factor principal, es el deseo de evitar el sufrimiento que se está viviendo y el sufrir cambios en la piel, un nuevo estilo de vida, agotamiento, pérdida de peso; así como aspectos que se encuentran dentro de la esfera emocional : el rechazo de amigos y seres queridos.

Así, la decisión sobre la aplicación de la eutanasia está basada en el sufrimiento, ya que con la eutanasia se evita éste. Por lo tanto, es mejor la eutanasia que seguir viviendo con la enfermedad de VIH/SIDA, sin embargo, saber que es el único recurso causa angustia; de igual manera, el pensar que se puede aplicar sin la autorización del enfermo.

También, es importante considerar que si la religión y el marco jurídico se encontraran a favor con tal practica, ello causaría optimismo y tranquilidad en el enfermo de VIH/SIDA.

Una de las causas de rechazo hacia la eutanasia, es creer que con ello ya no continuaría la labor e investigación para la búsqueda de la cura, ya que las personas enfermas con VIH/SIDA no pierden la esperanza y desean que pronto se encuentre una solución a la enfermedad.

D) MATRIZ FACTORIAL

Tabla 16. La presente tabla muestra el grado de significancia encontrado en factor por factor

	F1	F2	F3	F4
F 1	.64804	55585	.38431	
F 2	-.34102		.44950	.65332
F 3				.38629
F 4	.59210	-.39496		
F 5				
F 6		-.60497	.37457	
F 7			.31996	
F 8				
F 9				
F10				-.35876
F11				.38751

A continuación se describe el análisis factor por factor cuya tabla se encuentra previa a esta información

La aceptación de la eutanasia (F1) no se ve afectada por la opinión de las instancias legal, religiosa y familiar (F2), sin embargo en cierto momento se puede dar un rechazo hacia la eutanasia porque ésta propicia terminar con la búsqueda de la cura, la cual se espera se encuentre pronto (F4). (F1,F2 -.34102) (F1,F4 .59210).

Saber que la eutanasia es aplicable en enfermedades sin cura provoca tranquilidad, además si las instancias legal, religiosa y familiar estuvieran de acuerdo con esta práctica causaría optimismo (F2), ya que la eutanasia termina con el sufrimiento (F1), y aceptar la eutanasia no significa que se termine la labor para buscar la cura (F4), pero no se esta de acuerdo en que el médico sea quién decida sobre la aplicación de la eutanasia (F6). (F2,F1 .5585) (F2,F4 -.39496) (F2,F6 -.60497).

La aplicación de la eutanasia es una decisión que debe tomar la persona con VIH/SIDA (F3), ya que la aceptación de la eutanasia se dá para evitar el sufrimiento provocado por la enfermedad (F1), y sería preferible que en las cuestiones legal, religiosa y familiar se diera una aceptación de la práctica eutanasia, ya que esto provocaría tranquilidad y optimismo en las personas con VIH/SIDA que están de acuerdo con que se aplique dicha medida (F2),sin embargo deben interferir en la toma de decisión el médico (F6) y la iglesia (F7). (F3,F1 .38431) (F3,F2 .44950) (F3,F6 .37457) (F3, F7 .31996).

Se presenta un rechazo hacia la eutanasia porque ésta propiciaría terminar con la búsqueda de la cura, la cual se espera que se encuentre pronto (F4), además si las cuestiones legales, religiosas y familiares estuvieran de acuerdo con la aplicación de la eutanasia provocaría optimismo y tranquilidad en las personas con VIH/SIDA (F2), pero en todo caso la persona infectada es la que debe tomar la decisión acerca de la aplicación de la eutanasia (F3), pero también la familia debe intervenir en cuanto a la toma de decisión (F11), ya que el hecho de ayudar a morir a una persona con VIH/SIDA es un crimen (F10). (F4,F2 .65332) (F4,F3 .38629) (F4,F10 - 35876) (F4,F11 .38751).

RESUMEN

Las instancias legal, religiosa y familiar no son un impedimento para aceptar la práctica de la eutanasia, sin embargo si estuvieron a favor, el enfermo sentiría mayor tranquilidad y optimismo, ya que el hecho de aceptar la eutanasia se debe al deseo de evitar el sufrimiento causado por la enfermedad.

Se considera que la decisión debe ser personal, sin que nadie más intervenga, pero también es importante (en algunos casos) que en dicha decisión deben participar el médico y la familia

El hecho de aceptar la eutanasia no implica que se termine con la búsqueda de la cura para el VIH/SIDA.

EJ ANOVAS

El análisis estadístico arrojó los siguientes datos.

ESTADO CIVIL

Tabla 17 Muestra los datos referentes al estado civil

VI	VD	ESCALA	SIGNIFICANCIA
33	8	Emociones	.0315
33	15	Emociones	.0395

En el reactivo 8 "El saber que la eutanasia (muerte voluntaria) es el único recurso de la persona con VIH/SIDA causa angustia", existe una diferencia entre los rubros de estado civil, donde las personas solteras están en desacuerdo, y las personas que entraron en el rubro de "otro" consideran estar de acuerdo con tal idea

En el reactivo 21 "La eutanasia (muerte voluntaria) es la opción que tiene la persona con VIH/SIDA para evitar la tristeza o la depresión", la diferencia encontrada fue: los solteros están en total desacuerdo y el grupo de "otro" están relativamente de acuerdo.

RELIGION

Tabla 18 Muestra los datos referentes a religión.

VI	VD	ESCALA	SIGNIFICANCIA
34	15	Expectativas	.0286
34	16	Rasgos	.0496
34	32	Expectativas	.0111

En el reactivo 15 "Es mejor la eutanasia (muerte voluntaria) que seguir viviendo con VIH/SIDA", la religión influye de la siguiente forma: las personas católicas están en desacuerdo con esta afirmación, por otro lado las personas con ninguna u otras religiones están relativamente en desacuerdo.

En el reactivo 16 "La persona con VIH/SIDA puede presentar agotamiento, siendo éste una razón que contribuya a aceptar la eutanasia (muerte voluntaria)", influyendo la religión así: tanto católicos como de otras religiones o de ninguna religión están en desacuerdo.

En el reactivo 32 "Es mejor sufrir esta enfermedad que aceptar la muerte (eutanasia)", en donde la religión influye de la siguiente manera. las personas católicas están de acuerdo, sin embargo las personas que entran en el rubro de "otro" están en desacuerdo con tal afirmación.

SEXO

Tabla 19 Muestra los datos referentes a sexo

VI	VD	ESCALA	SIGNIFICANCIA
35	13	Rasgos	.0363
35	27	Emociones	.0369

En el reactivo 13 "El nuevo estilo de vida de la persona con VIH/SIDA influye en la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria)", en donde el sexo determina lo siguiente: las mujeres se encuentran en desacuerdo con tal idea, y los hombres están relativamente en desacuerdo.

En el reactivo 27 "La autorización legal de la eutanasia (muerte voluntaria) puede causar optimismo en las personas con VIH/SIDA", en donde el sexo influye de la siguiente forma. las mujeres tienen una opinión en desacuerdo y los hombres se encuentran relativamente en desacuerdo.

ESCOLARIDAD

Tabla 20 Muestra los datos obtenidos en la escolaridad

VI	VD	ESCALA	SIGNIFICANCIA
36	4	Impresiones	.0125
36	7	Emociones	.0299
36	14	Expectativas	.0368
36	22	Impresiones	.0416
36	25	Rasgos	.0028

En el reactivo 4 "La persona que tiene VIH/SIDA es la única que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria)", el grupo que compone el grado de escolaridad primaria está en desacuerdo, por el contrario las personas que cuentan con secundaria, preparatoria y licenciatura están de acuerdo con la afirmación anterior.

