

164



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“ANSIEDAD CONSCIENTE E INCONSCIENTE  
HACIA LA MUERTE EN PACIENTES SERO-  
POSITIVOS AL VIH/SIDA: UN ESTUDIO  
EXPLORATORIO”.**

**T E S I S**

**Que para obtener el título de:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
p r e s e n t a:**

**JAIME ISAAC ROJAS AVILA**

Directora de Tesis: Dra. PATRICIA CORRES AYALA  
Revisora de Tesis: Dra. LUISA ROSSI HERNANDEZ  
Comité de Tesis: Lic. MARIA DE LA LUZ JAVIEDES ROMERO  
Lic. MIRIAM CAMACHO VALLADARES  
Lic. PABLO VALDERRAMA ITURBE



México, D.F.

Febrero 2000

23/02/00



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mis padres.**

Por su apoyo, confianza y respeto,  
su valor para afrontar la incertidumbre  
de la vida me ha dado fuerza.

### **A Silvia y a Cinthia.**

La armonía en nuestra relación  
me ha dado la tranquilidad  
para crear.

### **A Verónica.**

Tu paciencia, comprensión  
y amor, han hecho que a tu lado  
me sienta un ser completo.

## **RECONOCIMIENTOS**

### **A la Dra. Patricia Corres Ayala.**

Su sabiduría y humanismo,  
ayudaron a cambiar  
mi perspectiva del mundo  
en un momento de mi vida,  
donde nada parecía verse claro.

### **A la Dra. Luisa Rossi Hernández.**

Su trato amable y la confianza  
que mostró hacia mi trabajo,  
facilitaron la realización de la investigación.

### **A la Lic. María de la Luz Javiedes Romero.**

Su paciencia, interés y valiosas  
aportaciones, fueron esenciales para  
la finalización del trabajo.

### **A la Lic. Miriam Camacho Valladares.**

Su apoyo para el cierre de un proceso  
que en ocasiones parecía interminable,  
en verdad fue equilibrante.

### **Al Lic. Pablo Valderrama Iturbe.**

Quien aún con una gran cantidad de trabajo,  
tuvo la disposición para aportar comentarios de gran valor,  
sobre todo para el mejoramiento futuro de la investigación.

### **Al Lic. Angel Casales León.**

Su guía inicial a través de comentarios y  
recomendaciones de referencias bibliográficas,  
fue el origen de una travesía a través de libros y artículos, que llevó a una  
investigación empírica con sus consecuentes resultados, que espero,  
en un futuro próximo, sean ampliados con su ayuda.

**Al Dr. Leopoldo Nieto Cisneros, Jefe de la Clínica de VIH del Hospital Gabriel Mancera.**

Por su actitud positiva y verdadero interés en  
el bienestar de sus pacientes,  
no puso ningún obstáculo para  
la realización de la investigación.

**A todas la personas que viven con el VIH que participaron en la investigación.**

Su percepción de la vida y de la muerte,  
en verdad nos puede enseñar mucho  
a los que ponemos atención en todo,  
menos en el privilegio de la vida.

**A todos los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México que  
formaron parte de la investigación.**

A la Universidad no la hacen sus edificios,  
sino la calidad humana de quienes los utilizan.

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA.</b>	<b>1.</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.</b>	<b>2.</b>
<b>RECONOCIMIENTOS.</b>	<b>3.</b>
<b>ÍNDICE.</b>	<b>5.</b>
<b>RESUMEN.</b>	<b>7.</b>
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	<b>8.</b>
<b>PARTE A.</b>	
<b>INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.</b>	
<b>CAPÍTULO I.</b>	
<b><u>1. HACIA UN ESTUDIO DE LA MUERTE Y EL MORIR.</u></b>	<b>11.</b>
1.1. ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE.	12.
1.2. FILOSOFÍA DE LA MUERTE.	18.
1.3. PSICOLOGÍA DE LA MUERTE.	24.
<b>CAPÍTULO II.</b>	
<b><u>2. ANSIEDAD.</u></b>	<b>37.</b>
2.1. HISTORIA DEL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD.	38.
2.2. DEFINICIONES Y TIPOS DE ANSIEDAD.	39.
2.3. TEORÍAS SOBRE LA ANSIEDAD.	42.
<b>CAPÍTULO III.</b>	
<b><u>3. VIH/SIDA.</u></b>	<b>46.</b>
3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMEDAD.	46.
3.2. MECANISMO BIOLÓGICO DE ACCIÓN DEL VIH.	48.
3.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE INFECTADO CON VIH.	56.
<b>CAPÍTULO IV.</b>	
<b><u>4. ANSIEDAD HACIA LA MUERTE Y VIH/SIDA.</u></b>	<b>63.</b>
4.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD HACIA LA MUERTE.	63.
4.2. ESTUDIOS ACERCA DE LA ANSIEDAD HACIA LA MUERTE.	66.
4.3. ESTUDIOS SOBRE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN PERSONAS CON VIH/SIDA.	84.

**PARTE B.  
INVESTIGACIÓN, ESTUDIO Y METODOLOGÍA.**

**ESTUDIO. 88.**

**MÉTODO.**

**VARIABLE INDEPENDIENTE.**

**VARIABLE DEPENDIENTE.**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.**

**DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.**

**SUJETOS.**

**MUESTREO.**

**TIPO DE ESTUDIO.**

**DISEÑO.**

**ESCENARIO.**

**PROCEDIMIENTO.**

**INSTRUMENTOS.**

**TRATAMIENTO DE LOS DATOS.**

**RESULTADOS. 94.**

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. 112.**

**SUGERENCIAS. 128.**

**BIBLIOGRAFÍA. 129.**

**ANEXOS. 139.**

## RESUMEN.

En la presente tesis se realizó una investigación de tipo exploratoria con respecto a la ansiedad hacia la muerte tanto a nivel consciente como a nivel inconsciente. Dentro del estudio se incluyeron dos grupos: un grupo de sujetos seropositivos al Virus de la Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), y un grupo de comparación constituido por estudiantes de diversas facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México,

Dentro de los capítulos dedicados a la investigación documental se explican y desarrollan diversos aspectos relacionados con el tema de tesis: primeramente, la investigación del tema de la muerte en general visto desde perspectivas antropológicas, filosóficas y psicológicas. Posteriormente, también acerca de la ansiedad se desarrollan algunos enfoques teóricos dentro de la psicología con enfoque psicodinámico y conductual. Por otra parte y en relación a la característica particular y esencial de los sujetos de estudio, es decir, a la infección por VIH, se explican diversos aspectos de este padecimiento, tales como la historia de la enfermedad, los mecanismos biológicos de acción del virus y las características psicológicas en general que han sido encontradas en el paciente con VIH. En la parte final de la investigación documental, se describen investigaciones relacionadas directamente con el tema de tesis, es decir, con la ansiedad hacia la muerte, estos estudios incluyeron diversas muestras y utilizaron diferentes instrumentos de medición, con la consecuente variedad de resultados.

Por otra parte, los resultados del estudio empírico manifestaron que la ansiedad hacia la muerte tanto a nivel consciente como inconsciente, no difirió significativamente entre el grupo de pacientes seropositivos al VIH y el grupo de comparación no infectado. Tampoco se encontró una correlación media o fuerte entre las puntuaciones de la Escala de Ansiedad hacia la Muerte Revisada y la Prueba de Frases Incompletas, lo que al parecer demuestra que las puntuaciones de la ansiedad hacia la muerte a nivel inconsciente y las puntuaciones del nivel consciente no están relacionadas. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los coeficientes de correlación de los grupos. Sin embargo, el análisis de los factores y dimensiones dentro de las pruebas de ansiedad hacia la muerte mostraron algunas diferencias interesantes entre los grupos, una de estas diferencias fue que el grupo de pacientes seropositivos parece estar más ansioso con respecto a la muerte en relación al dolor y la enfermedad y al dejar instrucciones acerca de cómo se deberían hacer las cosas después de la muerte propia en comparación con los estudiantes, quienes parecen temerle más a la separación o al abandono de los demás, a la pérdida de control sobre uno mismo o el ambiente y a la vida después de la muerte.

Dentro de las conclusiones y sugerencias se realizó un análisis cualitativo de los hallazgos, con la inclusión de una explicación de las causas probables de los resultados obtenidos en las muestras y se hacen recomendaciones para la ampliación y mejoramiento de esta corriente de investigación dedicada al estudio de la muerte y obviamente, no del hecho físico en sí, sino de todo lo que impregna el significado social, filosófico, antropológico, espiritual y psicológico de la muerte en la vida del ser humano.



## INTRODUCCIÓN.

La muerte como vivencia empírica obviamente es imposible de estudiar, o al menos eso postula la ciencia moderna, la cual, más bien trata de sobrepasar a la muerte, de vencerla, pero no de experimentarla, no de compartirla y menos de vivirla porque de hecho la lógica del mundo actual con predominio de la cultura consumista y de producción, podría derribar la idea de vivir la muerte y más aún de vivir la propia muerte.

Partiendo de estas concepciones, la muerte, en el mejor de los casos es semiestudiada porque de lo que se trata es de evitar el dolor, el sufrimiento, la decadencia, la anulación de la vida y el objetivo final es eliminar a la muerte, sí, aunque parezca más absurdo que el objetivo de vivir la muerte, al parecer en el mundo "civilizado" actual, la lógica es luchar para anular la anulación; quizá es porque el hombre moderno se pierde dentro de la lógica, dentro de sus propias ilusiones de omnipotencia producto de su capacidad de creación.

Pero la idea de muerte, no siempre ha creado una respuesta automática de negación, ni abarca tampoco a todos los seres humanos ya que como se menciona dentro de la primera parte de la presente tesis, algunas agrupaciones humanas que no entran dentro del concepto actual de "civilizadas" prefieren vivir la muerte, tenerla presente siempre en vez de anularla, como si una especie de sentido común o tal vez de sabiduría profunda, guiara a todos y cada uno de los miembros de estos grupos alejados de la tecnología a la única solución posible al supuesto problema de la muerte, que es vivirla, empero, aunque parezca contradictorio, esta filosofía de aceptación de la muerte lleva a actitudes y conductas en las cuales la vida y el vivir son más valorados, la vida se cuida más y se vive más, existe una importancia de la vida por sobre todas las cosas.

Sin embargo, las construcciones de la muerte que existen en el mundo actual han llegado a ser lo que son debido a una serie de cambios a través del tiempo por influencias sociales, culturales, religiosas y hasta económicas, con lo que se refleja que la necesidad del ser humano por evolucionar, por encontrar mejor calidad de vida, lo ha llevado a olvidar el fondo y a ocuparse meramente de las formas, al hombre moderno le interesa más el entorno material en el que está viviendo que el objetivo de su vida en sí, es como si ya no se preguntara más por el sentido de su vida porque este ya está dado, de una u otra manera, es como los seres "inferiores" o irracionales (sin capacidad para razonar), que viven guiados por tendencias genéticas que los empujan a la supervivencia y a la reproducción, así también el humano en su intento por evolucionar y sobrepasar el plano animal, llegó tan lejos que se perdió o para ser más optimistas, se está perdiendo, siendo guiado por algo ya dado pero que dudosamente lo lleva a la supervivencia.

Ante esta situación algunos hombres han tratado de comprender el sentido de la vida y de la muerte, llegando a diversas conclusiones en cuanto a las particularidades explicativas (algunas veces las diferencias son en cuanto al orden y tipo de lenguaje), pero una conclusión filosófica y psicológica general es cierta; la muerte no se puede negar, se encuentra en la psique, en el pensamiento humano, y aunque no se la quiera aceptar, se le debe aceptar pues es un requisito para vivir.

Empero, el hombre en general, no solamente niega a la muerte, no sólo la muerte le espanta y le invita (¿u obliga?) a preguntarse, a encontrar respuestas adecuadas o ilusiones de estas, también otros aspectos de la propia vida o de la vida en general le pueden despertar sentimientos displacenteros o no gratos para su muy estructurada y laboriosamente construida mente; uno de estos sentimientos es la ansiedad, que abarca una

gama inmensa de consecuencias y también de orígenes, casi tantos como humanos han existido, existen y existirán, no obstante, algunos estudiosos de la conducta humana, de la psique, han intentado generalizar la génesis y el producto de la ansiedad, cada uno orientado a partir de su propia perspectiva teórica y posiblemente personal, pero independientemente de las diferencias o beneficios de una perspectiva u otra, lo cierto es que la mayoría de ellos coinciden en que la ansiedad puede ser adecuada o no dependiendo del grado de esta, del agente causal de la ansiedad y obviamente del medio sociocultural en que el individuo se desenvuelva, pero un hecho esencial de este sentimiento es que no es inadecuado per se, en realidad el beneficio o el daño están en función de una amplia gama de factores interrelacionados; lo anterior se explica en el capítulo dos de la presente tesis.

Por otra parte, a través de la historia de la humanidad, ésta se ha enfrentado a situaciones que la enfrentan directamente con la posibilidad de morir, tales como guerras, enfermedades, infecciones, etc. Sin embargo, después de la segunda guerra mundial, el ser humano, sobre todo el perteneciente a la cultura consumista y capitalista, tendía a considerarse omnipotente, sus anhelos de dominación y de poder sobre la vida y la muerte de grandes masas, como producto de su control de la energía nuclear, de la creación de vacunas y medicinas que parecían curarlo todo, del avance vertiginoso y certero de la tecnología, se estaban viendo consumados, al parecer la humanidad era el único enemigo de la humanidad; empero, esta ilusión se vendría abajo pronto con la presencia y el descubrimiento de nuevos problemas para el ser humano, tales como la sobrepoblación, el inadecuado control de la energía nuclear, la inminente destrucción global con las armas modernas, y nuevas enfermedades e infecciones, de las cuales, una de ellas vino a trastornar y a destruir la ilusión de inmortalidad que el hombre había empezado a construir con grandes esperanzas.

La muerte repentina e inexplicable de un gran número individuos con el sistema inmunológico reducido prácticamente a nada a finales de los 70's y principios de los 80's, puso a la humanidad en una condición que esbozó en la consciencia colectiva una perspectiva de aniquilación global, situación que llevó a los científicos y a los gobiernos de países desarrollados a buscar la solución al problema de una manera más que compulsiva. En la actualidad, después más de dos décadas de la aparición de la epidemia y de la consecuente pandemia y ya con el conocimiento de las causas y consecuencias de esa nueva enfermedad llamada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) producto de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el conocimiento y la ciencia humanas siguen siendo incapaces de enfrentar de manera definitiva al VIH, y este virus microscópico continúa retando la omnipotencia de los seres humanos, poniendo en evidencia que la grandeza, el avance, el desarrollo y la concepción de ser perteneciente a la cúspide de la evolución que el hombre tiene de sí mismo, lo único que tienen de definitivo o absoluto es su relatividad. Las particularidades biológicas del VIH, la historia de la enfermedad y algunas características psicológicas del paciente con VIH son tratadas en el capítulo tres de la presente tesis.

En la última parte teórica de este trabajo, se trata el tema de la ansiedad hacia la muerte, el cual en muchas ocasiones es negado o distorsionado, incluso por aquellos que se autocalifican como estudiosos de la mente y conducta humanas; lo que refleja sin duda el hecho de que la muerte es un tema difícil de tratar, de aceptar y más aún de estudiar a fondo. Empero, en las últimas tres décadas varios investigadores han encontrado resultados interesantes en relación a como ciertas variables están asociadas con la ansiedad hacia la muerte en determinadas poblaciones, demostrando que este tipo particular de ansiedad

juega un papel predominante en la conducta humana y que por tanto no debe dejársele de lado o restarle importancia ya que de hecho, conforme el ser humano acepte más su muerte, la vida podrá ser vivida de manera plena, sin limitaciones internas que impidan desarrollar sus potencialidades.

Ya dentro de la segunda parte de la presente investigación, se describen los aspectos metodológicos y los resultados; los cuales se explican detalladamente con ayuda de gráficas y también se analizan de manera somera y preliminar para posteriormente aumentar este análisis en la parte de la discusión y las conclusiones, donde se intenta hacer una integración de los aspectos teóricos con los empíricos. Teniendo siempre presente que esta tesis fue un estudio exploratorio y que por ningún motivo se podrían generalizar los resultados, sin embargo, abre el campo de investigación en México, sobre todo de tipo empírico en relación al tema de la ansiedad hacia la muerte, ya que en general las investigaciones del tópico de la muerte quedan en aspectos documentales o en meros proyectos, los cuales quizá podrían ser más útiles si se enmarcaran con aspectos medibles, aunque claro está que la estadística y el estudio de un número muy amplio de individuos o "estadísticamente significativo para la población" no siempre aseguran la viabilidad, globalización o aun más, la utilidad práctica de los resultados ya que antes que el conjunto de humanos o de sujetos, se encuentra el individuo con su historia y personalidad singulares e irrepetibles.

## PARTE A. INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.

### CAPÍTULO I.

#### 1. HACIA UN ESTUDIO DE LA MUERTE Y EL MORIR.

El tema de la muerte es para la mayoría de las personas, sin lugar a dudas, difícil de abordar, ya que la significación implícita y explícita que conlleva el término "muerte" o "morir" es, en la mayor parte de los casos la anulación de la existencia, el término de una serie de procesos que llevaron a un ser, tal vez a lograr grandes triunfos y / o quizá también a grandes derrotas que pudieran llenar su vida; es la conciencia de no tener más oportunidades para hacer alguna o algunas cosas que quedan todavía pendientes; es el enfrentamiento a lo desconocido, al sufrimiento, al castigo, a lo siempre deseado o también a la nada o al fin. La aproximación de una enemiga (la muerte) que no será posible de vencer, puede ser la derrota final o la culminación de todas las batallas libradas durante la vida, coronadas por el descanso y la quietud de la inexistencia, viéndolo desde una perspectiva idealista y hasta llena de esperanzas irreales. Pero lo que si es real es que la muerte es la única predicción perfecta y obviamente indiscutible debido a su certeza absoluta.

Una de las características distintivas del ser humano con respecto a los demás seres vivientes del planeta es que tiene la concepción o el conocimiento de que va a morir, sabe que la muerte existe, sabe que su vida es finita, sabe que su estancia aquí y ahora es temporal; sin embargo, esta cognición es casi imposible de aceptar para la mayoría de los humanos y lo ha sido a lo largo de la historia de la humanidad debido la ansiedad que les provoca la temporalidad y la finitud de su existencia creándose así la necesidad de tener concepciones religiosas, filosóficas, científicas y más recientemente psicológicas acerca de lo que significa la muerte y el morir.

Se podría pensar que los factores humanos relacionados con la muerte se han estudiado a gran escala; sin embargo, como menciona Mead (1971), es importante adaptar una ciencia a su época de desarrollo, no es posible estar fijados científicamente a preceptos que se elevan al rango de verdades inamovibles ni encerrarse en una disciplina sin tomar en cuenta los demás campos y métodos de investigación. Así también si se consideran varias ciencias para obtener un determinado conocimiento, debe tomarse con un entendimiento adecuado y total, no tomar sólo fragmentos que podrían ser aparentemente más cómodos y prácticos pero no facilitadores del desarrollo científico y cultural.

Sin embargo, el acontecimiento metaempírico de la muerte propia escapa a todo análisis reflexivo, ya que la conciencia desaparece precisamente en el acontecimiento mismo que teóricamente se trata de reflejar. Pero la muerte de los demás y la figura teórica de la muerte, incluyendo la propia, conllevan una dimensión eminentemente práctica (Ziegler, 1976).

Por la importancia que ha tenido la concepción de la muerte en el desarrollo cultural y científico de la humanidad, en este capítulo se tratará de dar una aproximación a lo que ha sido el estudio de la muerte visto desde distintas perspectivas; obviamente no se mencionarán todas las ideologías que han existido en relación a la muerte a lo largo de la

historia de la humanidad, pero se describirán algunas que parece que son las que ayudaran a esclarecer y a comprender lo que es la muerte y cómo afrontar ese hecho en la actualidad.

### 1.1. ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE.

Con respecto a la antropología en sí misma, la total pretensión de que se constituya en una ciencia descansa en la amplitud con que se ha tomado la integridad del hombre -las especies primitivas y las presentes, las culturas primitivas y las modernas- dentro de un esquema conceptual propio. El objetivo es la humanidad: ¿cómo ésta debe haber sido?, ¿cómo ésta es? y ¿cómo debe ser?, si el hombre sobrevive (Mead, 1971). En el presente apartado se pretende desarrollar la concepción que el ser humano ha tenido de la muerte, tiene y que debería de tener en un futuro si quiere seguir existiendo. Pues sólo entendiendo e interiorizando a la muerte como algo que es real, podrá vivir libremente.

Según Thomas (1983), la manera más torpe de negar la muerte consiste en ver en ella una potencia negadora, en reducirla a ser únicamente la destrucción pura y simple de la vida: merced a la muerte, la presencia se trueca en ausencia; con ella, el ser se vuelve no ser, o sólo en frágil recuerdo por un tiempo. Si se le entiende de este modo, la muerte ocupa una situación ambigua en el pensamiento occidental: se le concede demasiado (nadifica al ser); pero no se le otorga bastante (acontecimiento reducido a un punto).

Lo que se manifiesta cada vez más en la actualidad de occidente es esta manera tan ilusa de negar la muerte; se sabe que está ahí y que a todos nos va a llegar la hora de morir, pero se prefiere no pensar en ello, como si la muerte fuera una parte excluyente de la vida, como si se tratara de evitar el pensar en que todo ser vivo y todos los seres vivos mueren de una u otra forma a cada instante, en parte o en su totalidad.

Ziegler (1976) dice que la muerte es lo que da vida, ya que impone la conciencia de la finitud de la existencia. Confiere a cada uno de los actos una incomparable dignidad y, a cada instante que pasa, su unicidad. Además, menciona que todo hombre viviente está poseído por el terror a la muerte y sus vértigos recurrentes. Pero el terror permanece casi siempre oscuro en la sociedad occidental que prohíbe, convirtiendo en tabú y silencio toda discusión del acontecimiento tanático y no provee ningún medio para comprender a la muerte propia ni para combatir y administrar la angustia que genera. La muerte es un problema para millones de individuos porque son víctimas de una estrategia social precisa usada por la clase capitalista dominante para mantener sus privilegios; esta clase inflige a millones de seres, sufrimientos que hacen de nuestro planeta un cementerio.

De esta manera, el tabú con el cual la sociedad capitalista mercantil rodea a la muerte es con el fin de salvaguardar, ocultar y reforzar el sistema de desigualdades que la beneficia (Ziegler, 1976).

Pero volviendo al hombre en general, no al de una cultura en específica, sino al humano y en relación con los mitos, las creencias y las fantasías; la actividad creadora de los hombres de ayer y de hoy, comprueba el papel privilegiado que desempeñó siempre la muerte, lo que delata la positividad de la que pasa por ser la eterna y despiadada destructora. Sin embargo, y a pesar de la negación mencionada con respecto a la muerte en la vida occidental moderna, la presencia tan intensa y masiva de la muerte obliga al hombre a revisar sus posiciones seculares con respecto a ella (destructividad de las guerras, contaminación ambiental, desechos nucleares, carrera armamentista) pero además el desprecio del hombre por el hombre, que se ha hecho más manifiesto. Desgraciadamente por razones que desbordan las exigencias económicas, el hombre es privado de su muerte:

muere sólo, en el asilo o en el hospital sin preparación psicológica (Thomas, 1983). Así, aunque el enfrentamiento continuo a una posibilidad de muerte le exige una preparación para ella, la sociedad se esmera en negársela disfrazando ésto como amor a la vida, que más bien podría ser inconscientemente un amor a la muerte.

El hombre, comparado con el animal, es ante todo un manipulador/constructor (homo faber) y un fabricante de armas que matan. Con él vemos ampliarse la función lingüística (homo loquax) gracias a un lenguaje de doble articulación: jamás llegó tan lejos el dominio de la relación significante - significado. Sobre las diferencias entre animal y hombre son más bien de la naturaleza de las acentuaciones. Un rasgo distintivo más procedente en la habilidad constructiva y de comunicación, es que el hombre es el animal que entierra a sus muertos. De acuerdo con Thomas (1983), lo que se llama cultura de un pueblo no es más que el esfuerzo que éste realiza por reintegrar a su propia vida común, la materialidad del cadáver.

Un hecho histórico y antropológico es que la conciencia de su propia muerte es una conquista mayor, constitutiva del hombre. Marca ese giro esencial de la historia del hombre que fue la emergencia, en la época paleolítica, del homo sapiens. Los hombres de las cavernas oscuras del monte Carmelo (40 000 años), de la Capilla de los Santos (45 000 - 35 000 años), del Monte Circeo (35 000 años) cavaron sus primeras sepulturas e instalaron ahí a sus muertos, atados como fetos en espera, prometidos para una segunda vida (Ziegler, 1976). Se tienen evidencias de que el hombre de Neanderthal concebía la muerte como un viaje, una posterior existencia espiritual o una inmortalidad (Hernández Díaz, 1995). Desde entonces, los hombres han producido y producen cotidianamente una constelación de imágenes variadas de su muerte por venir, ya que la muerte ha fracturado una conciencia que, hasta entonces no había sido más que instrumental (Ziegler, 1976). La muerte es la última de las crisis de la vida; toda persona tiene conciencia de esta realidad y todas las sociedades han desarrollado un método para enfrentarla, todas las culturas de los pueblos no "civilizados", creen que sucede algo después de la muerte. Los primeros seres humanos percibían la muerte como algo meramente exterior, ajena a ellos mismos, por la cual, tenían que desarrollar una nueva relación con los muertos; de aquí provienen los rituales funerarios. Esta percepción de la muerte como algo exterior y no limitante de la vida sino como una transformación, es lo que les permitía a los hombres del pasado y a algunos del presente disminuir su ansiedad hacia la muerte (Hernández Díaz, 1995).

Morin (1973) citado por Ziegler (1976), menciona en relación a la conciencia de muerte, que ésta emerge en el sapiens y está constituida por la interacción de una conciencia objetiva que reconoce la mortalidad, y de una conciencia subjetiva que afirma, si no la inmortalidad, por lo menos una trasmortalidad. A la vez, los ritos de la muerte expresan, reabsorben y exorcizan un trauma que provoca el aniquilamiento. Los funerales, y ésto en todas las sociedades sapienciales conocidas, traducen al mismo tiempo una crisis y la superación de tal crisis; por una parte el desgarramiento y la angustia, y por la otra la esperanza y el consuelo. Todo nos indica que el homo sapiens es atacado por la muerte como por una catástrofe irremediable, que va a llevar en él una ansiedad específica, la angustia o el horror a la muerte, que la presencia de la muerte se convierte en un problema vivo, es decir, que ocupa su vida. Ese hombre no solamente rechaza a la muerte sino que la recusa, la supera, la resuelve en el mito y en la magia.

En relación con la muerte y el espacio - tiempo, se han encontrado algunas constantes en el hombre en temporalidad y ubicación en creencias, actitudes y ritos, individual y colectivamente; por ejemplo: el horror al cadáver en descomposición,

asociación entre la muerte y la iniciación, el prestigio otorgado a la muerte fecunda, el mantenimiento de la muerte - renacimiento, importancia otorgada a la muerte maternal, el lugar de la muerte en la vida económica o en el arte fúnebre, las relaciones entre muertos y vivos; tales son, a pesar de las modificaciones provocadas por las diferentes condiciones de vida, las supervivencias "primitivas" en la civilización de hoy (Thomas, 1983). Es sorprendente cómo la vida moderna, o los mayores adelantos en la civilización que tienen la finalidad de negar el pensamiento acerca de la muerte o la muerte en sí misma no han podido eliminar aspectos básicos de esta y de hecho tal vez lo que más le apasiona al hombre moderno, es saber que la muerte está cada vez más próxima, pero no la suya sino la de los otros, porque la propia es imposible de pensarse.

Así, la primera metáfora, el primer símbolo, nace con este esfuerzo por integrar la muerte a la vida colectiva; que el conjunto de las representaciones, los ritos, las creencias, consiste en reemplazar las partes blandas y corrompidas del cuerpo por una cosa dura, identificable con la naturaleza, y que sería el hueso, el cráneo vaciado, cualquiera que sea el modo de destrucción de la carne (Thomas, 1983).

Explicando el origen de las creencias de los pueblos, Matos Moctezuma (1975) menciona que son tres los principales mitos que todo pueblo presenta: el cosmogónico o creación del mundo, el antropogónico o creación del hombre, y al no resignarse a morir o dejar de ser, busca una proyección al más allá: trata de trascender.

Antes de desarrollar las creencias y concepciones acerca de la muerte en diferentes culturas, es importante explicar aspectos básicos de donde surge el culto a la muerte; primeramente analizando lo que es un mito y un rito; el mito tiene que ver según Eliade (1963), cit. por Matos (1975), con el relato de una historia sagrada, relata un acontecimiento que tuvo lugar dentro del tiempo primordial, el tiempo fabuloso de los "comienzos". Dicho de otro modo, el mito cuenta cómo, gracias a las hazañas de los seres sobrenaturales, una realidad vino a existir, sea realidad total, el Cosmos o solamente un fragmento: una isla, una especie vegetal, un comportamiento humano, una institución. Es pues siempre el relato de una "creación": se relata cómo cualquier cosa fue producida, o comenzó a ser. El mito no habla sino de lo que sucedió realmente, de lo que se manifestó plenamente. Los personajes de los mitos son seres sobrenaturales. Son conocidos sobre todo porque han hecho en el tiempo prestigioso los "comienzos".

El rito por su parte es el acto representativo del mito. Así, detrás de cada rito hay un mito. Los mitos cosmogónicos y antropogónicos, al darse en todos los pueblos, tratan primordialmente de responder la duda constante presente en el hombre: su génesis y su destino final. Con el mito, el hombre se responde a sí mismo ante las interrogantes que le plantea el hecho de ser (Matos, 1975).

No obstante, los mitos tienen sus particularidades de acuerdo al contexto cultural; por ejemplo entre culturas agrarias habrá respuesta a necesidades propias así como en culturas que sobrevivan por otros medios, por ejemplo, cazadores o guerreros. Así, se manifiesta la influencia socio - económica en el mito. Además el mito trata de dar respuesta a preocupaciones básicas del hombre. Y una vez creado el mito, tiene que trascender constantemente por medio de la conducta social y el rito (Matos, 1975).

En África, los nagó creen que los muertos visibles (egun) aparecen algunos días para seducir a los vivos, para llamarlos y someterlos, la angustia del combate entre los vivos y los muertos se apodera de las tribus. Sin embargo, los egun también son mensajeros esperados pues pueden comunicarle a la familia cosas de vital importancia. Lo que el

sistema nagó muestra es que el hombre está hecho para la vida. Conservarla en la tierra, perpetuarla en el otro mundo, son aún sus dos funciones privilegiadas (Ziegler, 1976).

Y no sólo para los nagó en África, sino para la mayoría de las tribus "primitivas" habitantes de ese continente, el hombre tiene que vivir para la vida y respetar los preceptos vitales, debe cuidar su permanencia en el mundo de los vivos y no es aceptado que rompa esos preceptos, ya que si lo hace será rechazado por los vivos presentes y por los vivos muertos o por sus antepasados y está condenado a la exclusión, al rechazo, a la soledad eterna (Ziegler, 1976).

Ubicándonos ahora en el México prehispánico, la muerte para el hombre que habitó en este tiempo y lugar, era parte de un ciclo, era dinámica, era algo natural y parte de la vida, más bien el germen de la vida. Según los antropólogos no se recuerda ningún otro pueblo que haya representado la muerte en forma tan obsesiva como en algunas de nuestras culturas prehispánicas, siendo ésto no un culto a la muerte sino más bien culto a la vida a través de la muerte (Matos, 1975). El servicio y el culto a la muerte y a los muertos parece ser una condición de un estadio cultural (Ochoa Zazueta, 1974).

Los hallazgos más importantes para la arqueología han sido los relacionados con tumbas por el interés explicativo que tienen sobre el concepto de más allá. En Mesoamérica se han encontrado verdaderos cementerios y datos importantes relacionados con el culto a la muerte (Matos, 1975). Y manifestándose que el mundo religioso de los pueblos prehispánicos estaba basado en una religión politeísta (Gutiérrez Quiroz, 1990).

Acerca de las actividades necrodúlicas en mesoamérica, se han encontrado tres tipos de trabajo básico: el servicio, el culto y la ofrenda, conformadas entre sí de una actividad institucional de plena diferenciación en sus componentes (Ochoa Zazueta, 1974).

Los hallazgos en la parte de mesoamérica de enterramientos en la etapa de aldeas, explicado posteriormente; es un periodo muy antiguo en la historia del hombre que manifiesta y corrobora junto con otras pruebas encontradas en distintos lugares y de antigüedad variable, que nada es tan viejo en la historia cultural del hombre como el culto a los muertos y la certeza de los contratiempos subsecuentes a la muerte.

Dentro de las etapas de desarrollo de los diversos pueblos mesoamericanos, se han encontrado vestigios característicos de diferentes tipos de culto a la muerte y a los muertos. En el preclásico (1800 - 0 a. n. e.) se ve un culto a los muertos muy elaborado. Se han encontrado gran cantidad de entierros a los que se acompaña con ofrendas. La dualidad vida - muerte se ha manifestado en los hallazgos de representaciones acerca de las creencias sobre la vida y la muerte; esta dualidad es de gran importancia para el hombre prehispánico. En el periodo clásico (0 - 900) se consolidan las diversas culturas y alcanzan su máximo esplendor los grandes centros urbanos como Teotihuacan, Monte Albán, Tajín, Palenque, Bonampak y otros. Se han encontrado diversos símbolos que tienen relación con la muerte, dependiendo de las creencias particulares de cada pueblo; por ejemplo, se encontró la representación de la vida y muerte en una cabeza de barro procedente de Soyaltepec, cuya parte derecha es la imagen de la vida, mientras que la izquierda representa un rostro descarnado (la muerte) (Gutiérrez Quiroz, 1990). En el postclásico, iniciado este horizonte hacia el año 900, se ve un incremento en la representación de la muerte, tanto en edificios y cerámica como en adornos personales y otros elementos. Existen evidencias a través de fuentes históricas y comprobadas arqueológicamente, de la importancia del sacrificio humano (Matos, 1975). En este último periodo surge una cultura en el altiplano central de México, los Mexicas; para algunos antropólogos este pueblo es el más representativo de Mesoamérica en relación a la intensidad y complejidad del culto a la muerte; se ha llegado



a decir que los Mexicas no le tenían miedo a la muerte porque simplemente la palabra "muerte" no es encontrada en la lengua náhuatl, ya que para este pueblo nada moría, todo se transformaba, retornaba a la naturaleza; pero según Hernández Díaz (1995), el concepto de la falta de temor a la muerte del pueblo mexica es un mito surgido de la cultura moderna proveniente de las clases altas, ya que la realidad es que los mexicas sí tenían a la muerte, que incluso si estaba representada por uno de los tantos dioses aztecas: Xólotl, que tenía miedo a la muerte, es así como los aztecas proyectaron en su deidad su propio miedo a la muerte.

Algo que también es importante mencionar son los cambios en el tiempo, con respecto al culto a los muertos; el desarrollo de este culto en todos los pueblos humanos y obviamente en las comunidades prehispánicas depende de la economía, ya que hay transferencia de trabajo social que permite mayor obra material, y esto es evidente en las ciudades prehispánicas como Teotihuacán o Tenochtitlan en donde debido a la prosperidad de la economía se podían transferir recursos a aspectos rituales. Así, se ha llegado a afirmar que la exteriorización del pensamiento religioso depende de las posibilidades de la economía y de la capacidad de transferencia de acumulación de capital y no de las posibilidades de recursos ideológicos (Ochoa Zazueta, 1974).

Pero el sentido de la muerte para la mayoría de los habitantes de mesoamérica cambió a partir de una cultura que originalmente vino de fuera, que conquistó a los indígenas y con ello la muerte perdió su sentido cosmogónico y simbólico que tenía, convirtiéndose en portadora de una moral; la muerte se convirtió en castigo ordenado por un Dios ajeno como una sanción al pecado original. Las ricas y naturales ideas indígenas de la muerte se redujeron a la carga de una culpa, y a temores al castigo (Hernández Díaz, 1995). De esta manera, a raíz del predominio de las ideas judeo - cristianas, la ansiedad hacia la muerte, la tanatofobia, alcanza el nivel más alto en comparación con otras culturas (Buendía; Guemes; Ortiga, 1993).

Sin embargo, la sociedad mexicana actual se encuentra influenciada por fuentes culturales que de hecho rigen a todo el mundo occidental capitalista. Particularmente con respecto a la muerte, el origen de dicha cultura occidental viene desde Europa, en la Edad Media (400 - 1400 n. e.) donde la muerte era concebida como el fin de la vida terrestre, pero sobre todo el comienzo de la aventura del destino final. La promesa de la vida eterna recogía, prolongaba, ampliaba el destino humano. Posteriormente, el discurso humanista surgido en el Renacimiento (1400 - 1600 n. e.) que hace de los nuevos descubrimientos y de las relaciones de producción, consecutivo a la lenta emergencia del capital como principal fuerza de producción, dice exactamente lo contrario. Vivo el hombre lo puede casi todo. Muerto no es ya nada; pues la muerte interrumpe el proyecto prometico de un hombre decidido a transformar el mundo y su propio destino. Ya en épocas más recientes (1700 - 1800) dentro de la revolución industrial, la ideología tanática en Europa y particularmente en Francia se creó con el fin de manipular a los individuos, haciéndoles creer que el poder de la clase dominante prevalecía hasta después de la muerte (Ziegler, 1976).

De esta manera, se pone de manifiesto que ni siquiera ante la muerte hay igualdad, obviamente desde una perspectiva sociocultural, ya que la concepción, la creencia que se tenga de la muerte, va a depender de la clase social, estilos de vida, nación, religión, etc. Sin embargo, Ziegler (1976) menciona que en occidente, las imágenes y concepciones de muerte son meramente imágenes de clase, estas son impuestas por la clase capitalista que

domina, y que tienen que ver con la violencia simbólica, como armas de persuasión, de influencia, de engaño, de dominación.

Lo que provoca el manejo tendencioso de las creencias tanáticas en la sociedad occidental que van enfocadas a negar la muerte y a reprimir la ansiedad enviándola al inconsciente colectivo, provoca paradójicamente un retroceso dentro del "avance" en la civilización, ya que la muerte dentro de la sociedad mercantil, llega a los hombres de la misma manera que a las bestias, en la total ignorancia; y la muerte es probablemente mucho más desencadenante de ansiedad y mucho más incomprensible porque falta familiaridad tradicional con sus formas de manifestación (Mittag, 1994).

Esto se refleja en la mortificación y deshumanización que existe en las instituciones de salud en las cuales hay una despersonalización y reducción del individuo donde es tratado como un objeto más que puede utilizarse, como una enfermedad en lugar de como un ser humano que está enfermo, como una tarea que debe ser realizada (Goffman, 1961; Travelbee, 1971; cit. por Sweeting & Gilhooly, 1992). Esto último se relaciona íntimamente con la llamada muerte social en la cual un individuo es considerado por otra persona o por la comunidad como un cadáver aunque siga estando clínica y biológicamente vivo (Sweeting & Gilhooly, 1992). En épocas "primitivas" de desarrollo de la humanidad, el hombre como persona moría socialmente sólo cuando ya había muerto biológicamente y clínicamente; en la actualidad el hombre muere primero socialmente cuando la máquina de producción ya no puede beneficiarse de sus actos de producción económicos, sociales, amorosos, etc.; y por máquina de producción no se quiere dar a entender forzosamente a la sociedad capitalista en general sino también a la familia o a personas cercanas a esa "parte de la maquinaria desgastada" es decir, a la persona negada como tal.

Sin embargo, existen núcleos sociales dentro de la sociedad occidental en donde la muerte no se reprime, uno de ellos se encuentra en el centro de México, muy cerca de lo que es la ciudad más grande del mundo, este lugar es un pueblo llamado Mixquic, en donde la angustia de morir, el temor a la muerte viva, el culto a todos los muertos y la veneración a la memoria de los antepasados son causas de tensiones y catarsis; lo interesante de este lugar es que no hay supresión o mediatización social que reprima los sentimientos o conductas motivadas por relaciones con las creencias relativas a la muerte. Saber vivos a los muertos, creer que el morir significa vivir tiene una gran relevancia; conforma a la comunidad dentro de un ángulo históricamente concientizado, produce obra humana en favor de las viejas instituciones que los difuntos vigilan y provee de cierta actividad solidaria a un grupo que cada día necesita más cohesión y más elementos contra las fuerzas de desintegración que lo acechan (Ochoa Zazueta, 1974).

Lo que sucede en Mixquic y en ciertos estratos sociales "que mantienen la tradición del culto a la muerte" de México, es explicado por Paz (1950) y dice que la muerte moderna no posee ninguna significación que la trascienda o refiera a otros valores, en casi todos los casos es, simplemente el fin inevitable de un proceso natural. En un mundo de hechos, la muerte es un hecho más. La muerte para el mexicano moderno, también carece de significación. Ha dejado de ser tránsito, acceso a otra vida más vida que la nuestra. Pero la intrascendencia de la muerte no lleva al mexicano a eliminarla de su vida diaria. "Para el habitante de Nueva York, París o Londres, la muerte es la palabra que jamás se pronuncia porque quema los labios. El mexicano la frecuente, la burla, la acaricia, duerme con ella, la festeja, es uno de sus juguetes favoritos y su amor más permanente. Cierito, en su actitud hay quizá tanto miedo como en la de los otros; más al menos no se esconde ni la esconde; la contempla cara a cara con impaciencia, desdén o ironía".

Esta intromisión de la muerte no negada da esperanza a la idea de Ziegler (1976) acerca de que ninguna teoría antigalitaria, ninguna perversión racista o imperialista, por sutil que sea, cabe ante la evidencia de la muerte y de la ansiedad hacia la muerte. De esta manera, se necesita volver a introducir a la muerte en el discurso para que eso sea el fundamento dinámico de un objetivo igualitario. Y así que la muerte nos llegue como a seres humanos.

## 1.2. FILOSOFÍA DE LA MUERTE.

El hecho de conocer la finitud de la vida y el cambio orgánico, conductual y espiritual que involucra el momento de la muerte y el proceso de muerte, ha llevado al hombre a tratar de comprender de una u otra manera lo que pasa a partir del instante en que un ser deja de existir, cuando deja de responder, cuando parece ser todo menos un ser viviente. La necesidad de disminuir el temor, la angustia, la ansiedad de desaparecer, de morir, ha sido el motivo principal para el surgimiento tanto de corrientes de pensamiento que sugieren o imponen cómo aprovechar mejor la estancia en el mundo de los vivos para trascender al de los muertos y continuar viviendo, como de filosofías enfocadas meramente a la comprensión de la permanencia en la vida, a la construcción y dominio del vivir, tomando al hecho del morir, de distintas maneras.

En esta revisión documental de la filosofía de la muerte, se tomarán en cuenta tanto enfoques de origen occidental y lógico formales como perspectivas orientales y tendientes a la lógica paradójica; ésto con la finalidad de tener un campo de percepción más amplio de lo que significa la muerte para el pensamiento de la humanidad.

Filosofía oriental.

Budismo.

*El decaimiento es inherente  
a todas las cosas compuestas.  
Buda*

El Budismo ha sido, por muchos siglos, la tradición espiritual dominante en la mayor parte de Asia, incluyendo países como Indochina, Sri Lanka, Nepal, Tíbet, China, Korea y Japón. El Budismo se remonta a un único fundador, Siddhartha Gautama, el "histórico" Buda, que vivió en la India a mediados del siglo sexto a. n. e. (Capra, 1991).

La esencia del Budismo es definitivamente psicológica, más que mística o doctrinal. Buda estaba preocupado exclusivamente por la situación humana, acerca del sufrimiento y frustraciones de los seres humanos. Su doctrina entonces, no fue metafísica sino psicoterapéutica. Se basó en el origen de las frustraciones humanas y en el camino para superarlas (Capra, 1991).

Como en todo el misticismo Oriental, el intelecto es visto meramente como un medio para abrir el camino a la experiencia mística directa, la cual los Budistas llaman "despertar". La esencia de esta experiencia es ir más allá del mundo de las distinciones intelectuales y opuestos para alcanzar el mundo de *acintya*, lo impensable, donde en realidad aparece como una "cosa" individida e indiferenciada (Capra, 1991).

Buda encontró la causa de la enfermedad de la humanidad, afirmó que la enfermedad podía ser curada y finalmente prescribió el remedio. Lo anterior está plasmado en las cuatro verdades nobles del Budismo.

La primera verdad noble (duhkha) tiene que ver con la característica evidente de la situación humana, la cual es frustración y sufrimiento. La frustración viene de la dificultad para afrontar el factor básico de la vida y es que todo alrededor nuestro es impermanente y transitorio. El sufrimiento surge siempre que el ser humano se resiste al fluir de la vida y trata de fijarse a formas rígidas (Capra, 1991).

La segunda verdad noble es acerca de la causa de todo el sufrimiento (trishna), la cual es la rigidez o la ambición. Es la ambición futil la que está basada en un punto de vista erróneo, llamado avidya o ignorancia. Y es cuando se trata de encerrar las formas fluidas de la realidad en categorías rígidas creadas por la mente. Mientras esta visión permanezca experimentaremos frustración tras frustración. Dando lugar a un círculo vicioso llamado samsara, la rueda de la vida y la muerte y es guiado por karma, la cadena sin fin de la causa y el efecto (Capra, 1991).

La tercera verdad noble sostiene que el sufrimiento y la frustración pueden ser eliminados, trascendiendo el samsara; liberándose a uno mismo del karma y alcanzando un estado de total liberación llamado nirvana. Así se alcanza la unidad con todo lo vivo, no estando el sí mismo separado de todo lo que le rodea. El nirvana es el despertar (Capra, 1991).

La cuarta verdad noble tiene que ver con la prescripción de Buda para finalizar todo el sufrimiento, las ocho vías para el auto desarrollo, las cuales siguen al estado de despertar y tienen que ver con la visión y el conocimiento correcto de la situación humana; el modo de vida Budista que es un punto medio entre extremos; y la conciencia y meditación correctos que guían a la experiencia mística de la realidad que es la meta final (Capra, 1991).

Con respecto a la muerte, el Budismo explica que la causa de la vida es la muerte, la una surge automáticamente de la otra. La quietud es el final del movimiento, mientras que el mal es una especie de muerte. No es que estos dos opuestos se generen el uno al otro, sino que son una sola cosa en la vida (Cooper, 1985).

De lo anterior se deriva que para el Budismo la muerte es parte de un ciclo, parte del fluir de las cosas, el cambio eterno, y de hecho la muerte da lugar a la vida, no es la muerte física lo que es perjudicial, sino la rigidez psicológica que lleva al sufrimiento y a la frustración.

Taoísmo.

*...quien sabe guardar su vida,  
no ha menester evitar rinocerontes  
y tigres cuando camina por los montes...  
¿cuál es de ello la ocasión?  
Porque no hay en él lugar para la muerte.  
Lao Zi*

La escuela Taoista encierra en su seno una serie de corrientes de muy variadas características incluyéndose figuras cercanas al Confucianismo y Moísmo. Sin embargo, todos los Taoistas coinciden en un punto: su filosofía gira en torno a la noción del Tao (Preciado, 1996).

Con relación a la forma de vida que es favorable para los Taoistas, Yang Zhu, uno de sus fundadores manifestó el principio qing wu zhong sheng (despreciar las cosas y

estimar la propia vida), literalmente Yang Zhu decía no estar dispuesto a cambiar un pelo de su cuerpo por todo un reino. Otros preceptos básicos manifestados por Song Jian e Yin Wen son: indulgencia con los desiguales, prohibición del ataque, reducción y debilitamiento de los sentimientos y deseos, además de no sentirse agraviado por las ofensas recibidas (Preciado, 1996).

La visión cíclica de la vida es básica del taoísmo: "El retorno es el movimiento característico del Tao". La vida da paso a la muerte, la muerte da lugar a la nueva vida; la fuerza se agota y se convierte en debilidad, el éxito alcanza su cenit y empieza a hacerse fracaso (Cooper, 1985).

En el concepto del Tao se manifiesta el avance del pensamiento chino principalmente a través de la dialéctica, se manifiestan los opuestos y además, lo más importante es que en toda cosa se contienen aspectos opuestos y que estos aspectos opuestos se condicionan mutuamente. El concepto del Tao llegó a captar la ley objetiva conforme a la cual las cosas se transforman en su contrario (Preciado, 1996).

#### Hinduismo.

*Maya es la ilusión de tomar conceptos  
producto de nuestra mente categorizadora  
como realidades, es confundir el mapa  
con el territorio.  
Filosofía Hindú.*

En el Hinduismo, la conexión entre la filosofía y la religión es particularmente fuerte ya que el Hinduismo es un amplio complejo socio-religioso que está constituido por innumerables sectas, cultos y sistemas filosóficos que involucra varios rituales, ceremonias y disciplinas espirituales así como una gran variedad de dioses y diosas. La fuente espiritual del Hinduismo se encuentra plasmado en los Vedas, una colección de escrituras antiguas escritas por sabios anónimos. Por otro lado, los Upanishads que son parte de los Vedas contienen la parte práctica y filosófica (Capra, 1991).

La base de todo el Hinduismo es la idea de que una multitud de cosas y eventos alrededor nuestro son diferentes manifestaciones de una misma realidad única. Esta realidad llamada Brahman, es el concepto unificante el cual da al Hinduismo su carácter esencialmente monístico a pesar de la intervención de numerosos dioses y diosas, ya que Brahman se representa en todas las deidades las cuales son reflejo de una realidad única (Capra, 1991).

En la mitología Hindú, existe un tema recurrente que es el de la creación del mundo por el auto-sacrificio de Dios -"sacrificio" en el sentido original de "hacerlo sagrado"- mientras tanto Dios viene a ser el mundo, el cual, al final, es de nuevo Dios. Esta actividad creativa de lo Divino es llamado lila, el juego de Dios, y el mundo es visto como el estado del juego Divino. Pero sobre todas estas transformaciones y juegos de lo Divino se encuentra Brahman, y cuando se confunde al lila con Brahman, se le llama a esto Maya, es decir, la ilusión de conceptualizar a las formas, estructuras y cosas que rodean al hombre como realidades por naturaleza, siendo en realidad producto de la mente categorizadora y medidora. Así, lo anterior da paso al concepto de Karma que tiene que ver con el cambio continuo de las cosas y de los seres. El mundo de Maya cambia continuamente porque el lila divino es un juego continuo y rítmico (Capra, 1991).

De acuerdo a lo anterior, los aspectos místicos y filosóficos se toman en significados psicológicos porque intervienen en la conducta humana y se relaciona con el hecho de que la percepción egoísta del hombre acerca de que él mismo es el actor en el mundo en lugar de ser en realidad parte del mundo, es una ilusión y lo lleva a estar en contra de la armonía de la naturaleza y se convierte paradójicamente en esclavo de las fuerzas de la naturaleza y su libertad (moksha) se encuentra distante. Brahman está más allá de todos los conceptos e imágenes. Y de este precepto viene la gran tolerancia e inclusividad del Hinduismo.

La muerte para el Hinduismo no es un concepto absoluto, o que en sí pone fin a los seres, es simplemente una transformación más porque Brahman está más allá del concepto o de la imagen de la muerte.

Dentro de las corrientes filosófico - religiosas orientales mencionadas, se puede notar que el individuo en el mundo es parte de un todo, ya sea de un fluir, de un Tao, de un Brahman, y que es ilógico ser egoísta o tratar de modificar la armonía natural porque es el camino a la destrucción, al sufrimiento. El concepto de una vida más allá de la que sienten y perciben los individuos en su propia vida consciente, no existe; ya que el éxtasis de la existencia, el sentido de la existencia solamente puede ser encontrado en la vida actual, en la comprensión de la armonía de la naturaleza interna y externa y en no ir en contra de tal armonía. Es por ello que la muerte no es algo percibido como malo, perjudicial o amenazante, sino como parte de un todo, parte de los opuestos, como algo más que es inherente a la naturaleza no solo de la vida sino de todo el universo. Estas filosofías se basan en la aceptación del cambio porque el hombre lo que más teme y lo que más evita es el cambio; Maser (1988) lo ha manifestado diciendo que el hombre se encuentra cómodo con lo que le parece constante porque le tranquiliza el pensamiento de saber qué esperar, sin embargo, como el cambio es inherente a la vida, la mayoría de los hombres se aterroriza cuando se da cuenta que un cambio ha ocurrido, es por ello que el saber afrontar los cambios y sobre todo aprovecharlos para el auto-desarrollo es lo que sostiene a la filosofía oriental. Así, la muerte en lugar de ser un límite, propicia que el hombre trascienda a través de la búsqueda de la verdad durante su vida y esta búsqueda es lo más importante ya que como dice Osho (1999) "si no estas buscando la verdad, no eres un hombre".

Filosofía occidental.  
Existencialismo.

*Si la existencia precede a la esencia,  
el hombre es responsable de lo que es.  
Sartre.*

En el existencialismo, tener conciencia de la muerte es una condición humana necesaria para darle significado a la vida. Si no fuera por la muerte, el hombre no podría preguntarse por la vida. Todos los seres vivos están condenados a morir y en el ser humano, este saberse finito lo confronta de una manera contundente con la pregunta ¿cuál es el sentido de mi vida? Si no dispone de la eternidad para hacer todo lo que quiere hacer y si sólo son unos años los que habrá de vivir aunque no sepa cuántos, la pregunta ¿que voy a hacer con mi vida?, cobra una prioridad fundamental. Aceptar esta finitud nos da la oportunidad de definir la calidad de vida que queremos y, justamente porque sabemos que vamos a morir, la vida adquiere sentido (Feria Ochoa, 1998).

El existencialismo no es una doctrina sino una connotación ampliamente usada para conjuntar los trabajos de diversos filósofos y escritores quienes están más o menos contra las doctrinas pero que consideran unas pocas experiencias extremas como el mejor punto de partida para el pensamiento filosófico. Si el existencialismo es ampliamente asociado no solamente con experiencias extremas en general pero sobre todo con la muerte, esto es debido principalmente a Heidegger quien discutió la muerte en una parte de su libro "el ser y el tiempo". Posteriormente Sartre incluyó una sección sobre la muerte en su libro "el ser y la nada" y criticó a Heidegger ; finalmente Camus dedicó sus dos libros filosóficos al suicidio y al asesinato(Kaufmann, 1959).

Tomando en consideración a Heidegger, su principal preocupación es "el significado del ser"; pero él encuentra que esta preocupación es en sí misma "un modo de ser de algunos seres", llamados seres humanos, y trata de mostrar que "el significado de ser" debe ser explorado por el camino de un análisis del "devenir". Según Heidegger, este es el único camino de romper el desacuerdo en la discusión del ser comenzando por los filósofos griegos, un desacuerdo debido a que los filósofos, al menos desde Aristóteles, han discutido siempre más acerca de los seres que del ser. Para llegar a un acercamiento del ser se debe estudiar no a las cosas sino al modo de ser; y el modo de ser que debe abrirse a nosotros es nuestro propio ser: devenir. A partir de esto Heidegger propone un análisis fenomenológico (Kaufmann, 1959).

Heidegger separa a dos tipos de seres; los existenciales, que corresponden al devenir, son quienes, son existencia; y por otra parte los que tienen que ver con las categorías, los que no devienen, los cuales, son seres próximos en sentido amplio (Kaufmann, 1959).

Heidegger también explica que los seres inorgánicos ya son y los orgánicos devienen. Para estos últimos su ser es completamente dado, el "no ser todavía" de un ser orgánico no es ni una mera posibilidad vacía ni tampoco un poder ser, es el "ir llegando a ser lo que era en un principio", la esencia; los seres orgánicos son existencias que se realizan de acuerdo a ciertos modos esenciales o leyes propias (Muñoz García, 1993).

En su desarrollo de la discusión acerca de la muerte, Heidegger explica el concepto de "el uno" que tiene que ver con el déspota que rige sobre el inauténtico devenir de nuestras vidas cotidianas. Otro concepto clave es el de ansiedad que se diferencia del miedo por su falta de enfoque a un objeto particular; la concepción acerca de la "ansiedad-de-que" es que "el-de-que de la cual la ansiedad siente ansiedad es ser-en-el-mundo en sí mismo" (Kaufmann, 1959).

La ansiedad para Heidegger, haciendo sentir al hombre simple o completamente solo, lo arroja del mundo cotidiano, dominado por el uno anónimo, "y le revela a él la autenticidad e inautenticidad como posibilidades de su ser. Estas posibilidades básicas de devenir, el cual es siempre propio, le muestra a ellos mismos en ansiedad como en ellos mismos, sin ser obstruidos por cualquier ser-en-el-mundo para los cuales devenir en el principio y durante la mayor parte se mantiene (Kaufmann, 1959).

Como conclusión con respecto a la muerte, Heidegger establece que la muerte se revela a ella misma como una pérdida, pero más bien como una pérdida experimentada por los sobrevivientes; sin embargo, el sufrimiento de esta pérdida no provee un acercamiento a la pérdida del ser como el que está "sufriendo" por la persona que muere. No experimentamos en un sentido genuino la muerte de los otros, pero está más que siempre sólo "presente". En la interpretación pública acerca de la muerte se dice "uno muere", pero en realidad esta concepción es igual a decir "nadie muere" y solamente es una estrategia del

uno para tratar con facilidad con lo relacionado con la muerte; así, el uno no permite que la fuerza en contra de la ansiedad de morir surja. El desarrollo de una indiferencia de "superioridad" aliena al devenir de sus propiedades totales, alejándolo del ser-capaz-de-ser cumpliéndose el postulado en este caso de que el ser-hacia-la-muerte es esencialmente ansiedad.

Así, la muerte para Heidegger por una parte es una amenaza; la amenaza de la no existencia. Pero por otro lado el que el ser humano se de cuenta de su futura no existencia es una condición que antecede el entendimiento pleno de su vida y la condición previa para liberarse de la ansiedad (Neimeyer, 1997).

En contraposición con Heidegger, Sartre postula que el hecho de morir enajena al hombre por completo y hace de él una especie de "presa de los vivos" (Muñoz García, 1993). La muerte es en esencia absurda porque impide que una persona realice sus propias posibilidades. No es posible para el hombre concebir su propia muerte y en el fondo la muerte reduce la existencia a lo que es realmente "una pasión inútil"; de esta manera la reflexión sobre la muerte es la reflexión sobre la falta de significado de la existencia (Neimeyer, 1997).

Sin embargo, la filosofía occidental no solamente incluye a pensadores como los anteriormente mencionados que ven la muerte más como un límite que como una continuidad; ya que por otra parte nos encontramos con Nietzsche y principalmente con Schopenhauer, el primero hace alusión al concepto del eterno retorno, y dice que la rueda de la existencia gira eternamente, todo se destruye y se reconstruye; es un concepto que tiene que ver con la continuidad del ciclo de la existencia; y del hecho de la muerte como la oportunidad que tiene la voluntad sofocada, para liberarse de las ataduras de la realidad fenoménica. Para Schopenhauer, la muerte es la fuente de inspiración para la filosofía; la muerte no es un mal en sí, ya que el calificativo es producto de la conciencia y como esta a su vez depende de las funciones cerebrales que funcionan biológicamente y que desaparecen con la muerte, en realidad no puede juzgar lo que sucede más allá de la muerte, para este filósofo, la muerte tiende más a ser un bien ya que puede ser el refugio último de los seres atormentados o limitados irremediamente en su existencia; la muerte promete el retorno al seno de la naturaleza, de la cual surgió la vida alguna vez. El individuo teme a la muerte porque quiere vivir, y esta conciencia individual se contrapone a los objetivos de la especie, para la cual, la muerte de los individuos es la condición obligatoria para la permanencia de la especie misma (Corres, 1988).

En la filosofía occidental se pueden encontrar diversos puntos de vista, algunos de los cuales conceptualizan a la muerte como un límite, el cual puede quitarle sentido a la vida del individuo o, por otro lado darle ese impulso vital que necesita para desarrollarse. Otras corrientes filosóficas orientadas hacia la continuidad propia de la naturaleza más que hacia los límites impuestos por la conciencia individual, se adentran más en el descubrimiento de las explicaciones de las concepciones de los individuos y culturas hacia la muerte. A partir de estas últimas concepciones filosóficas occidentales, se podría decir que el individuo que no quiere morir o que detesta a la muerte vive en la irrealidad y en el egoísmo ya que gracias a la muerte de otros sujetos, el individuo tiene vida por un lapso de tiempo y con la muerte de aquel, otros individuos tendrán vida.



### 1.3. PSICOLOGÍA DE LA MUERTE.

Aún con la presencia de la filosofía de la muerte en sus distintas perspectivas y el surgimiento de los intentos de disminuir la ansiedad de morir a través de mitos y ritos a lo largo de la historia de la humanidad, un tipo de estudio del hombre, de su pensamiento, de su conducta surge como ciencia tratando de ir más allá de las meras costumbres y creencias llevadas a la práctica por la humanidad a lo largo de miles de años; la psicología viene a investigar, a teorizar y a remediar la angustia del hombre ante su vida, ante su muerte, ante la humanidad, ante la naturaleza y sobre todo ante sí mismo, llevándolo a comprender que él en realidad no tiene el control completo de sus acciones pero que tampoco fuerzas externas son las causantes en su totalidad. La psicología deja de lado las especulaciones y creencias producto de la imaginación, ya que como ciencia demuestra los postulados y los sustenta con pruebas concretas con la finalidad de dar soluciones prácticas y certeras ante los conflictos del hombre y, como menciona Shur (1985), los problemas de la vida y de la muerte no pueden separarse. El deseo de vivir y todos los elementos que lo sustentan, el temor a la muerte, que gradualmente puede convertirse en aceptación, e inclusive el deseo de morir, el conflicto y el cambiante equilibrio de estos deseos opuestos, forman parte de la existencia humana.

Aunque en la actualidad existe escepticismo entre la mayoría de los psicólogos y psicoterapeutas (sobre todo entre los no enfocados psicodinámicamente y/o existencialmente) con respecto al análisis e investigación del tema de la muerte (Lloyd, 1994), que se refleja en la falta de entrenamiento de los psicoterapeutas para proveer consejo para la última realidad que afecta a todo ser humano (Smith & Maher, 1991); se ha comprobado que, la posibilidad de morir en el caso de pacientes con una enfermedad terminal coadyuva en un proceso psicoterapéutico, la muerte es un poderoso co-terapeuta; es decir, el enfrentar a la muerte inspira a muchas personas a enfrentar la vida más globalmente y abiertamente (Lloyd, 1994). Por tanto, el estudio del tema de la muerte de ninguna manera debe dejarse de lado o evitarse, no sólo por la importancia que tiene para las personas que enfrentan una alta posibilidad de morir día a día, sino por la presencia constante de la muerte de una u otra manera en los seres humanos en general.

En el siguiente apartado se mencionarán las teorías psicológicas más importantes en lo que se refiere al estudio de la muerte y proceso de morir, complementando así el capítulo dedicado a la muerte vista desde diferentes perspectivas.

Psicología con enfoque psicoanalítico.

Sigmund Freud.

En la teoría psicoanalítica el postulado de que a nivel inconsciente nos percibimos como inmortales (Freud, 1915) es sin lugar a dudas un factor más que le carga dificultad al trato con el tema de la muerte, y de esto nos habla Freud el cual menciona que, debido a esta concepción de inmortalidad, cuando un ser querido o cercano a nosotros emocionalmente muere, nos sentimos profundamente conmovidos, y es como una sacudida en nuestras expectativas, es como si se sepultaran, con el que muere, nuestras esperanzas, nuestras demandas, nuestros goces; nos negamos a sustituir al que perdimos, porque nos negamos a aceptar nuestra finitud. Así, esta necesidad de no morir nos puede disminuir en

gran medida nuestra capacidad productiva; de esta manera no se arriesga lo único que en verdad se puede arriesgar, que es la vida.

Así, la parálisis de nuestra productividad es debida a que no podemos conservar la relación que se había mantenido con la muerte, y no se ha encontrado otro tipo de relación; esto es en comparación con la percepción de la muerte que tenía el hombre primordial, que era en esencia ambivalente, ya que por una parte la tomó en serio, la reconoció como supresión de la vida y se valió de ello en este sentido y por otra parte negó a la muerte, se podría decir que redujo la inexistencia a algo inexistente (Freud, 1915).

Con respecto al pensamiento a que ha dado lugar la vivencia de la muerte, Freud (1915) hace una explicación de lo que la muerte ha generado desde tiempos primordiales en el inconsciente de los individuos, y dice que si el pecado original fue un agravio contra Dios Padre, el crimen más antiguo de la humanidad tiene que haber sido un parricidio: la muerte del padre primordial de la horda primitiva, cuya imagen en el recuerdo fue después transfigurada en divinidad. Lo anterior no se explica únicamente a nivel externo, o a nivel de una remembranza de pueblos que ya no existen, sino que también el hombre primordial vive en el hombre posterior, las mociones pulsionales se encuentran en todo hombre, el hombre primordial también es el hombre ontogénicamente en el periodo su desarrollo temprano (infancia).

Los difuntos queridos eran y son también unos extraños y unos enemigos que habían despertado en el hombre primordial una porción de sentimientos hostiles (Freud, 1915).

La importancia que le da Freud a la muerte es expresada en un párrafo en su artículo "Nuestra actitud hacia la muerte" donde menciona que no fue el enigma intelectual ni cualquier caso de muerte, sino el conflicto afectivo a raíz de la muerte de personas amadas, pero al mismo tiempo también ajenas y odiadas, lo que puso en marcha la investigación de los seres humanos. De este conflicto de sentimientos nació ante todo la psicología. El hombre ya no pudo mantener lejos a la muerte, pues la había probado en el dolor por el difunto. Así, tal parece que la muerte para Freud es el origen del pensamiento complejo del ser humano, de donde se diferenció de los demás seres vivientes, en donde no solamente se preocupó por vivir, sino también por no morir: cuando encontró que él podía ser parte de la finitud de las cosas, trató de hacer algo para permanecer vivo a pesar de la muerte.

De esta manera, la angustia de muerte nos domina más de lo que pensamos y la mayoría de las veces proviene de una conciencia de culpa (Freud, 1915), a causa del asesinato del padre primordial y de los sentimientos de odio hacia los seres queridos: un temor al castigo por desear la muerte de otros y con la consecuencia de encontrar la muerte propia cada vez que se odia a alguien querido.

Nuestro inconsciente es tan inaccesible a la representación de la muerte propia, tan ganoso de muerte contra el extraño, tan dividido (ambivalente) hacia la persona amada como el hombre de los tiempos primordiales (Freud, 1915). Así, para Freud el ser humano tiene constantemente una escisión afectiva con respecto a la muerte, que lo mantiene en tanto conflicto como el hombre primordial o el niño que desea la muerte del padre, pero que a la vez se siente tan angustiado por ello y no sólo debido a la muerte de seres queridos o circunstancias externas, sino también debido a la permanencia del deseo de muerte de alguien que sabe que le trae como consecuencia no directa, pero como castigo... a la muerte propia.

A partir de este descubrimiento del conflicto interno inherente al ser humano entre deseos de vida y de muerte, Freud (1920), realizó un análisis exhaustivo acerca de los

impulsos que mueven al hombre, de esa fuerza interna que pugna a veces por la vida y otras veces por la muerte. Así, Freud armó su esquema teórico en relación a este tema en particular a partir de las vivencias de placer y de displacer de los seres humanos explicando que ambos se encuentran presentes en el curso del desarrollo psíquico de todo individuo humano ya que, para que el principio de realidad sea predominante en lugar del principio de placer, es necesaria cierta cantidad de dolor, de displacer; además los conflictos y escisiones producidas en el aparato anímico mientras el yo recorre su desarrollo hacia organizaciones de superior complejidad también producen displacer. Sin embargo, para que se establezca adecuadamente el imperio del principio de placer que es el antecesor del establecimiento del principio de realidad siendo este último esencial para la salud mental, debe lograrse una ligazón entre la excitación de las pulsiones. Llegamos así a la definición de pulsión, la cual es un esfuerzo, inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior que lo vivo debió resignar bajo el influjo de fuerzas perturbadoras externas. Pero para la explicación del principio del placer no bastaba con una definición y por lo tanto, Freud tuvo que analizar en inicio a las pulsiones ya que no se podía armar un edificio teórico confiable y sobre todo práctico con la suposición de que el principio de placer se encontraba subordinado a la continuidad de la vida o a factores relacionados con ésta como la libido. Por tanto, surgió un precepto fundamental acerca de que todas las pulsiones quieren reproducir algo anterior porque, aunque existen pulsiones conservadoras, que compelen a la repetición y otras que se esfuerzan en el sentido de la creación y el progreso, todas ellas pugnan por alcanzar una vieja meta a través de viejos y nuevos caminos. De aquí Freud (1920) manifestó una analogía explicativa acerca de aspectos fisiológicos y psíquicos diciendo que “todo lo vivo muere, regresa a lo inorgánico... así la meta de toda vida es la muerte; y respectivamente lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo”.

De hecho, la primera pulsión surgió cuando lo inanimado se tornó animado y pugnó por volver a su estado anterior. A partir de esta concepción de las pulsiones surge el concepto divisorio entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte; las primeras son las que contrarían el propósito de las otras pulsiones (propósito que por medio de la función lleva a la muerte). Así, existe un ritmo caracterizado por el conflicto en la vida de los organismos, ya que uno de los grupos pulsionales se apresura a alcanzar la meta final de la vida; mientras que el otro grupo, llegando a cierto punto, se detiene para prolongar más la duración del trayecto (Freud, 1920).

Freud (1920), especifica más los conjuntos de pulsiones ubicando por una parte a ciertas pulsiones yoicas (pulsiones de autoconservación narcisista) y pulsiones de objeto, ambas de naturaleza libidinosa y por tanto del lado de la vida, del eros de los poetas y filósofos; por otra parte se encuentran las pulsiones de destrucción o de muerte que abarcarían a ciertas pulsiones yoicas que no estarían del lado de la autoconservación.

Sin embargo, la vida anímica que es idealmente regida por el principio de realidad y precedida por el principio de placer, teniendo este último la función de que el aparato anímico quede exento de excitación o de mantener constante la excitación; se encuentra regida por las pulsiones de muerte debido a que el principio de placer se encuentra directamente al servicio de estas últimas ya que la aspiración más universal de todo ser vivo es volver atrás, hasta el reposo del mundo inorgánico (Freud, 1920).

Quizá es por esta situación que la mayoría de los seres humanos trata de controlar la muerte, como si quisieran convencerse compulsivamente de que la muerte llegará como consecuencia de circunstancias externas, como una ley natural, como tratando de tomar a la muerte como una contingencia que siempre es evitable; intentando negar el hecho de que la

muerte, las pulsiones de muerte son las que en verdad rigen la vida del hombre, son las que están detrás del supuesto placer de vivir y porque el hombre encuentra la muerte continuamente dentro de él, experimenta ansiedad de morir. Pero citando a Nietzsche (1999), que sin duda alguna inspiró el pensamiento freudiano, aunque lo que llamamos bien es lo que conserva a la especie, y lo que llamamos mal es lo perjudicial para ella, en realidad, los malos instintos son tan oportunos, tan conservadores de la especie y tan indispensables como los buenos; lo que sucede es que su misión es distinta. Lo que va acorde con la concepción freudiana de la conveniencia de la muerte para prolongar la vida, no del individuo, sino de la especie y así propiciar la adaptación que puede manifestarse en evolución o en involución.

Freud con respecto a lo que se puede hacer con la angustia o ansiedad de morir (que es inherente al hombre), dice que lo más apropiado sería el hacer consciente lo inconsciente en relación a la muerte; se podría dejar más espacio a la veracidad y hacer que de nuevo la vida nos resulte más soportable. Y soportar la vida sigue siendo el primer deber de todo ser vivo. La ilusión pierde todo valor cuando nos estorba hacerlo. Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte (Freud, 1915).

Carl Gustav Jung.

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

El miedo de mucha gente joven a enfrentar la vida se ha manifestado muchas veces ya en la ancianidad en el miedo a enfrentar la muerte, se podría decir que es casi una relación proporcional una emoción con la otra en las distintas edades (juventud y vejez) (Jung, 1959). Sin embargo, si se considera a la muerte como una exigencia de la vida, entonces el miedo a enfrentar las exigencias de la vida sería el mismo, pero enfocado a diferentes aspectos.

La vida es un proceso de energía y como todo proceso de este tipo, es en principio irreversible y es por lo tanto inequívocamente dirigido hacia una meta. Esa meta es un estado de descanso. A la larga todo lo que sucede es, como fue, nada más que el disturbio inicial de un perpetuo estado de descanso que por siempre trata de reestablecerse a sí mismo (Jung, 1959).

El curso natural de la vida es el alimento para el alma; el que intenta interrumpir tal curso se encuentra rígido y suspendido en medio de un proceso. El hombre no debe retirarse de la aceptación del curso natural de la vida. Desde la mitad de la vida en adelante el ser humano sólo puede mantenerse vitalmente vivo si está listo para morir con vida. Ya que el no querer vivir es idéntico al no querer morir (Jung, 1959).

Sin embargo, nuestra conciencia siempre que es posible se rehusa a aceptar esta verdad innegable. Pero también el consenso popular ha decidido puntos de vista acerca de la muerte representados en todas las religiones del mundo (Jung, 1959).

El estar de una u otra manera de acuerdo con el consenso popular para darle a la muerte un significado para otorgarle sentido a la vida es mucho más acorde a la naturaleza humana que el percibir a la muerte como una cesación sin sentido (Jung, 1959).

En el inconsciente el ser humano va creando al mismo tiempo que evaluando, la preparación que tiene hacia el fin de la vida; estas creaciones del inconsciente se pueden

negar o aceptar y hacerse conscientes para prepararse para la muerte; la negación y aferramiento al pasado es una acción neurótica, mientras que la aceptación implica salud mental (Jung, 1959).

Erich Fromm.

Para Fromm el investigar sobre el tema de la muerte y el desarrollar una teoría donde introduce con un significado psicológico específico el término "necrofilia" estuvo motivado por su preocupación de una posible guerra nuclear y por las experiencias de crueldad observadas en la historia de la humanidad (Álvarez, 1966).

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

La "necrofilia" es una orientación que se dirige contra la vida; sin embargo no todos los hombres tienden a ser "necrófilos", es decir, que aman la muerte ya que por otra parte se encuentran los que aman la vida o "biófilos"; pero ningún hombre se encuentra de uno u otro lado totalmente; existen tendencias contrarias en el hombre siendo la biofilia y la necrofilia extremos de un continuo y cada ser humano se encuentra ubicado más en un extremo que en otro (Fromm, 1995).

Las características del necrófilo es que se siente atraído por todo lo muerto, es aficionado a hablar sobre aspectos directamente relacionados con la muerte o con el proceso de morir; lo que lo satisface y lo anima es la muerte. Ama la fuerza como poder destructor, como capacidad para matar, está del lado de los matadores y desprecia a los muertos. Está del lado de lo mecánico, de lo controlable, de lo que no cambia, de lo rígido; por ello intentan matar lo vivo que es por naturaleza incontrolable y desordenado (Fromm, 1995).

La necrofilia no es solamente una característica de personalidad, sino que toda la personalidad está envuelta por la necrofilia; es la única respuesta a la vida que está en completa oposición con la vida. Así, aunque el necrófilo esté vivo, no es la vida lo que se ama sino la muerte, no el crecimiento sino la destrucción (Fromm, 1995).

La biofilia, que es lo opuesto a la necrofilia, se caracteriza principalmente por el amor a la vida y al igual que su contraparte es una orientación total de la personalidad. Predomina la tendencia a conservar la vida y a combatir la muerte; además, existe la tendencia a integrar y a unir, tiende a fundirse con entidades diferentes y opuestas y a crecer de modo estructural (Fromm, 1995).

Las descripciones del biófilo y del necrófilo podrían aparentemente parecer como muy poco originales en comparación con la teoría freudiana acerca del predominio del instinto de vida o del instinto de muerte en los individuos; sin embargo la discrepancia más importante entre ambas teorías (freudiana y frommiana) está en la génesis para el predominio del amor a la vida o del amor a la muerte, ya que para Fromm, el predominio de uno u otro no depende de factores constitucionales transmitidos genéticamente sino de la influencia del medio ambiente socio cultural y principalmente de las experiencias del individuo en la niñez en el contacto con la forma de ser de sus padres o personas ligadas emocionalmente a él; y acerca del grado de influencia del medio ambiente, se llegó a la

conclusión de que si los padres aman la vida y su personalidad es biófila, el niño tenderá hacia el amor a la vida; sin embargo, si los padres se caracterizan por el amor a la muerte, la necrofilia será predominante en los niños (Fromm, 1995).

Con respecto a las condiciones sociales en general, que favorecen el predominio de la biofilia o de la necrofilia, son de esencial importancia tres factores; la seguridad en relación a la sobrevivencia; la justicia en el sentido de que nadie sea utilizado para los fines de otro; y quizá el más importante es la libertad para ser creativo y responsable dentro de la sociedad, dependiendo de qué tanto estos tres aspectos sean satisfechos será la orientación biófila o necrófila (Fromm, 1995).

El hecho aparentemente incongruente de que una persona que tiene satisfechas sus necesidades básicas piense y actúe en favor de la destrucción total, es explicado por la profunda angustia con que viven la mayor parte de los individuos humanos; ya que, la ambición de subir en la escala social y el miedo a fracasar, hacen que una amenaza real a la vida se olvide como tal: solamente se perciben los fines, pero los medios son excluidos del valor que tengan para la vida propia o para la de los demás (Fromm, 1995).

Psicología con enfoque humanista – existencial.

Elizabeth Kübler Röss.

En su teoría forjada principalmente en el trato con pacientes moribundos, Kübler Röss critica el materialismo dentro del que la sociedad occidental se encuentra sumergida, el desprecio por lo verdaderamente humano, por la esencia de las personas que son sus sentimientos; es despreciado. La sociedad pone mayor énfasis en el Coeficiente Intelectual y clase social, que en el trato amable, que debería ser inherente en la conducta humana en las relaciones con los semejantes de su especie y en sí, a toda forma de vida. Así, ha habido un cambio del enfoque individual al enfoque de las masas, el hombre como individuo ya no importa (Kübler Röss, 1979).

Ya no existe el hombre que peleaba por sus derechos, sus convicciones o la seguridad u honor de su familia; las naciones incluyen a sus mujeres y niños en las guerras, aunque sean afectados directa o indirectamente o que no tengan oportunidad de sobrevivir. La ciencia y la tecnología han contribuido a una despersonalización de la muerte y por tanto existe mayor temor a la indefensión, a la destrucción y a la muerte. Debido a que la habilidad del hombre para defenderse físicamente se ha vuelto cada vez menor, sus defensas psicológicas tienen que incrementarse significativamente. Así, el hecho de su indefensión no puede negarse todo el tiempo, no puede pretender siempre que está a salvo. Sin embargo inconscientemente vive bajo el pensamiento “fue el otro, no yo” (Kübler Röss, 1979).

Ahora bien, la negación no puede sostenerse todo el tiempo; es un mecanismo de defensa que puede debilitarse de una u otra manera y cuando esto sucede, cuando el miedo a morir pretende invadir al individuo, la respuesta es la destructividad; de esta manera, la mezcla entre negación de la muerte y miedo a morir es lo que lleva a la destrucción segura (Kübler Röss, 1979).

La religión predominante en occidente dice que entre más sufrimiento, mejor será la vida en el “más allá”; el creer esto en tiempos pasados le daba a la mayoría de la gente la convicción de que el sufrimiento tenía un fin. Actualmente con el surgimiento de drogas calmantes del dolor y por supuesto de la falta de credibilidad en la religión, el dolor ha

perdido su significado. La muerte se niega prolongando la vida con aparatos que sustituyen funciones orgánicas, congelando a las personas esperando que algún día puedan ser traídas a la vida de nuevo (Kübler Röss, 1979).

Sin embargo, la negación de la muerte no es el camino para encontrar la paz interna, ya que es lo contrario, la aceptación de nuestra propia muerte lo que llevará al progreso real de los seres humanos (Kübler Röss, 1979).

La autora postuló una serie de etapas por las que pasaba el paciente terminal y que en base a la comprensión de estas por parte del paciente y de las personas que lo atendían, el acercamiento a la muerte sería menos doloroso y sin resistencia, convirtiéndose en aceptación de la propia muerte.

La primera de las etapas es la de negación y desamparo, y se manifiesta por lo general cuando el paciente es informado de que va a morir como consecuencia de una enfermedad; la primera reacción del paciente puede ser un estado de shock temporal, del cual se recupera gradualmente para dar lugar a la respuesta usual de "no, no puedo ser yo el que va a morir". Esta reacción tiene su explicación en la concepción inconsciente de inmortalidad propia, por tanto es casi inconcebible para nosotros el hecho de que tenemos que encarar la muerte. La magnitud y tipo de la reacción de negación tiene mucho que ver con la manera en que el paciente es informado, de la persona que le comunica la noticia, qué tanto tiempo pasa para que se le informe del hecho inevitable, y de cómo ha estado preparado a través de su vida para tratar las situaciones exitosas y de fracaso; de esto dependerá la disminución gradual de la negación y el paso a uso de mecanismos de defensa menos radicales (Kübler Röss, 1979).

La segunda etapa es la de odio y sucede cuando la primera etapa de negación no puede ser mantenida por más tiempo y es reemplazada por sentimientos de odio, rabia, envidia y resentimiento. Esta etapa es difícil de manejar para las personas que atienden al paciente ya que el odio es expresado en todas direcciones y sin un patrón establecido, es decir, no se sabe cuándo el paciente expresará hostilidad. Sin embargo, el problema principal y que incrementa la hostilidad del paciente es la falta de comprensión de las causas que propician el odio; la falta de empatía hace que las personas que atienden al paciente tomen las agresiones como algo personal respondiendo con agresiones hacia el paciente, lo que propicia un perjuicio para la calidad de vida del enfermo (Kübler Röss, 1979).

La tercera etapa es llamada de negociación o de pacto; ésta es consecuencia de la infructuosidad de los intentos de negación o agresivos para resolver la situación de sufrimiento. Los pactos se hacen casi siempre con Dios, esperando apaciguar las culpas y pasar los días que le quedan de vida al paciente en reposo y tranquilidad, deseando cesar el dolor y la incomodidad física (Kübler Röss, 1979).

La cuarta etapa es la de depresión, se manifiesta cuando ya no se puede negar más la enfermedad, cuando el paciente tiene que someterse a más cirugías, a más hospitalización, cuando los síntomas empeoran, cuando se vuelve más débil y delgado entonces el paciente no puede sonreír más. Su negación, su rabia y odio pronto serán reemplazados por un sentimiento de gran pérdida. La depresión de los pacientes que van a morir se encuentra dividida; por un lado se encuentra la depresión reactiva que tiene que ver con la autopercepción del paciente y con su preocupación de lo que les sucederá a personas que dependían de una u otra manera de él o ella; esta depresión puede y debe ser aliviada mediante ayuda psicoterapéutica. Sin embargo, el otro tipo de depresión llamada preparatoria que tiene que ver con el vislumbre por parte del paciente, de todo lo que

perderá; sus objetos de amor, sus posesiones, sus sueños, sus anhelos; en este último tipo de depresión, el paciente no deberá ser animado a mirar el lado brillante de las cosas, es como si se le dijera que no debe ver su muerte inminente; sería contraindicado decirle que no debe estar triste cuando todas las personas experimentan tristeza cuando pierden a un ser querido. El paciente está en el proceso de perder todo y a todos los que él ama. Si se le permite expresar esta pena, encontrará una aceptación final mucho más fácilmente, y estará agradecido con aquellos que pueden sentarse con él durante este estado de depresión sin decirle constantemente que no esté triste (Kübler Röss, 1979).

La quinta etapa es la de aceptación; el paciente llega a ella cuando ha tenido suficiente tiempo y ha sido ayudado a trabajar a través de las etapas previamente mencionadas; él alcanzará un estado durante el cual no está ni deprimido ni enojado acerca de su "destino". Habrá sido capaz de expresar sus sentimientos previos, su envidia de la vida y de la salud, su odio hacia quienes no tienen que enfrentar su muerte tan pronto. Se habrá apenado por la pérdida inminente de muchas cosas, lugares y gente significativos y contemplará la aproximación de su fin con cierto grado de gran expectación. La aceptación no se debe confundir con un estado de felicidad, es más bien un vacío de sentimientos; es como si el dolor se hubiese ido, la lucha se ha terminado, y viene el tiempo para "el descanso final antes del largo viaje". En esta etapa lo que es más benéfico para el paciente es el permitirle estar con él mismo, el no interferir en el proceso de finalización de su vida es lo apropiado, el hacerle sentir confianza en que se le apoyará hasta el último momento y la atención continua para que se sienta confortable es lo que el paciente espera y agradecerá. Además, algo muy importante es el saber distinguir cuándo el paciente puede y debe seguir luchando por su vida y cuando el final llegará irremediamente, por eso cuando el paciente llega al final de su ciclo de vida se debe dejar que cierre el ciclo y evitando que la muerte se convierta en una experiencia dolorosa (Kübler Röss, 1979).

Estas etapas pueden manifestarse en el orden antes mencionado o intercalarse o presentarse varias al mismo tiempo; sin embargo, lo importante dentro de la teoría de Kübler Röss es la humanización de la muerte, no desde una perspectiva sentimental sino científica, en el sentido de lo que en realidad es benéfico para el paciente y la comprensión de las etapas por las que pasa; más que una especie de formulario a seguir, tiene que ver con el mantenimiento de la esperanza que nunca debe de perderse, aunque el paciente se encuentre muy agotado o dañado, la esperanza si no de la recuperación total, sí de llegar a la muerte con la mayor aceptación posible, con un poco más de tiempo para vivir y con la mejor calidad de vida posible, es lo que debe de predominar en el trato con los pacientes moribundos; y sobre todo la actitud abierta por parte de quienes lo atienden para discutir acerca del tema de la muerte y de los sentimientos que le rodean, es lo que en realidad ayudará al paciente más que cualquier droga o aparato que prolongue la vida física, porque esta puede seguir, pero qué caso tendría si solamente existe dolor, odio, culpas y tristeza que invaden y torturan el ser del paciente.

Viktor E. Frankl.

Dentro de los teóricos que centran su interés en el estudio de la muerte y en particular en relación a la ansiedad hacia la muerte como un aspecto de esencial importancia en la vida del ser humano se encuentran los psicólogos existencialistas y entre ellos Frankl, quien explica que la búsqueda del sentido de vida es esencial y particular en el ser humano ya que de la conciencia que se tenga de un sentido de vida propio y confiable



depende la seguridad psíquica y por tanto la salud mental. De esta manera, el hombre se ve remitido a sí mismo como aquel a quien la vida pregunta y que tiene que responder y ser responsable ante ello, por tanto, el hecho primigenio de que la Existencia es ser - consciente y ser responsable cobra vital importancia. Siguiendo este mismo orden de ideas, en el análisis de la Existencia como un análisis del ser hombre en cuanto ser - responsable se manifiesta que la responsabilidad es algo que brota del carácter peculiar de la persona y la situación y surge con esta concreción misma. La responsabilidad crece con el carácter peculiar de la persona y con el hecho de que la situación es siempre singular, irreplicable; estos dos aspectos que son constitutivos del sentido de la vida del hombre, manifiestan al mismo tiempo el carácter finito del hombre. Por tanto, tal aspecto finito tiene que representar algo que dé un sentido a la existencia humana. El hecho de que sabemos que vamos a morir en lugar de quitarle sentido a nuestra vida se la da porque el hombre, consciente de su finitud actúa en el presente a sabiendas de que el futuro, su futuro no durará por siempre. De esta manera se evidencia que el sentido de la existencia humana se basa precisamente en su carácter irreversible. Y de hecho, el análisis de la Existencia se basa en ese carácter de temporalidad inherente a la vida que se representa excelentemente por la máxima de esta corriente de la psicología “¡Vive como si vivieses por segunda vez y como si la primera vez lo hubieses hecho de un modo tan falso como te dispones a hacerlo ahora!” (Frankl, 1978).

El hombre en la concepción de Frankl crea su propio destino, se esfuerza en esculpir su vida que se dirige hacia la mera forma (sustancialidad originaria); pero según se esculpa la vida, de ello dependerán los valores de creación, de vivencia o de actitud. El factor tiempo, la conciencia de finitud de la existencia propia del hombre, el saber que tiene un plazo determinado que no es conocido con exactitud para finalizar su obra, su vida, lo lleva a aprovechar el tiempo, a que su obra no quede inconclusa; sin embargo, el no terminar algo por razones de la duración de la vida humana no determina la plenitud de su sentido ya que no se juzga una biografía por su extensión sino por la riqueza de su contenido. Así, el hombre debe asumir la finitud y cargar a sabiendas con el final (Frankl, 1978).

Con estas explicaciones acerca del sentido de la vida y de la muerte, Frankl concluye que no es necesario, ni mucho menos, desconectar de ningún modo la muerte de la vida porque en realidad, la vida no puede concebirse sin la muerte. Y algo importante con respecto al tiempo es que este último en sí, como construcción abstracta es irrelevante, ya que lo verdaderamente importante es el tiempo particular que determina la vida de cada individuo, y la concepción del sentido del tiempo se encuentra intrínsecamente relacionada con el sentido de vida porque la vida debe tener sentido por sí misma, independientemente de su duración o de la supuesta extensión de esta en la progenie; es decir, la vida adquiere su sentido en cuanto a su profundidad dirigida a valores espirituales, morales, estéticos, etc. (Frankl, 1978).

Otros enfoques.

Muñoz García (1993) en su tesis acerca de la Psicología de la muerte, menciona que la principal senda de acceso hacia el morir parece constituirse a través de intuiciones, que fundamentan construcciones y representaciones personales y sociales de realidad, y por medio de las cuales vivimos el mundo cotidiano. Existe ansiedad ante lo considerado como desconocido y pleno de incertidumbres.

También explica que saber acerca de la muerte no es sólo escuchar hablar sobre ella o investigar todo de ella; es en principio comprenderla, y esto sólo puede darse cuando se analiza y comprende la propia vida.

Sobre el particular del hombre y la muerte humana dice que lo que le ocurre al cuerpo le ocurre al hombre. Lo que muere es el cuerpo del hombre, a pesar de la conciencia. Lo que muere es el cuerpo que el hombre es, y también la conciencia, y la historia y el mundo particular que son el hombre. De esta manera el hombre es el vivir humano, su vivir.

Así, la muerte es en principio un hecho orgánico, meramente biológico que mata como consecuencia a la conciencia de existir, de ser, de vivir. Manifestándose que el hombre depende de aspectos materiales para seguir existiendo, de la eficacia de su materialidad orgánica dependerá el sustento de la conciencia.

Wahl (1958), en su artículo "El Miedo a la Muerte" explica que el hombre social y pensante de hoy en día es muy distinto de su antecesor de Cro Magnon ya que el hombre actual ha aprendido a utilizar su cerebro en lugar de la fuerza bruta para dominar las fuerzas de la naturaleza. Lo que caracteriza en realidad al hombre actual es su gran habilidad para alterar y controlar su ambiente físico; puede moverse rápidamente de un lugar a otro, modificar sus ecosistemas dependiendo de sus deseos o necesidades y sobre todo ha logrado hacer su vida en general más fácil y confortable, aumentando de hecho en gran medida su promedio y calidad de vida.

A pesar de todos sus triunfos en el control del medio ambiente natural que lo rodea, el hombre se ha visto impotente ante un fenómeno que sólo ha podido retrasar, negar o modificar la forma de su arribo, y es la muerte.

La negación o el ocultamiento de la muerte comienza con la tergiversación de la misma palabra muerte; no decimos murió o muerte, se prefiere decir falleció, se fue, ya no está aquí. Después, todos los ritos funerarios que tratan de hacer parecer que el individuo no muere sino que sólo duerme, confirman los ritos religiosos basados en fantasías regresivas e increíbles si fueran aplicables a otras esferas de conflictos humanos.

Así, el hombre moderno no ha avanzado significativamente en este sentido con respecto a sus antecesores. Comparte la creencia de que la muerte en realidad no existe. A pesar de no haber evidencias reales, el hombre cree.

Ahora bien, según Wahl, cualquier creencia poderosa en el pensamiento mágico y la formación ilusoria aún cuando sea compartida colectivamente, evoca problemas de salud y enfermedad emocional, tanto para el individuo como para la sociedad.

Sin embargo, el fenómeno de miedo a la muerte o ansiedad acerca de ella (tanatofobia), mientras que ciertamente no es una rareza clínica, casi no tiene referencias en la literatura psiquiátrica o psicoanalítica. La ansiedad hacia la muerte, cuando es mencionada en la literatura psiquiátrica, es usualmente descrita meramente como un fenómeno secundario, comúnmente como una forma de "miedo a la castración". A veces esto es cierto pero también es cierto que es una defensa de los psiquiatras ante el tema.

El estudio del miedo a la muerte y las defensas mágicas predominantes contra éste es de gran importancia ya que la experiencia consistente de la psiquiatría prueba que cualquier defensa que nos permita persistentemente escapar de la percepción de cualquier realidad fundamental interna o externa es costosa en términos psicológicos, ya que la energía usada para tales defensas disminuye la capacidad para vivir de manera libre y creativa.

Wahl dice que las respuestas ante la paradoja del miedo a la muerte reducida por medios irracionales pueden ser estudiadas por el camino del estudio a fondo de la mente humana, puede ser llevado a cabo a través de pacientes neuróticos o psicóticos en los cuales las estructuras mentales se encuentran hipertrofiadas y por tanto son análogas a un microscopio o telescopio que permiten observar lo oculto a la percepción normal. El estudio de los sueños es otro camino al estudio del inconsciente. Sin embargo, según este autor la vía magna para el estudio del inconsciente es el estudio de los niños y en particular con relación a la muerte, en un inicio se pensaba que a los niños les preocupaba poco la muerte, la veían como un mero viaje o partida y que ni a nivel consciente ni a nivel inconsciente se tenía la percepción de la muerte como tal. Sin embargo, en nuestros días la Tanatofobia es un miedo frecuentemente encontrado en los niños. Su aparición parece ser contigua al desarrollo del concepto formación y la formación de la culpa, ambos de los cuales anteceden por mucho al Complejo de Edipo, así que la teoría Freudiana ortodoxa de que el miedo a morir era posterior al Complejo de Edipo y que simbólicamente estaba relacionado con el miedo a la castración, es desechada. Sin embargo, el miedo a morir se ha encontrado relacionado con diferentes tipos de tensión familiar y los únicos factores que parecen tener en común son que todos pueden actuar como inductores de intensa frustración, rabia o ansiedad y pueden amenazar de alguna manera la pérdida parental.