En el reactivo 14 "Cuando se padece VIH/SIDA la esperanza de vida es la última que se pierde", se encontro que las personas a nivel primaria están totalmente en desacuerdo; en cambio las personas con un nivel mayor están de acuerdo.

En el reactivo 22 "La aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria) es por el deseo de evitar el sufrimiento", en donde a nivel primaria se encuentra en desacuerdo, por otro lado las personas de nivel mayor están de acuerdo con tal idea.

En el reactivo 25 "Las constantes diarreas que padece la persona con VIH/SIDA no propicia la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria)", en donde las personas a nivel primaria y licenciatura están en desacuerdo, por el contrario a nivel secundaria y preparatoria está de acuerdo con la afirmación.

En el reactivo 7 "La persona con VIH/SIDA rechaza la eutanasia (muerte voluntaria) porque propicia terminar con la búsqueda de la cura", se encontro que las personas con secundaria y licenciatura están en desacuerdo, en cambio las personas con primaria y preparatoria están de acuerdo

HIJOS

Tabla 21 Muestra los datos obtenidos en No de hijos

VI	VD	ESCALA	SIGNIFICANCIA
37	21	Emociones	.0294
37	31	Expectativas	.0125

En el reactivo 21 "La eutanasia (muerte voluntaria) es la opción que tiene el enfermo de VIH/SIDA para evitar la tristeza o depresión", se encontro lo siguiente: las personas que no tienen hijos, o tienen 2 o 3 hijos están en desacuerdo; y las personas que tienen 1 están relativamente de acuerdo.

En el reactivo 31 "La persona con VIH/SIDA prefiere la eutanasia (muerte voluntaria) que el rechazo de la familia y amigos", en donde las personas que tienen 1 o 3 hijos están de acuerdo, sin embargo personas que no tienen hijos o tienen 2 hijos están en desacuerdo.

EDAD

Tabla 22 Muestra los datos obtenidos referentes a la edad

VI	VD	ESCALA	SIGNIFICANCIA
38	1	Rasgos	.0245
38	20	Impresiones	.0079

En el reactivo 1 "El notable deterioro de algunos aspectos como la pérdida de peso en la persona con VIH/SIDA contribuye a la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria)", en donde las personas de 18 a 30 años están en desacuerdo y de 31 a 70 años se encuentran relativamente de acuerdo.

En el reactivo 20 "El médico es el único que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria)", en donde se encontro que las personas entre 18 y 60 años están en desacuerdo, y las personas entre 61 y 70 años están de acuerdo con tal idea.

RESUMEN

Cuando se presenta la eutanasia como único recurso, las personas solteras no consideran que esto sea causa de angustia, sin embargo no están de acuerdo en que sea la única opción que tiene la persona con VIH/SIDA para evitar la tristeza o la depresión. Por otro lado las personas que se encuentran dentro del rubro "otro" están de acuerdo con lo anterior.

Las personas católicas no consideran que sea mejor la eutanasia que seguir viviendo con la enfermedad, mucho menos que el agotamiento sea una causa para la aceptación de la eutanasia, es decir creen que es mejor sufrir la enfermedad que aceptar la muerte (eutanasia).

Tanto hombres como mujeres están en desacuerdo con que la autorización legal causaría optimismo en las personas con VIH/SIDA. Tampoco están de acuerdo en que el nuevo estilo de vida influye en la aceptación de la eutanasia.

Las personas con un nivel escolar de secundaria hasta licenciatura apoyan la idea de que sólo la persona con VIH/SIDA debe decidir acerca de la aplicación de la eutanasia, creyendo que la esperanza de vida es la última que se pierde, sin embargo la aceptación sería en base a evitar el sufrimiento. Así mismo, el aspecto físico como las diarreas es determinante para aceptar la eutanasia, según personas con un nivel escolar de primaria y licenciatura. A nivel secundaria y preparatoria no es determinante. A nivel secundaria y licenciatura no consideran que el aceptar la eutanasia propicie terminar con la labor de la búsqueda de una cura, por el contrario personas de primaria y preparatoria si o perciben de esta forma.

Las personas que tienen dos o tres hijos o que no los tienen afirman que la eutanasia no es la opción que se tiene para evitar la tristeza o depresión, pero personas que sólo tienen un hijo están de acuerdo con la eutanasia para evitar sentimientos de tristeza o depresión. De igual manera, personas con uno o tres hijos prefieren la eutanasia que el rechazo de familia y amigos, y personas con dos o tres hijos están en desacuerdo.

A mayor edad se considera como deterioro físico: la pérdida de peso, lo cual contribuye en la aceptación de la eutanasia, sin embargo creen que el médico es el único que debe tomar la decisión.

IV

DISCUSIÓN

ANÁLISIS DE DATOS

A partir del análisis estadístico se obtuvo lo siguiente: Se observa una tendencia positiva hacia la aceptación de la eutanasia, por parte de las personas con VIH/SIDA.

Las razones por las cuales éstas personas aceptan la eutanasia, es por aspectos principalmente físicos como la pérdida de peso, el notable deterioro causado por los cambios en la piel, el agotamiento y el nuevo estilo de vida que sobreviene a la enfermedad.

Así, de igual manera, se puede observar que en otros casos similares, las personas desean terminar con su sufrimiento por el hecho de padecer ciertas limitaciones y afecciones ante la enfermedad. Por ejemplo, una joven Alemana ingiere una bebida letal para terminar con su sufrimiento. y dice "la necesidad de llamar a otros para que me ayuden a realizar mis necesidades fisiológicas se ha vuelto para mi tan dolorosa como atroz, además del sufrimiento físico que me agobia" (Herrera, 1996 p. 30).

Estas respuestas se presentan como contrarias a lo que esperaría la sociedad, pues como lo menciona Festinger, con su teoría de la disonancia cognoscitiva "se trata de la necesidad de tener un conocimiento aparentemente congruente" (Zilling, 1928, p. 71). Es decir, respuestas socialmente aceptadas

Sin embargo, es importante mencionar que las personas que tienen una visión positiva hacia la eutanasia consideran, que es mejor llegar a ésta acción, que "aguantar" los estragos de una enfermedad que afecta y cambia toda una forma de vida que se venía practicando o llevando a cabo, en donde hasta el núcleo familiar cambia, así como las actitudes de personas allegadas. Las actitudes hacia la persona infectada tienden a ser de rechazo. De igual forma, se da un cambio en la relación con los amigos. Pues, como señalan Perlman y Cozby (1985, p. 149), "La percepción social es el proceso por el cual nos formamos una impresión de una persona y establecemos una relación con ella. La percepción social sustenta la mayoría de las relaciones sociales "

De esta manera, la percepción de la sociedad influye en el trato que se otorga a las personas infectadas con VIH/SIDA. Cambiando así, la relación de la sociedad (algunos miembros) y seres queridos hacia las personas infectadas. Según (Vélez, 1993 en Nuñez, 1997) "las reacciones de la familia a un diagnóstico de SIDA son difíciles de predecir, debido a que participa un gran número de factores. Los padres presentan reacciones diferentes con mayor probabilidad que los hijos, esposos, primos, etc. Esto se debe a que la relación que tiene el paciente con cada uno de los miembros de la familia varía. La situación de la familia se torna difícil, ya que todo cambiará, ya que no está presente esa "estabilidad" del entorno familiar".