La explicación de la utilización de ideas irracionales para disminuir la ansiedad hacia la muerte se encuentra en el periodo de la infancia donde en un principio, el niño se siente enteramente omnipotente, cree que sus deseos son los causantes directos de la satisfacción de una necesidad, poco a poco el niño, con las frustraciones propias de su vida se va dando cuenta de que con el simple hecho de desear no se satisfacen sus necesidades; sin embargo, la omnipotencia narcisista persiste en parte durante la vida de los seres humanos, como en los sentimientos de seguridad y adecuación los cuales son "tomados prestados" mágicamente de los padres por medio de la identificación con su adecuación y fuerza. Tal desarrollo ocurre de esta manera solamente en el niño amado. El sentimiento de omnipotencia benigna es casi completamente extinguida si el niño ha sido prematuramente o excesivamente expuesto a un ambiente no nutricio.

Así, el niño bien amado y no rechazado es más probable de retener en su inconsciente a través de su vida una quintaesencia de su omnipotencia infantil. Es esta proclividad la cual se pone en práctica por la mayoría de las personas con el afán de manejar la ansiedad hacia la muerte. Lo anterior nos permite efectivamente aislar de nosotros mismos la posibilidad de la muerte eventual.

Dicho sentimiento persistente de invulnerabilidad personal es lo suficientemente fuerte como para permitir a la mayoría de los humanos mantenerse relativamente sin problemas a pesar de la gran cantidad de datos que deberían convencerlo de que la muerte es el fin inevitable de todos los seres humanos, aún de ellos mismos.

El sentimiento de ser eterno comienza con la ambivalencia emocional del niño hacia sus educadores, ya que en todo proceso educativo la frustración es el componente principal; esto propicia que el niño sienta al mismo tiempo odio y amor hacia las figuras externas proveedoras, ya sea el padre, la madre, ambos u otros individuos. Sin embargo los sentimientos de odio que tienen que ver con los deseos de "muerte" del proveedor, en los primeros años de la vida, no son tomados como la muerte comprendida por los adultos sino como un mero deseo de desaparición momentánea; y no es hasta que el niño se da cuenta de que la muerte es la desaparición definitiva de un ser, cuando los sentimientos de culpa y ansiedad surgen con mayor intensidad debido a que por una parte se mantiene el

pensamiento mágico de que con el sólo desear o pensar, las cosas suceden; entonces si el niño vive en un ambiente familiar o social inmediato que es intensamente frustrante, sus sentimientos agresivos aumentarán en gran medida y por tanto la angustia de retaliación aumenta proporcionalmente; sin embargo, si el niño en realidad perdió a una persona amada ya sea por la muerte de esta o por la separación de otra manera, la creencia del poder de su pensamiento aumentará apoyado por una "prueba de realidad".

De esta manera, se puede ver que la muerte en sí misma no solamente es un estado sino un símbolo complejo, el significado de la cual variará de una persona a otra y de una cultura a otra y es también profundamente dependiente de la naturaleza y de las vicisitudes del proceso de desarrollo. También se manifiesta que la muerte, como cesación del ser, involucra aspectos de realidad inadmisibles para el yo omnipotente y narcisista, y por esta razón fuertes defensas son desarrolladas contra su reconocimiento.

La curiosidad inherente de los niños acerca del origen de la existencia, también se da en igual intensidad con respecto a la finitud o terminación de aquella; y así como la actitud de los padres acerca de los aspectos sexuales influirá determinadamente en la actitud de los hijos hacia la sexualidad, la manera en que lo relacionado con la muerte sea tomado por los padres determinará si existe ansiedad y la intensidad de esta hacia la muerte. Así, el autor explica que muchos de los síntomas neuróticos y obsesiones están genéticamente inmiscuidos con el temor a la muerte o sus equivalentes simbólicos y que estos síntomas son, tal como en las represiones sexuales, intentos sustitutivos simbólicos para restringir esta ansiedad hacia la muerte.

El temor a la muerte tiene dos aspectos: por un lado es una preocupación realista de que algún día no estaremos y, por otra parte, dependiendo del nivel de represión, una variedad de otras ansiedades que se mantienen debajo de una serie de temores a la muerte.

Finalmente el autor concluye explicando que mientras el estado de nuestro conocimiento no sea tal que nos permita decir lo que es la muerte con absoluta seguridad, es de gran ayuda saber lo que no es. El niño que es dependiente en gran medida de los adultos significativos para él en lo que se refiere a la seguridad y concepto de sí mismo como una persona adecuada, es capaz, si satisface estas necesidades, de integrar el concepto de "no-ser" si sus padres pueden hacerlo, y él se siente confiado con el pensamiento de que su fracaso (y el de ellos) se encuentra en realidad muy lejos. De esta manera, el adulto que ve a la muerte como el completamiento de un ciclo y que ha gastado su tiempo liberado del temor, viviendo rica y productivamente puede integrar y aceptar el pensamiento de que su yo algún día dejará de ser.

Entonces, la aceptación de la muerte propia depende de un proceso de toma de conciencia de la finitud y de las acciones y actitudes llevadas a cabo para afrontar tal situación.

Paul Tillich (1958), escribe sobre aspectos de vida, muerte y tiempo, integrando conceptos filosóficos y psicológicos que entrarían más bien en un enfoque existencial y esencialmente sobre el tiempo, que a pesar de que parece apresurarse por momentos y en otros detenerse, aún con su relatividad hay algo certero; la finitud, todo nos la recuerda; la muerte de alguien cercano, la terminación de un periodo completo de vida, la proximidad de la vejez, etc. Lo cierto es que como seres humanos estamos conscientes del tiempo y también de la eternidad a la que pertenecemos. Dividimos el tiempo en pasado, presente y futuro. Pero es el futuro el que nos despierta acerca del misterio del tiempo. Y a pesar de

que el tiempo corre de principio a fin, nuestra conciencia va en sentido opuesto comenzando con la anticipación ansiosa del futuro.

El futuro para el ser humano puede ser fuente de esperanza, de regeneración, de cumplimiento y desarrollo de potencialidades, el cual es buscado decididamente sobre todo en la primer parte de la vida, sin embargo, el futuro también contiene ansiedad de lo que está escondido, ambigüedad y sobre todo la certeza de un final, con la amenaza de ser juzgada la existencia como un fracaso.

Ante esta situación, el ser humano educado con ideas occidentales, se enfoca más hacia un futuro inmediato, hacia lo que sabe que es muy probable de cumplir, el futuro lejano es negado y evitado. La configuración mental de un fin ineludible es por lo general reprimida de la consciencia debido a la gran ansiedad que despierta; la gente en general, espera una larga vida a pesar de que está cerca del fin, espera una nueva vida después de la muerte. Sin embargo, no existe un tiempo después de otro tiempo sino una eternidad sobre el tiempo.

Venimos de algo que ya no es más y vamos hacia algo que todavía no es, y a pesar de esta verdad, la mayoría de los humanos se preocupa o pone atención al ahora y al mañana; sin embargo rara vez se cuestiona sobre el pasado indefinido que existió antes de su nacimiento. De esta manera, es absurdo fijarse únicamente en una parte del conjunto al que pertenece un tiempo, es decir, la eternidad.

La importancia del pasado se manifiesta en el "simple" hecho de que como nosotros somos, es lo que el pasado ha hecho de nosotros. En cada célula de nuestros cuerpos, en cada rasgo en nuestros rostros, en cada movimiento de nuestras almas, nuestro pasado está en el presente. El pasado puede marcar el presente en la vida de las personas o de las naciones; sin embargo, también puede ser que el pasado no signifique nada más que pasado, es decir, que pierda su poder sobre el presente y esto según Tillich, se puede lograr a través del arrepentimiento que no tiene que ver con el sentimiento de culpa acerca de las acciones erróneas sino en el acto en que la persona en su conjunto se separa, de ciertos elementos de su ser, depositándolos en el pasado como algo que no tiene más poder en el presente.

En nuestro pasado existen aprobaciones y desaprobaciones por parte del medio exterior, muchos individuos se quedan fijados en las desaprobaciones, sin tener en cuenta que si no hubieran tenido algunas aprobaciones no estarían siquiera vivos, por tanto ese pasado desaprobatorio o rechazante sólo puede ser superado a través del perdón y así su influencia en el futuro también es cambiada.

El pasado y el futuro son partes esenciales para formar nuestro presente, ya que son inherentes a un todo, a la eternidad, dentro de la cual el presente, el pasado y el futuro son partes de un todo y sólo puede aceptarse el presente y estar descansando en él, si se comprende la eternidad.

Cada uno de los tipos del tiempo tiene su misterio peculiar, cada uno de ellos tiene su ansiedad peculiar. Cada uno de ellos nos lleva a una pregunta. Y existe una respuesta para estas preguntas...lo eterno. Hay un poder que sobrepasa el poder consumista del tiempo...lo eterno. Aquel quien era y es y es para su ser, el principio y el fin. Nos otorga perdón por lo que ha sucedido, nos da fuerza para lo que está por venir. Nos da descanso en su presencia eterna.

## CAPÍTULO II.

### 2. ANSIEDAD.

Diel (1986) explica que lo que caracteriza el vivir, es el sentir; a través de esto último el humano está en contacto con la vida o la experimenta como tal. Pero este sentir se encuentra delimitado por dos extremos; la ansiedad y la alegría, sin embargo, el estado de ansiedad es inherente a la naturaleza de todos los seres vivos ya que es provocada por la dependencia a un mundo potencialmente obstaculizador de la satisfacción a necesidades vitales.

Pero esta unión indisoluble entre ansiedad y vida no es negativa sino que favorece la evolución intrapsíquica, ya que esta unión empuja a la creación de medios más lúcidos para afrontar la ansiedad con el objetivo de su disolución evolutiva.

Lo anteriormente mencionado acerca de la importancia de la ansiedad, ha sido tomado en cuenta de manera más generalizada en épocas recientes; en particular desde 1945 y con el nacimiento de la bomba atómica, la ansiedad pasó de ser un problema encubierto a uno descubierto. Los principales disparadores de ansiedad en el hombre moderno son la confusión interna, alienación, desorientación psicológica e inseguridad con respecto a los valores y estándares de conducta aceptables (May, 1977).

En el siglo XX se ha observado un cambio en la manera de expresión de la ansiedad, ya que a principios de siglo, la ansiedad se encontraba más bien encubierta, denotado por la actividad constante de los individuos y su incapacidad para estar sin actividad. Sin embargo, conforme se acercaba la mitad del siglo XX, la ansiedad encubierta se transformó en ansiedad descubierta como consecuencia de la depresión económica y sobre todo de la incapacidad de los individuos para encontrar una identidad con la que se sintieran adecuados ellos mismos y con la sociedad (May, 1977).

La ansiedad en el hombre moderno dentro de la sociedad, se expresa en un proceso de bloqueo, de nublamiento de la consciencia que es una defensa de apartamiento emocional en donde las personas, incapaces de encontrar significado a su vida y de hallar su identidad bloquean su sensibilidad para eliminar la consciencia de amenaza (May, 1977).

El problema de la falta de identidad caracterizada como creadora de ansiedad, ha sido manifestado desde una perspectiva filosófica por Tillich (1947) cit. por May (1977), que describe la ansiedad como una reacción del hombre ante la amenaza de no ser y de la consciencia de ser y también de la consciencia de que en cualquier momento se dejará de ser. Este dejar de ser no solamente tiene que ver con la muerte física sino también con la incapacidad de hallarle significado a la propia vida.

También Niebuhr (1941) cit. por May (1977) explica que la ansiedad se debe a una paradoja inherente a la vida y capacidad de raciocinio del ser humano ya que este último sabe, por un lado que su vida es finita, y por otro también tiene la libertad de anticipar una consecuencia como producto de una acción, trascendiendo de esta manera su finitud.

Tomando en consideración lo planteado por Diel (1986), acerca de la ansiedad como una emoción que no es negativa en sí misma, sino que favorece el desarrollo de medios intrapsíquicos de adaptación, y lo planteado por May (1977) y otros autores acerca de la importancia de la consciencia de ser y de la posibilidad de dejar de ser, además de la relevancia de la interacción entre identidad y ansiedad, a continuación se explicarán diferentes teorías acerca de la ansiedad, que han tenido más trascendencia en la comprensión de ésta, así como el proceso de desarrollo acerca de los estudios sobre la

ansiedad y de la delimitación de ésta como una emoción específica y de importancia fundamental en la vida y evolución de la humanidad.

## 2.1. HISTORIA DEL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD.

Antes de Freud y de los psicólogos que estudian los procesos psicodinámicos a profundidad, los filósofos fueron quienes se interesaron en estudiar la ansiedad, sobre todo aquellos preocupados acerca de los conflictos existenciales y crisis de los seres humanos. El contexto histórico y filosófico acerca del estudio de la ansiedad es importante, porque contiene las bases de investigaciones posteriores en el campo de la psicología; además también es relevante porque proporciona un contexto histórico sobre el problema de la ansiedad en nuestra sociedad.

El estudio de la ansiedad tiene como inicio el postulado de Descartes acerca de la dicotomía entre mente y cuerpo, donde sostiene que la naturaleza física, incluyendo el cuerpo, podría ser entendida y controlada por medio de leyes mecánicas y matemáticas, situación que provocó desintegración y ansiedad en el siglo XVII como consecuencia de sentimientos de soledad; sin embargo, existía la solución a la ansiedad provocada por la soledad que decía que si un hombre es racional tendrá de su lado a otros hombres racionales, esto disipaba la ansiedad (May, 1977). Así, la filosofía de Descartes sirvió para demoler ciertos conceptos ambiguos de la filosofía aristotélica y tomista en que se confundían lo material y lo espiritual, y es gracias a la separación efectuada entre ambas cosas por Descartes, como ha sido la ciencia capaz de constituirse exclusivamente sobre la base de los conceptos de espacio y movimiento (Wahl, 1950).

Otro aspecto clave en el desarrollo del estudio de la ansiedad fue la concepción de que la característica racional del hombre era algo necesario, no solamente deseable, evitando a como diera lugar la irracionalidad o emocionalidad manifestándose de alguna manera las bases para la represión y un aumento de la ansiedad con respecto a la falta de control de las emociones; por ejemplo Spinoza (1910) cit. por May (1977), tenía el concepto de que el miedo es un problema subjetivo, un estado de la mente, de actitud; su pensamiento esencial es la yuxtaposición del miedo con respecto a la esperanza, específicamente postuló que el miedo es un "dolor incierto" que surge de la idea de que algo que se detesta sucederá, mientras que la esperanza es un "placer incierto" surgiendo de la idea de que algo que deseamos acontecerá. Estas ideas están guiadas bajo el precepto de que la eliminación de la duda y el logro de la certidumbre es posible, si el hombre se dirige a él mismo con la guía de la razón.

Por otra parte, Pascal (1825) cit. por May (1977) decía que la naturaleza humana no podía ser comprendida a través del tipo de racionalidad usada en la física y en la geometría. Pascal se preocupó por la ansiedad experimentada debajo de lo superficialmente visible de la vida de sus contemporáneos, tratando estos últimos de ocultarla y evitarla a como diera lugar, manifestándose una inquietud continua.

La razón para Pascal no es el medio que guía a la certidumbre, aunque sí es la cualidad distintiva y que le da dignidad al ser humano. La razón es vulnerable debido a que es fácilmente influenciada por las exigencias de las emociones, quedando la razón reducida a una mera racionalización.

Con la excepción de Pascal, la mayoría de los filósofos del siglo XVII y XVIII pudieron unificar a la cultura en el sentido psicológico, con la creencia del poder de la razón autónoma (May, 1977).

Sin embargo, en el siglo XIX el concepto elevado de razón autónoma fue sustituido por las cualidades de la razón técnica y asumiéndose esta última conforme la sociedad industrializada, avanzaba mientras que, al mismo tiempo, los ideales humanos se desintegraban. Así, el siglo XIX estuvo caracterizado por una compartimentalización en las teorías, ciencias y en la cultura en general. Las emociones se separaron voluntariamente de la razón y el control racional de las emociones del siglo XVII se había convertido en el hábito de reprimir las emociones (May, 1977).

Esta falta de unidad entre emociones y razón, fue lo que propició la generalización de la ansiedad y por tanto el estudio y afrontamiento de esta por filósofos como Kierkegaard y posteriormente por el psicoanálisis encabezado por Freud.

Antes de Freud, surgió como respuesta a la situación psicológica de vida de la gente del siglo XIX la filosofía existencialista que postula, entre otras cosas, que la realidad puede ser experimentada y afrontada por el individuo como un todo, como un organismo que siente, actúa y también que piensa. El existencialismo es una corriente filosófica de especial importancia porque rompió la dicotomía entre filosofía y psicología, además de que consideró a la ansiedad como un problema específico de relevancia.

Ya con la especificidad de la ansiedad, Kierkegaard (1941) cit. por May (1977) dice que la ansiedad se encuentra orientada hacia la libertad, que es la consciencia que tiene el hombre acerca de sus posibilidades; y esta capacidad para la libertad es traída con ansiedad inherente. Además Kierkegaard considera que la identidad depende de la capacidad del individuo para afrontar la ansiedad y continuar con una identidad propia a pesar de la ansiedad. Por lo tanto la ansiedad se encuentra implícita en todo ser humano, sin embargo, la diferencia entre la ansiedad como impulso hacia la evolución intrapsíquica en el sentido de la identidad y la ansiedad como impulso hacia la involución, depende de cómo el hombre enfrente su ansiedad.

## 2.2. DEFINICIONES Y TIPOS DE ANSIEDAD.

### Enfoque Psicodinámico.

Freud fue el primero en reconocer a la ansiedad como un problema de importancia fundamental y dirigió su atención hacia ésta como el aspecto básico para el entendimiento de los problemas emocionales y psicológicos (May, 1977). Para Freud, la ansiedad es el síntoma del que se quejan la mayoría de los enfermos nerviosos como de su más terrible sufrimiento y por lo cual buscan ayuda (Freud, 1992).

Freud (1924) cit. por Spielberger (1972), se refirió al término ansiedad como "algo sentido", un estado o condición afectiva displacentera del organismo humano; o de manera más específica, un estado de ansiedad fue definido y caracterizado por: 1) una cualidad específica displacentera, 2) un fenómeno o descarga eferente y 3) la percepción de estos. La ansiedad según Freud (1936) cit. por Spielberger (1972), podría ser distinguida de otros estados afectivos displacenteros como odio, pena o duelo por su combinación única de cualidades experienciales y fisiológicas. Las cualidades experienciales asociadas con ansiedad que dan un especial "carácter de displacer" consistieron de sentimientos de aprehensión o tensión. Los fenómenos de descarga fisiológica y conductual asociada con ansiedad como palpitación cardiaca, perturbaciones en la respiración, sudoración, agotamiento, temblor y los relacionados con estos fueron considerados por Freud como componentes esenciales de estados de ansiedad.



Sin embargo, la ansiedad es más bien un estado afectivo que una sensación porque aquella, es un estado subjetivo provocado por la percepción del desarrollo de la ansiedad (Freud, 1992).

#### Tipos de ansiedad.

Para Freud la distinción más importante con respecto a los tipos de ansiedad tiene que ver con la ansiedad objetiva o normal y la ansiedad neurótica (May, 1977).

**Ansiedad objetiva o normal:** se muestra como algo muy racional y comprensible; es una reacción a la percepción de un peligro exterior, esto es, de un daño esperado y previsto. Aparece enlazada al reflejo de fuga y se la puede considerar como una manifestación del instinto de conservación; el estado de preparación ansiosa es útil y ventajoso, mientras que el desarrollo de la ansiedad se muestra siempre como perjudicial y contrario al fin (Freud, 1992). Acerca de este tipo de ansiedad Asato Baños (1990) menciona que la vida instintiva del ser humano está caracterizada por la antinomia, es decir, se tiene que renunciar a muchas cosas con tal de lograr algunas otras. Sin embargo, sólo se puede considerar al ser humano como maduro y con una integridad personal cuando se ha desarrollado la capacidad para tomar decisiones responsables desde dentro. Estas decisiones son las que van a provocar ansiedad en los individuos, lo que implica un conflicto y por tanto una tensión, pero algo que es esencial es que esta ansiedad es proporcional al estímulo que la está ocasionando, es decir, no se exagera con temores y miedos infundados ante situaciones que en una persona neurótica provocarían ansiedad exagerada e infundada. De esta manera, los conflictos o situaciones causantes de tensión, ya sean externos o internos, pueden provocar ansiedad en los individuos; pero la ansiedad normal está proporcionada al peligro o situación causante de una manera real y objetiva.

**Ansiedad neurótica:** Es un desarrollo de la ansiedad que va más allá de la preparación inicial para sobrevivir al peligro, es inadecuada porque paraliza la acción. De esta manera, este tipo de ansiedad se presenta cuando el nivel de desarrollo de la ansiedad sobrepasa la proporción del peligro real, o cuando en las situaciones externas supuestamente amenazantes no existe peligro real. Y el rasgo más característico de este tipo de ansiedad es que el peligro temido es proveniente de impulsos instintivos internos (Freud, 1992).

En su primer teoría acerca de la génesis de la ansiedad, Freud (1988) manifestó que la ansiedad era el resultado de la represión del contenido ideacional de cualquier impulso afectivo, este postulado fue una especie de oposición ante las ideas predominantes de la época, realizado como consecuencia de la gran influencia que tenía Freud de filósofos del siglo XIX que pugnaban por el control racional de las emociones, aunado al cambio cultural que se estaba llevando a cabo por la influencia de la industrialización y el predominio de la razón técnica cuyo postulado era el control represivo de las emociones. Sin embargo, Freud modificó su teoría para adecuarla más a la realidad de los procesos mentales de los seres humanos; así, con el desarrollo de los conceptos de yo, superyó y ello, manifestó que el yo y el ello son opuestos, y como el desarrollo de la ansiedad es la reacción del yo ante el peligro y constituye la señal para la fuga, nada puede impedir la aceptación, por analogía, que también en la ansiedad neurótica el yo busca escapar a las exigencias del ello, y se comporta con respecto a este peligro interior del mismo modo que si de un peligro exterior se tratase. Y así como la tendencia a huir ante un peligro exterior queda anulada por la decisión de hacerle frente y por la adopción de las necesarias medidas

de defensa; es interrumpido el desarrollo de ansiedad por la formación de síntomas (Freud, 1992).

Con respecto al papel que juegan los afectos inconscientes en la ansiedad, Freud explica que el desprendimiento del afecto puede partir del sistema inconsciente, en cuyo caso tiene siempre el carácter de ansiedad, por la cual son trocados todos los afectos reprimidos. En el desarrollo de la teoría Freudiana acerca de los sistemas consciente, preconsciente e inconsciente; la interrelación entre afectos y ansiedad es preponderante, ya que, a nivel inconsciente, una representación puede estar ligada con un afecto específico, pero si a nivel preconsciente la censura impide el paso a la consciencia y a la acción, el afecto inconsciente original puede tener tres destinos que se refieren al factor cuantitativo de la moción pulsional que son consecuencia de la represión, tales destinos pueden ser: la persistencia del afecto –en todo o en parte como tal-, la transformación en un monto de afecto cualitativamente distinto (ansiedad), o la sofocación, es decir, se estorba por completo su desarrollo (represión) (Freud, 1979).

Así, la percepción de un peligro provoca ansiedad y en un esfuerzo por evitarla, el yo efectúa la represión de los impulsos y deseos que pondrían a la persona en peligro. De esta manera, no fue la represión la que creo la ansiedad sino que la ansiedad fue primero y luego la represión. La génesis de la ansiedad neurótica, se explica con la falta de preparación del yo para enfrentar el peligro interno (demandas de la libido) que propicia la emergencia del temor, que a su vez es desplazado hacia situaciones externas que pueden ser el temor a la retaliación o a la castración (May, 1977).

#### Enfoque Conductual.

Con el surgimiento del conductismo a finales del siglo XIX y principios del XX, la psicología aceptó las suposiciones fisicalistas del positivismo lógico, y la investigación sobre las emociones se modificó de un enfoque introspectivo o de estados de sentimientos subjetivos a la evaluación de variables conductuales y fisiológicas. Sin embargo, dada la complejidad de los fenómenos emocionales, el estudiar emociones individuales más que las emociones en general pareció más justificado (Spielberger, 1972).

Pero el hecho de que gran parte de la investigación sobre las emociones en psicología se haya comenzado a realizar en base a un estímulo y a una respuesta, provocó que en un principio se dejaran de lado los sentimientos propios de cada individuo y por tanto las diferencias, dando lugar a resultados parciales y de hecho se llegó a la conclusión de que la aparición de una respuesta emocional determinada, tanto en su cualidad como en su cantidad durante un experimento psicológico por lo común depende más de la percepción del sujeto o interpretación de la situación, que de las manipulaciones del experimentador en lo que respecta a las condiciones experimentales. De esta manera, la emoción se define como condiciones o estados-sentimientos complejos y cualitativamente diferentes del organismo humano, que tiene tanto propiedades fenomenológicas como fisiológicas (Spielberger, 1972).

De esta manera se llegó a una caracterización de las emociones y en la psicología contemporánea, el término “ansiedad” es más comúnmente usado para denotar un estado o condición emocional palpable pero transitoria caracterizada por sentimientos de tensión y aprehensión y actividad incrementada del Sistema Nervioso Autónomo (Spielberger, 1972).

## Tipos de ansiedad.

La explicación de porqué la ansiedad es etiquetada como tal y distinta de otras emociones fue manifestada por Schachter (1964) cit. por Spielberger (1972), el cual dijo que los estados emocionales consisten de dos componentes mayores: a) excitación fisiológica y b) cogniciones determinadas socialmente; de esta manera, un individuo etiqueta los estados sentimentales asociados con la excitación fisiológica en términos de la interpretaciones sociales que él da a las situaciones en las cuales estos estados son experimentados.

Dentro del enfoque conductista existen dos tipos de ansiedad; la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo las cuales, dentro de un esquema teórico, tienen diversos grados de interacción dependiendo de ciertas características del individuo.

La Ansiedad-Estado es un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. La Ansiedad-Estado es alta en condiciones donde el individuo percibe circunstancias amenazantes (Spielberger, 1972).

La Ansiedad-Rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la tendencia a la ansiedad, es decir, a diferencias en la disposición a percibir un amplio rango de situaciones-estímulo como peligrosas o amenazantes, y en la tendencia a responder a tales amenazas con reacciones de Ansiedad-Estado. La Ansiedad-Rasgo se distingue por la cualidad y cantidad de los estímulos percibidos como amenazantes (Spielberger, 1972).

### 2.3. TEORÍAS SOBRE LA ANSIEDAD.

#### Psicología con enfoque Conductual.

#### Teoría de la Ansiedad Rasgo-Estado.

Esta teoría reconoce la centralidad de la valoración cognitiva en la evocación de un estado de ansiedad y la importancia de los procesos cognitivos y motores (mecanismos de defensa) que sirven para eliminar o reducir estados de ansiedad; la valoración personal es esencial en la intensidad que tenga una situación con respecto a su capacidad de ser amenazante, dicha valoración está basada en las aptitudes, habilidades y experiencias pasadas de la persona, así como por su nivel de Ansiedad-Rasgo y del peligro objetivo que es inherente a la situación.

La teoría asume que la activación de los estados de ansiedad involucra un proceso o secuencia de eventos ordenados temporalmente iniciada por estímulos internos o externos que son percibidos como peligrosos o amenazantes por un individuo. Cualquier estímulo interno que cause que un individuo piense o anticipe una situación amenazante, puede también evocar niveles altos de Ansiedad - Estado. Una vez que la situación estímulo es valorada como amenazante, se asume que: 1) una reacción de Ansiedad - Estado será evocada y 2) la intensidad de la reacción será proporcional a la cantidad de amenaza que la situación tiene para el individuo. La duración de la Ansiedad - Estado dependerá de la persistencia de la interpretación individual de la situación como amenazante. El grado de la Ansiedad - Rasgo también ejerce una influencia determinante en la constancia de la Ansiedad - Estado ya que los individuos con una Ansiedad - Rasgo alta, percibirán más situaciones como más amenazantes, sobre todo las que involucran una amenaza en la auto -

estima. Las elevaciones en la Ansiedad - Estado pueden manifestarse directamente en la conducta o pueden ayudar a iniciar defensas psicológicas que han sido efectivas en la reducción de la Ansiedad - Estado en el pasado; así, las situaciones estresantes que son repetidas constantemente pueden causar, en el individuo, el desarrollo de respuestas de afrontamiento específicas o mecanismos de defensa psicológicos que son diseñados para reducir la Ansiedad - Estado (Spielberger, 1972).

#### Psicología con enfoque Psicodinámico.

Freud consideró que la ansiedad propia del nacimiento, era el prototipo de todas las demás modalidades de ansiedad y que cada etapa del desarrollo estaba caracterizada por un determinado temor a perder algo; en un principio era el temor a perder a la madre en el proceso de nacimiento; pérdida del pene en el periodo fálico; pérdida de la aprobación del superyó en el periodo de latencia, y finalmente pérdida de la vida. Además Freud consideró al yo como la base de toda ansiedad (Brody y Axelrad, 1993).

A partir de los conceptos de Freud acerca de la ansiedad y de el desarrollo de los principales postulados del psicoanálisis manifestados en "La Interpretación de los Sueños" de 1900, y de sus revisiones y correcciones teóricas tales como la de la libido transformada en ansiedad, otros estudiosos de la psicología profunda expresaron sus teorías acerca de la ansiedad; entre ellos se encuentra Otto Rank (1985), el cual consideró que la ansiedad es la aprehensión inherente a las separaciones que el individuo experimenta durante su vida, ya que este autor concebía a la historia de vida del ser humano como una serie sin fin de experiencias de separación, y cada una de estas presentaban la posibilidad de mayor autonomía para el individuo. Entonces, la ansiedad surge cuando el individuo experimenta la necesidad de independizarse de una situación de relativa unidad con y del medio ambiente personal. Sin embargo, la ansiedad también es experimentada si el individuo se rehusa a separarse de su situación de seguridad. Aunque la ansiedad en sí existe primordialmente aún antes de que contenga un contenido específico.

Según Rank (1985), la ansiedad primaria se subdivide en dos tipos de ansiedades; ansiedad a la vida y ansiedad a la muerte; la primera se refiere a la ansiedad experimentada ante cada nueva posibilidad de actividad autónoma, mientras que la ansiedad a la muerte tiene que ver con la ansiedad de ir hacia atrás, perdiendo la individualidad con una fijación en relaciones simbióticas de dependencia. La persona sana puede sobrepasar la ansiedad y a través de medios creativos ser un individuo independiente; sin embargo el neurótico, debido a su excesiva ansiedad nunca puede balancear los dos tipos de ansiedades, cediendo ante una u otra de éstas, asumiendo una personalidad evasiva de la ansiedad, propiciando una excesiva dependencia y por tanto falta de individualidad.

Adler (1926, 1927, 1930) cit. por May (1977), iguala al sentimiento de ansiedad con el sentimiento neurótico de inferioridad que surge de una psique insana, para la cual, la fuerza es lo que la guía anteponiéndose a la inferioridad y ganando superioridad y poder sobre otras personas disminuyendo a otros en prestigio y poder, para elevar el propio yo. El objetivo de la ansiedad es bloquear la actividad llevando al individuo a estados previos de seguridad, sirve como una motivación para evadir responsabilidades y decisiones, pero también puede ser un arma de agresión como medio para dominar a otros.

Para Jung (1920, 1938) cit. por May (1977), la ansiedad es la reacción del individuo ante la invasión de su mente consciente por fuerzas e imágenes irracionales del inconsciente colectivo. La reacción ante la posible invasión y dominación de material

irracional inherente en la personalidad humana. Jung hizo referencia acerca de la problemática del ser humano del siglo XX que, según él, era la excesiva importancia que le daba a la racionalidad; sin embargo, May menciona que el problema es el uso inadecuado de la racionalidad, ya que en lugar de usarla para comprender y clarificar la ansiedad, es usada para mantener mecanismos de defensa que le impiden al hombre alcanzar su salud emocional.

Horney (1995), en su obra acerca de la personalidad neurótica de nuestro tiempo liga a la ansiedad con los sentimientos de hostilidad y explica que los sentimientos de ansiedad son provocados en el individuo neurótico por su apercepción peligrosa del mundo que hace surgir en él hostilidad y esta a su vez le genera más ansiedad; el individuo utiliza diversas maneras de librarse de ella, ya sea racionalizándola, negándola, narcotizándola o evitando cualquier situación que pudiera generarla; estos recursos en realidad no lo liberan de la ansiedad ni de la hostilidad, ya que sus impulsos destructivos, su incapacidad de realizar sus potencialidades y de ser feliz, se ven constantemente obstruidos, conceptualizando el mundo externo y a él mismo internamente como entes o lugares ocultos y llenos de misterios y peligros tremendamente mortales, que amenazan su propia integridad mental. El neurótico es "incansable" en el sentido de tratar de eliminar su hostilidad y ansiedad, no descansa porque siente que no puede hacerlo, que si se suelta un poco aunque sea, si debilita esas cadenas que lo mantienen unido a una forma de vivir que según él y con apoyo de la sociedad lo mantienen en equilibrio o como un ser productivo, perderá el control de sí, pudiendo descargar toda su hostilidad en cualquiera que se le ponga enfrente sea quien sea.

La hostilidad y ansiedad que el neurótico siente, por lo general son inconscientes, presentándose en síntomas psicósomáticos y en pensamientos y acciones que tienen la finalidad de disminuirlas, es por ello que el neurótico no sabe quién es su enemigo y trata de encontrarlo y eliminarlo a toda costa, cuando cree que ya lo eliminó, se alivia por unos instantes, pero vuelve a surgir como una especie de guerrero indestructible (Horney, 1995). Pero no hay "enemigos" "allá afuera", solo un individuo asustado que percibe la necesidad de defenderse de pérdidas potenciales de lo que valora.

#### Síntomas de ansiedad y cambios en una persona con síntomas de ansiedad.

Las primeras señales de advertencia de la existencia de una ansiedad que por su nivel puede considerarse como consecuencia de un problema, son por lo regular fisiológicos (tomando en consideración la ansiedad normal) y dentro de los más frecuentes se encuentran: pulso rápido; transpiración excesiva; frecuente necesidad de orinar; diarrea o constipación; alta presión sanguínea y sensación de tensión constante (Asato Baños, 1990).

Pero no solamente son los síntomas físicos los que reflejan ansiedad, sino también los síntomas psicológicos dentro de los que se encuentran: temores exagerados, insomnio y sueños aterradores (Asato Baños, 1990).

Según O'Connor (1976) cit. por Asato Baños (1990), cualquier cambio súbito, importante e inexplicable en la vida personal o profesional de cualquiera puede ser una señal de peligro que indica que esa persona está en situación de estrés excesivo. Algunos de los cambios que se pueden observar en una persona que sufre ansiedad son: exceso en beber o fumar en una persona que anteriormente no tenía esos hábitos; cambio en hábitos sexuales; dificultades en toma de decisiones en una persona que antes lo hacía con rapidez y eficiencia, tiende a hacer lo más seguro en lugar de hacer lo mejor; irritabilidad en

personas anteriormente estables emocionalmente; actividad excesiva; rápido aumento o disminución de peso; evasión de responsabilidades; cambio en pautas morales o éticas; reacciones exageradas ante problemas de poca importancia; fantasear en una persona que antes era realista; errores y olvidos en una persona que era certera y confiable.

De acuerdo con las teorías filosóficas, psicodinámicas en sus distintas corrientes y conductuales, la ansiedad es parte inherente de la vida, nadie se escapa de ella; de hecho es necesaria para la sobrevivencia física y sobre todo para el desarrollo emocional o afectivo e intelectual del ser humano. Sin embargo, para que la ansiedad no pase a ser un estorbo, una carga, o en términos científicos parte de una psicopatología, el humano debe de tratar de comprenderla, de clarificarla para descubrir hasta qué grado la ansiedad que siente es normal o patológica; debe de analizar qué tanto su percepción de la realidad es adecuada o distorsionada y sobre todo qué tanto la ansiedad hacia algo en particular o hacia su propia consciencia de existencia y de dejar se ser algún día, lo está llevando a no existir y a no vivir en una verdadera relación consigo mismo y con su medio ambiente.

## CAPÍTULO III.

### 3. VIH/SIDA.

La presencia en el mundo moderno del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del consecuente Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es un problema de salud que ha alcanzado dimensiones de pandemia, es decir, a nivel global y en México sobrepasa ya los 60 000 casos (Boletín SIDA ETS, 1998). Ello ha confrontado a los seres humanos con una situación que destruye sus fantasías de omnipotencia, producto del avance de la tecnología, ya que pone en evidencia la fragilidad de la vida humana y la incapacidad de los hombres para darle solución a todas las comúnmente denominadas "situaciones indeseadas" que, sin embargo, son parte de la vida, tales como la muerte, la enfermedad, el sufrimiento, etc. No obstante, esta ubicación en la realidad de la vida a la que ha dado lugar en parte la presencia del VIH, también puede abrir el campo de percepción psíquica, ya que puede propiciar la búsqueda de soluciones basadas en el principio de realidad, dejando atrás pensamientos egocéntricos y establecidos sobre la fantasía, que propician una negación de las situaciones de la vida y que terminan provocando, como menciona George (1992), una institucionalización y aislamiento de la enfermedad y de la muerte.

Ahora bien, para comprender los objetivos de la presente tesis y sobre todo a los sujetos en los que esta se basó, es necesario conocer las características del padecimiento que caracteriza a tales sujetos es decir, el VIH / SIDA, desde su surgimiento y orígenes, mecanismo biológico de acción, hasta algunas de las características psicológicas de las personas infectadas.

#### 3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMEDAD.

En Estados Unidos de Norteamérica (E. U.), en particular en la ciudad de Los Ángeles, California, desde finales de 1979, los médicos se dieron cuenta de un incremento de los casos del síndrome mononucleico, con lapsos febriles, adelgazamiento y tumefacciones linfáticas en pacientes homosexuales. El estado de estos pacientes difícilmente mejoraba, sin verdaderas curaciones. Sin embargo, la situación parecía complicarse cuando murieron dos sujetos, revelándose en las autopsias una disminución de linfocitos debido principalmente a la desaparición casi total de los linfocitos T auxiliares. Esto se agravó cuando el número de muertes se acrecentó; de esta situación, el primer anuncio oficial fue publicado el 5 de junio de 1981 por la agencia epidemiológica federal llamada Center for Disease Control (CDC) en Atlanta, Georgia (Grmek, 1992; Frost, 1995).

En tal informe se dio la descripción de cinco casos graves de neumonía observados entre octubre de 1980 y mayo de 1981 en tres hospitales de Los Ángeles. Hubo dos hechos característicos e insólitos que despertaron la alerta entre los médicos; los enfermos eran hombres jóvenes (entre 26 y 36 años), homosexuales practicantes y la causa de la muerte común que había sido la neumonía se debía al protozoario *Pneumocystis carinii*; lo sorprendente fue que este microorganismo, no causaba mal al ser humano, a menos que existiese una inmunosupresión severa; además, los sujetos no respondieron a ningún tratamiento. En otra ciudad de E. U. (Nueva York), también se presentaron en hombres homosexuales jóvenes síntomas como agotamiento, adelgazamiento, periodos febriles y una general consunción lenta de todo el organismo pero sin signos específicos, sumado a esto, las muertes se debían a un misterioso desastre del sistema inmunológico. También

hubo la aparición de Sarcoma de Kaposi que es una grave enfermedad de la piel, una especie de proliferación tumoral múltiple, esta enfermedad es rara y los sujetos que la presentaron no tenían las características como para sufrirla, además, la malignidad de esta enfermedad era asombrosa. Lo particular de estos sujetos que presentaron síntomas relacionados con inmunosupresión severa fue la homosexualidad, por lo cual, algunos médicos comenzaron a hipotetizar que una nueva enfermedad estaba matando a los homosexuales destruyendo sus defensas inmunológicas (Grmek, M., 1992).

A mediados de 1981 se informó a la comunidad médica de E. U. que desde el comienzo de 1979, se había diagnosticado el sarcoma de Kaposi en 26 hombres, 20 de ellos en Nueva York y seis en California. Ocho de esos enfermos habían muerto, todos en un plazo de menos de dos años, ninguno de ellos tenía más de 51 años y todos eran homosexuales. Ya en agosto de 1981, los CDC de Atlanta anunciaron que el número de casos superaba el centenar. Igualmente se trataba de hombres jóvenes, en su gran mayoría homosexuales, con muy pocos negros y una sola mujer; la mortalidad era terrible, el 40% de los infectados ya había muerto. En noviembre de 1981, los casos llegaban a 180, a comienzos de 1982 llegaban a 200 los enfermos oficialmente conocidos. El mal además ya no se presentaba únicamente en las tres ciudades donde aparentemente había comenzado (Los Ángeles, Nueva York y San Francisco), se registraron casos en 15 estados de E. U. Dentro de los infectados ya había hombres heterosexuales y una mujer adicta a la heroína. Sin embargo, antes de la expansión a gran escala, los investigadores de los CDC a finales de 1981 llegaron a la conclusión de que el agente causal era infeccioso y que se transmitía por vía sexual. También desde finales de 1981, se comenzó a tratar de ponerle nombre a la nueva enfermedad y surgieron nombres como "Deficiencia Inmune de los Homosexuales" o "Síndrome de Compromiso Homosexual", sin embargo, los resultados mostraron que no solamente los homosexuales estaban infectados sino que la enfermedad se relacionaba a miembros marginados de la comunidad como los drogadictos. De esta manera, con base en los hechos, los médicos insistieron en la existencia de un factor infeccioso que no se debía a la pertenencia a un grupo en particular sino a prácticas que llevaban a un síndrome que representaba una deficiencia inmunológica potencialmente transmisible llamado Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA (Grmek, M., 1992).

A pesar de las conclusiones médicas, el hecho de que las primeras poblaciones infectadas por el virus en E. U., eran de manera predominante homosexuales varones y/o adictos a las drogas intravenosas, ha causado que el SIDA se halla teñido de un estigma moral, debido a las primeras asociaciones con estos grupos minoritarios en general y con las conductas sexuales y de uso de drogas intravenosas en particular (Frost, 1995).

Hacia mediados de 1982, se descubrió que el causante del SIDA era un virus debido a que los productos sanguíneos filtrados que carecían de bacterias, hongos y protozoarios, producían la enfermedad y lo único que podía hacerlo era un virus (Grmek, M., 1992). Ahora vendría la etapa de la cacería del virus, se tenía que descubrir en específico qué virus causaba la enfermedad para así hallar maneras de contrarrestar esa epidemia que se estaba convirtiendo en pandemia.

De esta manera, los años después de que el SIDA fue reconocido (1981 - 1982) y los años de intenso descubrimiento (1983 - 1985) fueron también años de confusión, hostilidades, pánico ocasional y el uso y desuso del SIDA para promover intereses especiales o prejuicios (Gallo, 1991).

A pesar de la gran cantidad de investigaciones realizadas sobre todo en Estados Unidos al mando de Robert Gallo, descubridor de los primeros retrovirus humanos



llamados HTLV-1 (Human T - Cell Leukemia Virus - 1) y HTLV-2 (Human T - Cell Leukemia Virus - 2), todavía en 1984 no se había encontrado de manera específica y confiable, que alguno de los retrovirus conocidos fuera el responsable del SIDA. Empero, no iba a ser en Estados Unidos donde se iba a encontrar el virus causante del SIDA, sino en Francia, en el Instituto Pasteur, donde por razones tanto de recursos intelectuales, científicos y materiales como de actitudes investigadoras desapegadas de situaciones ególatras (los científicos estadounidenses querían que uno de los virus ya descubiertos por ellos fuera por fuerza el causante del SIDA); era el único lugar del mundo donde en aquella época se hubiera podido descubrir el escurridizo virus. Las investigaciones en Francia comenzaron en 1982 cuando Paul Prunet, director científico del Instituto Pasteur pidió a Luc Montagnier que examinara plasma importado de Estados Unidos que se sospechaba, se encontraba infectado. Y a través de una serie de pruebas de laboratorio, en 1983 Montagnier y su equipo, Jean Claude Cherman y Franciose Barré - Sinoussi descubrieron que un nuevo virus que difería del HTLV descubierto por Gallo. Se halló que el nuevo virus se encontraba presente en enfermos en distintas etapas de enfermedad y de diferente origen geográfico; el equipo francés demostró que el virus atacaba exclusivamente a los linfocitos T4; sin embargo, en lugar de estimular su reproducción y darles una especie de "inmortalidad potencial" como lo hacían los virus HTLV, el nuevo virus los destruía. Montagnier y cols. llamaron al primer elemento aislado por ellos LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). Al principio y a pesar de las pruebas, Gallo y los investigadores estadounidenses no aceptaban los descubrimientos franceses acerca de un nuevo virus; sin embargo al darse cuenta de que en realidad el virus nuevo existía, disfrazaron sus fallas y bautizaron a este nuevo virus como HTLV - III (Human T - Lymphotropic Virus), empero pruebas posteriores realizadas por otros científicos demostraron que el supuesto nuevo virus HTLV - III ya había sido descubierto por Montagnier y cols., y era el LAV. Aunque las discrepancias y rivalidades científicas perduraron por un par de años, finalmente en 1986, una comisión de nomenclatura virológica puso fin a esta situación de "derechos de autor" llamando al nuevo virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o en lengua castellana VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). La comisión privó al grupo francés de su derecho a bautizar el virus, pero esencialmente desmintió al equipo estadounidense al negar la afiliación terminológica de ese virus a la familia HTLV (Grmek, M., 1992).

### 3.2. MECANISMO BIOLÓGICO DE ACCIÓN DEL VIH.

Antes de explicar en específico cómo influye el VIH en el organismo es necesario esbozar algunas de las funciones del sistema inmunológico que es donde el VIH ejerce el principal perjuicio.

El sistema inmunológico es un mecanismo de defensa flexible, pero sumamente específico, que mata microorganismos y las células que estos infectan, destruye células malignas y retira sus restos. Discrimina estas amenazas de los tejidos normales gracias a su capacidad para reconocer antígenos (según Roitt, 1994; los antígenos son moléculas que generan una respuesta inmune o moléculas que reaccionan con anticuerpos o linfocitos T), moléculas foráneas, y manda una respuesta que se amolda a la naturaleza del antígeno. Las células del Sistema Inmunológico tienen la capacidad de responder ante casi todos los antígenos que se le presenten. Dentro del Sistema Inmunológico, se encuentran los glóbulos blancos y a su vez dentro de estos, los de mayor importancia en la respuesta inmunitaria

son los linfocitos que se encuadran en dos tipos: las células B, que se desarrollan en la médula ósea, y las células T, que también proceden de la médula ósea pero completan su desarrollo en la glándula del timo (Laurence, 1986; Stites y cols., 1988). Las células B son la fuente de los anticuerpos, que son proteínas que se unen a los antígenos y colaboran en su eliminación o destrucción. Cuando una célula B reconoce un antígeno, que puede encontrarse circulando por la sangre o linfa, o aparece sobre la superficie de una célula infectada, se activa. Se divide para aumentar el clon de células B que portan en la membrana moléculas de anticuerpo que actúan de receptores específicos para aquel antígeno. Algunas de las células llamadas células plasmáticas segregan anticuerpo libre. Otras células B, de vida más larga, constituyen una raíz de la inmunidad que previene la recurrencia de muchas infecciones. Estas células de memoria permanecen en circulación durante años, siempre dispuestas a crear velozmente una respuesta frente al antígeno si este vuelve a desafiar al cuerpo (Laurence, 1986).

Las células T, en su mayoría no pueden reconocer los antígenos libres en circulación por la sangre o la linfa, y sólo pueden responder a un antígeno situado en la superficie de la célula si se cumplen ciertas condiciones. La sustancia externa debe mostrarse en conjunción con una de las proteínas propias de la célula del hospedador; específicamente con alguna de las moléculas codificadas por los segmentos de ADN que constituyen el Complejo de Mayor Histocompatibilidad (CMH). Para que llegue a producirse la respuesta inmunitaria, el receptor del antígeno que se encuentra sobre la superficie de una célula T debe reconocer simultáneamente al antígeno y a la proteína CMH. Tras el reconocimiento del antígeno por parte del linfocito T, éste desempeña la función que corresponda a su subclase, ya que solamente una clase de células T defiende al organismo de una manera activa, estas son las células T citotóxicas, que destruyen las células infectadas, foráneas o malignas, provocando el rompimiento de su membrana celular. La otra clase de células T modula la respuesta inmunitaria secretando proteínas mensajeras, o bien por contacto directo con las células involucradas. Las células T inductoras desencadenan el proceso de maduración de los linfocitos T. Además, la participación de células T coadyuvantes (helper) es condición previa para el correcto funcionamiento de otras células T y de la mayoría de las células B; reconocido un antígeno específico, permiten que los linfocitos T citotóxicos destruyan las células portadoras del antígeno y que los linfocitos B segreguen el anticuerpo apropiado. La cuarta clase de células T, las supresoras, reprimen la respuesta inmunitaria de las células B y T, determinando de hecho el cese de la acción inmunitaria defensiva varias semanas después de que la indujera alguna infección (Laurence, 1986).

Pero para comprender los procesos que tienen lugar en la activación de los linfocitos, y en la operación de todo el sistema inmunológico, es menester establecer una nomenclatura que identifique los marcadores bioquímicos de superficie en las células involucradas, dado que son utilizados para comunicarse y suelen ser moléculas funcionales que reflejan el estado de diferenciación celular. Los inmunólogos que han producido anticuerpos monoclonales dirigidos contra moléculas superficiales de los linfocitos T y B, los macrófagos, los neutrófilos y las células asesinas (natural killers), se reúnen con el objeto de comparar las especificidades de sus reactivos. Así, cuando se determina que un cúmulo de anticuerpos monoclonales reacciona con el mismo polipéptido, se dice que representa una serie de reactivos que definen un marcador dado y se denomina con un número CD (determinante de acúmulo) (Roitt, 1994).

En las células T se distinguen dos clases principales de marcadores bioquímicos; por una parte, las células CD4, que funcionan como coadyuvantes e inductoras, reconocen a los marcadores y antígenos extraños en las células infectadas y colaboran en la activación de los linfocitos B; estas células CD4 coordinan la inmunidad celular, es decir, la muerte de células infectadas llevada a cabo por células citotóxicas, como los linfocitos CD8 o los leucocitos llamados células asesinas naturales; las CD4 también influyen en la actividad de los monocitos y los macrófagos cuya función es engullir a las células infectadas y a las partículas extrañas. Por otra parte las CD8, como ya se mencionó, tienen funciones supresoras y citotóxicas (Laurence, 1986; Roitt, 1994; Redfield y Burke, 1988).

Como se puede notar, las células CD4 tienen una importancia vital en el sistema inmunológico y la pérdida de estas células (cuya densidad normal es de 800 por ml. cúbico de sangre) perjudica seriamente la capacidad del cuerpo humano en su lucha contra la mayoría de los invasores, ejerce un efecto particularmente negativo sobre los mecanismos de defensa contra los virus, hongos, parásitos y ciertas bacterias, entre ellas las micobacterias.

Ya que se han explicado ciertas características generales del sistema inmunológico que están relacionadas con la infección del VIH, se definirán las características de este virus y cómo es que daña al sistema inmunológico de tal manera que termina tarde o temprano, virtualmente eliminando prematuramente a todo organismo humano que es infectado. Pero ¿qué o quién es este asesino microscópico?; el VIH es un virus RNA (Acido Ribonucleico), un retrovirus típico, de forma esférica y de peso molecular muy elevado. Su parte esencial, la banda de informaciones genéticas, está contenida en una cápsula protéica encerrada a su vez en una cápsula lipídica con dos glicoproteínas. El genoma del VIH es más complejo que el de los otros retrovirus ya que además de los genes codificadores para las proteínas de estructura que se encuentran igualmente en los retrovirus humanos linfotrópicos, el VIH posee varios genes de regulación que le permiten al virus adaptarse a diversas circunstancias y modular su ciclo viral según la naturaleza y estado funcional de la célula infectada (Grmek, 1992).

Ahora bien, el proceso de infección por el virus, se da de la siguiente manera: cuando el VIH entra al torrente sanguíneo ya sea a través de relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, por compartir agujas o por cualquier intercambio de fluidos que incluyen ya sea semen y/o secreciones vaginales y/o sangre (Gallo, 1991), la glicoproteína de cobertura gp 120 del VIH se fija con avidez a las moléculas CD4, que son abundantes en la superficie celular de las células T (Roitt, 1994). La interacción del CD4 con la cubierta externa del virus, facilita la entrada del germen en la célula; la cubierta del virus está formada por una membrana tachonada de moléculas de glicoproteínas (proteínas ancladas en cadenas de azúcar), cada glicoproteína posee dos subunidades la gp 41 y la ya mencionada gp 120; cuando el VIH entra en contacto con la célula, la subunidad gp 120 interactúa con una de las moléculas CD4 de la membrana celular externa; posteriormente, la membrana forma una vesícula que arrastra el virus hacia el interior (mecanismo llamado endocitosis mediada por receptor) (Gallo, 1987); así inicia la fusión con la célula y por tanto la infección.

Después de la infección, tomará varias semanas o más para que el cuerpo cree anticuerpos contra el virus y varios días para hacer una respuesta celular inmunológica. Es durante este periodo que el virus tiene el campo libre, se replica extensivamente y en el cual es capaz de establecerse (Gallo, 1991).

Los linfocitos T helper, con su abundante CD4, son uno de los blancos principales de la infección, pero aun la presencia de bajas densidades de CD4 sobre los macrófagos, las células dendríticas foliculares y la microglía los hace susceptibles a la infección (Roitt, 1994). Cuando el RNA del virus penetra en el citoplasma de la célula infectada, la transcriptasa inversa (que posee el propio virus) lo transcribe en DNA (Acido Desoxirribonucleíno) que le permite multiplicarse (proceso llamado transcripción inversa); es por este proceso que es un retrovirus y por el cual el sistema inmunológico no lo puede detectar pues tiene el mismo DNA que todas las células del organismo. La molécula de DNA viral entra entonces en un núcleo molecular y pasa a ser parte de un cromosoma; una vez que se integra de esta manera al genoma de la célula infectada, la información genética del virus pierde transitoriamente su individualidad y puede persistir durante varios años en esa forma latente; el virus se oculta de los linfocitos dentro de ellos mismos bajo la forma de un provirus (contiene los genes que determinan los componentes de la partícula vírica, que deben expresarse para que el virus se replique), trozo de DNA pegado al DNA de su huésped, el DNA proviral no se expresa pero continúa viviendo porque es transmitido a las células hijas en cada división celular (Gallo, 1987; Grmek, 1992). Así, el virus puede producir la infección en forma libre o a través de células infectadas, sin embargo, la conversión de RNA a DNA ocurre solamente en el interior de la célula, nunca fuera de ella. Después de que es formada la primer serie de DNA, se forma la segunda; ahora, el primer DNA, en lugar del RNA, actúa como guía maestro (Gallo, 1987; 1991).

Posteriormente, dentro del provirus el virus comienza su replicación por medio de la activación inmunológica, es decir por medio de mitógenos (que inducen la reproducción celular), antígenos o por los agentes que provocan las respuestas al estrés. La multiplicación vírica sucede porque las señales químicas que activan las células CD4, activan simultáneamente los fragmentos de ADN redundante (LTR), que participan en el control de la expresión de los genes víricos. De esta manera, en esta parte de replicación del VIH se deben activar los genes del DNA del provirus, de forma que el RNA viral pueda ser replicado; así, las pequeñas proteínas reguladoras interactúan con el provirus, promoviendo la rápida síntesis de los componentes víricos que se autoensamblan y escapan de la célula hospedera; el incremento y gemación del virus se producen a tal ritmo que matan a la célula (Gallo, 1987; 1991). Existe evidencia de que otras células, tales como los macrófagos, toman parte en este proceso presentando primero la proteína extraña a la célula CD4, y secretando algunas moléculas biológicamente activas llamadas citokinas y en algunos casos interleukinas. Durante este proceso de activación, el estado metabólico de la célula T cambia dramáticamente; muchos genes inactivos de la célula se activan, son creadas nuevas proteínas, la célula se hace más grande y se divide; durante este periodo es cuando el DNA de los genes del provirus del VIH son también activados (Gallo, 1991).

Pero antes de que el VIH pueda ser formado, son necesarios varios pasos. El destino del nuevo RNA viral sintetizado varía; algunos saldrán directamente al núcleo del citoplasma; otros son rebanados (una vez o dos); una porción es removida y las otras dos unidas; el RNA rebanado una o dos veces, se convertirá en una parte crítica de la función final del RNA; aquellos no rebanados o rebanados una sola vez, forman los mensajeros que dirigen la síntesis de las proteínas estructurales virales; aquellos rebanados dos veces forman los mensajeros que dirigen la formación de proteínas reguladoras. El proceso completo de la formación, movimiento y corte del RNA viral, depende de al menos dos proteínas reguladoras virales (Tat y Rev). La formación de estas proteínas reguladoras virales, es dirigida por algunos RNA cortados dos veces, los cuales funcionan como

mensajeros RNA para su síntesis cuando este RNA entra al citoplasma. Estas son las primeras proteínas virales fabricadas cuando una célula T infectada es inmunológicamente estimulada. Más tarde, RNA no cortado o cortado una sola vez, funcionarán como mensajeros RNA para dirigir la síntesis de las proteínas estructurales virales. Algunas de estas proteínas deben ser cortadas a un menor tamaño, ésto es realizado por la enzima llamada proteasa, que es específica al virus del SIDA. El paso final es el ensamble del RNA genómico viral, con proteínas virales estructurales a la membrana celular y la formación del virus por medio del detenimiento del desarrollo de la membrana celular (Gallo, 1991).

Las partículas del virus ya libres en el torrente sanguíneo, encuentran blancos y comienzan a emigrar dentro de algunos tejidos, pero probablemente la transmisión del VIH ocurre más rápidamente después de la infección cuando la célula que carga el VIH entra al sistema linfático. En los nódulos linfáticos hay células dendríticas foliculares, estas tienen moléculas CD4 en su superficie, y por tanto son blancos para el VIH; así, numerosas partículas VIH, habiéndose replicado en las células dendríticas foliculares se encuentran listas para infectar a las células CD4. Este periodo temprano es comúnmente acompañado por un crecimiento de la glándula linfática (linfadenopatía), en parte por la proliferación de células B que hacen anticuerpos contra el VIH. Así, los linfocitos B se encuentran en estado metabólico activo; algunas células B también liberarán linfokines que son moléculas de proteína biológicamente activas. Algunos de tales linfokines promueven más infección por VIH y las proteínas de VIH degradadas pueden a su vez hacer más linfokines activando más células B. Un círculo vicioso de este tipo, aunque independiente también, ocurre con las células CD4; en éstas, la liberación de linfokina es debida al VIH mismo, que infecta a estas células; tal fenómeno favorece la multiplicación del virus. Empero, en un inicio, el sistema inmunológico puede sobrellevar esta situación, es decir, manteniendo un equilibrio entre creación de CD4 y multiplicación del virus; esto no sucede posteriormente, ya que las glándulas linfáticas se degeneran gradualmente y parece ser que las células foliculares dendríticas son finalmente destruidas por el VIH. La estructura de la glándula linfática lentamente pierde su forma y ya nunca más proveerá un lugar propicio para que los linfocitos se puedan desarrollar (Gallo, 1991).

La activación de las células CD4 y de los macrófagos como situación que favorece la reproducción del VIH, manifiesta que la tasa de progresión del SIDA puede ser acelerada por cualquier cosa que active las CD4 o los macrófagos; de esta manera, las infecciones crónicas en general que activen las células T pueden ser más dañinas para las víctimas de SIDA que lo que podrían ser para otro tipo de personas con otras infecciones y/o enfermedades. Debido a que tales infecciones ocurren rutinariamente en la gente con SIDA, los datos epidemiológicos no los distinguen como cofactores en la enfermedad. Sin embargo, algunos estudios recientes sugieren fuertemente que el VIH puede ser directa y profundamente activado por infecciones específicas; por ejemplo con la infección simultánea de otros retrovirus como el HTLV - 1 y el HTLV - 2 (Gallo, 1991).

Una disminución en el número y función de las células CD4 es una de las características del SIDA. Irónicamente, las células CD4 y los macrófagos son dos de las protecciones del ser humano más críticas contra las infecciones (y por tanto se encuentran en el corazón de la batalla contra el VIH) pero son estas mismas células los blancos del virus. Pero no solamente el VIH mata directamente a las células. De hecho se sugiere que células CD4 no infectadas pueden ser atacadas por células asesinas en personas infectadas con el VIH. Una manera en que esto puede suceder es a través de la envoltura viral del virus degradado, que puede adherirse a la superficie de la molécula CD4 de linfocitos T no

infectados; los pacientes infectados con VIH tienen anticuerpos que reaccionan contra este complejo de envoltura y CD4, y estos anticuerpos atraen a células T asesinas a través de medios de una porción no específica de la molécula del anticuerpo. Otro posible cofactor en la disminución de células CD4 es a través de la anomalía en la producción del factor de crecimiento de las células T (IL - 2) por las células T de los pacientes con SIDA, aun por células no infectadas por VIH. Y finalmente otro factor podría ser el daño de la glándula del timo que guiaría a una producción de células T defectuosas o inmaduras (Gallo, 1991). También se ha mencionado como causa de la disminución de las células CD4 el hecho de que cuando la célula CD4 infectada por el VIH se activa, en vez de producir un clon de un millar de descendientes, la célula T infectada forma un clon de una decena escasa de células; cuando estos llegan a la sangre y las estimula un antígeno, empiezan a producir virus y mueren (Gallo, 1987).

Después de algunas semanas, el virus ya se habrá diseminado a muchas partes del cuerpo incluyendo pequeños vasos sanguíneos y células microgliales del cerebro. El virus se ha aislado a partir de diversas partes del sistema nervioso central (SNC) tal como en el fluido cerebroespinal, el líquido que rodea al cerebro y en la médula espinal, lo cual indica que el SNC y en particular el cerebro, es un sitio importante de infección por el virus. De esta manera, los efectos directos del VIH en el cerebro, es probable que influyan en los trastornos del pensamiento que pueden ser una señal temprana de la infección por VIH. El daño al cerebro se debe por una parte a un efecto tóxico directo del virus en las células microgliales y por otra parte a la liberación inapropiada de citocinas (Gallo, 1991).

El VIH sigue su invasión dentro del organismo lentamente, hasta que el sistema inmunológico se agota, es decir, la cantidad de CD4 es insuficiente y mínima en comparación con la carga viral, es decir, con la cantidad de virus en sangre. Cuando la infección por VIH finalmente alcanza el estado donde la función inmunológica está mediblemente deprimida, entonces otros virus entran a escena, tales como los HTLVs, el virus del herpes HHV - 6 y también hay manifestaciones de linfomas de células B, lo que empeora la situación y contribuye a la progresión de la enfermedad hasta que alcanzan las anomalías clínicas totales que los médicos del CDC han llamado SIDA.

Con respecto a la sintomatología clínica y las características del sistema inmunológico frente a la infección del VIH a través de la evolución de la infección, a continuación se hará una breve descripción de las diferentes etapas según la clasificación Walter Reed, la cual usa como principal indicador del estadio de la enfermedad el recuento y el funcionamiento de las células CD4. Esta clasificación se obtuvo de Redfield y Burke (1988).

Sistema de Clasificación Walter Reed.

ESTADIO	ANTICUERPOS		LINFADENOPATIA CRÓNICA	CD4/MM3
	ANTIVIH	Y/O VIRUS		
WR0	-	-	-	>400
WR1	+	-	-	>400
WR2	+	-	+	>400
WR3	+	-	+/-	<400
WR4	+	-	+/-	<400
WR5	+	-	+/-	<400
WR6	+	-	+/-	<400

La sintomatología clínica y las características generales de cada estadio son:

- WR0: exposición al virus a través de cualquiera de las vías de transmisión conocidas (transfusión sanguínea, intercambio de fluidos corporales como semen, fluido vaginal o sangre). El VIH no suele producir síntomas en un comienzo; la infección puede estar incubándose entre 6 semanas y un año antes de quedar al descubierto en las pruebas habituales para VIH en donde se detectan anticuerpos contra el virus.
- WR1: se ha detectado la presencia del virus mediante cualquier prueba fiable. Aunque la mayoría de las personas no manifiestan ningún síntoma cuando se diagnostica la infección por VIH, algunas desarrollan síntomas como fiebre, fatiga, aumento de tamaño de los ganglios linfáticos, dolores de cabeza y encefalitis. Empero, estos síntomas desaparecen al cabo de pocas semanas, sin embargo el VIH continúa replicándose y eliminando a las CD4.
- WR2: aumento persistente del tamaño de los ganglios linfáticos (linfadenopatía crónica). Esto se debe a que la presencia continua del virus sobreestimula a las células B, que abundan en los ganglios linfáticos, y las mantiene en un estadio de activación crónica. Como consecuencia, sintetiza gran cantidad de anticuerpos que combaten infecciones presentes o recurrencias de infecciones ya pasadas. Sin embargo, tal hiperactividad es perjudicial, debido a que la activación de grandes cantidades de células B disminuye el número de células en estado de reposo que podrían diferenciarse para producir anticuerpos en respuesta a nuevos agentes patógenos o a la inoculación de vacunas. Este estadio dura de tres a cinco años y los enfermos tienen una sensación de bienestar hasta el final del mismo.
- WR3: la disminución del número de CD4 a menos de 400 es un indicador de que existen ya alteraciones considerables en el sistema inmunológico. Pero los pacientes permanecen en ese estadio hasta que se tienen pruebas directas de que existe una incapacidad en la inmunidad celular, lo que sucede alrededor de 18 meses después. Pruebas que se manifiestan en la respuesta fallida a 3 de 4 tests cutáneos que miden la hipersensibilidad retardada; es decir, la capacidad del individuo para organizar una respuesta inmunitaria celular tras la inoculación de determinadas proteínas específicas por vía subcutánea.
- WR4: el recuento de CD4 puede llegar a límites muy bajos (debajo de 50). Sin embargo, todavía no hay síntomas manifiestos de las consecuencias de la disminución de CD4.
- WR5: desarrollo de anergia (ausencia total de hipersensibilidad retardada). Después aparece el primer síntoma manifiesto del fracaso de la inmunidad celular, esto es el desarrollo de candida, una infección por hongos de la mucosa de la lengua o de la cavidad oral. La mayoría de los enfermos tienen recuentos de menos de 200 CD4. Además de la candida, los enfermos en este estadio suelen desarrollar infecciones víricas o fúngicas en mucosas y piel excepcionalmente graves o persistentes. Muchos individuos desarrollan infecciones oportunistas crónicas o diseminadas en zonas distintas de la piel y las mucosas después de uno o dos años en este estadio.
- WR6: está definido por una disminución extremadamente grave de las funciones inmunitarias, y entra dentro de las rasgos del SIDA, que se caracteriza por la presencia de numerosas infecciones oportunistas. La mayoría de los enfermos llegan a este punto con un recuento de CD4 de menos de 100, y la mayoría morirá en

menos de dos años. Dentro de las infecciones oportunistas se encuentra la tuberculosis, la infección parasitaria toxoplasmosis (que suele afectar al cerebro y causar ataques y coma), la criptosporidiosis crónica (que afecta al tracto intestinal causando diarrea crónica), infecciones fúngicas, criptococosis (causa frecuente de meningitis, aunque puede afectar también al hígado, hueso, piel y otros tejidos) e histoplasmosis (que origina una infección diseminada que afecta al hígado, médula ósea y otros tejidos en las personas infectadas por el VIH y que suele ser causa de fiebres crónicas). La infección por citomegalovirus en las personas que han contraído el VIH es la reactivación de una enfermedad de la infancia que estaba bien controlada hasta que el VIH trastornó el sistema inmunológico del paciente y provoca con frecuencia una infección que puede manifestarse en forma de neumonía, encefalitis, ceguera o inflamación del tracto intestinal.

Con respecto a la última etapa del sistema de clasificación Walter Reed, es decir con el estadio del SIDA, Robert Gallo (1991), describe cinco aspectos que tienen que ver con las primeras manifestaciones o síntomas del SIDA.

1. Anormalidades serias del sistema inmunológico con la consecuencia inevitable de infecciones oportunistas. La infección oportunista grave más común en el SIDA es la *Pneumocystis carinii*; otras son lesiones de la piel por hongos, parásitos o infecciones virales; una bacteria que actúa contra el organismo es la *Mycobacterium Avium Intracellulare*. Empero las infecciones por bacterias no son tan numerosas ni tan serias como lo son las infecciones por virus y hongos. Muchas infecciones virales comunes a los humanos que son generalmente inocuas, pueden convertirse en algo serio para las personas con SIDA, como el virus del herpes o el citomegalovirus. A veces la persona con la infección por el VIH desarrolla anemia debido a la incapacidad para producir glóbulos rojos. Dentro del ataque por hongos se encuentra también la candida que causa un trastorno doloroso que le da a la boca una apariencia blanquecina; otro hongo que se puede desarrollar es el *criptococo*, el cual puede causar meningitis. Infecciones parasitarias serias pueden presentarse, algunas pueden causar fiebre y diarrea y otras serios problemas como la toxoplasmosis. Estas y otras infecciones oportunistas ocurren conforme la cuenta de CD4 declina. Así el SIDA es como su nombre lo indica un SÍNDROME, un conjunto de infecciones y más que una enfermedad.
2. Reacciones de los componentes funcionales del sistema inmunológico ante el virus. A pesar de los serios deterioros específicos en la función inmunológica, la infección con el VIH no destruye toda la función inmunológica, obviamente en los periodos tempranos de la infección hay un ligero deterioro. Y a pesar de la necesidad de una potente respuesta inmune ante el VIH, a veces, las respuestas inmunológicas en sí causan síntomas y aun serios efectos colaterales. De esta manera, durante los periodos tempranos después de la infección, algunos de los signos y síntomas clínicos pueden ser debidos directamente a la respuesta inmune ante el virus. Un ejemplo de esta situación es la fiebre asociada con viremia (virus libre en la sangre), lo cual muy probablemente es debido a la liberación de las moléculas de elevación de la temperatura derivada de las células inmunes estimuladas. El crecimiento de las glándulas linfáticas es también común en los estados tempranos, en parte debido a la multiplicación de los linfocitos en respuesta al virus. Hay una disminución de



- plaquetas o trombocitos en la sangre favoreciendo hemorragias y dificultades en la cicatrización, como consecuencia de la infección y de la acción de los anticuerpos.
3. Infección del cerebro y los resultantes trastornos del pensamiento. Que usualmente progresan hacia la demencia y la psicosis.
  4. Inducción de ciertos tipos de crecimiento celular anormal, como el linfoma de célula B y el sarcoma de Kaposi.
  5. Una miscelánea de enfermedades debida a la incidencia incrementada de infecciones con microbios (patógenos) causantes de enfermedad. Debido a la disfunción inmune en las personas infectadas con VIH, no solamente hay un incremento de la incidencia de infecciones oportunistas sino también un riesgo mucho mayor de infecciones con microbios patógenos. Estos incluyen la infección con algunas formas del virus de la hepatitis, virus del herpes simple, virus del papiloma, bacteria de la tuberculosis, los HTLVs y muchos otros.

### 3.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE INFECTADO CON VIH / SIDA.

En muchas ocasiones, sobre todo en el mundo actual y con los avances de la medicina, la muerte no llega tan súbitamente en la mayoría de los casos, ya que con los tratamientos médicos, la vida puede prolongarse y el individuo vive en un estado de enfermedad, sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas o terminales. Con respecto a estas últimas y en las cuales hay una asociación con la muerte, es decir, que se sabe de antemano que habrá a final de cuentas una muerte prematura, existe según Viney y Westbrook (1987), un amplio rango de reacciones psicológicas a la enfermedad, que constituyen emociones dolorosas tales como incertidumbre, ansiedad, depresión, odio expresado directa e indirectamente y sentimiento de indefensión. Pero el patrón varía de acuerdo al tipo de enfermedad y de incapacidad.

Así, en una investigación en la cual se compararon las reacciones psicológicas de pacientes con una enfermedad crónica asociada con la muerte subdividiéndolo en un grupo que murió, otro que permaneció vivo y un grupo control (sujetos sanos), se mostró que los principales elementos de reacciones psicológicas asociadas con la muerte fueron: pocas descripciones de incertidumbre u odio expresado directamente a otros pero muchas autocríticas y referencia a sentimientos depresivos. A pesar de que los altos niveles de ansiedad no probaron ser una característica identificadora del patrón, se encontró que la preocupación acerca de ciertas fuentes de ansiedad es un rasgo particular de aquellos que murieron; de esta manera, no expresaron mayor ansiedad hacia la muerte en general, que el grupo control o que el grupo que no murió, pero si expresaron miedos acerca del daño corporal y mucha culpa. Otro elemento que no formó parte del patrón de aquellos que murieron fue la sociabilidad (Viney y Westbrook, 1987).

Viney y Westbrook (1982) mostraron en relación a la ansiedad de los pacientes crónicamente enfermos, que esta involucra conceptos complejos y multidimensionales. Los pacientes con una enfermedad crónica raramente son dominados por un simple miedo, pero son asediados por ansiedad de diferentes fuentes. A veces pueden tener buenas razones para temerle a la muerte; tienen preocupaciones acerca de su integridad física; su enfermedad los aísla de otros física o experiencialmente surgiendo sentimientos de soledad y pérdida; muchos de los roles que han tenido en relación con otros, no están disponibles para ellos, sintiéndose culpables de no poder relacionarse con otros como antes. En la investigación de

las autoras mencionadas, el objetivo era detectar patrones de ansiedad en los enfermos crónicos así como predecir los diferentes patrones de ansiedad ante la enfermedad crónica. Los resultados indicaron que los miedos acerca de la mutilación corporal fueron de importancia fundamental mientras que otros aspectos de la ansiedad fueron relativamente poco importantes. Las variables que predijeron la ansiedad de uno u otro tipo fueron:

a) biográficas, en las cuales los pacientes casados con pocos o ningún hijo y que no disfrutaron de su más reciente empleo, experimentaron muchas preocupaciones vagas e inespecíficas y miedos de morir pero poca culpa o sentimientos de soledad;

b) incapacidad; los pacientes con incapacidades visuales pero con pocas incapacidades locomotoras o viscerales experimentan la misma ansiedad difusa y en relación con la muerte junto con culpa considerable pero pocos sentimientos de soledad;

c) las percepciones de incapacidad y metas relacionadas con la incapacidad probaron estar relacionadas con ciertos patrones de ansiedad experimentados más tarde en casa. Los pacientes que perciben poca incapacidad en la relación con otros, pero mucha en otras áreas mostró poca culpa o tensión general afuera en la comunidad pero sentimientos de pena e inadecuación. En relación a las metas de los pacientes, los pacientes que esperan poca incapacidad en la relación con otros, pero muchas en otras áreas como para las percepciones, mostraron poca culpa o tensión general pero mostraron soledad más que pena. Los pacientes ya dados de alta y con respecto a sus metas, éstas no estaban relacionadas con sus ansiedades pero sí con sus percepciones de la extensión de sus incapacidades;

d) En relación a la rehabilitación, los pacientes quienes fueron experimentando mayor mejoría en sus relaciones, actividades de esparcimiento y auto-cuidado sintieron culpa y ansiedad hacia la muerte, pero mostraron pocos temores de mutilación o soledad;

e) Con respecto a las metas alcanzadas, los pacientes quienes no alcanzaron sus metas esperadas en todas las áreas, pero en particular movilidad y auto-cuidado, se sentían muy solos y muy preocupados acerca del daño corporal pero experimentaron poca culpa.

De esta manera los patrones de ansiedad encontrados fueron: a) muchos miedos acerca de morir y muchas preocupaciones vagas, pero pocos sentimientos de soledad o aislamiento social; b) pocas preocupaciones vagas o sentimientos de culpa pero gran ansiedad expresada a través de sentimientos de inadecuación o soledad y c) miedo a la mutilación corporal.

Los pacientes que mejoran tienen menor miedo a la mutilación física, pocos sentimientos de soledad o pérdida pero algo de culpa. Los pacientes que no mejoran sienten miedo de mutilación física y soledad pero no experimentan culpa (Viney y Westbrook, 1982).

Ahora bien, en relación a lo anterior, en términos generales cualquier padecimiento determina cuadros afectivos que modifican en mayor o menor grado el comportamiento (Juárez y Lizárraga, 1991); la enfermedad implica una pérdida de la salud en un principio, y más aún una enfermedad tal como la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que se ha convertido en sinónimo de miedo, muerte y sexo. Y de alguna manera tiene fundamento, ya que más de la mitad de las personas infectadas han de fallecer en un periodo aproximado de 10 años, afectando principalmente a gente joven que no esperaba una muerte temprana (Martínez Badillo, 1994). La vinculación afectiva entre SIDA y muerte invade al ánimo y genera expectativas especiales, casi siempre tremendistas, devaluadoras y frecuentemente

dogmatizadas (Lizárraga, C. X., 1991). De esta manera, el diagnóstico de VIH crea una asociación inmediata con la muerte (Rossi, L., 1999). Esto se explica por el hecho de que el ser humano, al reconocer (al menos conscientemente) la existencia de la muerte o de la posibilidad de su muerte propia, también reconoce y padece en gran escala las enfermedades y más aún cuando estas se encuentran asociadas con el morir, modificando los significados de vida y de muerte tanto a nivel individual como a nivel colectivo. Sin embargo, la muerte tiene en general una connotación negativa, desde niño el ser humano de occidente se acostumbra a percibir la muerte y el morir como algo desagradable, se tiene que tener compasión hacia el moribundo, se tiene que llorar por el muerto, por lo cual, la muerte y el morir angustian al hombre desde su infancia, lo ponen ansioso, siendo esto un reflejo de la sociedad, de la familia, de los padres que tienen tanto temor de morir y de la muerte que no son capaces de integrar el fin de la vida a la vida misma como parte inherente y como aspectos interdependientes. Así, en el caso del SIDA, las personas se dejan llevar por el miedo, las ignorancias y las mitologías; se convierte la palabra SIDA en una sentencia, ya que desde que el enfermo es informado del diagnóstico clínico, es arrastrado absurdamente a vivir su muerte como un mañana inmediato; de esta manera, cuando alguien es informado de que tiene SIDA parece que se le dijera que ya no es humano, que está condenado a la discriminación. Pero esto también tiene una explicación, ya que la enfermedad le recuerda a la gente su vulnerabilidad, por eso la enfermedad siempre es injusta o indeseable (Lizárraga, 1991).

La enfermedad del VIH es muy compleja; es quizá la enfermedad más relacionada con el ámbito psicológico que existe, ya que presenta estrechos vínculos con aspectos psicodinámicos antiguamente descubiertos, tales como serían la pulsión de vida y de muerte. Sí, el VIH muchas veces surge de la vida de un impulso de satisfacción, de vivir, de sentir; sin embargo ese impulso se convierte en una sentencia de muerte; los dos aspectos que parecerían contrarios se funden en uno solo, para dar lugar quizá en un rejuvenecimiento, un segundo aire, un impulso más, una búsqueda extra de recursos mentales y físicos para seguir viviendo o quizá también y muy tristemente al declinamiento final. Así, una persona que se sabe infectada por el VIH, se enfrenta a varios aspectos básicos que ponen a prueba su fortaleza yoica y su capacidad de ajuste emocional, debido a que tienen que afrontar el miedo que provoca el saber que no existe ninguna cura para el SIDA, por lo que el miedo básico a la muerte surge con una fuerza casi incontrolable (Buendía, Guemes, Ortiga, 1993).

Con respecto al impacto que causa la noticia de ser seropositivo, se ha reportado que, en un estudio realizado con pacientes con el conocimiento de ser seropositivos, durante los primeros seis meses después de la notificación del diagnóstico presentaron una puntuación arriba del promedio en la Escala de Impacto de Evento que mide el estrés postraumático. También en el Cuestionario de Conducta de Enfermedad, los sujetos mostraron puntuaciones mayores al promedio en Hipocondriasis, Convicción de Enfermedad y Atención Somática. Puntuaciones debajo del promedio o en el promedio fueron encontradas en Inhibición Afectiva, Disturbio Afectivo, Negación e Irritabilidad. Las intercorrelaciones mostraron asociaciones significativas de los puntajes entre Sufrimiento Psicológico (Distress) e Hipocondriasis General, Convicción de Enfermedad e Inhibición Afectiva (Botha K. 1996).

Dentro de las pérdidas a las que se enfrenta una persona infectada con VIH/SIDA se encuentran: la posibilidad de la pérdida de la vida antes de tiempo, la pérdida de la expresión sexual, pérdida de la salud física en diferentes manifestaciones clínicas, pérdida

de relaciones interpersonales, pérdida del futuro como los planes o metas (Martínez Badillo, 1994). Otra pérdida importante es la de la identidad, ya que desde el momento en que a una persona se le informa que se encuentra infectada por el VIH, que tiene SIDA o cualquier otra enfermedad mortal, esto basta para que todo el edificio de la identidad, construido afanosamente durante años, sufra cambios. La posibilidad de desarrollar el SIDA o la posibilidad de la muerte, hace que las personas tengan o sufran cambios en su identidad (Abrego y cols., 1998).

Así también, los individuos con SIDA experimentan muchas pérdidas diferentes en el transcurso de su enfermedad. Y es más difícil enfrentarse a muchas pérdidas que a una. Los recursos se agotan, la energía puede desgastarse y la capacidad de recuperación puede debilitarse (Sherr L., 1989).

En relación a las pérdidas anteriormente mencionadas, los sujetos que son seropositivos y que no han desarrollado el SIDA experimentan las pérdidas de manera menos rápida ya que hay todavía varios años en que se pueden mantener aparentemente sanos, aunque la modificación del estilo de vida y la concepción de ellos mismos y de su medio externo puede cambiar por la anticipación de pérdidas mayores y por supuesto por la concepción de ellos mismos como enfermos "potencialmente terminales".

Con respecto a lo anterior Sherr (1989) menciona que los efectos psicológicos de un resultado positivo de VIH a corto plazo incluyen el choque emocional, estado de ánimo deprimido, inseguridad, y por tanto, falta de control, culpa, ansiedad, represión e inquietud obsesivas. Los efectos a largo plazo están relacionados con las habilidades en la vida, posibles cambios de roles, relaciones interpersonales y, en ocasiones, modo de vida. Ya en el estado sintomático o de SIDA las reacciones pueden ser parecidas, pero diferentes en tiempo, enfoque e intensidad. Sin embargo, el conocimiento de estar infectado o no estarlo, es decir la certidumbre, disminuye en gran medida la ansiedad, ya que como explica King (1993), ante la prueba del VIH se reportan altos niveles de tensión justo antes de la notificación de los resultados, los cuales declinan más rápidamente en aquellas personas quienes son subsecuentemente encontradas VIH negativas. La liberación de tensión fue inmediata para aquellos que recibieron un resultado negativo y como más del 90% de todos los pacientes examinados en clínicas son seronegativos, estos resultados proveyeron una fuerte evidencia del poder de una prueba negativa para evitar preocupaciones innecesarias acerca de la posibilidad de la infección por VIH. Los pacientes quienes fueron evaluados como VIH positivos también mostraron un decremento en la tensión psicológica, en comparación con la línea base de aquellos que van a hacerse una prueba de anticuerpos. Además, aquellos sujetos seropositivos quienes habían predicho incorrectamente que tendrían un resultado negativo no mostraron mayor probabilidad de sufrir tensión psicológica con la notificación de un resultado positivo en comparación de aquellos que sospechaban ser seropositivos. Aunado a lo anterior, las puntuaciones de los sujetos seropositivos diez semanas después de la notificación fueron significativamente más bajas que al comienzo, demostrando poco daño psicológico a largo plazo a partir del conocimiento del nivel de anticuerpos; el autor explica que esto se pudo deber a que los sujetos tuvieron un extensivo servicio de consejería antes y después de la notificación. Así, los resultados reflejaron que los factores de miedo e incertidumbre acerca del serostatus VIH pueden ser más dañinos en el largo plazo que el conocimiento definitivo de un resultado de seropositividad.

Ya dentro del proceso de la infección y del desarrollo de la enfermedad; Riba J. y cols. (1988), explican que el común denominador de los enfermos terminales de SIDA es el

pánico, que, según los autores tiene su principio cuando el paciente conoció la posibilidad de estar infectado con el VIH por los posibles factores de riesgo, lo constató al conocerse portador de anticuerpos y este pánico se fue incrementando en la medida que aparecieron la sintomatología y los diferentes ingresos hospitalarios; por lo tanto, con el avance de la enfermedad, al menos el sentimiento negativo de pánico va en aumento. En relación a lo anterior, Muñoz García (1993) expresa con respecto al paciente terminal, que el saberse próximo a la muerte le hace adquirir una nueva forma de vida y consciencia de muerte; puede ser miedo a la muerte o miedo a la vida, pero es el paciente el que dispone y decide.

Buendía, Guemes y Ortiga (1993), en una tesis de licenciatura que tuvo la finalidad de obtener el perfil psicológico de los pacientes sintomáticos y asintomáticos infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, reportaron que dentro de los síntomas psicológicos que presentan los pacientes infectados existen diferencias particulares si se clasifican a los pacientes en a) asintomáticos, b) linfadenopatía generalizada y c) SIDA, siendo el grupo con mayor ansiedad y depresión en aquellos que presentan la linfadenopatía generalizada, por la incertidumbre acerca del futuro en cuanto a lo social, al tratamiento y a las expectativas de vida. Además, señalan que innumerables individuos con SIDA manifiestan que su conciencia es invadida por ideas de sufrimiento y muerte. Para evaluar a los sujetos se utilizó el test de Rorschach. En los resultados de la investigación se mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el perfil psicológico de los pacientes asintomáticos y sintomáticos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en comparación con el perfil psicológico de los pacientes seronegativos al VIH. Los rasgos shock emocional, manía, agresión, ideas de muerte y pobre autoestima son poco frecuentes en la población estudiada, mientras que los rasgos: angustia, depresión y aislamiento son muy frecuentes y comunes tanto en los sujetos infectados en las dos fases antes mencionadas como en los sujetos no infectados.

Con respecto a cómo los factores psicológicos influyen en la manifestación de enfermedades físicas o en la precipitación de estas y siendo sobre todo peligroso en el paciente infectado con el VIH debido a la vulnerabilidad de sus defensas biológicas o bajo nivel de anticuerpos, se ha investigado cómo los factores estresantes de la vida o eventos que demandan esfuerzos de afrontamiento incrementados, resultan en estados emocionales negativos o creando problemas en otras áreas de la vida del individuo; aunque también se ha investigado cómo las características de personalidad pueden precipitar la enfermedad (Cohen, 1982).

Así, partiendo del concepto de que la emoción va acompañada de cambios fisiológicos, resultados de investigaciones demuestran que la emoción puede causar cambios fisiológicos que están relacionados con el desarrollo de la enfermedad física; esto es, la emoción puede causar cambios, los cuales podrían volverse causa de enfermedad (Brannon L.; Feist J., 1997).

En relación a lo anterior, algunos investigadores han sugerido las siguientes variables como las más probables de producir como resultado una enfermedad: 1) situaciones que involucran pérdida, como el duelo o eventos que resultan en pérdida de gratificaciones importantes (situaciones de pérdida), 2) acumulación de diversos eventos estresantes que requieren un reajuste (acumulación de cambios en la vida) y 3) la ocurrencia de eventos que el individuo considera como estresantes (eventos considerados como estresantes). Las variables que han sido sugeridas por los investigadores como más probables de propiciar una enfermedad son: a) el modo de afrontamiento, b) la falla del

afrontamiento, c) el darse por vencido, d) conflictos psicológicos específicos, y e) características de personalidad inadaptativas (Cohen 1982).

En relación al estrés se ha sabido ya desde hace tiempo (con las investigaciones de Selye en 1936) que el estrés puede producir efectos dañinos en el sistema inmunológico. Como ya se mencionó en el apartado anterior, los linfocitos T cuentan para la mayoría de los linfocitos circulantes en la sangre y son responsables para la orquestación tanto de la respuesta inmune humoral (inmunoglobulinas) y mediada por células (linfocitos y macrófagos). Los linfocitos T son dependientes del timo para la maduración y programación de sus propiedades funcionales específicas; de esta manera, un timo intacto es esencial para el funcionamiento efectivo del sistema inmune y el estrés excesivo disminuye la efectividad del timo y otras estructuras linfáticas. Sobre este mismo tema, una investigación reciente demostró que los tratamientos conductuales para la disminución del estrés pueden ser útiles para disminuir la excitación del sistema nervioso y la ansiedad rasgo y estado, poniéndose de manifiesto la necesidad de introducir tratamientos de relajación para mejorar la condición de vida de los enfermos infectados con VIH (Taylor, D. N., 1995).

Las enfermedades de todo tipo, se incrementan después de eventos estresantes (aunque la enfermedad en sí es un evento estresante) que requieren esfuerzos de afrontamiento incrementados o durante el tiempo en que los esfuerzos de afrontamiento fallan. Las emociones negativas que resultan de la falla en el afrontamiento que son resultado de el constante reajuste tienen consecuencias fisiológicas negativas, resultando en menor resistencia y una susceptibilidad incrementada hacia la enfermedad (Cohen, 1982). Lo anterior lo corrobora Taylor (1995), quien explica que la tensión psicológica es continuamente reportada por individuos que han sido evaluados positivamente para la infección por el VIH, y que tal tensión ha sido asociada con la reducción en la latencia de la sintomatología asociada con el VIH. También, Buendía, Guemes y Ortega (1993), explican que las fases por las que atraviesa un paciente terminal al enfrentar la situación, llevan implícita una reacción de ajuste en la cual el estrés puede ser lo suficientemente grave como para ser catastrófico, en particular en el paciente con SIDA; según los autores, las fases por las que atraviesan estos pacientes son:

- a) Crisis inicial = negación, choque, culpabilidad, temor, enojo y tristeza.
- b) Estadio de Transición = alternancia de enojo, culpabilidad, autocompasión. También es la fase de autodevaluación y depresión.
- c) Aceptación = formación de una nueva identidad estable.
- d) Preparación para la Muerte = el temor de volverse totalmente dependiente de otros usualmente reemplaza el miedo a morir; el acercamiento acelerado de la muerte provoca reacciones que están matizadas por ansiedad que es una reacción de ajuste, la que permite al paciente responder ante un cambio de vida.

Empero, la condición de estar infectado con el VIH cobra gran importancia para el individuo tal como lo mencionan estudios realizados con homosexuales masculinos afectados por el VIH/SIDA, ya que este padecimiento ha causado que los enfermos confronten la muerte en una magnitud tal, que pocos enfrentan la lucha externa. El alto

grado de suicidios y problemas de salud mental entre estos sujetos, ponen de relieve las dificultades que experimentan al enfrentarse con la muerte y la enfermedad relacionadas con el SIDA. La habilidad para confrontar aspectos relacionados con la muerte, así como con otros ámbitos de la vida que causan gran estrés, son indudablemente influenciados por el estilo de enfrentamiento cognitivo del individuo, los recursos disponibles para ellos y la efectividad de sus sistemas sociales de apoyo (Catania J.A., et.al, 1992).

Acerca de las características de personalidad y el estado físico, la persona que es psicológicamente vulnerable quizá no contraiga enfermedades físicas más frecuentemente, pero si es más hipersensible a los cambios normales de los estados físicos.

Una investigación realizada con personas de nacionalidad china para mostrar las diferencias entre la alta incidencia de enfermedad reportada y la baja incidencia, demostró que los sujetos con baja incidencia de enfermedad mostraron menores conflictos o ansiedad y habían reducido la atención en sus problemas emocionales en comparación con aquellos que mostraron una alta incidencia de enfermedad (Cohen, 1982).

De esta manera, ciertas reacciones emocionales podrían ser el resultado y también la causa de una falla en el afrontamiento ante una situación estresante; la ansiedad hacia la muerte podría ser una emoción ligada a la falla del afrontamiento ante la posibilidad de morir prematuramente como sería el caso de pacientes infectados con VIH.

## CAPÍTULO IV.

### 4. ANSIEDAD HACIA LA MUERTE Y VIH/SIDA.

En este capítulo se abordarán los temas más directamente relacionados con la investigación, es decir con la ansiedad hacia la muerte, comenzando con los antecedentes teóricos que llevaron al aumento del interés con respecto a los estudios en este campo; siguiendo con las investigaciones científicas en general con respecto a la ansiedad hacia la muerte y los resultados arrojados por estas y finalizando con las investigaciones ya totalmente en relación al tema de la presente tesis, es decir, la ansiedad hacia la muerte manifestada por los pacientes seropositivos al VIH/SIDA. Esto con el objetivo de que los resultados manifestados en este estudio puedan ser comprendidos con mayor claridad y globalidad.