Por ello, la eutanasia es vista como la forma para terminar con todo el sufrimiento que trae consigo la enfermedad. Se considera que la eutanasia es el mejor camino una vez que se presentan las manifestaciones del VIH/SIDA. Esto se puede explicar diciendo: que en muchas ocasiones las personas prefieren morir, antes que encontrarse en un papel de denigración, sea física o moral

Por lo tanto, la aplicación de la eutanasia no se percibe como un crimen (por parte de la persona que ayuda a morir). Al contrario manifiestan que el saber que existe la eutanasia (aunque aún en México no se encuentra legalizada) provoca tranquilidad, ya que es posible aplicarla cuando así lo desee alguna persona a causa de una enfermedad sin cura.

Como se observa, las personas actúan según su propio criterio, lo que consideran más conveniente, en este caso contrariando lo que señala Pacheco (1992, p. 116) referente a la eutanasia "no nos pertenecemos a nosotros mismos, nuestra personalidad siempre está fundamentalmente relacionada con la personalidad de otros", es decir, que el hombre no sólo tiene derecho a vivir, sino también obligación a vivir porque es parte de un todo, de una sociedad, de una familia, de una pareja, etc

Además, las instancias : legal y religiosa no representan un obstáculo para tener una aceptación a la eutanasia. Sin embargo, si éstas instancias autorizáran la práctica eutanásica, causaría gran optimismo y tranquilidad, ya que no se tendrían "remordimientos", acusaciones, culpa o crimen que perseguir, debido a la prohibición que existe en el país (México). Esta reacción puede explicarse con uno de los principios básicos de la teoría de la Gestalt, en donde se considera el agrupamiento perceptual : como las características, rasgos, etc. que debe cumplir un miembro para poder integrarse a determinado grupo (Deutsch, 1994), es decir, si las instancias legal y religiosa aceptáran la aplicación de la eutanasia, los miembros que están de acuerdo con ésta no quedarían delegados de los grupos a los cuales pertenecen, ya que en el momento que alguien está a favor de la eutanasia, ya sea para sí mismo o por apoyar a otra persona que desea morir por causa de una enfermedad, se está rompiendo con las reglas establecidas, lo cual provoca cierto sentimiento de culpa o se les llega a considerar como criminales. Al respecto dice Green, (1993, p. 183) "A pesar de todos los argumentos planteados hasta el momento, la eutanasia sigue sin ampararse en causa justificativa de clase alguna, por lo cual se considera como delictiva"

De igual forma, la Iglesia católica rechaza la muerte provocada o eutanasia. La moral católica reprueba la eutanasia argumentando que no existe justificación para causar deliberadamente la muerte a un individuo: dicho juicio se basa en el quinto mandamiento, el cual prohíbe matar. Además, por que Dios da la vida y solamente él, la puede quitar (comisión episcopal, en Vidal, 1995). Es importante aclarar que un alto porcentaje de la población mexicana es católica, por lo tanto puede llegar a causar conflictos internos (para la persona) ser católico y a la vez pensar en la eutanasia.

Existe un factor que podría causar angustia e incertidumbre en las personas con VIH/SIDA. El hecho de que al enfermo no se le pidiera autorización para llevar a cabo la práctica de la eutanasia es motivo de angustia, por ello, se considera que la decisión acerca de la aplicación de la eutanasia debe recaer solamente en la persona con VIH/SIDA. es la persona afectada quien decide si quiere morir o no.

Esto, puede justificarse diciendo que la persona prefiere una muerte autodeterminada que la posibilidad de declinación del individuo. (Nuñez, 1997, p.95).

Además, en el caso de una respuesta positiva, la percepción es que la familia debe resignarse ante la decisión, ya que debe considerarse que cuando se elige este camino, es por el deseo de evitar el sufrimiento, así como para evitar la tristeza o depresión. Al respecto, la Lic Bonifaz comenta que "el hombre debe tener la posibilidad de optar por un determinado tipo de muerte, sobre todo si así se evitan sufrimientos innecesarios.." (Gaceta UNAM, 1987, p 10).

Así, esta decisión tan importante sólo la debe tomar la persona infectada, sin que intervengan las opiniones de la familia, la Iglesia, el médico; pues se cree que éstas no deben inmiscuirse en una decisión ante la eutanasia, ya que tiene que ser una decisión propia, de la persona que está viviendo y sufriendo las consecuencias del VIH/SIDA. Además, las opiniones de otras personas pueden ser contrarias a lo que el infectado o enfermo decida. Según (Heider, en Deutsch, 1994, p. 113) afirma que "tenemos proclividad por las situaciones de equilibrio. Sin embargo, esto no quiere decir que el equilibrio prevalezca siempre en nuestras relaciones interpersonales".

Pero, aún cuando se acepta la eutanasia, las personas siempre esperan que pronto se encuentre cura a las enfermedades para no recurrir a esta práctica, ya que el saber que es el único recurso causa angustia, así como, que la eutanasia fuese practicada por una persona inexperta. pues, como dice Illich (1978, p. 35) "la muerte es siempre deprimente, siempre incomoda aún cuando no vaya precedida de dolor crónico".

Asimismo, es importante hacer la observación de que cuando se manifiestan aspectos como: la pérdida de cabello, las constantes diarreas, las sudoraciones y temperaturas, éstos no conlleva a la persona infectada hacia la aceptación de la eutanasia. Por lo tanto, algunos aspectos pueden ser fundamentales y decisivos para la aceptación, pero otros no. En esta afirmación, influye la connotación que se le otorga a ciertos rasgos. Pero, se considera que influyen también otros aspectos como: edad, sexo, personalidad, religión, habilidades, antecedentes culturales, salud mental, estilo de vida, inteligencia, y aspectos sociales como: la familia, las relaciones interpersonales y habilidades de comunicación, así como por aspectos relacionados con la enfermedad: el tipo de medicamentos que recibe, la presencia de las implicaciones clínicas, el tipo de seguridad social, la calidad de asistencia, el deterioro físico y psicológico, y el

tiempo de sobrevida" (Vélez, 1993, en Nuñez, 1997, p. 80). A la hora de tomar una decisión son varios los factores que influyen y determinan una conducta

Por otro lado, existen opiniones contrarias, las cuales manifiestan que por ningún motivo aceptarían la eutanasia. En estos casos, la eutanasia o el dar la autorización para la aplicación de la eutanasia equivale al suicidio. Se encuentra implícita ideología de la sociedad mexicana, en donde se observa la influencia que ejerce la persona y teniendo como resultado la creencia de considerar la eutanasia como un delito, suicidio o crimen. Como afirma un jurista, "el derecho penal está ligado y vinculado en forma tan estrecha con el pensamiento y actividades sociales, que si queremos tener un sistema penal, formal y substancialmente equilibrada hay que estar siempre consciente de que la sociedad es la que determina cuando y como deben funcionar los instrumentos de tipo preventivo, general y especial, que son atributo del derecho penal " (Vela, 1986, p. 186).

Como consecuencia, puede decirse que siempre se conserva latente la esperanza, es decir, la esperanza de vida es la última que se pierde. Se presenta una gran influencia por parte de los avances que se han tenido en los últimos años, es decir la esperanza e ilusiones que han traído la medicina moderna sobre una solución médica a dicha enfermedad, de igual manera, se ha llegado a pensar que con la nueva tecnología y descubrimientos puede encontrarse a corto plazo la cura. Como ya se mencionó, las personas que están en desacuerdo con la eutanasia, están influidas por algunos aspectos, entre ellos está el creer que si se acepta la eutanasia, esto implicaría o propiciaría terminar con la labor de buscar una cura. Pero al respecto, los expertos calculan que el desarrollo de una vacuna anti VIH, será posible en 10 años (Letra S, la Jornada, 1998).