#### 4.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD HACIA LA MUERTE.

Varios teóricos de la psicología han tratado y estudiado el tema de la ansiedad hacia la muerte; comenzando con Scott quien en 1896 publicó un artículo en el *American Journal of Psychology* donde esbozó algo acerca de la ansiedad hacia la muerte en la vejez, sin embargo fue un estudio aislado. Pero vendría la edificación de teorías que se interesarían en el estudio de la muerte; dentro de estas, en un inicio Freud (1915) como ya se ha descrito en un capítulo anterior, manifestó que la ansiedad hacia la muerte es inherente al ser humano, sobre todo en aspectos inconscientes ya que la muerte propia es inaceptable para el inconsciente; por tanto aunque los individuos aparenten a nivel consciente una ansiedad hacia la muerte, variable, dependiendo de diversas circunstancias internas y/o externas, siempre habrá un nivel más o menos constante de ansiedad hacia la muerte en todos los individuos. Esta ansiedad puede estar determinada directamente por el hecho en sí de morir o puede tener componentes simbólicos, es decir, que no sea la ansiedad hacia la muerte sino la ansiedad hacia un objeto o situación en particular que son desplazados y sustituidos por la ansiedad hacia la muerte, en este caso, un ejemplo de la ansiedad hacia la muerte sustituida es el temor a la castración (May, 1977). En relación al origen de la ansiedad hacia la muerte, los psicoanalistas han especulado sobre la secuencia causal comenzando por el miedo de sofocación, seguido por el miedo de la pérdida materna, para dar paso al miedo a la castración que finalmente se convertirá en miedo a la muerte (Lester, 1967). También dentro de la corriente psicoanalítica se ha expresado que el temor al aniquilamiento y a la muerte, pertenecen a varones que lidian cotidianamente con ansiedades de desintegración y la manera de subsanarlas es disfrazándolas ante una ansiedad de castración que casi nunca cumple su cometido (Elías Iburgüengoitia, 1998).

Por otra parte, la escuela Lacaniana con su postulado de la noción de goce, retoma el análisis inconcluso del principio del placer y de realidad manifestado por Freud (conceptos que como ya se ha visto, tienen estrecha relación con las pulsiones de vida y de muerte). La teoría psicoanalítica Lacaniana explica que la realidad con la que las pulsiones hacen conexión es distinta de aquella con la cual el yo se conecta, es decir, no coinciden, por lo tanto, lo que les place a unas no le agrada al otro. Así, el problema del placer es la imposibilidad de experimentarlo como tal para ambas instancias psíquicas, ya que si se satisface al yo y al principio de realidad (procesos secundarios), no se complace del todo a las pulsiones (procesos primarios y principio del placer). También, la escuela Lacaniana



retomó el análisis del principio de constancia, que Freud explicaba con la teoría de que todo ser vivo tiende a ir hacia atrás, hacia la satisfacción, hacia el estado de reposo original; sin embargo, la teoría Lacaniana manifiesta que el deseo es el móvil y la condición permanente en el sujeto, en realidad no existe un corte entre vida y muerte, considerándolos como estados puros, sino más bien una relación dinámica entre ambos, un entrelazamiento vida – muerte y viceversa. En este punto, es conveniente mencionar la relación entre narcisismo y castración con el enlace vida – muerte; la castración es un signo de muerte pero, a la vez, en la medida en que ésta le pone el límite al individuo de lo que es, le señala que aún cuando no es todo, puede ser con el otro, logrando un alto grado de felicidad, un deseo de ser. Por el contrario, la no castración, el delirio del narcisismo ocupando todos los espacios, puede verse como un deseo de no ser, un rechazo a la vida (Corres, 1996).

La escuela Lacaniana desplaza la idea de placer, por la de deseo, identificándola con la ilusión, la fantasía que se encuentra en constante movimiento, no existe un equilibrio concebido como una forma de condición inerte y carente de necesidades, ya que el deseo salva al sujeto que desea, dado que éste siempre propone “otra cosa” en un incesante movimiento libidinal que no se agota jamás. Así, en lugar del concepto de necesidad – satisfacción – reposo, existe el deseo – goce, donde el segundo mata al primero, a la vez que el primero tiende hacia él (Corres, 1996).

Otro autor enfocado en la psicología del sí-mismo menciona que el sentimiento de miedo a ansiedad hacia la muerte no tiene tanto que ver con el hecho físico de morir sino con la muerte psicológica, que en este caso sería el temor a la desintegración del sí mismo originado por la exposición a la frialdad e indiferencia de lo no humano, de un mundo que no responde empáticamente (Kohut, 1993).

Sin embargo, ninguna corriente de la psicología se interesó directamente con el tema de la ansiedad hacia la muerte como una problemática particular y esencial en la vida del ser humano más que la existencialista (Lester & Templer, 1993). Dentro de esta corriente se encuentra Victor Frankl que como se mencionó en un capítulo anterior, explica que la búsqueda del sentido de vida es esencial y particular en el ser humano ya que de la consciencia que se tenga de un sentido de vida propio y confiable depende su seguridad psíquica y por tanto su salud mental; además manifiesta que el aspecto finito del hombre representa algo que le da sentido a la existencia humana, ya que el hecho de que el hombre sabe que va a morir en lugar de quitarle sentido a la vida se lo da, porque el hombre consciente de su finitud actúa en el presente a sabiendas de que el futuro, su futuro no durará por siempre. De esta manera se evidencia que el sentido de la existencia humana se basa precisamente en su carácter irreversible y único (Frankl, 1978).

Díaz Carrera (1996), con un enfoque orientado a la teoría del aprendizaje explica que el temor a la muerte en las criaturas racionales, es modulado por la calidad de la experiencia durante el proceso de socialización, de aquí que sea diferencial de sujeto a sujeto, por lo que se descarta la posibilidad de que venga programado como instinto. La presencia de este temor es saludable cuando permanece detrás de las funciones mentales sin perturbarlas, porque estimula a la conservación, no así cuando su presencia se torna obsesiva dado que paraliza al organismo.

Pero volviendo a los antecedentes del estudio de la ansiedad hacia la muerte en sí; con una estructura teórica que en gran medida faltaba desarrollar, el tema de la ansiedad hacia la muerte se encontraba casi sin investigar hasta que en 1970 Donald Templer debido a su interés específico por el estudio de la ansiedad hacia la muerte publicó una escala que mide la ansiedad hacia la muerte Death Anxiety Scale o Escala de Ansiedad hacia la

Muerte (DAS por sus siglas en inglés). A partir de este punto otros investigadores se interesaron por el tema y definieron a la ansiedad hacia la muerte como un constructo complejo y multidimensional que se interrelaciona en una diversidad de formas con una serie de variables demográficas y de personalidad (Thorson y Powell, 1988). Además está determinada por el estado de salud y las vivencias en relación a la muerte, los especialistas y clínicos la pueden considerar de manera molecular o molar (Lester O.; Templer D. (1993). Tiene componentes cognitivos, afectivos y actitudinales que pueden presentarse o no conscientemente (Lattanner B. B. A.; Hayslip B., 1985).

La ansiedad hacia la muerte se ha estudiado de dos maneras; como una característica patológica o como una característica normal y natural de la experiencia humana. Por un lado se ha considerado que una alta ansiedad hacia la muerte propia debería estar relacionada con un desajuste psicológico general y por otro lado existe una asociación multidimensional más compleja entre la ansiedad hacia la muerte y el desajuste psicológico; de acuerdo con este último punto de vista, una alta ansiedad hacia la muerte es una respuesta específica a una serie particular de circunstancias tanto internas como externas; por lo tanto, el patrón de correlaciones tendrán aspectos característicos que no pueden ser igualados con psicopatología ordinaria. Esta última alternativa es consistente con la conceptualización más reciente e importante de la ansiedad hacia la muerte como un constructo multidimensional (Florian; Mikulincer; Green., 1994).

Ahora bien, independientemente de los resultados manifestados por los estudios con respecto a la ansiedad hacia la muerte, es importante justificar el interés con respecto a este tema por parte de los principales investigadores; Lester (1993) menciona que una de las principales tareas del psicólogo es buscar predisposiciones e indicaciones a largo plazo de por qué la gente es lo que es y por qué se comportan de una u otra manera, la casualidad dentro de la psicología no existe. A partir de esta base conceptual de la labor del psicólogo, Lester por diversas circunstancias personales desarrolló una escala de miedo a la muerte; haciendo un análisis exhaustivo de la escala, la dividió en cuatro dimensiones (miedo a la muerte de uno mismo, miedo a la muerte de otros, miedo de morir y miedo de que otros mueran) teniendo un gran éxito con respecto al interés que despertó el tema del estudio del miedo a la muerte. Por otra parte, Templer (1993) se interesó por estudiar el tema de la ansiedad hacia la muerte o miedo a la muerte (que según el autor los utiliza casi como sinónimos), como consecuencia de su propia ansiedad hacia la muerte y por la escasez de estudios acerca del tema en los años 60's, además de que casi siempre otros temas eran considerados como de mayor importancia y como sustitutos de la ansiedad hacia la muerte tales como la ansiedad de castración. Pero Templer, con base en experiencias profesionales y casos clínicos, descubrió que el miedo a la muerte o la ansiedad hacia la muerte en sí, sin simbolismos o interpretaciones desviantes en realidad era un tema de esencial importancia para la comprensión de la conducta humana y para la ayuda y atención a individuos acosados por este tipo de ansiedad; debido tal situación desarrolló su Escala de Ansiedad hacia la Muerte (1970), la cual era la primera en su tipo y que además dio pauta para el desarrollo e interés en la investigación del tema.

Lester y Templer (1993) mencionan que la investigación del tema acerca de la muerte es relegado en su mayoría por la psicología actual, ya que esta última se basa en situaciones experimentales y como la muerte no puede estudiarse experimentalmente, es decir, empíricamente, ya que es un hecho metaempírico, es excluida de investigación. Sin embargo estos investigadores reafirman su confianza en su concepción del tema de la muerte y en especial el de la ansiedad hacia la muerte como digno y esencial de estudio.

Según Lester (1993), lo más importante de la investigación de la ansiedad hacia la muerte es la búsqueda de factores que la generan, así como de desarrollos teóricos que la sustenten. Templer (1993) explica que las escalas de ansiedad hacia la muerte deberían buscar una perspectiva balanceada de la ansiedad hacia la muerte inconsciente, no reconocida y negada; sin embargo, también debe darse importancia a lo que los sujetos manifiestan directamente. Otro aspecto importante que este especialista del estudio de la muerte manifiesta es que las escalas deberían contemplar aspectos de cómo la gente comprende el tema de la muerte en general, es decir, ir más allá del mero análisis cuantitativo y/o cualitativo a nivel superficial ya que la manera en la que la gente percibe a la muerte es algo tan extenso y profundo que el análisis de los resultados debería ser también así. También sugiere que la investigación de la ansiedad hacia la muerte debería enfocarse hacia la génesis de esta ansiedad y hacia las circunstancias tanto internas como externas que tienen que ver con la ansiedad hacia la muerte.

En referencia a aspectos metodológicos más específicos del estudio de la ansiedad hacia la muerte, Lester (1993) menciona que una escala de ansiedad hacia la muerte debería de ser multicompuesta, ya que es poco probable que un evento particular de la experiencia de vida afecte a todos los aspectos de la ansiedad hacia la muerte. Sin embargo, una escala multicompuesta complica los resultados porque quizá sólo uno de los componentes de la escala proporciona los resultados planteados en una hipótesis.

Aunque ya se mencionó una definición global acerca de la ansiedad hacia la muerte, es importante expandir las definiciones inicialmente propuestas por los primeros investigadores del tema para manifestar la base sobre la cual se ha ido construyendo la investigación en general acerca de la ansiedad hacia la muerte.

Lester (1993) explica que para él la ansiedad hacia la muerte es definida dependiendo del enfoque teórico; desde interpretaciones freudianas acerca de miedos infantiles de destrucción y mutilación, hasta Maslow acerca de sus necesidades de seguridad y de autorealización. Así, Lester pugna más por un enfoque ecléctico.

Templer (1993) dice que la ansiedad hacia la muerte es un concepto multifásico que puede ser tomado de manera molecular o molar. Es una entidad que sólo puede ser medida de forma indirecta y que nunca podrá ser completamente entendida. Se manifiesta en el campo de las experiencias subjetivas y tiene tanto componentes afectivos como cognitivos. Este autor dice que existen dos factores determinantes en la ansiedad hacia la muerte: el estado de salud (físico y psicológico) de uno mismo y las experiencias vividas en relación a la muerte; puede ser que el primero esté más relacionado con la ansiedad hacia la muerte generada desde el interior y el segundo con la ansiedad generada hacia el exterior; otro posible factor es el existencial acerca de qué tanto encaja uno en el esquema del universo y cómo el hecho de la muerte da a la vida valor o le suprime este valor.

## 4.2. ESTUDIOS ACERCA DE LA ANSIEDAD HACIA LA MUERTE.

La ansiedad hacia la muerte ha sido evaluada por varios métodos verbales y no verbales, tales como cuestionarios estructurados o semiestructurados, entrevistas, ensayos, dibujos, escalas de elección forzada de clasificación, técnicas proyectivas como el Test de Apercepción Temática y también técnicas indirectas como el uso de la respuesta psicogalvánica a palabras relacionadas con la muerte o simbólicas de la muerte (Lester, 1967). Sin embargo, las técnicas más ampliamente usadas han sido los cuestionarios de ansiedad hacia la muerte. Siendo las más usadas la Escala de Miedo a la Muerte de Boyar y

la Escala de Ansiedad hacia la Muerte de Templer debido a su validez y confiabilidad (Lonetto & Templer, 1983). Aunque también se han usado otras escalas que miden la ansiedad o el miedo a la muerte tales como la Escala de Miedo a la Muerte de Collett y Lester. Con respecto al estudio de la ansiedad hacia la muerte es importante mencionar que los investigadores del tema, en general toman como sinónimos el miedo y la ansiedad, o han usado extensamente el término "ansiedad hacia la muerte" en lugar de "miedo a la muerte" como lo menciona McDonald (1976). Posiblemente esto se deba a que algunos individuos sienten temor a morir, al hecho metaempírico de la muerte y otros sienten ansiedad porque la muerte no es algo concreto o perceptible en sí, y también puede darse el caso de que en su complejidad psicológica y en diferentes momentos de su vida, el individuo sienta a veces ansiedad y otras miedo, por tanto, a veces se hará referencia a uno u otro sentimiento aunque enfatizando la ansiedad hacia la muerte. A continuación se mencionarán resultados de diversos estudios donde se ha investigado el tema de la ansiedad o miedo hacia la muerte.

La literatura indica que la ansiedad hacia la muerte entre las mujeres es mayor que entre los hombres como lo corroboran otros estudios (Devins, 1976; Iammarino, 1975; Davis, et. al., 1978; Thorson, 1977; Lester, 1967). Empero, los hombres tienden a pensar más acerca de la muerte y el morir, que las mujeres, pero expresan menos negativismo hacia la muerte. También la expectativa de vida subjetiva y la ansiedad hacia la muerte se encuentran inversamente relacionadas para las mujeres pero no para los hombres. La magnitud de la asociación entre las edades de muerte ideales y anticipadas fue mayor para aquellos con alta ansiedad hacia la muerte. Empero, la asociación es significativa sólo para las mujeres. De esta manera, las personas con alta ansiedad hacia la muerte tienden a afrontar su ansiedad a través de manipulación cognitiva de sus edades de muerte anticipadas reales o ideales (Chiappeta, W.; Floyd, H. H.; McSeveney, D. R., 1976).

En otro estudio con respecto a la edad y al sexo, los sujetos fueron tomados de: 1) un edificio de departamentos de clase media alta en la zona metropolitana de Nueva Jersey, con un rango de edad de 19 a 85 años; 2) asistentes de ingresos bajos del Instituto de Neuropsiquiatría de Nueva Jersey, con un rango de edad de 18 a 61 años; 3) pacientes psiquiátricos heterogéneos de 17 a 59 años de edad del Hospital del Estado en Hopkinsville, Kentucky; y 4) estudiantes de 13 a 21 años de edad en tres escuelas de educación media y media-superior cerca de Hopkinsville. Los padres de estos estudiantes con una edad media de 44 años también completaron la Escala de Ansiedad hacia la Muerte de Templer como los demás grupos (Lonetto & Templer, 1983).

Se demostró de manera evidente que no existía una correlación entre las puntuaciones de la Escala de Ansiedad hacia la Muerte y la edad para cualquiera de los grupos. Esto parece estar en desacuerdo con el punto de vista de "sentido común" en el cual se cree que una persona entre más se acerca al final de su vida, más temerosa se encuentra. Por otra parte este hallazgo es congruente con reportes clínicos acerca del efecto del uso extensivo de los mecanismos de defensa de la negación y represión contra la ansiedad hacia la muerte en un amplio rango de edad (Lonetto & Templer, 1983).

Aunque no se han encontrado correlaciones significativas entre ansiedad hacia la muerte y edad, se encontraron 5 factores comunes sobre actitudes hacia la muerte en sujetos universitarios los cuales fueron: a) evaluación negativa de la muerte, b) resistencia a interactuar con el moribundo, c) reacción negativa al dolor, d) reacción a recuerdos de muerte y e) preocupación con pensamientos de morir (Durlak y Kass, 1982). Lo que esto

implica es que en poblaciones de individuos sanos y jóvenes, la muerte a nivel consciente es percibida como negativa y todo lo relacionado con ella también.

Con respecto al sexo, las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en la Escala de Ansiedad hacia la Muerte en comparación con los hombres, y esta diferencia fue significativa para a los residentes de departamentos, estudiantes de educación media y media superior así como para los padres de los estudiantes. La razón por la cual las puntuaciones de las mujeres fueron más altas no son claras. Pero debería tomarse en consideración que las mujeres tienden a puntuar más alto que los hombres en la mayoría de las mediciones de ansiedad, tensión psicológica y desadaptación. Además, la literatura psicoanalítica ha enfatizado que las mujeres tienen mayor ansiedad de separación que los hombres, lo cual lleva a la explicación del origen de la mayor ansiedad hacia la muerte (Lonetto & Templer, 1983).

A pesar de los resultados de la investigación anterior, los estudios que tratan específicamente con las diferencias de sexo en la ansiedad hacia la muerte han mostrado resultados contradictorios. En algunos estudios, usando una variedad de escalas, los hombres han exhibido mayor ansiedad hacia la muerte, mientras que otros no han mostrado diferencias en cuanto al género. Estos resultados no parecen deberse al tipo de escala utilizada (Cole, 1979).

Sin embargo, se realizó un estudio en donde se obtuvieron las variables que causaban mayor temor con respecto a morir; las mujeres tenían mayor temor de lo que le sucedería a sus cuerpos después de morir, también mostraron mayor temor con respecto al dolor que implicaría morir. Los hombres temían la pérdida de actividades relevantes más que las mujeres, específicamente con respecto a cuidar de las personas que dependían de ellos. Esto dio un indicio de que los roles que ocupaban el hombre y la mujer en la sociedad influían en la ansiedad hacia la muerte; a partir de estos antecedentes Cole (1979) realizó un estudio tomando en cuenta diversas variables con respecto a los roles, características demográficas y pérdidas; encontrando que las mujeres casadas tenían mayor ansiedad hacia la muerte que los hombres aunque no a un nivel significativo. Los hombres solteros presentaron mayor ansiedad hacia la muerte en comparación con los casados. Los hombres casados con hijos presentaron menor ansiedad hacia la muerte en comparación con los hombres casados sin hijos. Los hombres solteros manifestaron una ansiedad hacia la muerte significativamente mayor que las mujeres solteras. Con respecto al grupo de mujeres, las mujeres casadas con hijos presentaron mayor ansiedad hacia la muerte en comparación con las mujeres casadas sin hijos y estas a su vez mayor ansiedad hacia la muerte en comparación con las mujeres solteras. En este estudio también se manifestó que niveles mayores de ansiedad hacia la muerte pueden ser esperados si la persona no ha experimentado recientemente la muerte de un miembro de la familia o de un amigo. Las personas con menor educación así como los negros y los jóvenes presentaron mayor ansiedad hacia la muerte. Además se encontró que las personas con una preferencia religiosa presentan mayor ansiedad hacia la muerte en comparación con las personas que no la tienen. Los individuos mayores generalmente evidenciaron menor ansiedad hacia la muerte, posiblemente porque conforme una persona aumenta en su edad y se acerca a la vejez, la probabilidad de una vida larga en el futuro disminuye, la inevitabilidad de la muerte se vuelve más real para ella. Así, adquiere una mayor habilidad para afrontar la muerte. Las personas religiosas pueden estar más preocupadas por la muerte y pueden estar preocupados con lo que les sucederá en la vida después de la muerte, mientras que las personas no religiosas no tienen tal preocupación y están menos temerosos de la muerte.

Sobre los hallazgos anteriores acerca de las características de hombres y mujeres en relación con la ansiedad hacia la muerte, Lester (1967) explica que las mujeres tienen más temor con respecto a la disolución del propio cuerpo y al dolor que implica morir en comparación con los hombres y que estos últimos a su vez, están más preocupados por el cuidado de sus dependientes.

Dentro de las investigaciones realizadas que toman en consideración el temor a la muerte en lugar de la ansiedad hacia la muerte, se encuentra la de McDonald (1976), donde explica que el temor a la muerte está constituido por: a) el miedo de morir, b) el miedo de la muerte, c) el miedo de las consecuencias de estar muerto y d) el miedo de la muerte o el morir de otros; pero que podría argumentarse que los individuos sintetizan muchas de estas dimensiones en un temor general a la muerte. El autor también menciona con respecto a las variables que se han constatado como influyentes en el miedo a la muerte, y en particular en relación a la religión, que no toda religión en toda situación sirve para reducir temores en relación a la muerte. Puede, de hecho ser verdad que la relación inversa sea frecuente. También parece que los miedos hacia la muerte varían en intensidad y contenido conforme la afiliación religiosa cambia y el grado de religiosidad cambia. Además, el miedo que producen aspectos relacionados con la religión disminuyen conforme la edad se incrementa. Por otra parte, un bajo Coeficiente Intelectual y poco logro académico han sido relacionados con alta ansiedad hacia la muerte. Empero, la aportación más importante de McDonald (1976) fueron los resultados de su propia investigación donde hipotetizó que los individuos con mayor ansiedad hacia la muerte tendían a participar en conductas de riesgo y por otra parte, los individuos con menor ansiedad hacia la muerte no tendían a participar en tales conductas. Además, tomó en consideración variables de religión. Los sujetos fueron estudiantes universitarios no graduados de la Universidad de Utah inscritos en cursos de sociología y psicología.

Los resultados manifestaron que los hombres tuvieron un menor nivel de ansiedad hacia la muerte en comparación con las mujeres. En referencia al aspecto de la religión, no se encontraron diferencias significativas entre mormones y no - mormones, esto se puede explicar por el hecho de que existen otras variables de personalidad que podrían influir. Pero el hallazgo principal fue que la conducta de toma de riesgo y la ansiedad hacia la muerte no se encuentran relacionadas; por lo tanto se evidencia que no se pueden encontrar "series" o "constelaciones" de personalidad consistentes con respecto a estas variables. Así, la ansiedad hacia la muerte depende en gran parte de eventos medioambientales en general y del impacto de relaciones interpersonales íntimas. Por tanto, una conducta determinada de toma de riesgos y un determinado nivel de ansiedad hacia la muerte no podría existir en todas las situaciones ni en todas las personas. En esta investigación, el autor comenzó haciendo referencia al temor a la muerte pero al final utilizó la terminología de ansiedad hacia la muerte, quizá como demostración de sus explicaciones históricas sobre el uso de los términos indiscriminadamente.

Acerca de la influencia de las creencias religiosas Templer (1972) realizó una investigación en la cual se estudió la ansiedad hacia la muerte en personas muy religiosas con creencias cristianas, encontrando que aparentemente las personas muy religiosas en el sentido tradicional presentan menor ansiedad hacia la muerte. Aquellos sujetos que tienen un fuerte apego a su sistema de creencias religiosas, atienden funciones religiosas más frecuentemente, están seguros de una vida después de la muerte, creen que la Biblia debe interpretarse literalmente y juzgan la fuerza de sus convicciones como más fuertes en comparación con la de otros aparentemente sienten menor ansiedad hacia la muerte. Estos

resultados fueron consistentes con el hecho de que las medias de la Escala de Ansiedad hacia la Muerte tanto para hombres como para mujeres fueron menores que en cualquier otra investigación realizada con anterioridad, aunque en esta muestra las mujeres también presentaron mayor ansiedad hacia la muerte en comparación con los hombres. El autor explica que es posible que la naturaleza de las creencias cristianas tradicionales lleven a una menor ansiedad hacia la muerte; o que lo más importante sea el grado de seguridad o convicción que el contenido de la creencia; otra posibilidad es que la combinación de una fuerte fe religiosa y una baja ansiedad hacia la muerte sea una característica de personalidad.

En otra investigación donde se trató de averiguar la influencia que la religión pudiese tener en el nivel de Ansiedad hacia la Muerte, se aplicó la Escala de Ansiedad hacia la Muerte a estudiantes no graduados de la Universidad de Kentucky y los resultados manifestaron ausencia de correlación entre las variables de religión y las puntuaciones en la Escala de Ansiedad hacia la Muerte. Una explicación de estos resultados se realizó a través de un análisis de lo que la religión puede disminuir con respecto a la ansiedad hacia la muerte y lo que puede provocar, es decir; si una persona religiosa tiene un cielo en el cual cree y espera, también tiene un infierno que temer y por otra parte una persona no creyente no tiene un cielo pero tampoco un infierno; así que la ansiedad de morir se equilibra entre el creyente y el no creyente. Otra explicación es que la religión no es un determinante importante en el nivel de la ansiedad hacia la muerte, al menos en la mayoría de la población. Sin embargo, investigaciones realizadas en poblaciones sumamente religiosas como los irlandeses, se han manifestado los mismos resultados. En otra investigación donde se tomaron en consideración a personas protestantes que en verdad practicaban su religión se encontró que en general mostraban menor ansiedad hacia la muerte. Y otro estudio mostró que las personas muy religiosas o poco religiosas mostraban menor ansiedad hacia la muerte en comparación con personas medianamente religiosas, lo que muestra que el grado de certidumbre con respecto a una creencia es determinante en el nivel de ansiedad hacia la muerte. Las investigaciones anteriores se realizaron con personas aparentemente sanas mentalmente, sin embargo, en un estudio en donde se tomó en consideración a las creencias religiosas de pacientes con diversos trastornos psiquiátricos se encontró que aquellos que presentaban una mayor creencia en una vida después de la muerte tenían mayor ansiedad hacia la muerte, lo cual puede demostrar que las personas perturbadas mentalmente con una alta ansiedad hacia la muerte necesitan en gran medida creer en una vida después de la muerte; también en esta investigación se manifestó que los sujetos que no tenían la misma religión que profesaron durante su niñez mostraban mayor ansiedad hacia la muerte, lo que puede explicarse con el hecho de que este cambio de religión en personas perturbadas mentalmente puede evocar ansiedades de separación y un sentimiento de alienación. Empero, la explicación de los resultados es confusa y no se han presentado fundamentos teóricos ni técnicas analíticas confiables (Lonetto & Templer, 1983).

Iammarino (1975), encontró en estudiantes de bachillerato y en referencia a la religión y algunas características demográficas que los que mostraron mayor ansiedad hacia la muerte fueron los que no tenían una religión, seguidos por los católicos, después los judíos, seguidos por los que mencionaron tener "otra" religión y finalmente los que tenían menor ansiedad hacia la muerte fueron los protestantes. Además halló que los estudiantes que vivían con ambos padres tenían menor ansiedad hacia la muerte en comparación con

los que vivían con un solo padre; esto puede deberse a que la ansiedad hacia la muerte tiene su origen en parte con la ansiedad de separación.

Siguiendo con las investigaciones acerca de aspectos religiosos y de creencias, Naidu y Sinha (1992), realizaron un estudio en donde trataron de encontrar si las creencias metafísicas podrían predecir una determinada ansiedad hacia la muerte; estos autores explican que las preguntas metafísicas que se han hecho los filósofos y que han tratado de responder, son las mismas que en algún momento surgen en el hombre común, sin embargo, este último no trata de hacer una teoría coherente para responder a tales preguntas sino que desarrolla una serie de creencias que le sirven para responder a tales preguntas. El desarrollo de estas creencias pueden ser influenciadas por factores tanto conscientes como inconscientes. Tales creencias juegan un papel significativo en la elaboración de la conducta más que nada en que un mismo evento en particular puede ser visto de diferente manera dependiendo de las creencias de los individuos. Estas creencias ayudan a los individuos a comprender eventos aparentemente sin sentido, como un accidente traumático, la muerte de un ser querido, la propia muerte inminente u otras experiencias traumáticas. A partir de lo anterior, los investigadores estudiaron cuatro creencias como variables independientes: 1) la creencia en la existencia de dios; 2) creencias acerca de los atributos de dios; 3) creencia en una vida después de la muerte; y 4) creencias con respecto a las consecuencias del sufrimiento. Estas creencias fueron estudiadas como predictoras de la ansiedad hacia la muerte. La variable dependiente fue medida a través del grado de ansiedad percibida en ilustraciones relacionadas con la muerte. Con respecto a las observaciones acerca de las creencias sobre la existencia y naturaleza de Dios se hipotetizó que los individuos que creen en la existencia de un Dios benevolente percibirán menor ansiedad hacia la muerte en ilustraciones relacionadas con la muerte. Los individuos que creen en un Dios tirano es probable que sientan un mayor grado de ansiedad por el encuentro con este en la muerte. La creencia en la vida después de la muerte asegura la existencia continua y es probable que reduzca los temores asociados con la pérdida total de identidad después de la muerte. La creencia acerca de las consecuencias del sufrimiento pueden guiar a sentimientos positivos o el sufrimiento puede ser percibido como un evento totalmente negativo para el ser humano; se investigaron estas creencias en base al sufrimiento y la relación con la ansiedad hacia la muerte. Se esperó una correlación negativa entre la cantidad de exposiciones a visiones relacionadas con la muerte y el grado de ansiedad hacia la muerte provocada por ellas. Los resultados indicaron que las familias establecidas y no establecidas de lugares de alta y baja exposición a la visión o a situaciones de muerte, no mostraron diferencias en lo que se refiere a la ansiedad hacia la muerte. Las cuatro creencias en conjunto predijeron mayor ansiedad hacia la muerte solamente en el caso de individuos con baja exposición a situaciones de muerte; en estos sujetos, la ansiedad hacia la muerte fue correlacionada significativamente y positivamente con los aspectos de la creencia en la existencia de un dios y con la creencia en la benevolencia de este dios. Aunque la mayoría de las creencias metafísicas no mostraron correlación significativa con la ansiedad hacia la muerte, esto puede deberse a la cualidad funcional de las creencias ya que surgen de ciertas necesidades y pretenden satisfacerlas, ya que es posible para dos personas tener la misma creencia pero por razones muy distintas. De esta manera, se mostró que los individuos habituados a tener exposiciones más continuas con la muerte tienen menor ansiedad hacia la muerte, esto debido a la función psicológica de la habituación; por otra parte, los que no están habituados tienden a hacer más uso de creencias metafísicas.



En relación a las creencias y concepciones de la muerte con la religiosidad, Westman y Brackney (1990) encontraron en sujetos universitarios no graduados, trabajadores de una universidad y asistentes a una iglesia que aquellos que eran más religiosos estaban menos temerosos de morir, veían la muerte más natural y con más significado, como un portal más que como una pared, como cálida y neutral.

Gibbs y Achterberg - Lawlis (1978), realizaron una investigación con pacientes con cáncer en fase terminal con consciencia de que les quedaba poco tiempo de vida (semanas o meses) y con pacientes ambulatorios con otros padecimientos y que no estaban en fase terminal; este estudio estuvo enfocado al desarrollo de una comprensión más clara de los factores que influyen en el ajuste ante la muerte en individuos con una enfermedad terminal en una población minoritaria y por otro lado, un aumento en el entendimiento del efecto e importancia de la orientación religiosa en el manejo de una enfermedad terminal y de la ansiedad hacia la muerte, tanto a nivel consciente como inconsciente. Los resultados indicaron que la correlación más fuerte fue entre miedo consciente y auto - clasificación de fortaleza con respecto a las creencias religiosas, indicando menor temor entre aquellos altamente creyentes. La auto - clasificación de fortaleza de creencias religiosas fue una variable poderosa ligada con el miedo consciente hacia la muerte, la imaginación acerca de la muerte (aspecto inconsciente) y con el hecho de si el paciente escogía o no discutir su salud personal con la familia. Con respecto al dolor, el estudio mostró que existe menor dolor percibido cuando el miedo consciente a la muerte es menor, cuando el paciente ha tenido alguna experiencia con la muerte y cuando la familia es identificada como la mayor fuente de apoyo. La puntuación en la Escala de Ansiedad hacia la Muerte para los pacientes terminales fue menor en comparación con la de pacientes no terminales. La ansiedad hacia la muerte consciente e inconsciente fue afectada significativamente sobre todo por las experiencias anteriores del paciente en relación a la muerte, así, los pacientes que tuvieron alguna experiencia de pérdida por la muerte de un ser querido o amigo, presentaron menor ansiedad hacia la muerte a nivel inconsciente. La conclusión de esta investigación es que los pacientes religiosos no parecen tener miedos extremos hacia la muerte. De hecho, el nivel de ansiedad valorado por la Escala de Ansiedad hacia la Muerte para la población enferma terminal fue menor que la proporcionada por sus contrapartes sanos. Su sistema de creencias religiosas parece proveerles de seguridad emocional, aun si la negación es un producto inherente. Finalmente, este estudio mostró que experiencias previas con la muerte de una persona cercana parece reducir el miedo asociado con la propia muerte.

Por otro lado, Lester y cols. (1967); después de una revisión de estudios realizados que tenían que ver con la influencia de la religiosidad en el temor hacia la muerte, concluyeron que las creencias religiosas parecen no afectar la intensidad del miedo a la muerte, pero sí afectan las vías en que el miedo se presenta ante situaciones específicas que cada religión propone. Y es por ello que lo que les da miedo de la muerte a individuos pertenecientes a determinada religión, despierta sentimientos distintos en individuos de otra u otras religiones.

En relación a la influencia que pueden tener las características demográficas y de salud en la ansiedad hacia la muerte, Devins (1981), encontró que existen mayores temores hacia la muerte entre las personas habitantes de zonas rurales en contraste con los habitantes de zonas urbanas. Los habitantes de zonas rurales expresaron una mayor proximidad subjetiva a la muerte en comparación con los habitantes de zonas urbanas lo que sugiere, según el autor, una mayor negación de la muerte como asunto de importancia personal; la "paradoja primaria": "todos los hombres son mortales excepto yo", rige entre

los habitantes de zonas urbanas. También el investigador interpreta los resultados explicando que la ansiedad hacia la muerte mayor en los pobladores rurales puede deberse a la dificultad para tener acceso a la tecnología moderna de los hospitales que se encuentran en las ciudades, ya que de hecho, los pobladores rurales mostraron mayor temor en lo que respecta a una muerte larga y dolorosa. Los resultados dentro de esta misma investigación en referencia a las características de salud en pacientes con cáncer manifestaron que el tipo de trastorno médico amenazante de la vida por el cual los pacientes fueron hospitalizados estaba relacionado con el nivel de ansiedad hacia la muerte manifestado; estos resultados son inconsistentes con otras investigaciones que no reportan diferencias en la ansiedad hacia la muerte como una función de la salud objetiva (vida - amenazada contra vida - no amenazada). Así, de esta contradicción el autor explica que puede ser que la dimensión de Evaluación Subjetiva de la Salud, más que los factores objetivos del nivel de salud somático, sea la que medie la orientación propia hacia la muerte. En apoyo a esta investigación, los pacientes con cáncer, quienes se sienten más amenazados en su vida, mostraron mayor ansiedad hacia la muerte que aquellos con infarto, diabetes y "otros" pacientes también amenazados objetivamente en su vida.

Sin embargo, con respecto a factores de salud física en poblaciones más heterogéneas, no se han encontrado relaciones sistemáticas entre integridad somática y ansiedad hacia la muerte. Pacientes terminales de cáncer han mostrado menor ansiedad hacia la muerte que muestras que la población general. Pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento con diálisis mostraron una ansiedad hacia la muerte promedio. También se encontró un nivel de ansiedad hacia la muerte promedio en pacientes con Corea de Huntington. La ansiedad hacia la muerte entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados no varió. Mientras que otra investigación mostró que había una relación positiva entre problemas de salud y ansiedad hacia la muerte en mujeres ancianas (Lonetto & Templer, 1983).

Con respecto a las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad hacia la Muerte dentro de los grupos familiares; se mostró que las puntuaciones de hombres y mujeres adolescentes correlacionaban altamente con las puntuaciones de los padres del mismo sexo, con la más fuerte correlación obtenida entre los padres. Estos resultados muestran que la ansiedad hacia la muerte puede estar determinada por experiencias de vida que pueden ser y han sido compartidas; sin embargo estos resultados no pueden generalizarse (Lonetto & Templer, 1983).

Acerca de la influencia que pueden tener las situaciones de violencia y/o inestabilidad social en la ansiedad hacia la muerte; se ha manifestado que en sujetos del norte de Irlanda donde los disturbios sociales habían sido intensos mostraron mayor ansiedad hacia la muerte en lo que se refiere a lo corto de la vida, a la visión de un cadáver y a la posibilidad de contraer cáncer; tres factores que están relacionados con la violencia social predominante y por los altos índices de cáncer en la población; en contraste con canadienses, los cuales presentaban mayor ansiedad hacia la muerte a nivel cognitivo. Esto se explica por el hecho de que los sujetos que han estado expuestos a un ambiente amenazante contra la vida durante largo tiempo reprimen sus cogniciones relacionadas con la muerte (Lonetto & Templer, 1983).

También en referencia a situaciones vivenciales y ansiedad hacia la muerte, las personas que han sufrido accidentes en los que estuvieron en peligro de muerte, no difirieron en la puntuación de la Escala de Ansiedad hacia la Muerte con respecto a sujetos

control; sin embargo, presentaron desviaciones estándar mucho mayores, lo que es explicado por el uso de mecanismos de defensa (Lonetto & Templer, 1983).

Con respecto a la ocupación que desempeñan las personas; ya sea estando en contacto con situaciones que involucran a la muerte tales como empleados de funerarias, cuidadores de enfermos terminales, enfermeras de pacientes moribundos, trabajadoras sociales que tratan con las familias de pacientes terminales; y su variabilidad en el nivel de ansiedad hacia la muerte, no se han encontrado diferencias significativas (Lonetto & Templer, 1983). Lattanner & Hayslip (1985) encontraron que en las mediciones de ansiedad general y en las de ansiedad hacia la muerte no había diferencias entre los grupos en los cuales había diversos individuos relacionados con cursos o profesiones que tienen estrecha relación con aspectos en relación a la muerte. En otro estudio en donde se compararon sujetos que tenían una profesión o actividad relacionada con la muerte y otros que no la tenían, la ansiedad hacia la muerte fue mayor en el primer grupo en las escalas de miedo a la muerte de Collett y Lester, en una prueba de oraciones incompletas y en pruebas de imágenes. Sin embargo, en la Escala de Ansiedad hacia la Muerte y en la dimensión relacionada con la separación en la prueba de oraciones incompletas se manifestaron puntuaciones un poco más altas en el segundo grupo. Empero, las puntuaciones de la Escala de Ansiedad hacia la Muerte, en las escalas de Collett y Lester relacionadas con la muerte o el morir propio, en las medidas de fantasía y en las dimensiones de la mención encubierta de la muerte y de daño o enfermedad en la prueba de oraciones incompletas no difirieron significativamente entre las ocupaciones; no obstante, fueron encontradas diferencias importantes relacionadas con la ocupación, con mayor puntaje en el grupo relacionado con la muerte con respecto a la muerte y el morir de otros, en el área de control y metas y objetivos en la prueba de oraciones incompletas. De estos resultados, los autores interpretan que la negación de miedos relacionados con la muerte de otros parece ocurrir más a menudo, en promedio en el grupo no relacionado con la muerte y alternativamente aquellos que se encuentran en el grupo relacionado con la muerte parecen estar sobresensibilizados a la muerte (Lattanner & Hayslip, 1985). Thorson (1977) realizó una investigación con estudiantes no graduados de diversas carreras para saber si existía alguna relación entre la carrera en particular y la ansiedad hacia la muerte encontrando que solamente los estudiantes de Trabajo Social mostraron una ansiedad hacia la muerte significativamente mayor y que los estudiantes del Colegio de Negocios puntuaron significativamente más bajo en comparación con los estudiantes de otros grupos.

Acerca de las características de personalidad que parecen ser de los más importantes determinantes del miedo a la muerte, evidencia empírica revela que en un nivel consciente verbal, la gente en la cultura occidental no parece estar seriamente preocupada con pensamientos acerca de la muerte. Empero, la muerte juega un papel importante en nuestras vidas a nivel inconsciente. Esto se demostró en un experimento donde se midió la respuesta psicogalvánica y los resultados mostraron que ante las palabras relacionadas con la muerte hubo un mayor periodo de latencia, es decir, mayores respuestas afectivas y emocionales (Lester, 1967).

Con respecto a los factores de personalidad medidos a través del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI por sus siglas en inglés) que se han encontrado relacionados con la ansiedad hacia la muerte, se ha manifestado que una alta ansiedad hacia la muerte se encuentra acompañada de otras formas de ansiedad e introversión en estudiantes universitarios (Lonetto & Templer, 1983). Esto también lo manifestaron Lattanner & Hayslip (1985) mencionando que las puntuaciones de ansiedad

general correlacionan positivamente con las puntuaciones de ansiedad hacia la muerte. En pacientes psiquiátricos se encontraron correlaciones fuertes para la esquizofrenia, desorden obsesivo - compulsivo y depresión; lo cual corrobora lo manifestado por otras investigaciones en las cuales los sujetos con las psicopatologías antes mencionadas tenían problemas con aspectos relacionados con la muerte (Lonetto & Templer, 1983).

Templer y Lester (1974), realizaron una prueba de correlación entre los reactivos del MMPI y los de la Escala de Ansiedad hacia la Muerte para saber si se podía derivar una escala de ansiedad hacia la muerte dentro del MMPI; los investigadores encontraron que los reactivos que correlacionaron fueron aquellos que tenían que ver con introversión, preocupación, ansiedad, preocupación acerca de la enfermedad y el dolor y falta de auto - confianza; sin embargo, se concluyó que no era plausible derivar una medición de la ansiedad hacia la muerte a partir del MMPI debido a la escasez de reactivos que correlacionaron con la ansiedad hacia la muerte.

Florian; Mikulincer y Green (1994), trataron de averiguar el patrón de relaciones entre las diversas expresiones del miedo a la muerte personal y el perfil del MMPI y qué tanto y cómo este patrón podría ser influenciado por las pérdidas personales; los sujetos fueron hombres de 40 a 55 años, israelíes judíos, trabajadores gubernamentales. Los resultados indicaron que los factores situacionales contribuyen a las expresiones del miedo a la muerte y a sus relaciones con manifestaciones de desajuste psicológico. A través de una inspección cuidadosa de los datos, se reveló la existencia de asociaciones complejas entre expresiones particulares del miedo a la muerte personal y escalas específicas del MMPI; dentro de estas asociaciones encontradas, se manifestó que puntajes altos en el miedo a la muerte personal debido a consecuencias para la familia y amigos, estaban relacionadas con puntajes más altos en la escala de masculinidad - femineidad del MMPI; además, puntajes altos en el miedo a la muerte debido a la pérdida de identidad social estaban relacionadas con puntajes bajos en la escala de defensividad del MMPI así como en la escala de introversión social. De estos resultados, los investigadores explican que la asociación entre el miedo a la muerte personal y el desajuste psicológico puede ser visto desde dos perspectivas complementarias; la primera enfatiza una relación general entre el miedo a la muerte personal y el desajuste; la segunda pone de manifiesto que contenidos psicológicos específicos del miedo a la muerte personal pueden reflejar preocupaciones específicas similares dentro de los dominios de vida del individuo. Las hipótesis pueden complementarse, reflejando la existencia de un factor no - específico de desajuste debajo del miedo a la muerte personal junto con preocupaciones específicas relacionadas con contenidos particulares de tal temor. Ahora bien, en lo que se refiere la influencia mediadora de las pérdidas, solamente entre aquellos hombres maduros que no experimentaron una pérdida personal (esposa, padres, otros miembros de la familia, y / o amigos cercanos) se encontró el MMPI significativamente asociado con los factores del miedo a la muerte personal (auto - aniquilación, pérdida de auto - satisfacción, consecuencias para familia y amigos, pérdida de identidad social y naturaleza desconocida de la muerte); en contraste, esta asociación no fue significativa entre aquellos hombres maduros quienes experimentaron pérdidas personales en este periodo. Estos resultados implican que cuando factores situacionales explícitos no demandan al individuo encarar su mortalidad personal, signos específicos y no específicos de desajuste subrayan las expresiones del miedo a la muerte personal.

Por otra parte, los hombres maduros que experimentaron pérdidas no tuvieron un incremento concomitante en el desajuste. Estos sujetos no mostraron diferencias

significativas ni un patrón específico en el MMPI; sin embargo, los hombres que tuvieron pérdidas personales revelaron puntuaciones más altas en casi todos los aspectos del miedo a la muerte personal comparados con aquellos que no experimentaron ninguna pérdida. La única excepción fue el miedo a la muerte personal debido a las consecuencias de la muerte para la familia y amigos que parece ser característica de la transición de la mitad de la vida. Parece ser que la pérdida de sujetos significativos puede retar a la ilusión de seguridad del hombre maduro y puede guiarlo al conocimiento de la realidad de su propia muerte como parte del proceso de desarrollo. En general, los hombres maduros mostraron tener más miedo a la muerte personal debido a las consecuencias de la muerte para la familia y amigos que debido a las consecuencias para la auto - satisfacción. Esto manifiesta que en la edad madura parece surgir la ansiedad o miedo hacia la muerte relacionada a sentimientos de responsabilidad y cuidado de la propia familia y personas amadas mientras que disminuyen las preocupaciones hacia la muerte relacionadas con razones más egocéntricas como la pérdida de auto - satisfacción (Florian; Mikulincer y Green., 1994).

Thorson (1977), en un estudio trató de determinar correlaciones de personalidad y aspectos demográficos con el miedo a la muerte en estudiantes graduados y no graduados de diversas carreras con una edad media de 23 años, la escala de ansiedad hacia la muerte estuvo compuesta por las escalas de Nehrke, Templer y Boyar. Se encontraron correlaciones positivas entre la ansiedad hacia la muerte y la característica de personalidad de ayuda a otros; correlaciones negativas entre exhibicionismo y ansiedad hacia la muerte; correlaciones negativas entre tolerancia y ansiedad hacia la muerte y entre agresión y ansiedad hacia la muerte. No se encontraron correlaciones significativas para la edad o para el nivel de estudios de los estudiantes. De este estudio se podría sintetizar que la persona con poca ansiedad hacia la muerte es más masculina, asertiva y pragmática y por el contrario, la persona con mayor ansiedad hacia la muerte es más femenina, pasiva y empática.

Kuperman y Golden (1978), encontraron que la preocupación hacia la muerte y la ansiedad hacia la muerte correlacionaban positivamente. La preocupación o ansiedad hacia la muerte se encuentra relacionada significativamente con el nivel general de ansiedad del individuo. Además, los sujetos con alta ansiedad hacia la muerte tienden a atribuir más importancia a factores externos que a factores internos. Otro hallazgo importante de esta investigación fue que no se apreciaron diferencias significativas que pudieran discriminar entre la ventaja de una escala sobre otra (Escala de Ansiedad hacia la Muerte y Escala de Preocupación hacia la Muerte).

Neimeyer y Chapman (1981), realizaron una investigación acerca de la influencia que podría tener la discrepancia en el yo ideal en el miedo a la muerte; estos autores explican que se podría esperar que una persona se refiere a su muerte como amenazante en la medida en que tal persona ve sus proyectos primarios de vida incompletos. De esta manera, para el individuo que mantiene sus ideales centrales sin realizar, la muerte amenaza con destruir aquellas expectativas que le dan significado a su vida, aborta el desarrollo de una identidad deseada que se mantiene sin nacer. En contraste, para el individuo que ha realizado sus principales proyectos, la muerte es una fuente de menor ansiedad; puntualiza apropiadamente una vida con significado que ha permitido al yo aproximarse a sus ideales escogidos. Partiendo de estas ideas la investigación de Neimeyer y Chapman buscó demostrar empíricamente la relación entre el logro de los proyectos de vida y el miedo a la muerte. Operacionalmente, la extensión de la realización de las propias posibilidades fue medida por el grado de discrepancia entre los ideales proyectados del

individuo y su autoevaluación presente. Los resultados mostraron que los individuos que mantenían sus proyectos de vida sin realizar reportaron significativamente mayor aprehensión general hacia la muerte en contraste con sus contrapartes que habían cumplido sus proyectos de vida. Finalmente, la discrepancia yo/ideal parece encontrarse relacionada más fuertemente a la ansiedad general acerca de la mortalidad y al miedo específico del estado de no - ser que a las preocupaciones con respecto al proceso de morir.

Aronow y cols. (1981), estudiaron la relación de la valoración del yo con el miedo a la muerte; basaron su estudio en la hipótesis de que la extensión en que el yo es valuado debería estar positivamente relacionado con la ansiedad hacia la muerte ya que el ser humano trata de preservar o extender objetos que valora en gran medida pero aquellos de poco valor son tratados con indiferencia o destruidos. Partiendo de lo anterior, el estudio buscó relacionar la ansiedad hacia la muerte con varias medidas de actitudes con respecto al yo; estas fueron auto - aceptación, bienestar, autoestima, y reactivos que obtenían los sentimientos de logro y la extensión del afecto positivo. Los resultados indicaron que los individuos que tienen sentimientos positivos hacia ellos mismos y sus vidas no están más temerosos de morir; en realidad, sucede lo contrario; la ansiedad hacia la muerte se encuentra negativamente relacionada tanto con la autoestima medida por la discrepancia yo/ideal como con el sentimiento de bienestar. Los autores explican que las correlaciones negativas encontradas en el estudio pueden ser atribuidas al neuroticismo entre los participantes ya que los sentimientos negativos hacia el yo son característicos del neuroticismo y este a su vez se encuentra relacionado positivamente con las puntuaciones de la Escala de Ansiedad hacia la muerte. Un análisis más profundo de los hallazgos llevó a los autores a hacer referencia a la teoría de Frankl acerca del sentido de la vida y de la muerte, en donde se menciona que el sentido de la propia vida es favorecido conforme uno mismo encuentra sentido en la contemplación de la propia muerte. Así, se esperaría que los individuos que encuentran más propósito y sentido en sus vidas tengan menor miedo a la muerte. Por otro lado, los sujetos que han sentido que han experimentado una vida de privaciones físicas y emocionales, pueden también sentir que morir en el momento actual sería intolerable debido a que no han conseguido lo que quieren. De esta manera, si un individuo encuentra más propósito en su vida, tendrá más sentimientos positivos hacia él mismo y su vida.

Dentro de este mismo tipo de investigaciones acerca de las actitudes con respecto al yo y la ansiedad hacia la muerte, Vargo y Batsel (1981) realizaron un estudio para averiguar si existía una relación entre la auto - realización y la ansiedad hacia la muerte; los sujetos fueron mujeres universitarias no graduadas de enfermería que participaron en un estudio de educación sobre la muerte. Usando la Escala de Ansiedad hacia la Muerte y el Inventario de Orientación Personal, se encontraron correlaciones negativas significativas entre puntuaciones de la subescala de auto - aceptación; puntuaciones de la subescala de naturaleza del hombre constructivo; puntuaciones de la competencia del tiempo y ansiedad hacia la muerte. Esto se explica por el hecho de que una elevada auto - aceptación indica la habilidad para aceptar las propias debilidades y fortalezas, mientras que una baja aceptación implica una falta de tal habilidad. Una alta puntuación de la naturaleza del hombre - constructivo indica una visión positiva de la naturaleza humana y una resolución de sus dicotomías mientras que una puntuación baja indica una visión negativa y una ausencia de tal entendimiento sinérgico. Finalmente, un puntaje elevado de la competencia del tiempo indica una orientación en el presente, y una baja puntuación una orientación hacia el pasado o el futuro. Así, un bajo nivel de ansiedad hacia la muerte aparece como

asociado con una mayor aceptación de uno mismo, una visión más positiva de la naturaleza humana, y una orientación más fuerte hacia la vida en el presente.

Neufeldt y Holmes (1979), realizaron un estudio para saber si existía una relación entre características de personalidad y el miedo a la muerte, dentro de la introducción de su investigación explican que el miedo a la muerte, o la ansiedad hacia la muerte, es un factor complejo y que fluctúa con eventos ambientales tales como la muerte de un amigo o pariente, o con la propia edad. También, el miedo a la muerte puede ser experimentado con intensidad variable en diferentes momentos; y, para algunos, el miedo de morir es sentido conscientemente, mientras que para otros no es consciente, pero se encuentra presente en el reino de lo inconsciente. Los sujetos de esta investigación fueron estudiantes universitarios de psicología; se le aplicó el Cuestionario de 16 Factores de Personalidad Forma A (16 PF por sus siglas en inglés) y la Escala de Ansiedad hacia la Muerte. Los resultados de los análisis indicaron que 5 de los 16 factores de personalidad correlacionaron con el miedo o la ansiedad hacia la muerte. Se hicieron tres grupos dependiendo del puntaje, así, había un grupo de ansiedad hacia la muerte alta, otro grupo de ansiedad hacia la muerte media y uno más de ansiedad hacia la muerte baja. El grupo con mayor ansiedad hacia la muerte era significativamente más fácilmente afectado y contrariado por aspectos sentimentales en comparación con los grupos de ansiedad hacia la muerte media y baja. El grupo con mayor ansiedad hacia la muerte mostró ser significativamente menos confiable o más suspicaz con respecto a los grupos de ansiedad hacia la muerte media y baja. El grupo con mayor ansiedad hacia la muerte mostró ser significativamente más aprehensivo, tendiente a la culpa y preocupado en comparación con el grupo de menor ansiedad hacia la muerte. Los sujetos con mayor ansiedad hacia la muerte eran relativamente menos socialmente precisos y controlados en comparación con los sujetos con baja ansiedad hacia la muerte. También los sujetos con mayor ansiedad hacia la muerte se encuentran más tensos y frustrados en comparación con los sujetos con baja ansiedad hacia la muerte. Los autores concluyen con respecto a sus resultados que el hecho de que todos los grupos obtuvieran puntuaciones medias o cercanas al promedio en lo que se refiere a características de personalidad, y aunque se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, las diferencias no son dramáticas. De esta manera, como los datos en este estudio no permiten sostener inequívocamente que toda la gente psicológicamente normal teme a la muerte, los resultados muestran que la gente con alta ansiedad hacia la muerte no es necesariamente anormal, al menos en las características de personalidad estudiadas.

En otro estudio donde también se investigaron aspectos de la personalidad y su relación con los conceptos de muerte y religiosidad, Westman y Brackney (1990) aplicaron el Cuestionario de 16 Factores de Personalidad (16 PF) y el cuestionario de actitud hacia la muerte y extensión del yo a sujetos universitarios, trabajadores de la universidad y asistentes a una iglesia local. Los investigadores encontraron que un mayor miedo a la muerte correlacionó con una alta tendencia a la culpa y en los estudiantes no graduados, con un bajo nivel de fuerza del yo; no correlacionó con impulsividad o con ansiedad libremente flotante; sin embargo, el miedo a la muerte fue relativamente bajo. El miedo a la muerte también estuvo correlacionado positivamente con la frecuencia del pensamiento acerca de la muerte; este último factor también estuvo asociado con la propensión a la culpa e independientemente de la edad con tener poca fuerza yóica, pero no con impulsividad o con ansiedad libre - flotante. Un mayor miedo a la muerte fue asociado con negación de la muerte y del morir. Acerca del miedo a la muerte y el concepto de la muerte, se encontró que un mayor miedo a la muerte está relacionado con la concepción de la muerte como algo

no natural, como una pared y no un portal, con frío y no con calor y como algo no neutral. El neuroticismo no se relacionó con el concepto de muerte, excepto en aquellos quienes eran más propensos a la culpa veían la muerte como algo no natural. El neuroticismo tampoco se relacionó con la religiosidad. Los autores concluyen que el miedo a la muerte fue asociado con negación de esta, con la propensión a la culpa, con poca fuerza yóica en la juventud pero no con impulsividad o con ansiedad en general; esto sugiere que el miedo a la muerte no es una característica neurótica y que sólo individuos con estilos neuróticos específicos temen a la muerte. Un aspecto importante de este estudio es la ausencia de relación entre el miedo a la muerte y la ansiedad libre - flotante, lo que sugiere que el miedo a la muerte es un miedo muy específico.

Por otra parte, en la Escala de Neuroticismo del Inventario de Personalidad de Eysenek se encontró una relación positiva con respecto a la ansiedad hacia la muerte; también se encontró una relación positiva entre la ansiedad hacia la muerte y el locus de control externo. Existe una relación inversa entre propósito de vida y ansiedad hacia la muerte. También el componente de la preocupación acerca de el tiempo y el deseo de controlarlo se encuentra íntimamente relacionado con una alta ansiedad hacia la muerte, así la consciencia del tiempo es, de hecho, un componente de la ansiedad hacia la muerte en sí misma, así como lo es la preocupación acerca del deterioro corporal (Lonetto & Templer, 1983).

A través de el Índice de Preferencias Personales Edwards, se encontró que las personas que manifiestan menor ansiedad hacia la muerte se caracterizan por ser más masculinas, asertivas y pragmáticas; mientras que las personas con mayor ansiedad hacia la muerte son más femeninas, pasivas y empáticas. De esta manera se puede ver que las personas con mayor ansiedad hacia la muerte no sólo se encuentran caracterizadas por mayor grado de psicopatología sino también por mayor sensibilidad emocional (Lonetto & Templer, 1983).

La relación entre autoestima y miedo a la muerte fue estudiada por Davis, et. al., (1978), encontrando que en hombres y mujeres estudiantes no graduados de universidad, los sujetos con baja autoestima presentan puntajes más altos en el miedo a la muerte en comparación con los sujetos con alta autoestima; en la muestra había hombres y mujeres de raza blanca y negra, la relación entre autoestima baja y alta y ansiedad hacia la muerte fue significativa en todos los grupos excepto en las mujeres de raza negra. Las mujeres de raza blanca con baja autoestima tuvieron puntuaciones significativamente más altas en la ansiedad hacia la muerte en comparación con las mujeres de raza negra con baja autoestima. Los hombres de raza blanca y negra con alta autoestima presentaron una ansiedad hacia la muerte significativamente menor en comparación con todos los subgrupos femeninos. Los hombres negros con baja autoestima tienen una ansiedad hacia la muerte significativamente menor que los hombres blancos con baja autoestima. Con respecto a la ansiedad hacia la muerte se puede apreciar que la autoestima puede ser un factor importante y no solamente el género ya que las mujeres con alta autoestima presentan una ansiedad hacia la muerte menor o casi igual en comparación con los hombres con baja autoestima.

Dentro de otras las características de personalidad que se encuentran relacionadas con la ansiedad hacia la muerte; se ha encontrado una fuerte correlación entre depresión y ansiedad hacia la muerte, por lo cual, esta última parece ser en algunos casos un componente esencial dentro del proceso depresivo (Lonetto & Templer, 1983). Sin embargo, dentro de la depresión hay un tipo especial llamado depresión hacia la muerte, la cual fue estudiada por Siscoe y cols. (1992); estos autores explican que la depresión general



no tiene una correlación significativamente alta con la depresión hacia la muerte y que la ansiedad general no tiene una correlación significativamente alta con la ansiedad hacia la muerte. Además, encontraron que la asociación positiva entre ser mujer y tener mayor ansiedad hacia la muerte fue significativamente mayor que la asociación positiva entre ser mujer y tener mayor depresión hacia la muerte. Se halló que la depresión hacia la muerte disminuye con la edad más que la ansiedad hacia la muerte. La depresión hacia la muerte se encuentra más altamente correlacionada con el no vivir con alguien significativo que la ansiedad hacia la muerte; finalmente, el nivel de tensión psicológica relacionada con la muerte no se encontró relacionada con el predominio de depresión hacia la muerte o de ansiedad hacia la muerte por lo que se concluye que aunque el estímulo sea el mismo, la manera de experimentarlo es distinto. Así, aunque la depresión correlacione positivamente y significativamente con la ansiedad hacia la muerte en algunos estudios, esto no debería generalizarse ya que existen varios tipos de depresión y dentro de estos, algunos como se mostró en la investigación de Siscoe y cols. no tienen asociaciones significativas con la ansiedad hacia la muerte, por lo cual las "constelaciones" de personalidad no deberían considerarse como realidades absolutas.

En un estudio acerca de la relación entre la necesidad de logro y el miedo a la muerte, no se encontró una asociación entre estas dos variables. Sin embargo, la mayoría de los sujetos eran jóvenes por lo cual esta variable pudo haber influido y existe la posibilidad de que si exista una asociación entre una población de edad avanzada para la cual la decisión acerca de metas y el alcance de estas sea más firme. Esto se hipotetiza debido a que en otras investigaciones se explica que aquellos que tenían una alta necesidad de logro tendrían también un alto miedo a la muerte debido a que si la necesidad de logro es alta, entonces la muerte se volvería un obstáculo sobre el derecho de vivir y de triunfar (Lester, 1970).

Elkins y Fee (1980) realizaron una investigación para saber si existían relaciones entre la ansiedad física definida como una preocupación acerca de la condición del propio cuerpo que se distingue de las variables de personalidad psiconeurótica; la ansiedad hacia la muerte y la edad. Los autores explican que en el proceso normal de enfermedad, los humanos experimentan cambios en la salud y en el funcionamiento psicológico que podrían dar lugar a cambios en la ansiedad física y que también la ansiedad acerca de la condición del propio cuerpo puede dar lugar a un correspondiente incremento en la preocupación acerca de la propia muerte. Los sujetos de la investigación fueron estudiantes universitarios con una edad media de 21 años. Los resultados indican que un incremento en la ansiedad física se encuentra asociada con un nivel alto de ansiedad hacia la muerte. No se obtuvo correlación entre la ansiedad hacia la muerte y la edad. Se obtuvo una correlación negativa entre la ansiedad física y la edad lo que sugiere un decremento en la ansiedad física conforme aumenta la edad. Esto se explica por la gran ansiedad que existe en la adolescencia y en principio de la edad adulta con respecto a la apariencia. Sin embargo, en edades muy avanzadas podría esperarse un aumento en la ansiedad física debido a la presencia de diversas enfermedades. Así que la ansiedad física puede ser un factor más que influya en la ansiedad hacia la muerte y a su vez tal factor puede estar influido por variables tales como la edad y la condición física.

En relación a los aspectos conductuales en los cuales podría influir el nivel de ansiedad hacia la muerte se ha demostrado que algunas actividades de alto riesgo como el motociclismo son practicadas por sujetos con una ansiedad hacia la muerte baja; en referencia a ciertos hábitos peligrosos para la salud como el tabaquismo, se manifestó que

los fumadores que más cigarros consumían en un día presentaban menor ansiedad hacia la muerte; sin embargo, en otro tipo de adicciones como a la heroína no se encontraron diferencias significativas entre los adictos y los no adictos o entre los muy adictos y los poco adictos. En otras actividades que tienen que ver con el trato con pacientes moribundos como la enfermería se manifestó que las enfermeras experimentadas presentaban menor ansiedad hacia la muerte que las no experimentadas, empero, en el caso de estas últimas, aquellas que presentaban mayor ansiedad hacia la muerte evitaban involucrarse en proyectos que tuvieran que ver con el trato con pacientes moribundos (Lonetto & Templer, 1983). Lattanner & Hayslip (1985) mostraron que los médicos con mayor ansiedad hacia la muerte tienden a usar medidas heroicas para mantener a los pacientes terminales vivos. De esta manera; la ansiedad hacia la muerte es benéfica o perjudicial para el individuo o para el medio que le rodea dependiendo de la ocupación o actividad que realice, ya que sería difícil concebir a un corredor de automóviles eficaz con una alta ansiedad hacia la muerte.

Continuando con características conductuales y ansiedad hacia la muerte, se hizo una investigación con sujetos con un intento reciente de suicidio; el objetivo de este estudio fue saber si la ansiedad hacia la muerte estaba relacionada con el grado de letalidad del intento de suicidio, con el número de intentos de suicidio y conocer si existían diferencias en la ansiedad hacia la muerte entre hombres y mujeres con intentos suicidas. Se encontró que el riesgo y la letalidad del intento suicida no estaban relacionados con la ansiedad hacia la muerte, aunque existe una relación positiva entre el potencial de rescate y la ansiedad hacia la muerte. La comparación de hombres y mujeres para las frecuencias de suicidio y de ansiedad hacia la muerte no fueron significativas, a pesar de que los hombres reportaron un poco más de ansiedad hacia la muerte después de una tentativa. Además, no se encontraron diferencias en la ansiedad hacia la muerte entre los que intentaron suicidarse por primera vez o los que lo habían intentado varias veces. Del grupo de mujeres un 33% había intentado suicidarse varias veces, de los hombres 25% sólo una vez había intentado suicidarse; la ansiedad hacia la muerte no varió entre estos grupos (Tarter, R. E.; Templer, D. I.; Perley, R. L., 1974).

Sobre los patrones de conducta y en particular acerca de las preferencias sexuales, Templer y cols. (1984), realizaron una investigación en donde se evaluó la ansiedad hacia la muerte en hombres y mujeres homosexuales y heterosexuales. Se encontró que hombres y mujeres homosexuales tuvieron casi idénticas puntuaciones en la Escala de Ansiedad hacia la Muerte, esto contrasta con los resultados obtenidos en relación a la mayor ansiedad hacia la muerte en las mujeres en poblaciones heterosexuales. El parecido del nivel de ansiedad hacia la muerte entre marido y mujer heterosexuales tiene su paralelo en el parecido de la ansiedad hacia la muerte en amantes homosexuales. Las correlaciones entre la puntuación de la Escala de Ansiedad hacia la Muerte y la edad, son casi siempre cercanas a cero en heterosexuales, y lo mismo se presentó en esta investigación con homosexuales. Los autores de la investigación explican que a pesar de que los participantes en este estudio fueron seleccionados como representativos de todos los homosexuales, es notable que su media en la Escala de Ansiedad hacia la Muerte se encuentra en el rango medio de la media reportada para sujetos heterosexuales no pertenecientes a muestras psiquiátricas. Así, si los homosexuales son "anormales" esto no se reflejó en las puntuaciones de la Escala de Ansiedad hacia la muerte.

Ahora bien, las investigaciones anteriores reportan sobre todo hallazgos de análisis de resultados de aplicaciones de instrumentos que miden la ansiedad hacia la muerte en un nivel consciente, pero es importante también conocer la ansiedad hacia la muerte a nivel

inconsciente ya que según Feifel y Branscomb (1973), en un estudio realizado para saber el nivel de ansiedad hacia la muerte tanto a nivel consciente como inconsciente, se descubrió que había diferentes reacciones psicológicas hacia la muerte en los diferentes niveles. A nivel consciente, la respuesta dominante al miedo a la muerte es repudio, es decir, no se acepta el temor a la muerte, mientras que a nivel inconsciente es de negatividad abierta, es decir el temor a la muerte es percibido como negativo pero no se le repudia ni se niega. Este aparente contrabalance de evitación - aceptación de la muerte personal muy probablemente sirve a poderosas necesidades adaptativas, permitiéndole al sujeto a mantener relaciones sociales y al mismo tiempo organizar los propios recursos para lidiar con la muerte inminente. Las personas más religiosas y las más ancianas aunque a nivel consciente mostraron una mayor capacidad para percibir a su propia muerte como positiva, a nivel inconsciente sucumbía a la ansiedad. Así, queda claro que la medición de la reacción ante la muerte debe de utilizar instrumentos que capturen los diferentes niveles de percepción.

Lo anterior como ya se ha explicado, fue sustentado en primera instancia por Freud (1915) en su artículo Sobre la Guerra y la muerte, en el cual sustenta que la muerte propia no se puede concebir, "en el fondo nadie cree en su propia muerte, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad".

Con respecto al estudio de la muerte desde diferentes perspectivas, Muñoz García (1993), dice que, como toda experiencia humana, la muerte tiene que ser evaluada y valorada dentro de un marco de orientación que tome en cuenta la naturaleza consciente, inconsciente, intencional y social de las actividades de un individuo en su orientación con los demás ya que conocer mejor a la muerte es reducirla a su justo lugar y medida.

Acercá de la importancia de la medición de la ansiedad inconsciente o encubierta hacia la muerte, evidencia disponible sugiere que existen una cantidad de hallazgos comunes en la valoración de la ansiedad consciente hacia la muerte, por ejemplo; método de administración, exigencia social, y estado contra rasgo relacionado con aspectos del miedo a la muerte, lo cual hace difícil interpretar con precisión manifestaciones conductuales reportadas de tal miedo (pérdida de apetito, dificultad en el completamiento de tareas). Consecuentemente, un acercamiento proyectivo eliminaría tal ambigüedad del origen de la conducta acerca de si está o no relacionada con la muerte (Lattaner y Hayslip, 1985).

En su investigación, Lattaner y Hayslip (1985), muestran la importancia de la diferenciación entre la ansiedad consciente hacia la muerte y la ansiedad inconsciente hacia la muerte ya que mientras las puntuaciones de la Escala de Ansiedad hacia la Muerte de Templer, las Escalas de Collett-Lester de Miedo a la Muerte relacionadas con el morir o la muerte propia, las medidas de fantasía, y las dimensiones de mención encubierta de la muerte, y daño o enfermedad no variaron con el tipo de ocupación; se encontraron importantes diferencias relacionadas con la ocupación (favoreciendo al grupo con una ocupación relacionada con la muerte) en las dimensiones relacionadas con la muerte y el morir de otros, con la pérdida de control y en menor extensión para metas o logros.

Con respecto a los factores educativos e inconscientes que pueden tener influencia en la ansiedad hacia la muerte, Hayslip; Galt y Pinder (1994) explican que la educación sobre la muerte puede favorecer nuestras vidas permitiéndonos examinar la calidad de nuestras relaciones y confrontar nuestra mortalidad. A través de la educación sobre la muerte se puede apreciar de una mejor manera el entrecruzamiento de la vida y la muerte y entender más totalmente asuntos que deben ser considerados en las decisiones que se hacen

sobre la vida y la muerte. Empero, la educación sobre la muerte se basa más bien en cursos teóricos, talleres o minicursos, los cuales cambian un poco las actitudes hacia la muerte pero no los sentimientos hacia esta. Además, la mayoría de los programas de educación sobre la muerte sólo toman en consideración el aspecto consciente de la ansiedad hacia la muerte tratando de disminuirla con la esperanza de que los individuos serán más capaces de lidiar con su propia muerte y la de otros más efectivamente; además se supone que estos individuos deberían ser más capaces de conducirse en términos de sus propias actitudes, sentimientos, emociones y valores con respecto a asuntos relacionados con la muerte. Sin embargo, este último objetivo es inapropiado ya que no toma en consideración los significados personales de la complejidad del inconsciente que para cada individuo son distintos. También se ha fallado en reconocer las numerosas influencias en los autoreportes acerca de la ansiedad hacia la muerte. Lo anterior sugiere que para una valoración adecuada de los efectos de la educación sobre la muerte, los miedos hacia la muerte deben ser medidos tanto a nivel consciente como inconsciente. Tomando en consideración lo anterior, los investigadores estudiaron la ansiedad hacia la muerte tanto a nivel consciente como inconsciente en sujetos pertenecientes a dos grupos distintos, subdivididos a su vez en cuatro grupos; un grupo llamado de tratamiento que incluyó un grupo control en donde los sujetos no tenían contacto en su vida cotidiana con aspectos de la muerte o el morir y; un grupo experimental donde los sujetos tenían contacto en su vida cotidiana con aspectos de la muerte y el morir y/o asistían a un curso sobre la muerte y el morir; otro grupo llamado de estilo; estaba constituido por un grupo de estudiantes de un curso acerca de la muerte y el morir pero no tenían contacto experiencial con aspectos de la muerte (grupo didáctico) y; por otro grupo constituido por personas quienes trabajaban atendiendo diariamente a pacientes moribundos o en peligro de morir (grupo experiencial). Los resultados indicaron la importancia de la medición de los aspectos inconscientes del temor a la muerte ya que únicamente en este nivel se encontraron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo de estilo, encontrándose mayor miedo hacia la muerte a nivel inconsciente en el subgrupo experiencial en comparación con los otros subgrupos. Los investigadores explican que la ventaja principal de la educación didáctica sobre la muerte parece ser la reducción de la negación, permitiendo la expresión de miedos reprimidos, especialmente aquellos relacionados con la pérdida de control, existencia/estancamiento, daño/enfermedad, dolor/sufrimiento, castigo/rechazo, y acerca del futuro. Así, los datos sugieren que el impacto de la educación sobre la muerte parece ser especialmente importante para las personas que confrontan aspectos de la muerte y el morir en un ambiente didáctico, donde los individuos son motivados a participar tanto emocionalmente como cognitivamente, y donde evidentemente los miedos inconscientes pueden ser traídos a la superficie, experimentados y explorados conscientemente. Sin embargo, los aspectos inconscientes de pérdida de metas y logros y separación/aislamiento no fueron disminuidos, lo cual indica que en este caso la negación pudo haber sido un mecanismo adaptativo en acción. De estos datos se concluye que es de especial importancia la educación didáctica acerca de la muerte en aquellos individuos que trabajan diariamente con aspectos de la muerte y el morir, ya que el no poner atención a su dinámica intrapsíquica con respecto a su propia muerte, puede provocar que sus temores inconscientes afecten adversamente la calidad de atención a otros. Así, el que atiende a personas moribundas o cualquier individuo que es educado sobre la muerte es beneficiado de la experiencia, especialmente de métodos formalizados de educación sobre la muerte ya que la confrontación con asuntos relacionados con la muerte puede guiar al crecimiento personal en donde uno puede

realizarse. De esta manera, cuando los individuos son capaces de pensar acerca de su propia mortalidad, es más probable que actúen sobre la base del valor primordial de sus relaciones amorosas y otros aspectos intangibles de la vida.

Dentro de las investigaciones realizadas con el afán de probar métodos que disminuyeran la ansiedad hacia la muerte; Peal, Nadal y Gilmer (1982), probaron un método de desensibilización sistemática en sujetos con alta ansiedad hacia la muerte manifestada en la Escala de Ansiedad hacia la Muerte de Templer, los resultados manifestaron que a los sujetos a quienes se les aplicó el método de desensibilización sistemática acompañada por relajación disminuyeron más su ansiedad hacia la muerte en comparación con aquellos a los que solamente se les aplicó desensibilización sistemática o relajación. Por lo cual, este método conductual puede ser un auxiliar en las estrategias de educación sobre la muerte.

#### 4.3. ESTUDIOS SOBRE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN PERSONAS CON VIH/SIDA.

Los pacientes seropositivos al VIH/SIDA sufren un nivel alto de malestar subjetivo tal como lo es la ansiedad, miedo, depresión, desesperanza, y culpa. Específicamente, la ansiedad hacia la muerte es una variable que aparentemente podría estar relacionada con la proximidad de la muerte y el inestable y a veces impredecible estado de salud; sin embargo, reportes de diversos estudios han mostrado que no hay una relación negativa entre la integridad somática y la ansiedad hacia la muerte, es decir, no necesariamente existe mayor ansiedad hacia la muerte conforme el estado de salud empeora o se modifica como consecuencia de una enfermedad o infección (Neimeyer, 1997). Es por ello que no se debe suponer que los pacientes seropositivos al VIH/SIDA presentan una ansiedad hacia la muerte alta.

Con respecto a lo anteriormente mencionado, Franks y cols. (1991); realizaron un estudio donde se pretendió relacionar variables religiosas con la ansiedad hacia la muerte en hombres homosexuales diagnosticados con SIDA y en hombres homosexuales no diagnosticados con SIDA o seropositivos al VIH. Se utilizó un inventario de religiosidad; preguntas que valoraron la autclasificación de salud; una pregunta acerca de si habían tenido un compañero o amigo diagnosticado con SIDA y, la Escala de Ansiedad hacia la Muerte de Templer. Los resultados indicaron que los hombres homosexuales con SIDA mostraron mayor ansiedad hacia la muerte en comparación con los hombres homosexuales sin SIDA. Además, los hombres homosexuales tuvieron mayor ansiedad hacia la muerte en comparación con la que tuvieron hombres homosexuales en la época previa al SIDA. Con respecto a la religiosidad, las personas con SIDA acuden más frecuentemente a la iglesia, se identifican más con la religión que tuvieron en su infancia, creen más en la vida después de la muerte, consideran más importante la vida después de la muerte para la religión y se adhieren menos a un sistema espiritual de creencias independiente de la religión formal. Aparentemente, los participantes con SIDA con mayor ansiedad hacia la muerte, asisten más a la iglesia, se apegan más a la religión que profesaron en la infancia, creen que la religión hace más daño que beneficio y, no se identifican con un sistema de creencias espirituales independientes de la religión formal. Sin embargo, existe una tendencia a tener menor ansiedad hacia la muerte en los hombres homosexuales sin SIDA quienes tienen mayor fortaleza de convicción religiosa comparados con otros. Pero solamente una correlación entre ansiedad hacia la muerte y la religión fue significativa para los hombres

homosexuales que no estaban diagnosticados con SIDA; aquellos que pertenecían a la misma religión que en su infancia mostraron mayor ansiedad hacia la muerte; usando un análisis de regresión múltiple se encontró que tener la misma religión que se tuvo en la infancia predecía mayor ansiedad hacia la muerte, pero el hecho de tener menor educación contribuyó significativamente. También se halló que la apreciación de un estado de salud en decadencia se relacionó con menor ansiedad hacia la muerte. Para los hombres homosexuales sin SIDA, las correlaciones entre la ansiedad hacia la muerte y el hecho de tener un amigo o amante diagnosticado con SIDA, fueron positivas y significativas. Los autores explican que independientemente del tipo de religión que se tenga o del grado de apego a los postulados de una determinada religión, la fuerza de las convicciones es determinante, ya que los sujetos con mayores convicciones en sus creencias manifestaron menor ansiedad hacia la muerte.

Catania y cols. (1992) realizaron una investigación que se enfocó en cómo los hombres homosexuales afrontan las preocupaciones relacionadas con el VIH acerca de la muerte y el morir por medio de la exploración de sus actividades de búsqueda de ayuda y experiencias de apoyo y cómo cada una puede ser influenciada por la progresión de la enfermedad; los investigadores plantearon dos hipótesis principales, la primera fue que la cercanía a la muerte resulta en más actividades de búsqueda de ayuda, ya que necesitan de alguien que verdaderamente los ayude en esa última transición; la segunda hipótesis fue que la cercanía a la muerte resulta en menores beneficios provenientes de la red de apoyo debido a los estigmas que giran en torno a la muerte y a la enfermedad en la sociedad occidental. Los sujetos fueron hombres homosexuales VIH positivos sintomáticos, VIH positivos asintomáticos y VIH negativos.

Con respecto a la ansiedad hacia la muerte, los resultados indicaron que los sujetos sintomáticos presentaron mayor ansiedad hacia la muerte en comparación con los asintomáticos y estos a su vez mayor ansiedad hacia la muerte en comparación con los seronegativos. En relación a la búsqueda de ayuda, se manifestó que en casi cualquier nivel de afrontamiento con asuntos relacionados con la muerte, los amigos y amantes ofrecen una potencial fuente de ayuda. Conforme los síntomas del SIDA aparecen hay un incremento en la búsqueda de ayuda formal de gente quien puede tener algo más apropiado que ofrecer en términos de afrontar las preocupaciones acerca de la muerte (médicos, psicólogos, clérigos). La familia es por lo general más buscada si los motivos o son muy buenos (ser seronegativo) o muy malos (tener SIDA). No se encontraron correlaciones significativas entre la calidad de apoyo percibido y la ansiedad hacia la muerte. Sin embargo, los compañeros, familiares y núcleos médicos de apoyo fueron asociados con menores niveles de ansiedad hacia la muerte en los hombres sintomáticos. En contraste, para los hombres asintomáticos, el apoyo por parte de los compañeros fue asociado con un menor nivel de ansiedad hacia la muerte, pero los proveedores de salud mental fueron asociados con mayores niveles de ansiedad hacia la muerte. Empero, para los seronegativos, el contacto con proveedores de salud mental estuvo asociado con menores niveles de ansiedad hacia la muerte. Con un análisis de regresión que incluyó a sujetos seronegativos y a sujetos seropositivos sintomáticos, se mostró que para los hombres seronegativos, sólo la fuente de apoyo formal no - médico (proveedores de salud mental/clérigos) predijo ansiedad hacia la muerte, con mayor apoyo útil percibido asociado con menores niveles de ansiedad hacia la muerte. Para los hombres sintomáticos, la disminución de ansiedad hacia la muerte estuvo significativamente asociada únicamente con la percepción de un incremento del apoyo familiar y médico. A partir del hallazgo que mostró que para los hombres VIH positivos

sintomáticos el apoyo familiar positivo percibido se encuentra más relacionado con menor ansiedad hacia la muerte que el apoyo percibido proveniente de compañeros; los autores concluyen que con la cercanía a la muerte puede iniciarse un proceso por medio del cual los hombres sintomáticos son capaces de adquirir un nivel de apoyo de la familia que los hombres asintomáticos y VIH negativos no pueden. El avance de la infección y la presentación del cuadro sintomático del SIDA estimula la búsqueda de apoyo de profesionales en relación al tema de la muerte. Esto se explica por el hecho de que en nuestra cultura occidental, la muerte es un tabú, es negada, reprimida y además en la juventud que es donde se adquiere más comúnmente la infección por el VIH y posteriormente el cuadro del SIDA, el enfrentamiento a la posibilidad de morir antes de tiempo, asincrónicamente, fuera de la norma, puede ser particularmente traumático, por lo cual conforme se acerca el momento de la muerte se busca ayuda que favorezca la asimilación de la experiencia traumática.

Hayslip; Luhr y Beyerlein (1992); realizaron una investigación la cual tuvo como objetivo explorar la viabilidad de la distinción entre ansiedad hacia la muerte abierta o consciente y ansiedad hacia la muerte encubierta o inconsciente y cómo estas relacionaban con los hombres diagnosticados con SIDA. Los sujetos en esta investigación fueron hombres sanos y hombres diagnosticados con SIDA. Se utilizó la Escala de Ansiedad hacia la Muerte de Templer (EAM), las Frases Incompletas de Hayslip (F. I.) y cinco enunciados que medían las actitudes generales hacia la muerte. Los resultados indicaron que en el aspecto de las actitudes hacia la muerte en general, las personas de ambos grupos respondieron de manera similar; sin embargo, descriptivamente, aquellos con SIDA estuvieron en mayor desacuerdo con el enunciado "existe algo así como la vida después de la muerte" en comparación con sus contrapartes sin SIDA y estuvieron en mayor desacuerdo con el enunciado "estar presente en la muerte de alguien es una experiencia maravillosa" en comparación con los hombres sanos. Con respecto a la EAM, para los reactivos en conjunto no hubo efectos significativos por grupo, pero para tres reactivos hubo diferencias en las puntuaciones de la EAM, estos reactivos fueron: "el pensamiento acerca de la muerte raramente entra en mi mente", "la visión de un cadáver me horroriza" y "tiemblo cuando oigo a la gente hablar acerca de la III Guerra Mundial"; mostrando los sujetos con SIDA mayores puntuaciones en los dos primeros reactivos y menor puntuación en el último. En el análisis de los factores de la EAM (miedo a la muerte cognitivo/afectivo, miedo a alteraciones físicas, preocupación por el tiempo y tensión/dolor), no se encontraron diferencias por grupo. Sin embargo, cuando se tomó en cuenta la edad y la enfermedad, los sujetos con SIDA tendieron a tener más temor de alteraciones físicas. En relación a la puntuación de Frases Incompletas, sólo la subescala de pérdida de metas y logros fue sensible a las diferencias de grupo. El grupo con SIDA tendió a experimentar mayor miedo encubierto hacia la muerte. Cuando las puntuaciones totales de la EAM fueron analizadas, no se encontraron diferencias por grupo aún tomando en consideración la variabilidad debido a la edad. Por otra parte, en las F. I., aunque no se encontraron efectos significativos por grupo, el control de la edad sugirió que el grupo con SIDA era más ansioso hacia la muerte en el nivel inconsciente en un sentido general. Aunque las diferencias por grupo no fueron estadísticamente significativas, las medias ajustadas para las puntuaciones totales de la EAM favorecieron al grupo con SIDA sobre el grupo de comparación. Las intercorrelaciones entre las escalas de F. I. y las puntuaciones por factores de la EAM sugirieron una correlación positiva entre el factor cognitivo - afectivo de la EAM y las subescalas 4 (metas) y 5 (daño/dolor) de F. I. así como con la puntuación total de F. I. Las

puntuaciones de F. I. y de la EAM estuvieron moderadamente interrelacionadas y las puntuaciones totales de la EAM estuvieron positivamente relacionadas con las subescalas 4 y 5 de F. I. Con respecto a los resultados, los autores explican que el hecho de que los pacientes con SIDA expresen mayor ansiedad hacia la muerte a nivel inconsciente puede indicar que la redefinición de la propia trayectoria de vida a partir del diagnóstico de una enfermedad terminal, evoca defensas para tratar con la ansiedad.

En un estudio reciente Hintze y cols. (1994), trataron de determinar la depresión y la ansiedad hacia la muerte en hombres homosexuales infectados con el VIH como función de variables médicas, psicosociales y estados subjetivos; las variables médicas fueron el índice de deterioro según la Escala de Kanofsky; los estados subjetivos fueron la ansiedad rasgo – estado y la depresión. Los resultados indicaron que los hombres con peor condición física tal como lo evaluó la gravedad de la infección por VIH y la puntuación de Kanofsky, exhibieron la mayor ansiedad y depresión hacia la muerte. Los hombres cuyos padres tenían conocimiento de su diagnóstico tenían una ansiedad y depresión hacia la muerte significativamente más altas. La Escala de Depresión hacia la Muerte y la Escala de Ansiedad hacia la Muerte mostraron una correlación positiva alta y significativa por lo que es cuestionable el hecho de que la ansiedad y la depresión hacia la muerte sean constructos distinguibles. Debido a lo anterior se tomó en cuenta la escala más sólida que fue la Escala de Ansiedad hacia la Muerte como medida de la variable dependiente. De esta manera, las variables que predijeron una ansiedad hacia la muerte más alta fueron la ansiedad estado y depresión más altas y el hecho de que la familia tuviera conocimiento del diagnóstico. En base a los resultados, los investigadores explicaron que las correlaciones de la EAM con la ansiedad rasgo y la ansiedad estado fueron mucho más altas que las correlaciones entre la ansiedad hacia la muerte y la ansiedad general, que son las que se presentan normalmente en la bibliografía. De esta manera, los hombres seropositivos experimentan un estado global de ansiedad en el que la ansiedad hacia la muerte y el malestar general no se pueden separar. Además, el hecho de que la familia y la pareja sexual conocieran el diagnóstico correlacionó positivamente con la ansiedad hacia la muerte; lo que pone de manifiesto que la comunicación de su estado físico por parte del sujeto seropositivo a los demás, no es necesariamente benéfico.



## PARTE B. INVESTIGACIÓN, ESTUDIO Y METODOLOGÍA.

### ESTUDIO.

#### MÉTODO.

#### Variables.

##### Variable Independiente.

- Diagnóstico clínico de la condición seropositiva al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

##### Variable Dependiente.

- Ansiedad consciente e inconsciente hacia la muerte.

#### Definición de Variables.

##### Definición conceptual de Variable Dependiente.

- Ansiedad hacia la muerte, es un constructo complejo y multidimensional que se interrelaciona en una diversidad de formas con una serie de variables demográficas y de personalidad (Thorson y Powell, 1988). Además está determinada por el estado de salud y las vivencias en relación a la muerte, los especialistas y clínicos la pueden considerar de manera molecular o molar (Lester O.; Templer D. (1993). Tiene componentes cognitivos, afectivos y actitudinales que pueden presentarse conscientemente o inconscientemente (Lattanner B. B. A.; Hayslip B., 1985). La ansiedad hacia la muerte a nivel inconsciente, parte a partir de la definición de Inconsciente, que como adjetivo, inconsciente se utiliza en ocasiones para calificar cualquiera de los contenidos no presentes en el campo actual de la consciencia, y esto en el sentido “descriptivo” y no “tópico”, es decir sin efectuar una discriminación entre los contenidos de los sistemas preconscious e inconsciente. En el sentido tópico, la palabra inconsciente designa uno de los sistemas definidos por Freud dentro del marco de su primera teoría del aparato psíquico; está constituido por contenidos reprimidos, a los que ha sido negado el acceso al sistema preconscious-consciente por la acción de la represión. Dentro del marco de la segunda tópica freudiana, la palabra inconsciente se emplea sobre todo como adjetivo; inconsciente no es ya lo propio de una instancia particular, puesto que califica al ello y una parte del yo y del superyó (Laplanche & Pontalis, 1971). De esta manera, la ansiedad hacia la muerte a nivel inconsciente es aquella que no se encuentra en el campo actual de la consciencia y/o que ha sido negada al acceso del sistema consciente – preconscious por la acción de la represión.

##### Definición conceptual de Variable Independiente.

- Síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA). Enfermedad causada por la infección con VIH. La interacción con este virus debilita el sistema inmunológico, haciendo que el individuo afectado se vuelva más propenso a contraer infecciones que normalmente son inofensivas para personas no infectadas. Un paciente con infección por VIH no tiene SIDA hasta que presente los síntomas conocidos como enfermedades determinantes del

SIDA. La presencia de una enfermedad determinante del SIDA en un paciente VIH-positivo confirma el diagnóstico de SIDA (Main y cols., 1997).

#### **Definición operacional de Variable Dependiente.**

- **Ansiedad hacia la muerte:** Puntuación obtenida en los instrumentos de ansiedad hacia la muerte, se utilizará la Escala de Ansiedad hacia la Muerte - Revisada por Thorson y Powell (nivel consciente) y la Prueba de Completamiento de Oraciones adaptada por Lattaner y Hayslip (nivel inconsciente).

#### **Definición operacional de Variable Independiente.**

- Reporte de la infección por VIH por parte de los sujetos.

#### **Sujetos.**

Los sujetos fueron 60 individuos, 30 infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y 30 sujetos no infectados, con edades variantes de 18 a 60 años, fueron de sexo masculino.

#### **Criterios de inclusión y de exclusión.**

Los sujetos tomados en consideración para formar parte de la investigación dentro del grupo de seropositivos al VIH tuvieron las siguientes características:

1. Reportar la condición propia de infección por VIH.
2. Ser de sexo masculino (las mujeres por lo general puntúan más alto en las medidas de ansiedad en general y de ansiedad hacia la muerte, por lo cual el incluir a mujeres en el estudio pudo haber sido una variable extraña que alterara los resultados como producto del género y no de la condición de infección por VIH).
3. No tener otra enfermedad o infección crónica.
4. Tener entre 18 y 60 años.

Los sujetos dentro del grupo de estudiantes o grupo de comparación tuvieron las siguientes características:

1. Reportar no estar infectados por el VIH.
2. Ser de sexo masculino.
3. No tener una enfermedad o infección crónica.
4. Tener entre 18 y 60 años.
5. Ser estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México.

#### **Muestreo.**

No probabilístico por cuota (no se toma en cuenta la probabilidad asociada a cada una de las muestras posibles). Este tipo de muestreo no probabilístico, no autoriza al investigador a generalizar a la población, por ello es útil sólo en la investigación de tipo exploratoria. El muestreo por cuotas es aquel en el que se determina una cantidad (cuota) de individuos de una población para que sean miembros de la muestra. No hay un procedimiento especial para determinar la cuota; se puede decir que el criterio para su determinación es arbitrario (Pick de Weiss, 1980; Castaneda, 1996).

### **Tipo de estudio.**

Estudio ex-post-facto exploratorio correlacional de campo en el cual una condición está presente de antemano y se desean conocer y tipificar sus peculiaridades funcionales, tratando de encontrar la relación entre variables y llevándose a cabo en un escenario natural (Pick de Weiss, 1980). En el estudio ex - post - facto no se manipula la variable independiente; se investigan a grupos estáticos y por lo tanto no es un diseño de investigación experimental. La variable independiente es la ocurrencia, experimentada por un grupo de sujetos, de algún evento natural (en el caso de la presente investigación es la condición de seropositividad al VIH); los sujetos no son asignados al azar a los grupos (Matheson, 1981). El estudio exploratorio se realiza cuando existe un conocimiento insuficiente para formular una solución posible, no hay ninguna base para predecir el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente; no se formulan hipótesis, sino que este tipo de estudio se emplea para descubrir si las variables independientes afectan aunque sea un poco, una determinada variable dependiente; el propósito es un informe de evidencia (el presente estudio es exploratorio, debido a que no había investigaciones anteriores que mostraran que la condición de seropositividad o seronegatividad afectaban el nivel de ansiedad consciente o inconsciente hacia la muerte); por tanto el estudio también es prospectivo ya que pretende aumentar el conocimiento sobre el tema de la ansiedad hacia la muerte y la seropositividad al VIH para posteriormente realizar un estudio de tipo confirmatorio donde se tratará de encontrar en qué forma y hasta que punto la variable independiente influye sobre la dependiente. Es correlacional debido a que el objetivo es buscar relaciones entre variables, calculando los coeficientes de correlación (McGuigan, 1996). Es de campo porque es una investigación científica y no experimental dirigida a descubrir las relaciones e interacciones entre variables psicológicas y sociológicas - fisiológicas (condición de seropositividad al VIH) en una estructura social real, en este caso en una institución de salud (Hospital Gabriel Mancera) y en una escuela (Facultades de la Universidad) (Kerlinger, 1988).

### **Diseño.**

Diseño de dos muestras independientes; sujetos seropositivos al VIH y por otra parte sujetos seronegativos al VIH.

### **Escenario.**

La investigación se llevó a cabo en la Clínica de VIH del Hospital Gabriel Mancera, para obtener los datos de los pacientes seropositivos al VIH / SIDA; y en las facultades de Veterinaria, Filosofía y Letras, Derecho, Economía, Medicina y Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, para obtener datos en el caso de los sujetos seronegativos al VIH / SIDA.

### **Procedimiento.**

Los cuestionarios se aplicaron a los sujetos de la investigación con previa autorización del paciente y de los médicos encargados de la atención al paciente; ésto en lo que respecta a los pacientes infectados. La muestra de los sujetos no infectados fueron estudiantes universitarios de la UNAM.