Además, se encuentra implícito un gran temor hacia el hecho de que no se encuentre la cura al VIH/SIDA. Pues, el hecho de tener una esperanza de cura, se debe al miedo que provoca pensar en la muerte y sufrimiento, ya que se tiene el deseo de sanar y encontrar un alivio a su situación

Aunado a este aspecto, se encuentra el papel que juega la influencia social, " el proceso de influencia contribuye a estructurar el campo social, y asegurar la invariabilidad del comportamiento del campo aquel" (Moscovici, 1975, en García, 1986, p. 28)

En estos casos (donde la persona enferma está en desacuerdo con la eutanasia), consideran que la decisión no sólo debe recaer en la persona infectada, sino que es necesario tomar en cuenta las opiniones de el médico, la Iglesia, y la familia, en donde ésta última tiene mayor peso, pues es la que sufre, es decir, la eutanasia provoca mayor sufrimiento en los seres queridos que en el enfermo, por lo tanto se cree que es importante dar parte de la decisión a otros.

Es necesario mencionar, que entre las funciones que desempeña la influencia social, se encuentra : la formación de normas, la socialización del individuo, el control social, etc. por medio de algunos grupos como la religión, la familia, la sociedad, etc. , los cuales de cierta forma controlan las acciones de sus miembros

Al respecto, la premisa principal sería: que se considera como mejor decisión sufrir la enfermedad que aceptar la muerte, debido a sus principios e ideas, las cuales no permiten que la persona realice un acto contrario. Además como menciona Freud, "El tabú es una prohibición impuesta desde el exterior y dirigida contra los deseos más intensivos del hombre; los hombres que obedecen el tabú; la fuerza mágica atribuida al tabú se reduce a su poder de inducir al hombre en tentación" (Freud, en García, 1986) p. 25)

CONCLUSIONES

En México, la eutanasia se ha convertido en tema de discusión, debido a las implicaciones legales, religiosas, emocionales, médico-éticas y sociales, que conlleva una práctica como ésta. Es decir, en este país aún no se tiene una ideología homogeneizada al respecto. Las respuestas de la gente varían y se contradicen. La autonomía y el derecho a decidir sobre la propia vida no es real. La muerte en los hombres no tienen el mismo significado, la muerte puede enfocarse como un momento, un acto, un episodio, pero también como un largo proceso, como el punto final de una cadena de conductas y actitudes.

Sin embargo, a lo largo de la historia, se han dado sucesos que permiten visualizar que prácticas similares se llevaban a cabo. A partir de entonces escritores, filósofos, médicos, juristas, etc. han aportado diversas opiniones que se unen para llevar a una posible justificación para poner fin a la vida, sobretodo cuando las personas son afectadas física y moralmente a causa de alguna enfermedad. Pues, como manifiesta Hichock en Kraus (1993, p.33) se debe exhortar a los médicos para que no ignoren las necesidades de los enfermos terminales, especialmente a los que sufren, "el sufrimiento debe aliviarse con legalidad y justicia"

Además, otros aspectos que se relacionan con la eutanasia son los vinculados con la persona como: físico, emocional, social, económico, etc. Así, las personas dan su propia opinión correspondiendo a su ideología y situación vivida. al respecto, Muñoz (1993, p. 74) afirma "la actitud de los individuos es diferente cuando están a punto de perder la vida. Las reacciones de los pacientes que se ven frente a la muerte están influidas por el tipo de enfermedad que padece, la cercanía de la muerte, la estructura de su personalidad, su edad, sus ligas familiares, religiosidad e ideología"

En la presente investigación, la percepción social de los enfermos de VIH/SIDA hacia la eutanasia es de aceptación (en la mayoría de las personas), confirmando así, la hipótesis planteada (existe relación entre la percepción de los enfermos de VIH/SIDA y la eutanasia).

La mayoría de las personas cuestionadas en la investigación manifestaron estar de acuerdo con la aplicación de la eutanasia, influyendo en su decisión aspectos físicos. Siendo éstos, la pérdida de peso, el notable deterioro causado por los cambios en la piel, el agotamiento y el nuevo estilo de vida. Por lo tanto, uno de los factores determinantes es el físico. Esta reacción puede darse, debido a que si otras personas notan estos cambios en la persona infectada, pueden deducir su enfermedad y tomar sus reservas.

V

CONCLUSIONES

De igual forma, se obtuvo lo siguiente: la religión no implica ser un obstáculo para tomar la decisión a favor de la eutanasia. Esto, tal vez porque la religión ya no pesa tanto. De hecho, estas personas opinan que la Iglesia es quien menos debe interferir a la hora de tomar una decisión de este tipo. Aquí, puede influir la necesidad de tener control sobre lo que se hace y decide.

Pues, como dice Green (1992, p. 179) "son innumerables los casos de personas que padecen una enfermedad terminal, pero que están obligados a seguir existiendo sin voluntad de hacerlo. Adicionalmente, muchas de estas personas no pueden siquiera expresar sus deseos de dejar de existir y cuando lo hacen a menudo se encuentran con una negativa... dejando del lado la voluntad del paciente y su fundamental derecho no sólo a vivir, sino también a morir con dignidad".

Como se ha mencionado, la religión es una forma de control hacia los deseos más internos, como en algún momento lo menciona Freud. La mayoría de las personas de la muestra no profesan alguna religión, y sólo unas cuantas son católicas. Por otro lado, también se presentaron opiniones contrarias, las cuales no aceptan la aplicación de la eutanasia. Esto se debe a la creencia, de que con la aceptación de la eutanasia, se dejará del lado la búsqueda de la cura, además por que el aceptar la eutanasia implica para ellos un crimen, pues cada persona otorga un significado diferente al concepto de la eutanasia, en algunos casos se considera que "es mercadeo de muerte, que es deliberado, directamente matar a alguien que sufre para que no siga sufriendo" (Jonsen, 1992, p.106). Manifestando así, su ideología, que deja ver cierta influencia por premisas religiosas y legales, las cuales no permiten la "libre decisión", además que juegan el papel de ejercer presión sobre la sociedad. Pues, como menciona Festinger (Deutsch, 1994) un individuo trata de percibir, conocer o evaluar distintos aspectos de su medio y de sí mismo, para reaccionar y comportarse de forma congruente con los demás.

La ideología se presenta como una estructura de adaptación al medio ambiente, afectar o contrariarla es amenazante, lo cual provoca un conflicto y como consecuencia lógica el rechazo de esa idea contraria a principios ya establecidos y sobre todo si están implicados algunos intereses de grupos (legal, religioso, médico y familiar)

En muchos casos, la familia funciona como grupo de presión social, pues se tiene la creencia que si la eutanasia es aceptada, sufrirán los seres queridos aún más que el propio enfermo, ya que aceptar la eutanasia implica terminar con la vida, y la muerte es sinónimo de desaparecer, dejar de existir, lo cual tiene como consecuencia extrañar y necesitar al que muere. Como menciona Pacheco, (1992, p. 116), "No nos pertenecemos a nosotros mismos, nuestra personalidad siempre está fundamentalmente relacionado con la personalidad de otros". La obligación de vivir se atribuye a lo que el individuo representa para otros, sobre todo para seres queridos que consideran tener derecho a seguir recibiendo de esa persona lo que les pudiera proporcionar como hijo, padre, primo, hermano, etc.