El planteamiento de la situación a los sujetos infectados con el VIH fue el siguiente: "Soy psicólogo y estoy realizando una investigación sobre el nivel de ansiedad hacia la muerte en pacientes seropositivos al VIH, con la finalidad de aumentar la información

concerniente a este tema y poder ayudar a los pacientes a tener una mejor calidad de vida; ¿quisiera ayudarme contestando algunos cuestionarios?”. A los estudiantes universitarios se les planteó: “Soy psicólogo y estoy realizando una investigación sobre la ansiedad hacia la muerte para tener una mejor comprensión sobre esos temas y saber cómo influyen en los individuos, con la finalidad de aumentar la información acerca del tema; ¿quisiera ayudarme contestando algunos cuestionarios?”.

A los pacientes también se les pidió que firmaran una carta de consentimiento (anexo 1).

## **Instrumentos.**

### 1-Escala de Ansiedad hacia la Muerte Revisada (anexo 2).

Surge a partir de la revisión de la Escala de Ansiedad hacia la Muerte de Templer, la cual es aumentada y corregida en sus la mayoría de sus reactivos por Thorson y Powell (1988), dando como resultado una escala con mayor cantidad de factores; consta de 25 items, se ha usado tanto con formato de respuesta verdadero-falso como tipo Likert de 5 puntos. Se han alcanzado niveles aceptables de fiabilidad al usarla con muestras grandes y diversas. La escala usada con el formato verdadero-falso mostró un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .804. En el formato de escala Likert mostró un Coeficiente de Confiabilidad alfa de Cronbach de .83 (Neimeyer, 1997). Ha probado tener una buena capacidad discriminativa al usarse con diferentes muestras y en estudios correlacionales.

La escala consta de 7 factores:

- a) Miedo a la incertidumbre y a la pérdida de cosas (reactivos 2, 3, 6, 7, 9, 12, 14, 18, 19, 20 y 22).
- b) Miedo al dolor asociado con la muerte (reactivos 1, 8, 15, 23).
- c) Preocupación por el propio cuerpo y ansiedad sobre la descomposición (reactivos 4, 11, 23, 25).
- d) Miedo a la indefensión y a la falta de control (reactivos 10, 17, 21).
- e) Preocupación por la vida después de la muerte (reactivos 13, 16, 23).
- f) Ansiedad hacia los ataúdes (reactivo 5).
- g) Preocupación respecto a dejar instrucciones sobre cómo se deberían hacer las cosas después de la propia muerte (reactivo 24).

### 2- Completamiento de oraciones (anexo 3).

Usada por Lattaner y Hayslip (1985); las oraciones fueron tomadas al azar de la prueba de Oraciones Incompletas de Rotter, para medir la ansiedad inconsciente de un grupo de sujetos dependiendo de la actividad a la que se dedicaban, si estaba relacionada con la muerte o no. Hayslip et. al. encontró que seis de ocho escalas encubiertas podían ser puntuadas confiablemente ( $p < .01$ ). Además, mientras que la prueba IPAT de ansiedad general y las puntuaciones de la Escala de Ansiedad hacia la Muerte de Templer no diferenciaron los grupos, las dimensiones encubiertas de separación, pérdida de control, dolor, y sufrimiento discriminaron ( $p < .05$ ) entre los grupos. Diferencias individuales en edad y ansiedad general fueron correlacionadas positivamente con varias dimensiones

encubiertas de miedo a la muerte (separación, enfermedad/daño, y dolor/sufrimiento) (Lattaner y Hayslip, 1985).

Cada respuesta es puntuada por la presencia (1) o ausencia (0) de los siguientes temas.

- 1) Mención encubierta de la muerte o el morir.
- 2) Preocupación sobre la separación o abandono de los demás.
- 3) Pérdida de control sobre uno mismo o el ambiente.
- 4) Preocupación sobre la pérdida de metas u objetivos.
- 5) Preocupación sobre el dolor, el daño o la enfermedad.

Manifestando una puntuación mínima de 0 (indicando la ausencia de un tema en los 10 reactivos) y un máximo posible de 10 (indicando la presencia de un tema en todos los 10 reactivos) para cada dimensión. Una puntuación total, sumada a través de las 5 dimensiones, puede dar como resultado un rango de 0 a 50.

3-Hoja de registro para los criterios de inclusión. Acerca del estado de salud (estar infectado o no con el VIH o padecer alguna otra enfermedad), sexo y edad (anexo 4).

#### **Tratamiento de los datos.**

Para saber si hubo diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes y seropositivos en lo que se refiere al grado de ansiedad hacia la muerte tanto a nivel consciente como inconsciente se aplicó la Prueba T de Student para dos muestras independientes.

Con respecto a la existencia de una correlación entre el puntaje de la Escala de Ansiedad hacia la Muerte Revisada (EAM - R) y la prueba de Frases Incompletas (F. I.), es decir, entre la ansiedad consciente hacia la muerte y la ansiedad inconsciente hacia la muerte dentro de los grupos se calculó el Coeficiente de Correlación de Pearson.

Para saber si hubo diferencias entre los coeficientes de correlación de ambas muestras (Pacientes seropositivos y estudiantes) se aplicó la Prueba de Significancia de la Diferencia entre los valores de  $r$ .

Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en los factores de la EAM - R y en las dimensiones de F. I., entre el grupo de seropositivos y el grupo de estudiantes, se llevó a cabo un Análisis de Varianza de un factor (Oneway ANOVA).

Acerca de la carga que los factores de la EAM - R y que las dimensiones de FI mostraron en las puntuaciones de los estudiantes y de los seropositivos, se calcularon los porcentajes equivalentes para las puntuaciones correspondientes a cada factor en ambas pruebas.

Se realizó un análisis cualitativo de los resultados, examinando qué sujetos presentaron una mayor ansiedad hacia la muerte y cuáles son los reactivos de los factores y de las dimensiones que les generan mayor ansiedad a los sujetos, tanto a nivel consciente como inconsciente.

Los resultados se graficaron en la modalidad de gráfica de barras para los puntajes generales en la EAM - R y en F. I. tanto para los seropositivos como para los no seropositivos.

Se realizó un diagrama de dispersión para inferir una correlación entre la EAM - R y F. I. dentro de los grupos, es decir, tanto de seropositivos como de seronegativos.

Se graficaron los resultados correspondientes a las dimensiones y factores tanto de F. I. como de la EAM - R plasmando las equivalencias porcentuales correspondientes tanto de seropositivos como de seronegativos en cada prueba.

Los procedimientos estadísticos se realizaron manualmente y también con la ayuda de los programas de cálculo estadístico SPSS 8.0 para Windows y Excel 2000. Las gráficas se realizaron en el programa Excel 2000.

## RESULTADOS.

En las puntuaciones manifestadas por los sujetos en la muestra constituida por una parte de pacientes seropositivos al VIH/SIDA y por otra de estudiantes (sujetos seronegativos al VIH/SIDA); se encontraron diferencias tanto en la Escala de Ansiedad hacia la Muerte Revisada (EAM - R) como en la prueba de Frases Incompletas (F. I.) tanto a nivel grupal como individual; tales diferencias se describen y analizan a continuación.

Los datos de las puntuaciones de los sujetos en ambas pruebas se encuentran en las tablas 1 y 6, mostrando que los sujetos seropositivos tuvieron una media grupal en la Escala de Ansiedad hacia la Muerte - Revisada (EAM -R) de 41.26 con una desviación estándar de 15.51; por otro lado los estudiantes presentaron una media grupal 40.26 con una desviación estándar de 14.50. En la Prueba de Frases Incompletas (F. I.), los seropositivos tuvieron una media grupal de 3.73 con una desviación estándar de 1.57, mientras que los estudiantes tuvieron una media de 4.5 con una desviación estándar de 1.73. En lo que respecta a la edad, los seropositivos presentaron una edad media de 37.33 años con una desviación estándar de 8.12 mientras que los estudiantes tuvieron una edad media de 20.6 años con una desviación estándar de 2.48. Las diferencias entre las medias de las puntuaciones crudas a nivel grupal se muestran gráficamente en la gráfica 1.

Lo que en primera instancia se puede observar es que los seropositivos mostraron un puntaje mayor en la EAM - R y menor en F. I. en comparación con los estudiantes, quienes presentaron a nivel grupal un puntaje menor en la EAM - R y un puntaje mayor en F. I. A nivel individual se puede observar que los seropositivos manifestaron un ligero incremento en el rango de variación de sus puntuaciones en la EAM - R, es decir, la desviación estándar fue un poco mayor. En lo que se refiere a F. I., los seropositivos y los estudiantes manifestaron un rango de variación en sus puntuaciones muy parecido, sin embargo, los estudiantes mostraron un rango ligeramente mayor en la variación de sus puntuaciones.

Las descripciones anteriores se completaron con pruebas estadísticas inferenciales; así, para saber si hubo diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los seropositivos y de estudiantes en lo que se refiere al grado de ansiedad hacia la muerte tanto a nivel consciente (EAM - R) como inconsciente (F. I.), se aplicó la prueba t de Student de dos colas para dos muestras independientes, manifestándose lo siguiente:

En la EAM - R se encontró una diferencia  $t = .258$  con  $tc = 2.66$  con un nivel de significancia de .797 y a un nivel de confiabilidad  $\alpha = .01$ , lo que manifiesta que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre el grupo de estudiantes y el de seropositivos con respecto a la ansiedad consciente hacia la muerte, aunque el grupo de seropositivos mostró una media ligeramente mayor.

En F. I. se encontró una diferencia  $t = 1.791$  con  $tc = 2.66$  con un nivel de significancia de .078 y a un nivel de confiabilidad  $\alpha = .01$ , lo que pone en evidencia que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre el grupo de estudiantes y el de seropositivos con respecto a la ansiedad inconsciente hacia la muerte, empero, en esta diferencia es importante notar que el nivel de significancia se acercó mucho al nivel de confiabilidad mínimo de .05, por lo cual es probable que en una muestra más grande se encuentren diferencias significativas, con un predominio de la ansiedad inconsciente hacia la muerte en estudiantes y/o seronegativos.

Los resultados de la prueba t, arrojados por el programa SPSS 8.0, se pueden observar en la tabla 7.

Por otra parte, se trató de encontrar si existía alguna correlación en el puntaje del grupo de seropositivos y en el de estudiantes entre la EAM - R y la prueba de F. I.; para lo anterior se calculó el **Coefficiente de Correlación de Pearson** y se encontró que:

En el grupo de seropositivos el coeficiente de correlación fue de .157 entre la EAM - R y la prueba de F. I., con un nivel de significancia de .408, lo que muestra que la correlación positiva es muy débil o no existe ya que está muy cercana a cero, por lo cual, en el grupo de seropositivos la tendencia a mostrar mayor ansiedad consciente conforme se muestra mayor ansiedad inconsciente es difícil de establecer, al parecer en este grupo los puntajes son independientes. Estos datos se representan gráficamente en el diagrama de dispersión 1.

En el grupo de estudiantes el coeficiente de correlación entre la EAM - R y la prueba de F. I. fue de .316, con un nivel de significancia de .089, lo que indica que existe una correlación positiva débil en este grupo entre la ansiedad consciente hacia la muerte y la ansiedad inconsciente hacia la muerte, es decir que a mayor ansiedad consciente mayor ansiedad inconsciente o viceversa; aunque como ya se mencionó, la correlación es débil. Gráficamente esto se expresa en el diagrama de dispersión 2.

Los resultados de la correlación de Pearson mostrados por el programa SPSS 8.0, se pueden observar en la tabla 8.

Por otra parte, pero con respecto a las correlaciones se trató de saber la significancia de las diferencias entre los coeficientes de correlación, para lo cual se aplicó la **prueba de significancia de la diferencia entre los valores de r**; mostrando que  $Z = .735$ , con  $Z_c = 2.66$ , lo cual manifestó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el valor de los coeficientes de correlación; lo que significa que no se puede afirmar que en realidad una correlación sea más fuerte que otra, aunque la correlación en el grupo de los estudiantes tendió a ser mayor.

Para saber si existieron diferencias estadísticamente significativas en los factores y dimensiones tanto de la EAM - R y de F. I. entre seropositivos y estudiantes, se llevó a cabo un **Análisis de Varianza de un Factor (Oneway ANOVA)**, manifestándose que:

En el caso de la **Ansiedad Consciente hacia la Muerte (EAM - R)**, hubo diferencias significativas únicamente en el **Factor G**, con un nivel de significancia de .025, de lo cual se infiere que los sujetos seropositivos se encuentran más preocupados con respecto a dejar instrucciones sobre cómo se deberían hacer las cosas después de la propia muerte. En los otros seis factores no hubo diferencias significativas.

Con respecto a la **Ansiedad Inconsciente hacia la Muerte (F. I.)**, existieron diferencias estadísticamente significativas en las **Dimensiones 2, 3 y 5**, con un nivel de significancia de .033, .004 y .001 respectivamente, lo cual muestra que, los sujetos seronegativos se encuentran más preocupados sobre la separación o abandono de los demás y por la pérdida de control de uno mismo o el ambiente en comparación con los seropositivos, mientras que los seropositivos se encuentran más preocupados en relación al dolor, el daño o la enfermedad. En las otras dos dimensiones no se encontraron diferencias significativas.

Los resultados del **Análisis de Varianza** y la descripción de las medias correspondientes a cada dimensión y factor, en el grupo de seropositivos y estudiantes, se muestran en las tablas 9, 10, 11 y 12.

Acerca de la distribución de la carga porcentual a nivel intragrupal que los factores de la EAM - R y de las dimensiones de F. I. mostraron en las puntuaciones de los estudiantes y de los seropositivos, se puso de manifiesto que: en el caso de los seropositivos



(tabla 2), los factores que tuvieron mayor carga en la EAM - R es decir, en la ansiedad consciente hacia la muerte fueron, el G y el B, seguidos por el D, E, F, C y finalmente el A. Esto muestra que los factores que generan mayor ansiedad hacia la muerte a nivel consciente en los seropositivos fueron: la preocupación respecto a dejar instrucciones sobre cómo se deberían hacer las cosas después de la propia muerte y el miedo al dolor asociado con la muerte; seguidos por el miedo a la indefensión y a la falta de control; preocupación por la vida después de la muerte; miedo a la descomposición y ansiedad hacia los ataúdes; preocupación por el propio cuerpo y ansiedad sobre la descomposición; y finalmente el miedo a la incertidumbre y a la pérdida de cosas.

En el caso de los estudiantes (tabla 4), la distribución de la carga porcentual de los factores de la EAM - R manifestó que los factores que generan mayor ansiedad hacia la muerte a nivel consciente en este grupo fueron con un porcentaje muy parecido: el E, el D, el B y el C; seguidos por el G y finalmente los que manifestaron menor porcentaje fueron el A y el F. Así, lo que aparentemente provocó mayor ansiedad hacia la muerte en los estudiantes fue: la preocupación por la vida después de la muerte; el miedo a la indefensión y a la falta de control; el miedo al dolor asociado con la muerte; la preocupación por el propio cuerpo y ansiedad sobre la descomposición; seguidos por la preocupación con respecto a dejar instrucciones sobre cómo se deberían hacer las cosas después de la propia muerte y finalmente; el miedo a la incertidumbre y a la pérdida de cosas y el miedo a la descomposición y ansiedad hacia los ataúdes.

El porcentaje equivalente de las cargas de los factores de la EAM - R en seropositivos y en estudiantes se obtuvo a través de una regla de tres y se puede observar gráficamente en las gráficas 2 y 4, las cuales se realizaron en el programa Excel 2000.

En lo que se refiere a la prueba de F. I. o de ansiedad hacia la muerte a nivel inconsciente, los seropositivos (tabla 3) mostraron mayores cargas porcentuales en las dimensiones 3 y 5, seguidas por las dimensiones 4 y 1, y por último la dimensión 2, lo que quiere decir que los sujetos infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana muestran mayor ansiedad inconsciente hacia la muerte con respecto a la pérdida de control sobre uno mismo o el ambiente y a la preocupación sobre el dolor, el daño o la enfermedad; seguidas por la preocupación sobre la pérdida de metas u objetivos y la mención encubierta sobre la muerte o el morir y finalmente por la separación o el abandono de los demás.

En el caso de los estudiantes en F. I. (tabla 5), las cargas porcentuales manifestaron que la dimensión con mayor carga fue la 3, seguida por la 4 y la 2, y finalmente la 1 y la 5, lo cual quiere decir que lo que provoca mayor ansiedad hacia la muerte a nivel inconsciente es: la pérdida de control sobre uno mismo o el ambiente, seguida por la preocupación sobre la pérdida de metas u objetivos, la preocupación sobre la separación o el abandono de los demás, la mención encubierta sobre la muerte o el morir y finalmente la preocupación sobre el dolor el daño o la enfermedad.

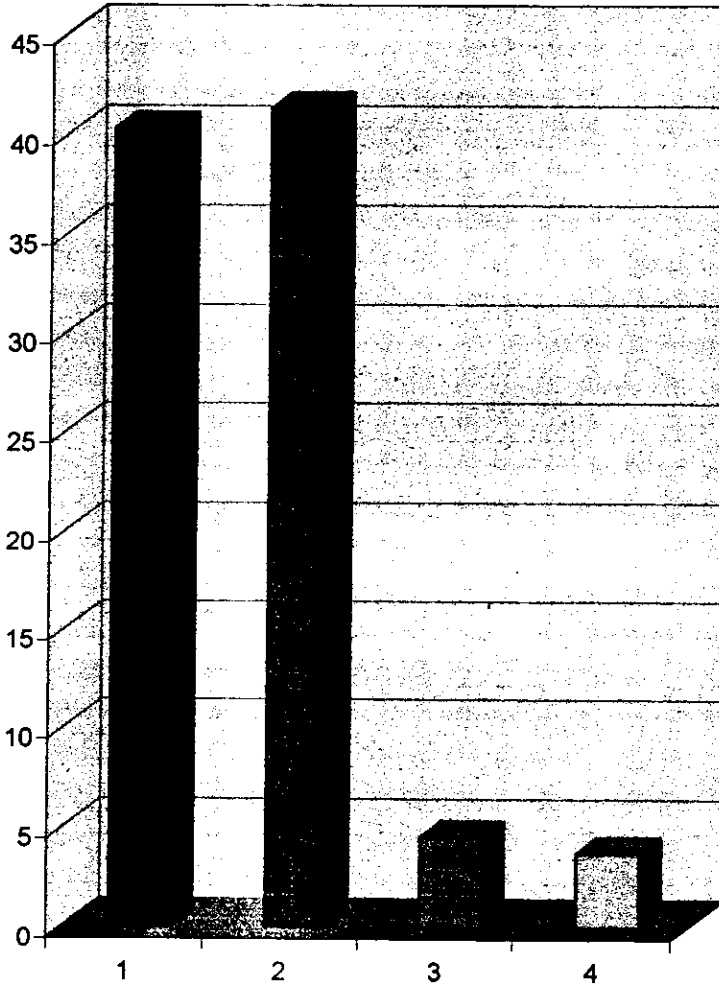
El porcentaje equivalente de las cargas de las dimensiones de FI en estudiantes y en seropositivos se obtuvo a través de una regla de tres y se puede observar gráficamente en las gráficas 3 y 5, realizadas en el programa Excel 2000.

<b>PRINCIPALES FUENTES DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE DENTRO DE LOS GRUPOS</b>			
<b>SEROPOSITIVOS</b>		<b>ESTUDIANTES</b>	
<b>Nivel consciente</b>	<b>Nivel inconsciente</b>	<b>Nivel consciente</b>	<b>Nivel inconsciente</b>
1. Preocupación respecto a dejar instrucciones sobre cómo se deberían hacer las cosas después de la propia muerte.	1. Pérdida de control sobre uno mismo o el ambiente.	1. Preocupación por la vida después de la muerte.	1. Pérdida de control sobre uno mismo o el ambiente.
2. Miedo al dolor asociado con la muerte.	2. Preocupación sobre el dolor el daño o la enfermedad.	2. Miedo al dolor asociado con la muerte.	2. Preocupación sobre la pérdida de metas u objetivos.
3. Miedo a la indefensión y a la falta de control.	3. Preocupación sobre la pérdida de metas u objetivos.	3. Miedo a la indefensión y a la falta de control.	3. Preocupación sobre la separación o el abandono de los demás.
4. Preocupación por la vida después de la muerte.	4. Mención encubierta de la muerte o el morir.	4. Preocupación por el propio cuerpo y ansiedad sobre la descomposición.	4. Mención encubierta de la muerte o el morir.
5. Preocupación por el propio cuerpo y ansiedad sobre la descomposición.	5. Preocupación sobre la separación o el abandono de los demás.	5. Preocupación respecto a dejar instrucciones sobre cómo se deberían hacer las cosas después de la propia muerte.	5. Preocupación sobre el dolor el daño o la enfermedad.
6. Miedo a la descomposición y ansiedad hacia los ataúdes.		6. Miedo a la incertidumbre y a la pérdida de cosas.	
7. Miedo a la incertidumbre y a la pérdida de cosas.		7. Miedo a la descomposición y ansiedad hacia los ataúdes.	

TABLA 1. PUNTUACIONES GENERALES DE LAS MUESTRAS.

EAMR		FRASES INCOMP.		EDAD	
Estudiantes	Seropositivos	Estudiantes	Seropositivos	Estudiantes	Seropositivos
16	9	1	4	21	30
19	14	2	2	18	33
23	17	5	4	23	34
24	20	6	4	23	38
24	22	1	4	19	30
25	25	5	4	23	39
28	28	5	3	18	45
28	34	4	4	19	58
28	36	4	4	21	41
30	37	8	1	26	35
30	38	4	4	28	45
32	38	3	4	19	33
34	39	5	7	20	28
34	39	8	7	19	28
42	41	4	1	19	36
42	41	7	1	21	40
44	45	2	3	19	38
46	45	4	2	20	32
47	47	5	3	20	36
49	49	8	5	18	33
49	51	7	4	20	50
51	51	2	2	22	36
53	51	4	3	25	35
53	52	5	5	20	33
54	54	6	3	19	32
54	57	3	5	22	35
55	59	7	6	19	32
56	59	7	4	19	29
67	69	4	3	22	63
71	71	5	6	18	45
1208	1238	135	112	620	1120
<i>Media</i>	<i>Media</i>	<i>Media</i>	<i>Media</i>	<i>Media</i>	<i>Media</i>
40.26666667	41.26666667	4.5	3.733333333	20.66666667	37.33333333
<i>Moda</i>	<i>Moda</i>	<i>Moda</i>	<i>Moda</i>	<i>Moda</i>	<i>Moda</i>
28	51	5	4	19	33
<i>Mediana</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mediana</i>
42	41	5	4	20	35
<i>Desv. Est.</i>	<i>Desv. Est.</i>	<i>Desv. Est.</i>	<i>Desv. Est.</i>	<i>Desv. Est.</i>	<i>Desv. Est.</i>
14.50548846	15.5140278	1.737020834	1.574217558	2.482119969	8.121208222

**PUNTUACIONES MEDIAS DE SEROPOSITIVOS Y ESTUDIANTES EN LA EAM - R Y EN F. I.**



**GRUPOS**

- 1
- 2
- 3
- 4

- 1= Puntuación de estudiantes en la EAM - R
- 2= Puntuación de seropositivos en la EAM - R
- 3= Puntuación de estudiantes en F. I.
- 4= Puntuación de seropositivos en F. I.

**NOTA 1: LA PUNTUACIÓN MÁXIMA EN LA EAM - R ES 100.**

**NOTA 2: LA PUNTUACIÓN MÁXIMA EN FI ES 50.**

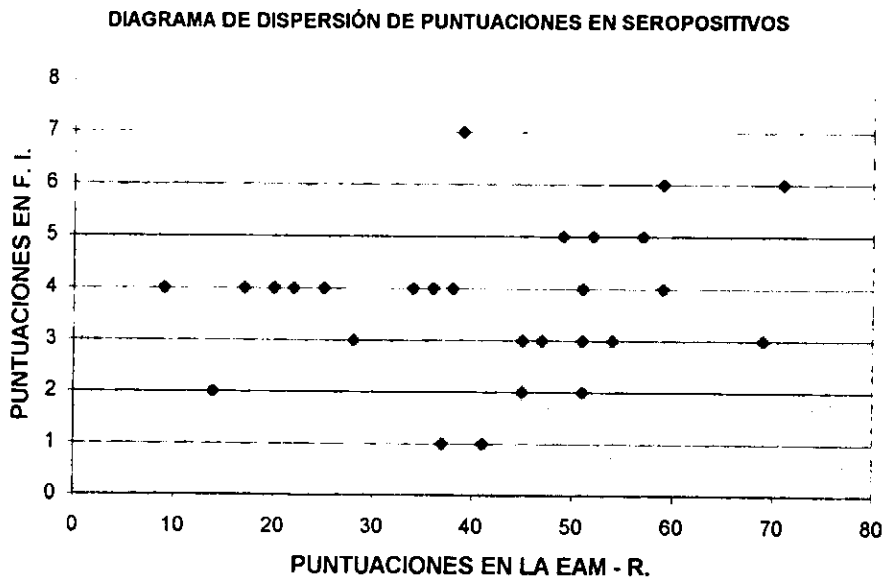
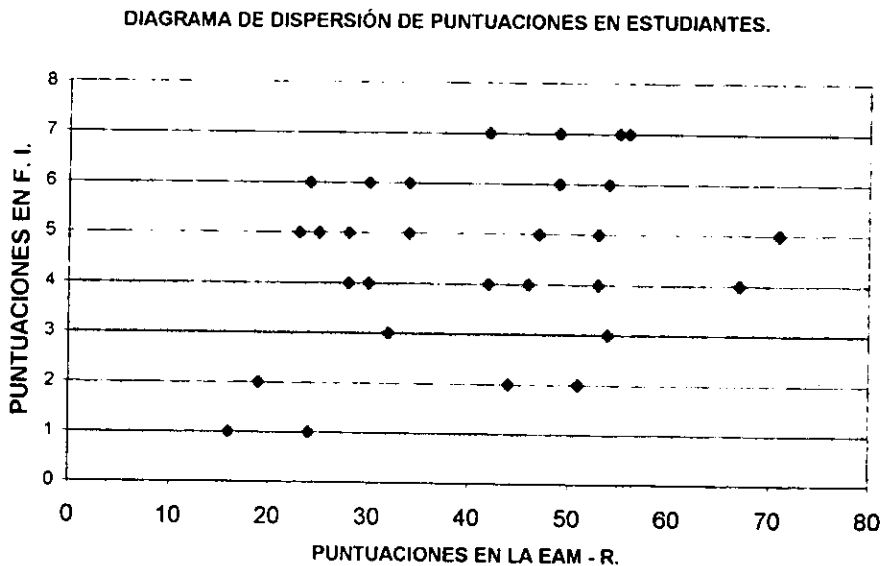
**DIAGRAMA DE DISPERSIÓN 1.****DIAGRAMA DE DISPERSIÓN 2.**

TABLA 2

CARGA DE VALORES Y PORCENTUAL DE LOS FACTORES DE LA EAM-R							
<i>SEROPOSITIVOS.</i>							
SUJETO	Factor A	Factor B	Factor C	Factor D	Factor E	Factor F	Factor G
1	0	4	2	3	2	0	2
2	0	0	4	4	6	0	0
3	2	4	2	4	6	0	3
4	4	4	0	0	4	0	0
5	3	5	5	5	7	0	1
6	3	9	1	10	1	3	0
7	0	0	12	8	4	0	4
8	13	8	4	6	2	1	2
9	0	6	16	12	8	0	2
10	12	10	5	3	4	3	4
11	11	12	1	5	5	0	2
12	6	6	10	6	6	0	4
13	7	12	11	8	8	1	4
14	2	9	14	9	11	0	2
15	22	7	1	0	3	2	4
16	17	7	5	5	4	2	3
17	18	6	1	4	5	3	4
18	11	10	10	9	7	0	0
19	17	10	6	3	6	4	4
20	20	11	5	2	7	3	3
21	22	9	8	6	6	2	2
22	18	13	9	5	8	3	3
23	18	11	7	8	5	2	2
24	21	9	9	7	7	3	2
25	23	8	8	6	6	3	4
26	23	12	4	2	12	4	4
27	22	10	6	8	6	3	4
28	24	16	10	7	10	0	4
29	34	11	6	6	5	4	3
30	30	12	11	8	7	3	2
TOTAL	403	251	193	169	178	49	78
%	32.57	52.54	40.2	49.94	49.44	40.83	65

TABLA 3

CARGA DE VALORES Y PORCENTUAL DE LAS DIMENSIONES EN F. I.					
<i>SEROPOSITIVOS</i>					
SUJETO	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5
1	0	1	1	0	2
2	0	0	1	0	1
3	0	1	2	0	1
4	1	0	1	0	2
5	0	1	0	1	2
6	0	0	1	2	1
7	0	0	1	1	1
8	1	0	2	0	1
9	1	0	3	0	0
10	0	0	0	0	1
11	1	0	1	2	0
12	0	0	3	0	1
13	2	0	1	1	3
14	2	1	2	0	2
15	0	0	1	0	0
16	0	0	1	0	0
17	0	1	1	1	0
18	0	0	1	1	0
19	0	0	1	1	1
20	0	0	1	4	0
21	1	0	0	0	3
22	0	0	1	0	1
23	0	0	1	2	0
24	1	1	3	0	0
25	0	1	2	0	0
26	3	0	2	0	0
27	0	1	3	2	0
28	0	0	1	1	2
29	2	0	1	0	0
30	2	1	1	0	2
Total	17	9	40	19	27
%	5.6	3	13.3	6.3	9

TABLA 4

CARGA DE VALORES Y PORCENTUAL DE LOS FACTORES DE LA EAM-R							
<i>ESTUDIANTES</i>							
SUJETO	Factor A	Factor B	Factor C	Factor D	Factor E	Factor F	Factor G
1	0	9	4	7	4	0	0
2	2	4	2	5	8	2	0
3	8	7	4	4	4	0	0
4	0	4	12	4	8	0	4
5	10	4	2	7	3	0	0
6	4	5	6	5	7	0	2
7	8	4	10	4	6	0	0
8	12	7	4	1	8	0	0
9	2	13	3	10	4	0	2
10	2	6	14	6	6	0	0
11	11	4	3	9	3	2	0
12	8	9	1	12	4	0	0
13	5	8	10	3	10	0	1
14	10	4	8	4	8	2	2
15	15	7	7	6	8	0	1
16	14	10	6	3	6	0	3
17	18	9	9	2	4	2	4
18	22	6	8	6	4	0	4
19	16	9	11	6	7	0	2
20	14	11	12	7	8	3	2
21	12	14	3	10	7	3	4
22	23	9	7	3	9	2	4
23	21	8	8	8	8	2	4
24	18	11	4	9	8	2	3
25	17	10	15	7	11	1	1
26	23	8	10	8	8	0	3
27	19	10	11	7	9	3	2
28	24	9	11	8	8	2	2
29	22	14	16	10	10	1	2
30	29	16	10	12	8	4	0
Total	389	250	231	193	206	31	52
%	29.46	52.08	48.12	53.61	57.22	25.83	43.33

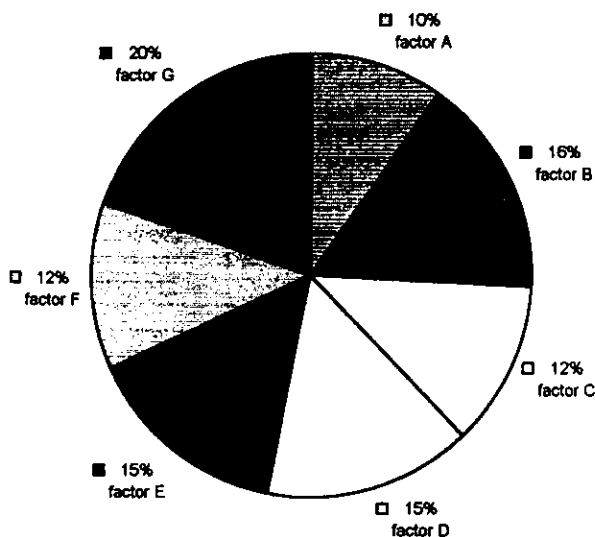


TABLA 5

CARGA DE VALORES Y PORCENTUAL DE LAS DIMENSIONES EN F. 1.					
<i>ESTUDIANTES</i>					
SUJETO	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5
1	0	0	1	0	0
2	0	0	1	0	1
3	2	1	2	0	0
4	2	0	2	2	0
5	0	0	1	0	0
6	0	1	4	0	0
7	2	1	1	1	0
8	0	0	0	4	0
9	1	0	2	0	1
10	1	1	4	0	0
11	1	0	2	0	1
12	0	1	1	0	1
13	0	0	2	3	0
14	2	2	2	0	0
15	1	0	3	0	0
16	1	3	3	0	0
17	0	0	1	0	0
18	0	0	2	2	0
19	0	1	3	1	0
20	1	3	2	0	0
21	0	1	2	3	1
22	0	0	1	1	0
23	1	0	2	1	0
24	1	0	3	0	1
25	1	1	2	1	1
26	0	0	1	2	0
27	0	2	4	1	0
28	1	3	3	0	0
29	0	0	2	2	0
30	0	1	3	1	0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>62</b>	<b>25</b>	<b>7</b>
<b>%</b>	<b>12</b>	<b>14.66</b>	<b>41.33</b>	<b>16.66</b>	<b>4.66</b>

GRÁFICA 2

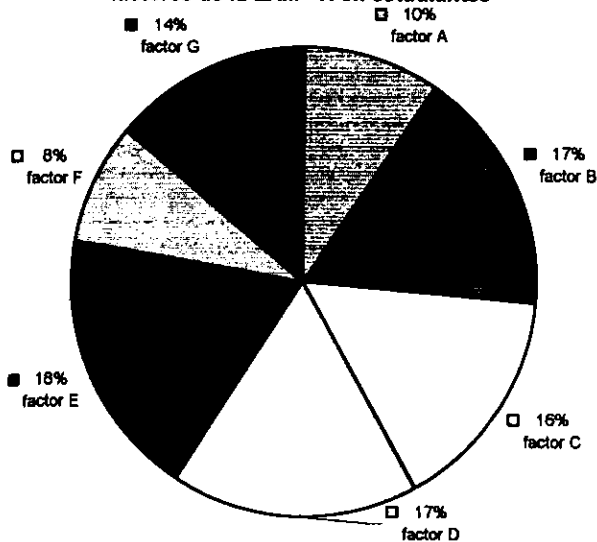
Distribución de las cargas porcentuales de los factores de la EAM - R en seropositivos



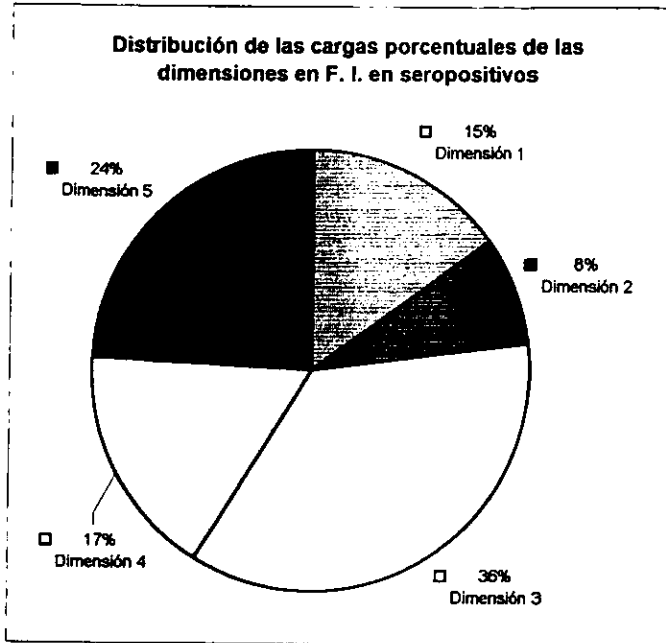
Factor A. Miedo a la incertidumbre y a la pérdida de cosas.  
 Factor B. Miedo al dolor asociado con la muerte.  
 Factor C. Preocupación por el propio cuerpo y ansiedad sobre la descomposición.  
 Factor D. Miedo a la indefensión y a la falta de control.  
 Factor E. Preocupación por la vida después de la muerte.  
 Factor F. Miedo a la descomposición y ansiedad hacia los ataúdes.  
 Factor G. Preocupación respecto a dejar instrucciones sobre cómo se deberían hacer las cosas después de la propia muerte.

GRÁFICA 3

Distribución de las cargas porcentuales de los factores de la EAM - R en estudiantes



GRÁFICA 4



**Dimensión 1** Mención encubierta de la muerte o el morir.

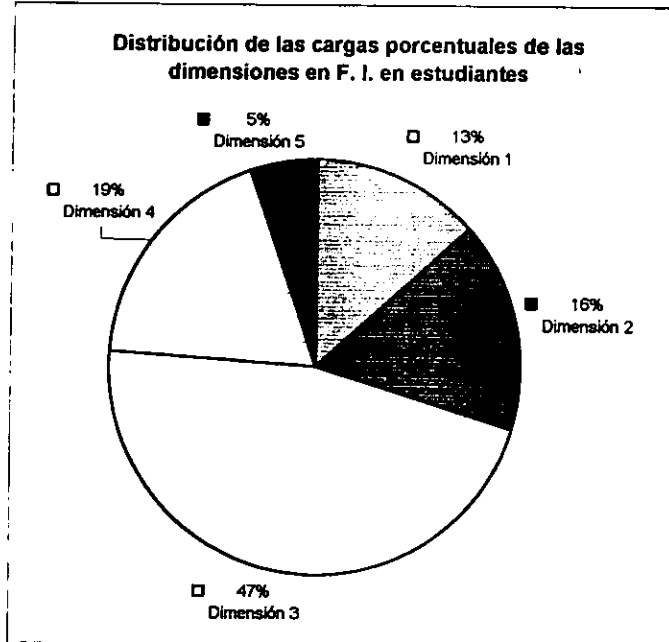
**Dimensión 2.** Preocupación sobre la separación o abandono de los demás.

**Dimensión 3.** Pérdida de control sobre uno mismo o el ambiente.

**Dimensión 4.** Preocupación sobre la pérdida de metas u objetivos.

**Dimensión 5.** Preocupación sobre el dolor, el daño o la enfermedad.

GRÁFICA 5



Prueba T

TABLA 6. Estadísticas de grupo

SEROSTATUS	N	Media	Desv. Est.	Error Est. de la Media
EAMR NEGATIVOS	30	40.27	14.51	2.65
POSITIVOS	30	41.27	15.51	2.83
FI NEGATIVOS	30	4.50	1.74	.32
POSITIVOS	30	3.73	1.57	.29

TABLA 7. Prueba t para dos muestras independientes

		Prueba de Leven para la igualdad de las Varianzas		Prueba t para la igualdad de las medias						
		F	Sig.	t	Grados de Libertad	Sig. (2-colas)	Diferencia de la Media	Diferencia del Error Est.	99% de Intervalo de Confianza de la Diferencia	
									Menor	Mayor
EAMR	Varianzas iguales asumidas	.041	.839	-.258	58	.797	-1.00	3.88	-11.33	9.33
	Varianzas iguales no asumidas			-.258	57.740	.797	-1.00	3.88	-11.33	9.33
FI	Varianzas iguales asumidas	.679	.413	1.791	58	.078	.77	.43	-.37	1.91
	Varianzas iguales no asumidas			1.791	57.447	.079	.77	.43	-.37	1.91

## Correlaciones

108

TABLA 8. Correlaciones

		EAMR (Estud.)	FI (Estud.)	EAMRSP (VIH)	FISP (VIH)
EAMR (Estud.)	Correlación de Pearson	1.000	.316	.968**	.101
	Sig. (2-colas)	.	.089	.000	.594
	N	30	30	30	30
FI (Estud.)	Correlación de Pearson	.316	1.000	.358	.177
	Sig. (2-colas)	.089	.	.052	.351
	N	30	30	30	30
EAMRSP (VIH)	Correlación de Pearson	.968**	.358	1.000	.157
	Sig. (2-colas)	.000	.052	.	.408
	N	30	30	30	30
FISP (VIH)	Correlación de Pearson	.101	.177	.157	1.000
	Sig. (2-colas)	.594	.351	.408	.
	N	30	30	30	30

\*\* La Correlación es Significativa al Nivel 0.01 (2-colas).

## Análisis de Varianza de un Factor (Prueba F)

109

TABLA 9. Descripción estadística de la comparación de los factores de la EAM - R entre seropositivos y seronegativos

		N	Media	Desv. Est.	Error Est.	95% de Intervalo de Confianza para la Media		Mínimo	Máximo
						Límite Menor	Límite Mayor		
FACTORA	POSITIVOS	30	13.43	9.83	1.79	9.76	17.10	0	34
	NEGATIVOS	30	12.97	8.02	1.46	9.97	15.96	0	29
	Total	60	13.20	8.90	1.15	10.90	15.50	0	34
FACTORB	POSITIVOS	30	8.37	3.69	.67	6.99	9.74	0	16
	NEGATIVOS	30	8.33	3.27	.60	7.11	9.56	4	16
	Total	60	8.35	3.46	.45	7.46	9.24	0	16
FACTORC	POSITIVOS	30	6.43	4.17	.76	4.88	7.99	0	16
	NEGATIVOS	30	7.70	4.12	.75	6.16	9.24	1	16
	Total	60	7.07	4.16	.54	5.99	8.14	0	16
FACTORD	POSITIVOS	30	5.63	2.85	.52	4.57	6.70	0	12
	NEGATIVOS	30	6.43	2.85	.52	5.37	7.50	1	12
	Total	60	6.03	2.85	.37	5.30	6.77	0	12
FACTORE	POSITIVOS	30	5.93	2.49	.45	5.00	6.86	1	12
	NEGATIVOS	30	6.87	2.21	.40	6.04	7.69	3	11
	Total	60	6.40	2.38	.31	5.78	7.02	1	12
FACTORF	POSITIVOS	30	1.63	1.52	.28	1.07	2.20	0	4
	NEGATIVOS	30	1.03	1.25	.23	.57	1.50	0	4
	Total	60	1.33	1.41	.18	.97	1.70	0	4
FACTORG	POSITIVOS	30	2.60	1.38	.25	2.08	3.12	0	4
	NEGATIVOS	30	1.73	1.53	.28	1.16	2.30	0	4
	Total	60	2.17	1.51	.19	1.78	2.56	0	4

TABLA 10. Análisis de varianza de un factor para la EAM - R.

		Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrada	F	Sig.
FACTORA	Entre Grupos	3.267	1	3.267	.041	.841
	Intra Grupos	4666.333	58	80.454		
	Total	4669.600	59			
FACTORB	Entre Grupos	1.667E-02	1	1.667E-02	.001	.971
	Intra Grupos	705.633	58	12.166		
	Total	705.650	59			
FACTORC	Entre Grupos	24.067	1	24.067	1.402	.241
	Intra Grupos	895.667	58	17.167		
	Total	1019.733	59			
FACTORD	Entre Grupos	9.600	1	9.600	1.184	.281
	Intra Grupos	470.333	58	8.109		
	Total	479.933	59			
FACTORE	Entre Grupos	13.067	1	13.067	2.359	.130
	Intra Grupos	321.333	58	5.540		
	Total	334.400	59			
FACTORF	Entre Grupos	5.400	1	5.400	2.798	.100
	Intra Grupos	111.933	58	1.930		
	Total	117.333	59			
FACTORG	Entre Grupos	11.267	1	11.267	5.310	.025
	Intra Grupos	123.067	58	2.122		
	Total	134.333	59			

## Análisis de Varianza de un Factor (Prueba F)

111

TABLA 11. Descripción estadística de la comparación de las dimensiones de F. I. entre seropositivos y seronegativos

		N	Media	Desv. Est.	Error Est.	95% de Intervalo de Confianza para la Media		Mínimo	Máximo
						Límite Menor	Límite Mayor		
DIM1	POSITIVO	30	.57	.86	.16	.25	.89	0	3
	NEGATIVO	30	.60	.72	.13	.33	.87	0	2
	Total	60	.58	.79	.10	.38	.79	0	3
DIM2	POSITIVO	30	.30	.47	8.51E-02	.13	.47	0	1
	NEGATIVO	30	.73	.98	.18	.37	1.10	0	3
	Total	60	.52	.79	.10	.31	.72	0	3
DIM3	POSITIVO	30	1.33	.84	.15	1.02	1.65	0	3
	NEGATIVO	30	2.07	1.01	.19	1.69	2.45	0	4
	Total	60	1.70	1.00	.13	1.44	1.96	0	4
DIM4	POSITIVO	30	.63	.96	.18	.27	.99	0	4
	NEGATIVO	30	.83	1.12	.20	.42	1.25	0	4
	Total	60	.73	1.04	.13	.46	1.00	0	4
DIM5	POSITIVO	30	.90	.96	.18	.54	1.26	0	3
	NEGATIVO	30	.23	.43	7.85E-02	7.27E-02	.39	0	1
	Total	60	.57	.81	.10	.36	.78	0	3

TABLA 12. Análisis de varianza de un factor para F. I.

		Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrada	F	Sig.
DIM1	Entre Grupos	1.667E-02	1	1.667E-02	.026	.871
	Intra Grupos	36.567	58	.630		
	Total	36.583	59			
DIM2	Entre Grupos	2.817	1	2.817	4.781	.033
	Intra Grupos	34.167	58	.589		
	Total	36.983	59			
DIM3	Entre Grupos	8.067	1	8.067	9.259	.004
	Intra Grupos	50.533	58	.871		
	Total	58.600	59			
DIM4	Entre Grupos	.600	1	.600	.551	.461
	Intra Grupos	63.133	58	1.089		
	Total	63.733	59			
DIM5	Entre Grupos	6.667	1	6.667	12.058	.001
	Intra Grupos	32.067	58	.553		
	Total	38.733	59			



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La muerte, fuente de vida, de desarrollo, de motivación, de sentido para la existencia o génesis de desgracia, sufrimiento, dolor y falta de sentido para el existir. Estos cuestionamientos acompañados de intensos sentimientos combinados de odio, amor, esperanza, tristeza, desesperación, tranquilidad, y sobre todo miedo y ansiedad, han invadido al hombre desde que se dio cuenta de su propio existir. Según algunos antropólogos, el hombre ha estado y está todavía en muchos aspectos orientado a sobrepasar o tal vez a no llegar a eso que marca el fin de su existencia llamado muerte; por todos los medios trata y ha tratado de evitar la ansiedad que le invade cuando piensa o se imagina lo que sucederá en el proceso de su muerte, en el instante de su muerte misma y aun después de que muera, incluso algunos hombres prefieren morir o matarse a ellos mismos en vez de vivir con la incertidumbre de la fecha y el lugar de su lugar exacto de muerte; es como si el humano viviera para no morir, como si la vida le hubiese sido dada para que buscara y pugnara por no morir; y aunque parezca que esta concepción no tiene bases sólidas y coherentes con el principio de realidad, lo cierto es que la naturaleza da la vida para que esta a su vez se perpetúe por medio de otros individuos, sin embargo, el precio de la vida es la muerte, que tiene que presentarse para que a su vez la vida, no la de un individuo en particular, y quizá tampoco de una especie, sino la vida en general se perpetúe.