La persona infectada se enfrenta al temor de ser juzgado por el estigma social existente. Además, en algunos casos, el temor de que salga a flote su preferencia sexual. Ya que como dice Lidngren (1982) la percepción del individuo cambia dependiendo del contexto en que se desarrolle. De igual forma, "los hechos psicológicos deben ser explicados en función de la combinación de sensaciones locales elementales y asociaciones" (Deustch y Kraus, 1994, p. 24)

Sin embargo, la pérdida de cabello, las constantes diarreas, las sudoraciones y temperaturas no llevan a la persona a decidir a favor de la eutanasia.

Frente a esta situación, la persona con VIH/SIDA teme al rechazo de seres queridos y amigos, a ser juzgado por otros y a perder los apoyos. Antes, que vivir una situación similar, las personas prefieren la muerte voluntaria. Ya en algún momento lo menciona David Hume "cuando la vida se ha convertido en una carga, se requiere coraje y prudencia para que uno mismo termine con su existencia" (Krauss, 1993, p. 33). La razón de todo ello es evitar sufrir, pero el sufrimiento del que se habla en estos casos es moral o psíquico. Enfrentar a una sociedad que aún no está preparada para este tipo de situaciones. Con una sociedad que aplica el castigo del desprecio. Así, "el SIDA ha venido a cuestionar nuestros valores, nuestras relaciones de pareja, nuestras ideas sobre la sexualidad, la muerte, la otredad. El SIDA viene a encajar perfectamente en el discurso del profeta, de la renovación moral de la sociedad, de ese que advierte la decadencia y la degradación. Aquel que cimienta la intolerancia y discriminación con el linchamiento colectivo... El SIDA nos obliga a definir quienes somos ante nosotros mismos y ante el otro. Es una inevitable cuestión de ética, no de moral" (Albergues de México, 1998, p. 4). Es por ello, que los enfermos con VIH/SIDA deben tener ciertos apoyos que los ayuden a superar su situación, y así lo menciona, Vélez 1993, en Nuñez 1997, que la reacción puede verse minimizada si el infectado recibe apoyo, compañía, trato cálido por parte del equipo de salud, familia y sociedad

La muerte constituye siempre un trago amargo, pero en ciertas situaciones no resulta algo dramático, ni trágico, por el contrario es sinónimo de alivio, descanso. Además, toda la situación vivida se percibe como algo oscuro, sombrío, en donde ya no se podrá vivir con independencia y calidad, pues ahora otros tendrán que hacerse responsables, ahora serán una carga para los demás, donde el dolor, impotencia, declive y la muerte afectará a otros. familiares y personas cercanas. Por lo tanto, algunas personas sienten el derecho a decidir a favor de la eutanasia, pues no desean vivir una larga y desesperada agonía, por el contrario sienten derecho a tener una muerte digna, tomar una decisión razonada, y decidir su propio fin, para no observar su propia devastación, cuando la vida ha perdido su dignidad y belleza. Pues, la fealdad enferma, la belleza cura; la fealdad deprime, la belleza eleva, la destrucción y corrupción en vida es una forma de humillación.

Por lo tanto, personas en contra de la eutanasia se consideran que grupos como: el social, legal, religioso, y médico deben tomar parte en la decisión acerca de la eutanasia. Además, manifiestan que la esperanza nunca se pierde.

Algo importante que se debe recordar es que las condiciones de vida y ciertas características de la personalidad influyen determinadamente en las respuestas que emitieron las personas participantes en la investigación, hay factores que influyen para estar o no de acuerdo con la eutanasia, de los cuales se tienen datos que es importante destacar. Así, los factores tomados en cuenta son: estado civil, sexo, escolaridad, No. de hijos, religión, y edad. Con dicha información se da respuesta a la hipótesis (las variables sociodemográficas se relacionan con la percepción del enfermo), así como a los objetivos particulares.

Las personas solteras consideran que la eutanasia, no es causa de angustia, sin embargo la percepción es diferente cuando las personas tienen otro tipo de relación sentimental. Se cree que la percepción difiere debido a que cuando las personas son solteras, no se encuentra ligadas emocionalmente a alguien, sin embargo al estar casado o unido a alguien, el hecho de terminar la relación con un ser amado (pareja) resulta impactante ya que en esos momentos, la pareja puede visualizarse como apoyo y fuerza para aceptar y superar el momento que se está viviendo. En esta situación, experimentan todo tipo de emociones. "Entre las preocupaciones psicológicas más importantes está la pérdida y aislamiento. La pérdida es el estado de estar privado o estar sin algo que anteriormente se tenía... pueden ser físicas tangibles o simbólicas (psicosociales)" (Durham, 1987)

Sin embargo, las personas solteras no consideran la eutanasia como la única opción para evitar la tristeza o depresión, ya que por ser "libres" tienen la posibilidad de buscar situaciones que le ayuden a sobrellevar la actual, por ejemplo, realizar un viaje, buscar distraerse por medio de amigos, buscar grupos de autoapoyo, empezar una verdadera dedicación hacia "sí mismos". Así, "la solidaridad que ha nacido entre la gente es notable, diversos grupos de homosexuales, madres de hijos infectados, estudiantes, personas dedicadas a la prostitución, entre otros han formado redes de apoyo, de comunicación, talleres de información y atención a los enfermos" (Conasida, 1995, P 12). Sin embargo, cabe la posibilidad de que esto no resulte muy fácil para una persona con pareja o liga emocional, pues existen ciertas responsabilidades y deberes que no le permitirán "hacer lo que desee".

Por esto, se considera que las personas que están dentro del rubro "otro" (dentro de "estado civil") manifiestan que la eutanasia es la opción que tienen para evitar la depresión o la tristeza. Cuando se presenta una perspectiva de lento declive y una cruel agonía, la vida se torna absurda. Todo lo logrado o los planes quedan negados cuando se sabe que la muerte llegará sin remedio a causa de una enfermedad que avanza y no se detendrá hasta llegar a su fin devastador, la muerte. Pues como menciona Nuñez (1997) las principales causas de la depresión son: la "inevitabilidad" del deterioro físico y de su mala suerte, la

desesperanza e impotencia, el estilo de vida provocado por la infección y el gasto familiar. Con lo anterior, se da respuesta a la influencia que ejerce el estado civil ante la percepción de la eutanasia

A continuación se presentarán las conclusiones respecto a como influye la religión en la percepción de la eutanasia. Aunque el factor de la religión parece no ejercer influencia total sobre la decisión acerca de la eutanasia, se pudo observar que la opinión general (católicos o que no profesen alguna religión) es de desacuerdo hacia la eutanasia.

En el caso de los católicos, se puede justificar por la creencia que tienen de que su Dios es el único que puede dar y quitar la vida "Dios es el señor de la vida y la muerte. El creador, el que ha llamado al hombre a la existencia y le ha dado la vida como un don, como una bendición que el ser humano debe cuidar y favorecer, pero nunca suprimir" (Comisión episcopal, en Vidal, 1995, p. 45). Es decir, la mentalidad tradicional no permite la intervención del hombre, no solo en la muerte, sino en lo relativo a ella, ya que se considera como invasión atrevida en terreno sagrado. Según la Iglesia católica el suicidio es el más peligroso de los pecados, ya que no da tiempo al arrepentimiento. La muerte es considerada como pena por los pecados, por lo tanto, tal idea condiciona la actitud que tenga la gente ante la eutanasia. La eutanasia es moralmente inaceptable, aunque se lleve a cabo por motivos de evitar el dolor, constituye un homicidio grave contrario a la dignidad de la persona y respecto a Dios.

Aún la gente que dice no profesar alguna religión, no están totalmente de acuerdo con la eutanasia, esto puede darse ya que la gente tiene ciertas convicciones, expectativas o impulsos que no les permiten buscar el fin, sino por el contrario luchar por la vida, es decir las personas tienen cierta ideología que no les permite terminar con la vida, sino luchar hasta el fin. "Cuando se habla de eutanasia no hay reglas mágicas ni universales, pues cada caso es diferente ya que los individuos somos inexactos en nuestras respuestas y sentidos" (Kraus, 1993, p. 34). La gente no está preparada para tocar el tema de la propia muerte, el hombre ha sido educado para vivir, pero no para morir, ya que el individuo no piensa en dejar de vivir, pues esto es tomado como una tragedia. Se puede morir en la pasividad de la impotencia, en la amargura de la desesperación o bien, una despedida en la serenidad, la paz y la dignidad.

El hecho de sentir cansancio y agotamiento por la enfermedad no es suficiente para dejarse caer totalmente, ni aceptar la eutanasia, sin embargo esta idea es una prueba de la influencia que puede llegar a ejercer la Iglesia en los individuos. Además, algunos individuos luchan para sobrevivir ante situaciones difíciles y tratan de mantenerse con vida, por lo tanto, algunas personas consideran que es mejor vivir la enfermedad que aceptar la muerte. Esto es, porque las personas en rara ocasión se visualizan sin vida, ya que si no se vive, no se existe, es como negarse a sí mismo, lo cual es difícil imaginar y asimilar para cualquier persona. Por el contrario las personas crecen deseando ser alguien, tal vez deseando reconocimiento, status, deseando procrearse para

inmortalizarse en otro, es decir existe esa necesidad de "permanencia", pues como se mencionó el hombre no está preparado ni educado para afrontar la muerte con madurez ante este tipo de situaciones.

También es posible que se tenga esta reacción como una forma de negar lo que se está viviendo, pues como manifiesta (Vélez, 1993 en Nuñez, 1997, p. 80) una de las etapas por las que atraviesa un paciente es la negación, "no creer lo que está sucediendo o no querer hablar del asunto. A menudo los individuos afectados niegan su enfermedad y quieren vivir plenamente lo que les queda de vida ". Además, el paciente anula de su conciencia la realidad patológica que sufre, no acepta la información que ha recibido y se resiste a mantener una condición que afecta su actual modo de vida. (Sepulveda, 1989). Con esta información se considera cubierto el objetivo respecto a como influye la religión sobre la percepción que presentan las personas enfermas de VIH/SIDA hacia la eutanasia.

En cuestión de escolaridad, se encontro que personas que estudiaron la primaria, consideran que al encontrarse que son personas infectadas creen que no son las únicas que deben decidir sobre la aplicación de la eutanasia. Esto puede suceder por el hecho de que las personas tienen un criterio reducido ante la vida, acciones y pensamientos. Estas personas son más vulnerables a creencias, mitos, supersticiones, etc. En cambio, la gente que considera que es sólo ella quien debe decidir acerca de la aplicación de la eutanasia, es gente que tiene un nivel más alto de estudios, es decir existe otro tipo de ideología, un criterio más amplio que les permite visualizar la vida de otra forma, tal vez con más filosofía, que hace valer su derecho a decidir y tiene poder sobre lo que quiere y decide. Como menciona Green (1992, p. 179) "muchas personas no pueden siquiera expresar sus deseos de dejar de existir y cuando lo hacen, a menudo se encuentran con negativas de los médicos, quienes por razones primordialmente éticas... dejando de lado la voluntad del paciente y su fundamental derecho no solo a vivir, sino también a morir con dignidad"

Por lo tanto, los sujetos con primaria consideran que la esperanza es la última que se pierde aún teniendo una enfermedad como VIH/SIDA, sin embargo personas con nivel más elevado no están totalmente de acuerdo con esta idea, por el contrario, piensan que el hecho de ser una persona infectada trae como consecuencia una declinación de la esperanza de vida, esta esperanza va disminuyendo aunque no totalmente, es posible que se presente esta forma de pensar porque son personas más realista ante las condiciones de vida actuales. En esta situación, los sujetos que estudiaron secundaria o estudios más elevados, creen que el aceptar la eutanasia se debe al deseo de evitar el sufrimiento, pues la enfermedad tiene sus propias consecuencias que provocan dolor físico y emocional. Como dice Nuñez (1997, p 95) *Muchos pacientes pueden sentir que la dignidad de una muerte autodeterminada es muy preferible a la posibilidad de declinación del individuo. Así, las personas temen un futuro con dolor y pasar por una fase terminal"*.

De esta manera, se pudo observar que personas con primaria no perciben a la eutanasia como un medio para terminar con el sufrimiento (para lo cual cada persona tendrá sus razones y creencias), en tal situación, la Iglesia y sus postulados puede llegar a jugar un papel importante, ya que dentro de los resultados obtenidos se manifiesta la idea de que ésta debe interferir en el momento de la decisión sobre la aplicación de la eutanasia, tal vez por el hecho de creer que si se tiene la autorización de la Iglesia, el pecado no existirá, y por lo tanto no se estará atentando contra las leyes de Dios. Un dato interesante, es que las personas con licenciatura están de acuerdo con tal afirmación. Esto puede deberse a que finalmente los valores, creencias y forma de vida de los mexicanos, están fuertemente influenciados por la Iglesia, y son aprendidos dentro de la familia. Ejemplo de ello fue el argumento (el cual iba dirigido a enfermos de SIDA, terminales, de cáncer, etc) del Papa IV cuando visitó México en 1999: "Esa certeza que da la paz interior y la alegría espiritual propias del hombre que sufre generosamente y ofrece su dolor como hostia viva, consagrada y agradable a Dios" (El Nacional, Enero 25 de 1999, p 11).

Por el contrario sujetos con secundaria y preparatoria consideran que la Iglesia es quién menos debe interferir en el momento de tomar una decisión sobre la aplicación de la eutanasia. Es posible que el haber concluido su vida escolar en una etapa de adolescencia sea la razón y consecuencia de esta manera de pensar, pues esta etapa se considera de rebeldía, y la necesidad de hacer valer sus derechos y tomar sus propias decisiones es importante. Pues como complemento se tienen los datos que menciona Green (1992,p.189) que en los países en donde se ha logrado legalizar la eutanasia, tienen una población en donde no existe una religión oficial y los que son católicos presentan una gran aversión hacia los dogmas de la Iglesia. Pero a pesar de ello, personas con preparatoria principalmente creen que el aceptar la eutanasia conlleva a terminar con la búsqueda de la cura. Al respecto, se puede decir que las investigaciones continúan, y los expertos calculan que el desarrollo será posible en 10 años; sin embargo el presupuesto con el que se cuenta es muy escaso (La Jornada, Febrero 5 de 1998). En cambio, personas con primaria, secundaria y licenciatura no comparten la misma opinión. Con tal información se logra aclarar el objetivo de cómo influye la escolaridad para la aceptación de la eutanasia.

Otro dato interesante es que, los hijos no son un factor que contribuya a aceptar la eutanasia por el deseo de evitar la tristeza o depresión. Sin embargo, las personas que no tienen hijos o tienen 2 hijos, prefieren vivir con la enfermedad aunque exista rechazo por parte de la familia y amigos. Pues como menciona Vélez, 1993 en Nuñez, 1997, p 80) "la familia puede necesitar ayuda para manejar lo relacionado con la persona infectada, en términos de sus propios sentimientos.. La familia también se enfrenta al estigma social". En cambio, personas que tienen 1 ó 3 hijos prefieren la eutanasia que el rechazo de familia y amigos. Esto puede deberse a que duele más el rechazo de un hijo único, o cuando es más numerosa la familia. Ya que en determinado momento los hijos pueden reflejar una esperanza de vida e ilusión, y al percibir el rechazo de éstos, el deseo de vivir termina.

En esta situación es preferible morir antes que aceptar o recibir el desprecio de los seres que se ama tal vez porque empiezan a surgir ciertos temores respecto a la familia. Al respecto Abrego (1995) menciona que esta actitud muchas veces se basa en el temor irracional de infectar a los seres queridos a través del contacto casual. La situación familiar se torna difícil, ya que todo cambia, pues se ha perdido la "estabilidad" del entorno familiar

Al tomarse en cuenta el aspecto de la edad se concluyó lo siguiente: Las personas jóvenes (de la muestra) no consideran que el perder peso sea un factor que contribuya a la aceptación de la eutanasia, sin embargo las personas mayores si consideran la pérdida de peso como un aspecto para aceptarla, pues ellos perciben dicho acontecimiento como un signo de decadencia, de desfallecimiento, etc. Lo que en un momento es agradable y se desea, en otro nos indica que el final está acercándose, es como "desaparecer". Así, "los hechos psicológicos deben ser explicados en función de la combinación de sensaciones locales elementales y asociaciones" (Deutsch y Krauss, 1994, p. 24). Cuando se es joven se vive con la ilusión del tiempo indefinido, si bien es cierto, se ve a la muerte como algo lejano y fuera de la propia perspectiva, si llega a pensar en la muerte, la visualiza como algo que no le pasará, se piensa como la muerte de otros, no de sí mismo, sin embargo cuando se padece una enfermedad incurable dicha perspectiva cambia totalmente.

De igual forma, a menor edad mayor deseo de ser independiente en sus decisiones, por lo tanto no se está de acuerdo en que el médico decida sobre la aplicación de la eutanasia. A mayor edad se cree necesaria la intervención del médico para lograr tomar una decisión de esta magnitud (eutanasia), pues una decisión como esta no se puede tomar a la ligera, se debe de estar seguro de lo que conviene más y sobre todo si se trata de autorizar la propia muerte. (Montaigne, en Kraus, 1993, p. 33) "la muerte voluntaria es la más hermosa y la más justa". Sin embargo se corre el riesgo de enfrentarse con una negativa del médico, pues como dice (Herrera, 1996, p. 34) "algunos médicos suelen pensar que al acceder a una petición de eutanasia estaría actuando contra la esencia o la meta misma de la medicina, sanar o curar; la solicitud de eutanasia pone al médico en un conflicto moral, no ya sólo con respecto al paciente que lo solicita, sino en relación a la naturaleza misma de su profesión"

BIBLIOGRAFÍA

- Abrego, G; Chiriboga, C. (1995) **Guía para la Atención Domiciliaria.** CONASIDA
- Abrego, G; García, P. (1994). **Guía para la Atención Psicológica de Personas que Viven con VIH/SIDA.** CONASIDA
- Albergues de México (1998). Boletín mensual.
- Arauzo, S; Blauch, G, Bermúdez, G. (1992) **SIDA: Aportes Conductuales para su Prevención.** *Revista Mexicana de Psicología.* Vol. 24 No. 1-2.
- Bernstein, A. (1980). **Introducción a la Psicología Clínica.** McGraw-Hill. México.
- Deutsch y Krauss.(1994). **Teorías en psicología social.** De Paidos Studio, México.
- Devita, V. SIDA.(1991). **Etiología, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención** Salvat Editores. Buenos Aires.
- Durham, J. (1987). **Pacientes con SIDA. Cuidados de Enfermería** El Manual Moderno. México.
- Excelsior, publicación diaria (México D F), Enero 25 de 1999. p. 12A.
- Gaceta UNAM (1987). publicación quincenal Sept. 29.
- **Guía de Consejería familiar.** (1991).CONASIDA.
- García Gómez José. (1986). **Eutanasia: una visión psicosocial del dilema.** Fac. de Psicología, UNAM.
- Gamboa Ojeda Y. (1993) **"Viene la eutanasia activa"** . *Cirugía y cirujanos,* (publicación bimestral), Ene-Feb ., 1993, vol. 63, no 1.

- Gamboa Ojeda, Y. (1993). **Revista Ibero-latina** . (publicación bimestral), Nov-Dic. Vol 2, No 6, pp 300-304.
- Green Rosario, Mora Mónica y Roldán Genoveva. (1992) **La participación de la familia en la toma de decisiones en el caso de un enfermo terminal**. Revista del Instituto de Investigaciones - Jurídicas, Bioética y Derechos Humanos, UNAM, No. 52, p 179-190.
- Herrera, A. (1996) **"Eutanasia" Médico moderno**. (publicación mensual), marzo, No 7, p. 29-36.
- H, R, y Penney, R. (1992). **"Euthanasia and abortion: Personality correlates for the decision to terminate life"**. The journal of social psychology, 132 (1), p. 77-86.
- Illich, Iván (1978). **Nemesis médica: la expropiación de la salud**. México.
- Jacque, P., Levens y Jean, Codol, Paul. (1943). **Introducción a la psicología social, una perspectiva europea:**
- Jiménez de Asua, L. (1962) **Tratado de derecho**. Tomo IV, e. Lozada, Buenos Aires
- La Jornada, publicación diaria, (D.F.), **"Australia: en vigor, ley que autoriza la eutanasia"**. julio 2 de 1996, sección mundo
- La Jornada, publicación diaria (México D.F.). **"Sociedad y Justicia"**. Octubre 4 de 1997. p.52.
- La Jornada, publicación diaria (México D.F.) , **"sociedad y Justicia"**. Octubre 6 de 1997 p.51.
- La Jornada, publicación diaria, (México, D.F.), **"Opinión de un teólogo granadino"**, sept. 26 de 1993, p. 17.

- La Jornada, publicación diaria (México D.F.), "**Boletín**". Enero 8 de 1998, p. 4-12.
- La Jornada, publicación diaria (México D.F.), "**Letra S**". Febrero 5 de 1998 p. 2-9.
- La Jornada, publicación diaria (México D.F.). Enero 25 de 1999 p 3.
- Jonsen, A., et. al. (1992). **Clinical ethics**. ed Mc. Graw Hill.
- Kraus Arnoldo. (1993) **Eutanasia, ¿ como mirarte ?**. La Jornada, Semanal, No 224, Sept. 21, p 30-34
- Laris Michael. (1997). Revista: **Newsweek en español**. Marzo 26.p.18,19.
- Lindgren Clay Henry(1982) **Introducción a la psicología social**. ed. Trillas, México.
- Lippa, A. (1994) **Introducing to the social psychology**. Calif., state University, Fullerton Brooks Cole, publishing company
- Marchetti, L; Ortiz, V (1993). **Guía de Orientación para Informadores de VIH/SIDA**. CONASIDA.
- Martínez Lanz Patricia. (1993). "**La eutanasia: algunos aspectos éticos relacionados**, **Psicología Iberoamericana** (publicación mensual), p. 80-85.
- Mora Ramírez José F. (1985). **Refelxiones sociojurídicas de la eutanasia**. UNAM, Fac de Derecho.
- Muñoz García Alfredo. (1993). **Psicología de la muerte, intuición y significación**. Fac. de Psicología, UNAM.
- El Nacional (México, D.F), Junio 22 de 1987, Sección Metropolitana.
- El Nacional (México D:F.), Enero 25 de1999.p 11.

- Nuñez R. Ma Dolores. (1997). **El conocimiento de ser seropositivo y su efecto en el autoconcepto** Tesis: Facultad de Psicología México, D:F.
- Olivares, Enrique (1995) **Anestesia**. (publicación mensual), julio, vol. 7, p. 221-223.
- Orozco Balbuena José Efren. (1992) **La eutanasia en la última década del siglo XXI**. ENEP. Acatlan UNAM.
- Pacheco, E., Albert. (1992). "**Derecho a la vida, ¿ derecho a la muerte?**", Revista del Instituto de investigaciones jurídicas y bioéticas y derechos humanos, UNAM, No. 52, pp 115-122
- Pearlman y Cosby. (1987). **Psicología social**. Ed. Interamericana, México. p. 521
- Pregiada, J; Montesinos, L. (1992). **El SIDA: Aportes Conductuales para su Prevención**. Revista Mexicana de Psicología, Vol. No. 1-2.
- Rius. **Todo lo que Querías saber del SIDA**. CONASIDA
- Rodríguez Aroldo ,(1978). **Psicología social**. México, Trillas, Trad Anatollo de Paula Crespo.
- Rodríguez Mauro., (1996). **¿eutanasia o autanasia? por una muerte digna**. México, D.F. Santafé de Bogotá Manual Moderno.
- Sepúlveda, J. (1989) **SIDA, Ciencia y Sociedad en México**. Fondo de Cultura Económica. México.
- **SIDA, la Epidemia de los Tiempos Modernos**. (1993). Revista: Organización Panamericana de la Salud.
- Sounders Cicely, Barnes Mar.(1983) **Conviviendo con la muerte, manejo de la enfermedad terminal**. trad. y rep. universidad Oxford, según Living with dying.

- Vela, S (1986). "El derecho penal, la salud y el SIDA o AIDS. Revista Mexicana de justicia, Julio-Sept, Vol. 4, No. 3, p. 196.
- Vidal Marciano (1995). **Eutanasia un reto a la conciencia**. Ed Alba, México, p. 159
- Ziegler Jean. (1976). **Los vivos y la muerte**. México, Siglo XXI, p. 345

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
LICENCIATURA DE PSICOLOGIA

INSTRUCCIONES El presente cuestionario tiene como objetivo conocer su opinión acerca de la eutanasia (muerte voluntaria)

La información que pueda proporcionar será utilizada de manera confidencial y con fines estadísticos, por lo que se suplica conteste todas y cada una de las oraciones siendo lo más honesto y sincero posible

De acuerdo a la siguiente escala, usted elija el número (marque uno por cada enunciado) que más concuerde a su opinión

- 1 TOTALMENTE DE ACUERDO
- 2 DE ACUERDO EN PARTE
- 3 NI DE ACUERDO NI DESACUERDO
- 4 DESACUERDO EN PARTE
- 5 TOTALMENTE EN DESACUERDO

1. El notable deterioro de algunos aspectos físicos como la pérdida de peso en la persona con VIH/SIDA contribuye a la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria). 1 2 3 4 5
2. Si una persona con VIH/SIDA autoriza su muerte (eutanasia) equivale al suicidio 1 2 3 4 5
3. La pérdida de atención y trastornos del sueño que padece la persona con VIH/SIDA no la lleva a la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria) 1 2 3 4 5
4. La persona que tiene VIH/SIDA es la única que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria). 1 2 3 4 5
5. Ante el VIH/SIDA, la eutanasia (muerte voluntaria) es el mejor camino 1 2 3 4 5
6. Con la eutanasia (muerte voluntaria) la persona con VIH/SIDA acaba con su sufrimiento 1 2 3 4 5
7. La persona con VIH/SIDA rechaza la eutanasia (muerte voluntaria) porque propicia terminar con la búsqueda de la cura 1 2 3 4 5
8. El saber que la eutanasia (muerte voluntaria) es el único recurso de la persona con VIH/SIDA causa angustia 1 2 3 4 5
9. La familia de la persona con VIH/SIDA debe resignarse si ésta acepta la eutanasia (muerte voluntaria). 1 2 3 4 5
10. Si la eutanasia (muerte voluntaria) fuese practicada por una persona inexperta causaría miedo en la persona con VIH/SIDA. 1 2 3 4 5
11. Los cambios en la piel causados por el VIH/SIDA aceleran la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria) 1 2 3 4 5

- | | |
|---|-----------|
| 12 El conocer que la eutanasia (muerte voluntaria) puede aplicarse cuando existen enfermedades sin cura provoca tranquilidad. | 1 2 3 4 5 |
| 13. El nuevo estilo de vida de la persona con VIH/SIDA influye en la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria) | 1 2 3 4 5 |
| 14. Cuando se padece VIH/SIDA, la esperanza de vida es la última que se pierde | 1 2 3 4 5 |
| 15 Es mejor la eutanasia (muerte voluntaria) que seguir viviendo con VIH/SIDA | 1 2 3 4 5 |
| 16 La persona con VIH/SIDA puede presentar agotamiento, siendo éste una razón que contribuya a aceptar la eutanasia (muerte voluntaria) | 1 2 3 4 5 |
| 17 Se espera encontrar pronto una cura a las enfermedades para evitar la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria) | 1 2 3 4 5 |
| 18 Ayudar a morir (eutanasia) a una persona con VIH/SIDA no es un crimen | 1 2 3 4 5 |
| 19 Pensar que la eutanasia (muerte voluntaria) se puede aplicar sin la autorización de la persona con VIH/SIDA provoca angustia. | 1 2 3 4 5 |
| 20. El médico es el único que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria). | 1 2 3 4 5 |
| 21 La eutanasia (muerte voluntaria) es la opción que tiene la persona con VIH/SIDA para evitar la tristeza o la depresión | 1 2 3 4 5 |
| 22 La aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria) es por el deseo de evitar el sufrimiento. | 1 2 3 4 5 |
| 23 La pérdida del cabello en la persona con VIH/SIDA no es motivo que contribuya a decidir a favor de la eutanasia (muerte voluntaria) | 1 2 3 4 5 |
| 24 Ante la decisión de la eutanasia (muerte voluntaria), la Iglesia es quien menos debe interferir. | 1 2 3 4 5 |
| 25 Las constantes diarreas que padece la persona con VIH/SIDA no propicia la aceptación de la eutanasia (muerte voluntaria) | 1 2 3 4 5 |
| 26. La familia de la persona con VIH/SIDA es la única que debe decidir sobre la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria). | 1 2 3 4 5 |
| 27. La autorización legal de la eutanasia (muerte voluntaria) puede causar optimismo en las personas con VIH/SIDA. | 1 2 3 4 5 |
| 28. El que la religión aceptara la aplicación de la eutanasia (muerte voluntaria) en las personas con VIH/SIDA provocaría tranquilidad. | 1 2 3 4 5 |

- 29 Una de las características en la persona con VIH/SIDA son las sudoraciones y temperaturas, pero éstas no son un aspecto para exigir la eutanasia (muerte voluntaria) 1 2 3 4 5
- 30 La eutanasia (muerte voluntaria) provoca mayor sufrimiento en los seres queridos que en el enfermo 1 2 3 4 5
- 31 La persona con VIH/SIDA prefiere la eutanasia (muerte voluntaria) que el rechazo de la familia y amigos. 1 2 3 4 5
- 32 Es mejor sufrir esta enfermedad que aceptar la muerte (eutanasia) 1 2 3 4 5
33. Estado civil _____ Sexo _____ Edad _____
Religión _____ Ecolaridad _____ No de hijos _____