El individuo debe buscar la perpetuidad de la vida pero no la suya. Esta situación que pugna a favor de la continuidad biológica es la que hace tan fuerte el impulso de la reproducción, del impulso sexual en los seres vivos, aunque de estos solamente la especie humana tiene la capacidad de hacer consciencia de su existencia, este logro, producto de la evolución es tanto una potencialidad para un vivir más pleno como también para un vivir impregnado de ansiedades y de temores con respecto a la muerte. Sí, paradójicamente, la evolución que según se cree propicia una mejor adaptación al medio, no siempre cumple su cometido y esto se ha manifestado en la especie humana, que en términos científicos y meramente biológicos, es la especie que ha alcanzado el tope de la evolución, pero que, por otra parte es la especie más destructiva y que más intenta aniquilar la vida, ¿caso es esto evolución?. Obviamente no, lo que ha sucedido es que el hombre con su capacidad de creación y de independencia de la naturaleza, ha usado sus instintos (o más bien pulsiones como más adelante se verá) tanto para crear como para destruir; la evolución de la humanidad no puede generalizarse a toda la especie humana, ya que esta independencia de las tendencias genéticas ha puesto una preponderancia en la individualidad, en la capacidad de cada uno de los hombres para alejarse o canalizar en forma creativa sus instintos innatos en general y consecuentemente, también para evitar el regirse por "conductas humanas en general".

Más bien, como producto de la evolución biológica, y con la consecuente capacidad de adaptar el medio a sus necesidades (y no adaptarse al medio como lo hacen los animales arracionales), la humanidad se ha dividido en grupos con sus características propias y que muchas veces hacen que los grupos humanos se parezcan casi exclusivamente en aspectos fisiológicos; las diferencias están dadas por influencias sociales y culturales, dentro de las cuales existen también discrepancias en las personalidades de los individuos de un grupo debido a las influencias particulares que recibe cada sujeto. Estas diferencias han sido estudiadas por la antropología y en particular con respecto al tópico de la muerte ha encontrado que a través de la historia de la humanidad, la muerte ha jugado un papel

preponderante en la creación de las costumbres, ritos religiosos, creencias y actitudes; desde que el ser humano ha tenido conciencia de su propia muerte y de la de los demás y desde que ha tenido la oportunidad de reflexionar acerca de este hecho con la ayuda del avance económico que le ha permitido tener tiempo libre para desarrollar su pensamiento y no preocuparse por la supervivencia; ha intentado convencerse a sí mismo de su inmortalidad; desde épocas muy remotas, el hombre en general nunca ha aceptado su propia muerte. La muerte de los demás se ha tratado de enmascarar, de negar, aunque se sabe que está ahí porque se ve, se huele, se siente, y hasta se saborea y se escucha; casi todas las culturas antiguas tenían una ideología sobre la muerte en la cual se concebía una vida más allá, en la cual había una serie de ritos que mantenían vivos los mitos; la muerte no era el fin, era solamente un paso hacia una etapa más del individuo que sobrepasaba el mundo de los vivos, el mundo de lo corpóreo para pasar al mundo de lo etéreo.

Sin embargo, la presencia de grupos y de individuos dominantes ha existido siempre, tanto en la humanidad como en grupos de seres menos desarrollados. Esta situación de poderío de unos individuos humanos sobre otros, también ha traído como consecuencia la imposición de una ideología sobre otra u otras, lo que a su vez ha privilegiado a los grupos y a los sujetos dominantes en cuanto a lo que les sucederá después de su muerte. Así, la dominación ha perdurado y perdura después de la muerte y también la muerte ha servido y sirve para aumentar y prolongar el dominio de los más fuertes sobre los más débiles. La cultura del temor al castigo, al penar eterno, o a la imposibilidad de entrar a los diversos paraísos creados por cada cultura hacen del sometimiento a los fuertes una necesidad para los oprimidos. Pero esta situación de abuso no ha estado siempre presente ni tampoco es general en la actualidad, ya que existen grupos humanos alejados de la "civilización" moderna que viven y perciben a la muerte como una situación igualitaria, no exclusiva de determinadas castas. La muerte para estas culturas es más bien un portal para todo ser humano que cuide su vida y la de los demás; el asesinato o el suicidio son actos que marcan el alma para la eternidad, que la relegan a la soledad eterna, que rompen los vínculos familiares con los antepasados, es decir, la vida después de la muerte para estas culturas no espanta ni se evita sino que simplemente es un reflejo de cómo se vive y se actúa en la vida actual, en la vida terrena; y estas creencias no tienen nada que ver con situaciones de sometimiento por parte de los más poderosos, ya que no existen privilegios ni en la vida ni en la muerte, más bien ejercen un efecto catalizador o mediador en la conducta de los integrantes del grupo.

Pero, por otra parte, se encuentra la cultura moderna, la cultura del dinero y de los inventos que hacen más cómoda la vida, la cultura de los poderosos que someten a los débiles, la cultura de la imposición y de la injusticia, la cultura de lo "coherente", de lo concreto, de lo medible, del placer, de la producción material. Esta cultura actual creada a lo largo de la historia de la humanidad y que refleja en apariencia la cúspide de la evolución humana, surge como una mezcla confusa de sublimación emocional y a la vez de expresión irrefrenable de los impulsos, surge como una cultura de conveniencia y de engaño; como una cultura que excluye la verdadera individualidad y que alaba la competencia, la destructividad y la negación de los valores humanos que tengan que ver con la búsqueda identidad propia que no esté regida por la búsqueda del poder.

Esta civilización mortífera, suicida y homicida, que se acaba a sí misma y elimina a sus integrantes, obviamente tiene que negar a la muerte, ya que ésta es la expresión de lo que se intenta hacer, morir y matar; por eso predomina en esta cultura la búsqueda de todo menos de la vida, eso es la realidad, aunque los individuos crean que viven para vivir, en

verdad, la mayoría de sus respuestas ante la vida se encuentran impregnadas de sentidos materiales, de cantidades, de números y de resultados concretos, ya no se piensa ni se cree más en lo etéreo, en el espíritu, ni siquiera en la mente o en los sentimientos; ya que todo está calificado como adecuado o inadecuado en función de lo que se pueda ver o captar por algún sentido y que manifieste de manera palpable un beneficio; situación que tampoco queda clara en esta cultura, ya que los beneficios son siempre esperados pero terminan siendo en el mejor de los casos resultados neutros, intrascendentes y en el peor y más común, en un daño para el individuo, ya que evocan una mayor búsqueda de beneficios que nunca llegarán porque se busca lo equivocado, lo que en realidad el hombre no necesita ni en el fondo desea, quiere libertad, felicidad, plenitud, pero desgraciadamente eso no llegará desde afuera como objetos satisfactorios.

En la cultura actual, supuestamente civilizada y moderna, se han visto una serie hechos que permiten dilucidar una especie de involución, ya que para el hombre antiguo el tiempo libre producto de sistemas de supervivencia más eficaces que le permitían reflexionar y pensar sobre su existencia y no ocuparse todo el tiempo de no ser devorado o atacado o de encontrar alimento, fue un medio facilitador a través del cual el hombre desarrolló sus capacidades intelectuales y filosóficas que le fueron permitiendo vivir con más tranquilidad, se trabajaba para vivir; sin embargo, en la cultura moderna, al parecer se vive para trabajar y no existe un objetivo más allá de eso, el placer de la existencia se ha reducido a la producción, al valor del individuo como un ser que tiene cosas, objetos materiales, objetos carnales; el ser se ha transformado en un tener. Y sí, esto se refleja en la percepción de la muerte, la cual ciega como el destello más brillante, la muerte no se puede ver más de frente en la cultura actual porque priva al hombre de su valor, porque le impide ser una máquina de producción.

Esto no sucede en culturas donde predominan las filosofías orientales tales como el budismo, el taoísmo o el hinduismo, o en grupos guiados por ideas y creencias integracionistas acordes con las leyes cíclicas de la naturaleza; o al menos no sucede a tan gran escala, estas filosofías creadas por la necesidad de entender la naturaleza humana desde un punto de vista práctico, basado en los hechos; paradójicamente han puesto énfasis en la vida espiritual del hombre, en la liberación del apego y de la rigidez, en la firme creencia en la relatividad de las cosas, en el cambio continuo; la muerte no es un castigo para bien o para mal, simplemente es un cambio más dentro de la continuidad, que va a ser el reflejo de la vida; es por ello que para estas culturas, lo inadecuado es el apego a las cosas, a los sentimientos, a la vida o a la muerte, y no tanto porque se crea de manera metafísica que son inadecuados en sí, sino que simplemente no tiene sentido apegarse a algo irreal, es decir a lo permanente. Esta percepción y vivencia práctica de la existencia favorece la aceptación de la muerte, así, si no hay apego no hay ansiedad.

Con respecto a aspectos espirituales y filosóficos; en la cultura contemporánea y moderna no toda la existencia y la creación ha estado basada en las producciones materiales, ya que ha habido hombres que se han preguntado sobre el sentido de la existencia y de la no existencia; para algunos, que consideran la muerte como el fin; este hecho es una desgracia para el ser humano porque le impide encontrarle sentido a su propia vida debido a que el llegar a un punto en donde no se puedan desarrollar más las potencialidades provoca una gran ansiedad existencial imposible de aminorar, la muerte trunca la existencia. Otros filósofos de la actualidad consideran a la muerte como la motivación principal del ser humano para perpetuar su desarrollo, es lo que empuja a que el hombre cree y evolucione. Por otra parte, se encuentran también aquellos pensadores que

analizan asuntos relacionados con la vida y la muerte pero una forma integrada a la naturaleza, no perciben a la muerte como un fin o como una pared, sino más bien como parte de una continuidad. Sin embargo, las diversas concepciones y filosofías que toman en consideración a la muerte, no pueden ser comparadas del todo ya que los efectos que produzcan en los individuos serán tan variados como el número de individuos que formen parte de una cultura. Aunque sí está muy claro que los sujetos que viven en base a preceptos rígidos y negando el cambio natural continuo viven con más ansiedad y sufrimiento. De esta manera, aunque parezca paradójico, lo que más se teme y se evita (el sufrimiento y el dolor), es lo que a final de cuentas se vive casi como destino.

Otros estudiosos del hombre que se han adentrado en estas diferencias individuales y del desarrollo ontogenético han intentado descifrar las respuestas a la conducta humana tan ambivalente y extremosa en muchas ocasiones. Si, los seres irracionales parecen sufrir o experimentar dolor por situaciones externas o ajenas a su voluntad, ya que la búsqueda de estos seres está enfocada en la satisfacción de sus necesidades e instintos "programada" por la naturaleza, parece no importarles otra cosa más que eso y teniendo estas necesidades e instintos satisfechos, al parecer no hay dolor ni búsqueda de más satisfactores o satisfacciones.

Pero el hombre, asombrosamente nunca parece estar totalmente satisfecho, si el placer es encontrado y no hay fuentes de dolor, el ser humano parece buscar el dolor, parece buscar el sufrimiento; los teóricos del psicoanálisis ortodoxo explican que en el hombre subyacen dos tipos de pulsiones (fuerzas que mueven la psique y que tienden al estado de reposo) que pugnan por la vida por un lado y por la muerte por otro, estas pulsiones ya están dadas, son inherentes a la naturaleza de los seres humanos y una no excluye a la otra, ambas se encuentran presentes en el hombre y en algunos individuos una domina a la otra; la explicación de la inmensa destructividad humana manifestada en las guerras y en situaciones donde el control social es mínimo o nulo es explicado por este dominio de las fuerzas destructivas, sin embargo, esta destructividad no solamente se dirige hacia fuera, ya que el hombre, hasta donde se sabe, es el único ser que se destruye a sí mismo, y no sólo a nivel físico, no solamente comete el llamado suicidio corporal, también se mata poco a poco o quizá de tajo a nivel emocional, a nivel psicológico; puede vivir en la muerte o morir en la vida, aunque parezca ilógico, así sucede. Esta búsqueda de la muerte, de la destrucción de la constancia de lo inanimado y de lo pasivo no es totalmente cognoscible por el hombre, es decir, este ser privilegiado con la capacidad de la razón se encuentra dominado por fuerzas que él no se da cuenta que existen en su interior; hace y piensa cosas que no se explica de donde vienen, ni para qué las hace; en realidad no tienen una explicación coherente para la estructura mental que el hombre conoce; y con respecto a esto, se sabe desde hace ya más de 100 años que el hombre no es un ser totalmente guiado por la razón y la voluntad, más bien está sujeto a fuerzas ajenas a su campo de percepción mental.

Este reino de lo incognoscible es llamado inconsciente y lo más sorprendente es que está parte del hombre no es una fracción de su ser, ni una parte que solamente en raras ocasiones se manifiesta, por ejemplo, en situaciones extremas o de gran peligro; no, el inconsciente domina al hombre, y lo que este cree que es, no es más que una ilusión de su realidad psíquica interna; de esta manera, el hombre a pesar de poseer la capacidad exclusiva de razonar, es el ser más ignorante que existe en relación a lo que en verdad necesita para sentirse satisfecho; quizá es por esto que el hombre nunca encuentra satisfacciones, porque lo que busca no es en realidad lo que necesita, ya sea porque esté

buscando lo que su inconsciente pide, pero su aspecto consciente rechaza o viceversa.

Paradójicamente, la evolución que dotó a los humanos del máximo poder creativo, de la memoria, del pensamiento, de la conciencia, también los dotó de lo incognoscible, de lo inconsciente y de la ilusión de lo consciente. Lo importante de la teoría psicoanalítica con respecto a la muerte es la concepción que tiene del hombre como un ser que no está más allá de otros seres vivientes; seguramente vive con mecanismos psicológicos complicados e incomprensibles, pero sigue estando regido por patrones de conducta; de una u otra manera se encuentra determinado por tendencias biológicas y moldeado por un grupo social que en muchos aspectos comparte los mismos aspectos inconscientes. Sin embargo, esta especie de determinismo no tiene por que ser absoluto; así como los seres arracionales pueden agregar comportamientos adaptativos ante la naturaleza externa, el hombre puede modificar su conducta regida por su naturaleza y construcciones internas; seguramente necesitará ayuda, muy probablemente le tomara tiempo y esfuerzo, pero aquí sí, la conciencia de sí mismo, de sus cadenas, de su propia destructividad y del perjuicio hacia sí mismo podrá ser un regalo aprovechable de la evolución que lo podría guiar a un verdadero conocimiento de su naturaleza interna y por tanto a una vida sin tantas limitaciones e insatisfacciones.

Para otros estudiosos del hombre, la destructividad, el sufrimiento o la búsqueda de la muerte más bien se encuentra determinada por situaciones sociales tanto a nivel global como muy específicas; de esta manera, la cultura mundial, regional, de una comunidad o de una familia, son determinantes en el predominio de la búsqueda de la vida o de la muerte; desde este punto de vista, la búsqueda de la muerte no es una pulsión o un instinto inherente en el ser humano, ni está basado en aspectos arcaicos o inconscientes; más bien se encuentra estructurado por la serie de influencias socioculturales; una ejemplificación muy clara de esta situación es la falta de sentido de vida en la sociedad con predominio de la cultura moderna capitalista; en esta sociedad, la búsqueda de tal sentido se reduce a la cantidad material de una cosa u otra, el sentimiento como aspecto etéreo ha dejado de ser importante, sin embargo, el hombre de esta sociedad se engaña constantemente, se aturde, vive dentro de la ilusión de omnipotencia e inmortalidad; tal vez ha llegado a depender tanto de las máquinas, del dinero, del poder de la materia, que se ha llegado a creer una pieza más de su automóvil, de su casa material, de su cuenta bancaria; el hombre como tal, con sentido de vida independiente de sus posesiones no existe o al menos no se le permite existir; desde este punto de vista, aunque el hombre no depende de situaciones inconscientes o biológicas, sí lo hace de una sociedad que le niega incluso la búsqueda del sentido de su propia existencia; hay que encontrarle sentido al amor, al trabajo, a la familia, a la sexualidad, etc. ¿pero acaso el hombre tiene tiempo para ello? o es más ¿tiene la capacidad para hacerlo? o siquiera ¿tendrá la necesidad de ello?, sin duda son preguntas que cada individuo tendrá que responderse en base a su verdadero sentir porque tal vez la ilusión de omnipotencia y de seguridad sea todo lo que un ser humano tiene y sin ello se vuelve nada; el proceso de cambio es difícil, es doloroso, provoca miedo y ansiedad, pero seguramente quien se atreva a recorrerlo encontrará una razón para vivir que no esté en función de las circunstancias externas, que, como se conoce desde hace milenios, son siempre cambiantes.

La rigidez, la imperiosa necesidad de prever con seguridad el futuro, el querer tener el control de todas las situaciones, son características de la neurosis, enfermedad psíquica donde predomina la ansiedad, la hostilidad, y la infelicidad; este padecimiento psíquico muy extendido en nuestra cultura capitalista, es, entre otras cosas, producto de la necesidad

de poder, de predominar, de sobresalir, o quizá también de no ser devorado por la máquina de producción de la que muchos hombres forman parte. Una característica mencionada de este padecimiento es la ansiedad, que es también una consecuencia de la capacidad de raciocinio del hombre ya que gracias a esta, se pueden anticipar o imaginar situaciones que en realidad no están ahí o que probablemente nunca estarán; los animales irracionales sienten miedo, sí, miedo al peligro que se encuentra en verdad cerca de ellos, y esa emoción que es adaptativa ya que permite al animal evitar perder su vida o su integridad corporal, es necesaria para la continuidad de la vida, ya que un animal sin miedo o una especie sin miedo se encuentra condenada a la extinción. Sin embargo, el hombre siente algo más que temor, siente ansiedad; y es más porque el peligro real no se encuentra cerca sino más bien es producto de la imaginación o de la idea de algo que sucederá, es decir, no está ahí el peligro, no se palpa, no se ve, no se huele, ni se percibe por los sentidos de captación del medio exterior, empero, se siente internamente, es como si el daño fuera a provenir desde dentro, pero de un lugar no totalmente específico. Algunos dicen que es el producto de la propia destructividad, la ansiedad ante la autodestrucción. Y podría ser cierto si se considera a la cultura capitalista moderna (que predomina en la mayor parte del mundo), como insaciable, como devoradora, que, de hecho, se come a sí misma en la búsqueda de más introyecciones de seguridad, de control; así cada individuo busca lo que la cultura le indica, y para lograr la seguridad hace uso de sus pulsiones destructivas, de muerte; negando todo lo que tenga que ver con la vida con la finalidad de sentir que posee el control, el predominio sobre otros seres; pero esta situación es devuelta hacia el propio individuo ya que en su afán de opresión, también se oprime y se mata a él mismo, manifiesta hostilidad hacia fuera y también hacia dentro.

De esta manera, la ansiedad del hombre occidental se ha alejado del sentido sano de la ansiedad que favorece la creación, que empuja al hombre a crear medios intelectuales, emocionales, psicológicos y sociales que le permitan realizar sus potencialidades como individuo viviente, con sentimientos, emociones y necesidades humanas; no como un hombre - máquina (o más realísticamente - parte de una máquina de muerte o de negación de la vida). Por ello es necesario que los profesionales de la salud mental tomen en cuenta que la ansiedad no por ser predominante o por entrar dentro de la normalidad del criterio estadístico (quizá todos los seres humanos sientan ansiedad), es un problema sin importancia, ya que hay que examinar la ansiedad de cada individuo, no solamente en un nivel de grados (más o menos) o cuantitativamente sino es menester descubrir el origen de la ansiedad; los resultados de investigaciones de este tipo sin duda serán desalentadores en un principio ya que la gran cantidad de factores que podrían influir en la ansiedad sin lugar a dudas son inmensos, no en cuanto a número sino en fuerza de influencia, la cultura que impone, las tendencias genéticas que favorecen, la consciencia que engaña y el inconsciente que no se deja ver, sin duda alguna hacen que se vislumbre un gran trabajo, pero el objetivo de la plenitud humana o al menos de la disminución de la ansiedad son tan motivadores que todo esfuerzo por lograrlo es más que satisfactor. Obviamente, es mucho muy difícil cambiar a la inmensa máquina de producción movida por la vanidad, el poder, el control, el afán de dominación y la insaciable voracidad, pero los miles de millones de seres humanos - piezas mecánicas que la forman, podrían ser liberados uno a uno de esa ilusión de felicidad a través de lo inerte; y quizá en el futuro la máquina global deje de ser tan dura y metálica.

Puede ser que en ocasiones cuando el hombre es forzado a tomar conciencia de su mortalidad, de su finitud, de su vulnerabilidad, intenta encontrarle un sentido propio a su

vida, se aventura en la búsqueda del significado de su propia existencia; cuando el ser humano se enfrenta a la enfermedad, al dolor, a la pérdida; ya no puede engañarse más porque alguna de estas situaciones le presenta una imagen de la vida completamente distinta, pone en evidencia la inutilidad de la búsqueda del control y del poder, manifiesta la vaciedad y relatividad de las formas, y sobre todo muestra de manera muy cruda que el intento de convertirse en máquina llevaba inherentemente el sello del fracaso. Como se mencionó, dentro de estas situaciones que modifican por completo la vida del hombre, se encuentran las enfermedades, la mayoría quizá curables o al menos posibles de ignorar, pero que ponen en duda la objetividad del pensamiento occidental y que sin embargo al ser eliminadas de una manera u otra refuerzan la idea de omnipotencia. Esto no sucede con las enfermedades incurables, con las cuales el ser humano por fuerza sale de su ilusión en la mayor parte de las veces, en un momento u otro. Uno de estos padecimientos que se han presentado en la actualidad como transformadores de la ideología predominante ha sido el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) causado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), este virus y el síndrome consecuente pusieron la capacidad dominadora de la humanidad en duda y después eliminó tal creencia de omnipotencia humana. El VIH, quizá producto de manipulaciones genéticas o del avance de los medios de comunicación que favorecieron la pandemia, fue y es sin lugar a dudas la evidencia de la vulnerabilidad del ser humano y de la relatividad de las cosas; un ente microscópico que habitaba en seres que a su vez habitaban en un lugar remoto y ajeno a la civilización moderna alcanzó a los seres de la cúspide evolutiva para eliminarlos casi invisiblemente; sí, el enemigo no se encontraba, sólo había gente que moría, que sufría, que era relegada porque no servía al sistema de producción y además porque recordaba la finitud y la pequeñez del hombre ante su naturaleza y ante sí mismo. La ansiedad, el miedo y el pánico que provocó esta disonancia entre lo que el hombre creía que era y lo que la naturaleza le manifestó que es, tuvo como consecuencia una búsqueda frenética de respuestas, que provocaron (para variar) situaciones de competencia y de predominio, de pugnas y luchas por el reconocimiento; el ser humano como era de esperarse se intentó refugiar de la evidencia de sus ideas irreales en la competencia, en la producción de algo que salvara la vida, aunque se siguiera viviendo sin sentido, pero lo importante era no perder la ilusión de invulnerabilidad porque entonces todo se caería, se despertaría del sueño que terminaría siendo una pesadilla.

Así, la ciencia moderna que intento alcanzar y alcanzó lo que quizá debió de haber permanecido inalcanzable, hasta el presente ha trabajado incesantemente por encontrar una solución definitiva al SIDA y al VIH. Este padecimiento, quizá también ha sido tan escandaloso, divulgado y estigmatizado porque pone en evidencia la ignorancia e incompreensión en la que vive el ser humano, la incapacidad del hombre para encontrarle sentido al amor y a la sexualidad, y probablemente también porque dentro de este padecimiento existe una combinación manifiesta y concreta de la muerte o de la posibilidad de muerte que se encuentra como consecuencia de la búsqueda de la vida o del sentido de la vida, colocándose en evidencia que la felicidad, el sentido y el valor de la vida no se pueden encontrar directamente en el exterior, sino que tienen que ser creadas por cada ser humano tomando como fuente de alimento espiritual su propio interior, ya que en el exterior como se puede encontrar la falsa imagen de la vida y de la felicidad, como también la falsa imagen de la muerte y de la infelicidad, tomado como punto de partida el concepto relativo de ambos conceptos.

Si a algunos seres humanos no infectados con el VIH les ha afectado esta pandemia del VIH/SIDA por el temor a padecerlo y debido a la incapacidad de la ciencia moderna para curarlo, los individuos infectados viven con sentimientos muy difíciles de contener y sobre todo de asimilar, todo esto favorecido por una sociedad que rechaza, culpa, estigmatiza, y relega al plano de seres inertes a los individuos infectados; los cuales viven sujetos a agresiones y maltratos constantes, predominando en muchas ocasiones la negatividad por parte de los profesionales de la salud, los cuales no pueden desligarse de sus prejuicios y de su afán de preponderancia, dominio y poder, para quienes el cuidado de los pacientes se ha convertido en un medio para obtener riquezas y prestigio en lugar de un fin de ayuda a otro ser humano, bien plasmado esto último en el juramento hipocrático.

Aunque existen instituciones de ayuda en todo el mundo, el alcance de estas es obviamente limitado, por lo cual se evidencia la necesidad imperiosa de un mejoramiento en la calidad de atención al paciente con VIH, en todos los sentidos y no solamente en la investigación farmacológica, la cual en ocasiones no toma en cuenta que un paciente no es solamente un organismo biológico sino que es un ser completo el cual lucha por encontrarle valor a su existencia que se ha desprendido de la máquina de producción y de los estándares socialmente aceptados; tal vez se requiera de un trabajo enorme, pero esto se vuelve relativo cuando se pone en una balanza el esfuerzo y gasto emocional, económico y energético en general que hacen muchos seres humanos para evitar pensar o siquiera esbozar la idea de que son vulnerables; agotamiento crónico producto de evitación y negación crónicas.

En este punto se llega al tema principal que aborda la presente tesis: la ansiedad hacia la muerte, que para muchos investigadores de la conducta humana es un problema sin sentido, una situación que solamente debe de tomarse en consideración en el caso de la existencia de un ser humano; como si este tipo de ansiedad se tratara de mantener oculta o negada, como si a pesar de estar presente todo el tiempo, se intentara eliminar de la consciencia.

De estas justificaciones que tienen el afán de restarle importancia al significado que tiene la muerte para el ser humano y a los sentimientos que surgen como consecuencia, tal como lo es la ansiedad hacia la muerte, surgen explicaciones de orden psicoanalítico que intentan traducir el significado de la muerte como hecho concreto a simbolismos abstractos que en ocasiones son casi imposibles de encontrar, miedo a la castración, miedo al abandono, miedo a la pérdida; todos estos temores son, según la mayoría de los psicoanalistas, el verdadero sentido de la ansiedad hacia la muerte; pero cómo podría justificarse esta explicación si la muerte ha sido el motivador principal de las creencias religiosas, cultos, mitos, ritos y acciones de la humanidad en casi todos los sitios del mundo.

Tal vez, un análisis profundo de cada individuo revele que en efecto, algunos tienen temor de ser castrados, de ser abandonados, de perder algo o a alguien, pero lo cierto es que todos esos hechos tienen un fondo principal, o todos están caracterizados por algo, por una "muerte total", o por una "pequeña muerte"; sí, las pérdidas, el abandono, la soledad se asocian con la posibilidad de morir, con la vulnerabilidad propia, son un golpe contra el sentimiento de omnipotencia. Quizá es por ello que la muerte no se acepta, ni aún por los psicoanalistas a los que probablemente les sea difícil en ocasiones aceptar que no lo pueden todo, o que no tienen explicaciones para todo, o que no todas sus interpretaciones son certeras.



Sin embargo, no todo el estudio de la psique se reduce al psicoanálisis, ya que otra corriente llamada psicología existencial que hace una mezcla entre factores espirituales y psicológicos, toma muy en cuenta la ansiedad hacia la muerte o el temor a morir como un sentimiento esencial que impregna la vida del hombre, basado también en las filosofías existenciales que consideran la muerte como un hecho que favorece o perjudica a la existencia. Y lo cierto es que, o el hombre puede encontrarle sentido a su existencia, a sus actos, a su esfuerzo, a su sufrimiento a pesar de su muerte; o de una manera más adecuada a la realidad, puede encontrar tal sentido gracias a su muerte, esta le recuerda que no tiene todo el tiempo, ni energía ilimitada como para estar inactivo; favorece la consciencia de que la pasividad, la rigidez, la dependencia absoluta y la falta de iniciativa lo guiarán a la inexistencia, quizá no corpórea pero sí a la falta de identidad, a un no existir aunque aparentemente se permanezca en el mundo. Claro que estas reflexiones y pensamientos del significado de la muerte solamente el hombre puede interiorizarlos y actuar en base a ellos después de un proceso de análisis existencial, que en la actualidad es relegado debido a que no deja beneficios materiales inmediatos.

Pero independientemente de teorías que podrían considerarse sin fundamento o producto de puntos de vista muy particulares por parte de los creadores de estas, los hallazgos concretos han mostrado que la ansiedad hacia la muerte definitivamente interactúa con una gran cantidad de variables como: género, medio sociocultural, condición civil, religión, estado de salud física, psicopatologías, vivencias, educación, etc. Es decir, la ansiedad hacia la muerte no puede considerarse un sentimiento sin importancia o no influyente o influido, por diversas condiciones humanas. Obviamente sería poco práctico retomar todas las explicaciones y descripciones de diversos estudios de la ansiedad hacia la muerte; pero un hecho manifiesto es que esta se encuentra presente en mayor o menor medida en el ser humano y que no es posible relacionarla rigidamente en "constelaciones de personalidad" ya que no obstante los hallazgos de ciertas variables particulares con ciertos niveles de ansiedad hacia la muerte, no es totalmente seguro encontrar en un miembro de un determinado grupo un nivel de ansiedad hacia la muerte específico, además, este tipo de ansiedad tiene orígenes multifactoriales, es decir, a un individuo le podría provocar más ansiedad el dolor que podría implicar la muerte y a otro le podría dar más miedo el dejar a sus seres queridos o el quedarse solo. Así también en algunos individuos podría ser dominante este tipo de ansiedad y en otros podría ser mínima.

Pero sin duda, a nivel inconsciente, todos los seres humanos tienen miedo de morir, esto desde un punto de vista psicodinámico ya que en el inconsciente el hombre se considera inmortal, simplemente no puede concebir su propia muerte; los mecanismos de defensa como el de la negación que es bastante usado, juegan un papel fundamental, ya que como el inconsciente no alcanza a concebir la muerte propia y como la consciencia sí puede hacerlo aunque solamente sea en apariencia, existe una disonancia entre estos dos sistemas psíquicos, lo que da como resultado una gran ansiedad; el yo entonces hace uso de los mecanismos de defensa para evitar que esta percepción de vulnerabilidad alcance el reino de lo inconsciente y así evitar la ansiedad; esta medida sin lugar a dudas parece bastante práctica y hasta fácil; pero no es así, ya que la energía psíquica utilizada para evitar la ansiedad es tal que otras funciones mentales quedan relegadas, la capacidad de creación y de sublimación se ven disminuidas en gran medida. Además estos mecanismos de defensa no siempre funcionan, ya que bajo ciertas circunstancias en que la barrera defensiva se debilita, la ansiedad puede explotar de manera impredecible y violenta, y aparentemente sin justificación alguna, pero como ya se ha visto; es bastante claro. Quizá de esta situación

proviengan en parte los sentimientos destructivos que expresa hacia fuera o hacia dentro el individuo humano que se sabe próximo a la muerte; las defensas no pueden soportar más una situación que le recuerda a cada instante que va a morir, entonces surge la ira, la depresión, precedidas primero por un fortalecimiento de las defensas, pero estas se agotan y el objetivo final sería la aceptación de la propia condición de un ser sujeto a lo impredecible de la muerte, ya sea con el conocimiento del tiempo del fin o sin este saber, pero lo cierto es que de la aceptación y consciencia que se tenga de la finitud de la propia existencia, depende el aprovechamiento de la vida y la verdadera plenitud; es más importante usar la energía psíquica en la creación y en el placer individual en la interacción con los otros que en el mero soporte de la vida, que siempre es demasiado pesada para las energías y capacidades del ser humano.

Ya con respecto a los resultados de la investigación empírica, se mostró que al menos en la muestra de sujetos que participaron en el estudio, el análisis de los datos a nivel global manifestó que no hubo diferencias estadísticamente significativas en el grado de ansiedad hacia la muerte a nivel consciente e inconsciente entre el grupo de pacientes seropositivos al VIH/SIDA y el grupo de estudiantes o grupo de comparación, lo cual se podría explicar por el hecho de que la ansiedad hacia la muerte se encuentra determinada por varios factores. Probablemente los pacientes con VIH fortalecen sus mecanismos de defensa para evitar pensar en la muerte, o tal vez el estar enfrentando una situación de pérdida propicia un trabajo interno que favorezca la asimilación de la propia mortalidad.

La hipótesis acerca del fortalecimiento de los mecanismos de defensa, podría sustentarse en el hecho de que los pacientes con VIH, tendieron a mostrar menos relación entre sus puntajes de ansiedad consciente y ansiedad inconsciente hacia la muerte, pareciera como si intentaran mantener el reino de lo inconsciente lo más alejado posible de la consciencia. En adición a lo anterior, la tendencia del grupo de sujetos seropositivos a manifestar menor ansiedad inconsciente hacia la muerte, podría corroborar tal hipótesis.

Sin embargo, puede ser que el rechazo al que se encuentran expuestos los sujetos con VIH por parte de la sociedad, la pérdida de su capacidad productiva y la perspectiva de una muerte próxima que se acerca en ocasiones de manera acelerada favorezca una toma de consciencia que no se hace por el mero interés de una mejor calidad de vida, sino porque las circunstancias así lo exigen; porque simplemente se tiene que vivir con la presencia de la muerte. Aquí es donde surge también una cuestión interesante; en la mayoría de los estudios acerca de la ansiedad hacia la muerte se relaciona a esta, cuando es alta, con la presencia de ciertos tipos de psicopatología, caracterizada sobre todo por la neurosis; sin embargo, en la ansiedad neurótica no existe un peligro real, situación que no se aplica a los pacientes con VIH, los cuales sí viven con el peligro de morir; aunado a lo anterior, en la teoría de la ansiedad rasgo - estado, se explica que la ansiedad estado tiende a ser normal cuando es producto de una vivencia difícil de asimilar, como lo sería el conocimiento de una muerte próxima o atemporal; y la ansiedad rasgo que se adhiere en la personalidad o la ansiedad estado sin un detonador aparente tienden a caer más en la psicopatología. Por tanto, esta ansiedad específica ante la muerte podría considerarse en aspectos cualitativos más normal o adaptativa en los sujetos con VIH ya que les propicia una búsqueda de respuestas y de cambios ante su condición, mientras que, en el grupo de comparación, el no estar afrontando ninguna enfermedad que ponga en peligro su vida podría considerarse a la ansiedad hacia la muerte más dentro del rubro de la anormalidad. Pero estas ideas no pueden generalizarse ya que como se ha mencionado, la ansiedad hacia la muerte depende de varios factores. Por ejemplo, en el presente estudio se excluyó a los sujetos de sexo

femenino pues se ha encontrado que las mujeres tienden a tener mayores puntajes en las medidas de ansiedad, y en esta investigación se demostró en parte tal hipótesis ya que en una primera aplicación de los cuestionarios de ansiedad hacia la muerte e incluyendo en el grupo de comparación los puntajes de mujeres, este grupo mostró puntuaciones más altas en el grado de ansiedad hacia la muerte a nivel consciente más no en el nivel inconsciente, aunque en este caso las diferencias no fueron significativas, sí hubo mayor puntaje.

La segunda hipótesis acerca de la mayor consciencia de la propia muerte en los pacientes con VIH, se podría sustentar como sigue: si a nivel inconsciente el ser humano se considera inmortal (principio de no contradicción), situación obviamente guiada por el principio de placer, entonces el paciente con VIH tendió a mostrar menor ansiedad hacia la muerte a nivel inconsciente por la prevalencia del principio de realidad, favorecido por la presencia de la situación crónica de peligro de muerte; es decir, la continuidad de la fantasía de la inmortalidad podría ser un factor tremendamente poderoso en la generación de ansiedad debido a la discrepancia constante con los sucesos reales, por lo cual, el sujeto seronegativo, con tal de evitar la ansiedad tiende a tomar mayor consciencia y aceptación de su muerte como hecho real y no simbólico o dominado por la fantasía; sin embargo, como consecuencia de lo anterior puede producirse una mayor tendencia al alejamiento entre lo consciente y lo inconsciente debido a que la muerte propia es más real y por tanto más difícil de asimilar para lo inconsciente, guiado por el principio del placer.

Lo mencionado anteriormente, se complementará con el análisis de las fuentes generadoras de ansiedad que predominaron tanto en el grupo de sujetos seropositivos como en el grupo de comparación.

Por otra parte, con respecto a la independencia de los puntajes de la ansiedad hacia la muerte consciente y por otro lado la inconsciente, se encontraron correlaciones débiles y se podría decir que solamente en el grupo de comparación hubo un poco de mayor relación aunque no significativa; por lo cual se manifiesta que las medidas que tomen en consideración aspectos conscientes e inconscientes son necesarias, debido a que, como ya se ha mencionado desde principios del siglo XX, el ser humano no es consciente en su totalidad, más bien es al contrario, casi vive en la total inconsciencia y engaño. El hecho de que los sujetos con VIH hallan tenido una ansiedad hacia la muerte a nivel inconsciente un poco menor y una ansiedad hacia la muerte consciente un poco mayor podría demostrar que existe más aceptación y consciencia de la propia muerte, lo cual lleva a un vivir sin tanta ansiedad ¿acaso necesitará el ser humano situaciones extremas para cambiar?. Posiblemente sea cierto en determinadas circunstancias, y el estudioso de la conducta humana o de la psique debería tener siempre presente que cada individuo manifestará reacciones dependiendo de una gran cantidad de factores interactuantes.

En el análisis de los factores y dimensiones constitutivas de las pruebas de medición de la ansiedad hacia la muerte se manifestaron diferencias interesantes e importantes de considerar. Con respecto a las diferencias de los factores y dimensiones que evocaron ansiedad hacia la muerte entre el grupo de seropositivos y el de seronegativos; a nivel consciente, a los sujetos seropositivos les preocupó más el dejar instrucciones acerca de cómo se deberían hacer las cosas después de su muerte; y a nivel inconsciente, les preocupó más el dolor, el daño o la enfermedad. Los sujetos seronegativos mostraron mayor ansiedad hacia la muerte únicamente en las dimensiones inconscientes que se relacionan con la separación o el abandono de los demás y con la pérdida de control de uno mismo o el ambiente. Estos resultados manifiestan que a los pacientes con VIH les preocupan aspectos muy reales con respecto a su muerte; en contraste, el grupo de comparación parece ser

dominado por aspectos más simbólicos o representativos con respecto a la muerte, no hay que olvidar que la ansiedad de separación es la predecesora de la ansiedad hacia la muerte, así también, el temor a la pérdida de control interno o externo podría relacionarse con un tipo de ansiedad vaga, más bien proveniente de aspectos fantasiosos y no relacionados con la muerte real, quizá, éste temor también se debe a la edad de los sujetos del grupo de comparación, situación que se explica en un párrafo posterior.

En el análisis dentro de los grupos, se manifestó lo siguiente: en el caso de los sujetos seropositivos una fuente predominante de ansiedad hacia la muerte fue el hecho de estar preocupado acerca de cómo se deberían hacer las cosas después de la propia muerte, situación que sin duda se debe a la constante incertidumbre del momento de la muerte y a las constantes enfermedades e infecciones oportunistas que prácticamente derriban al paciente dejándolo incapacitado por un largo tiempo, situación que en ocasiones es irreversible y fatal; de esta manera, para el paciente con VIH, el hecho de dejar instrucciones precisas es un factor esencial con respecto a su propia muerte, quizá también esto provenga de una necesidad de reparación, de al menos controlar algún aspecto de la vida o tener esa ilusión de control ya perdida.

Esto se corrobora con el hecho de que la principal fuente de ansiedad a nivel inconsciente tiene que ver con la pérdida de control sobre uno mismo o el ambiente; esto puede deberse a que en este nivel, los mecanismos de defensa pierden fuerza y por lo tanto surgen los temores y las ansiedades de pérdida de control, tanto a nivel interno como externo. Otra fuente de ansiedad tanto a nivel inconsciente como consciente son los factores relacionados con el dolor, el daño o la enfermedad, los cuales de manera obvia envuelven la vida psíquica del paciente con VIH, ya que estos pacientes más que otros con diferentes enfermedades o infecciones necesitan llevar un control estricto de su salud y de sus hábitos, ya que cualquier situación que ponga en peligro la fortaleza de su sistema inmunológico se traduce en muchas ocasiones en dolor, sufrimiento y muerte; por tanto, la atención hacia el propio estado de salud que en ocasiones se vuelve obsesivo, más que una situación que refleje enfermedad psíquica, más bien puede ser una manifestación de los mecanismos adaptativos que tienen que ser desarrollados por los pacientes con VIH para tener alejada a la muerte por el mayor tiempo posible y con la mejor calidad de vida a su alcance.

Las fuentes de ansiedad que tienen que ver con la pérdida de cosas, de relaciones interpersonales, de las situaciones que acontezcan después de la muerte y que no estén bajo la posibilidad de ser influenciadas por acciones del paciente, como el hecho de la muerte misma, de lo que le suceda al cuerpo, o de la vida después de la muerte, parecen no tener una gran influencia en la ansiedad hacia la muerte; esto probablemente es debido a que el paciente con VIH, se ha tenido que enfrentar con una gran cantidad de pérdidas, de la salud, de un estatus social, de un nivel económico, de una apariencia física, de objetivos, de metas, de sueños, por lo cual quizá el pensar en la pérdida de cosas después de la muerte ya no sea influyente debido a que casi todo lo ha perdido, y esto no quiere decir que se halla habituado a las pérdidas sino que la circunstancia en la que vive es esencialmente de pérdida y por lo tanto los mecanismos de defensa o en el caso más sano, los recursos psíquicos de asimilación, comprensión y toma de consciencia han tenido que crearse o fortalecerse, lo cual implicó el relegar miedos o ansiedades que tuvieran que ver con pérdidas que quizá nunca se percibirán o que ya se han vivido. De esta manera, se puede observar que hay una valoración de la vida por sobre todas las cosas.

En contraste, el grupo de comparación constituido por estudiantes de la UNAM, parece estar más ansioso con respecto a la vida después de la muerte y a la pérdida de

control sobre uno mismo o el ambiente, situación que reflejaría más bien una tendencia a la fantasía en el nivel consciente y al temor a una pérdida de la fortaleza e influencia de los mecanismos de defensa que sustentan la personalidad; esto quizá sea un reflejo de las edades de los sujetos que se encuentran comenzando la juventud y que aparentemente no viven una situación que exprese de manera evidente la posibilidad de una muerte próxima, por lo cual, las fantasías e imaginaciones sobre lo que es la muerte son dominantes. Con respecto al temor de la pérdida de control, claramente podría deberse a la gran cantidad de energía libidinal que se encuentra presente en esta edad y que para contenerse necesita de otro tanto de energía que alimente a los mecanismos de defensa. Parece ser que a nivel inconsciente, los hechos concretos o reales que traerían como consecuencia la propia muerte son generalmente relegados o restados en importancia; como si el hecho de la muerte propia fuera percibido tan lejano o estuviera tan reprimido y negado, que no se tomara en consideración verdaderamente lo que implicaría el hecho de morir. A nivel consciente sí se tiene preocupación por el dolor que implicaría la muerte, pero si se analiza este hecho y se engloba el orden de importancia manifestado para las diferentes dimensiones, se puede vislumbrar claramente que tal dolor tiene más que ver con lo que pueda suceder en un futuro próximo, tal como lo manifiestan las dimensiones y factores predominantes que se relacionan con el temor a las pérdidas de metas, de objetivos, del afecto y apoyo de los demás y de la integridad física, preocupaciones que sin duda son comunes en la juventud; quizá el no haber perdido algo significativo en la vida o que simplemente ponga en verdadero peligro a esta, hace que el temor a que eso suceda cobre gran importancia. Puede ser que la carencia de una situación verdadera de pérdida, incremente el miedo a enfrentar dicha situación.

Con una interpretación psicodinámica de los resultados anteriores, se puede decir que en los sujetos seropositivos al VIH, el sistema consciente se encuentra ocupado con aspectos prácticos relacionados con la muerte real, que se hacen conscientes debido al choque directo con la realidad externa e interna de muerte inminente; pero para protegerse de un exceso de estímulos, el sistema consciente fortalece la barrera contra estos, es decir, contra otros ámbitos de la muerte que podrían ser fantasías internas que, de manifestarse, serían estímulos "extra" con la potencialidad de convertirse en excitaciones traumáticas, generadoras de un gran sentimiento de culpa con la consecuente ansiedad. Así, se puede observar que los mecanismos de defensa que utilizan los pacientes con VIH, tienden más bien hacia la adaptación a una circunstancia extrema. Reprimen o niegan lo que no es práctico para afrontar su situación. El trauma externo (muerte atemporal) provoca una perturbación enorme en la economía energética del organismo y pone en acción todos los mecanismos de defensa.

El temor al dolor en los pacientes con VIH, podría ser un miedo a que sus defensas se vean disminuidas por la transportación de la energía libidinal a otra parte, favoreciendo la aparición de la ansiedad. Este temor al dolor solamente se manifiesta en el plano de lo inconsciente, por lo que se puede dilucidar que a nivel consciente, las fantasías de invulnerabilidad, de controlar la muerte, podrían ser mantenidas; empero, en el inconsciente, las estimulaciones que reafirman su mortalidad prematura provocan una gran ansiedad y por tanto, hay una represión mayor de los afectos relacionados con la representación de la muerte provenientes del sistema inconsciente.

La tendencia al mayor distanciamiento entre la ansiedad hacia la muerte consciente e inconsciente en el grupo de seropositivos al VIH, se puede interpretar de la siguiente manera: si a los sujetos que no enfrentan constantemente la posibilidad de morir

(estudiantes), el pensar a nivel consciente que algún día morirán les genera ansiedad y niegan ese pensamiento, lo consciente y lo inconsciente pueden estar en la misma frecuencia de engaño "no existe mi muerte". Sin embargo, en los sujetos que enfrentan la posibilidad de morir día con día (seropositivos al VIH), el tener que pensar en su muerte o conscientizarla, propicia un mayor distanciamiento entre lo consciente y lo inconsciente, por una parte se sabe que uno va a morir y por otra ese hecho es imposible de aceptar.

Pero, si el paciente con VIH tiende a un mayor bloqueo de la ansiedad inconsciente hacia la muerte ¿será eso una consecuencia de la adquisición del VIH o será una condición que existió previamente y que favoreció conductas que propiciaron la infección? Sin duda es una pregunta difícil de responder, porque por una parte la teoría psicoanalítica nos dice que un evento traumático moviliza todas las defensas, lo cual favorecería la aceptación de la hipótesis de la enfermedad como causa original; sin embargo, hay pacientes infectados con VIH que dicen haber sabido el riesgo al que estaban expuestos al llevar a cabo relaciones sexuales sin protección, y aún así lo ignoraron, como si no le temieran a la muerte, o como si desearan morirse, literalmente expresan: "sabía que contraería el VIH tarde o temprano y por eso no me sorprende estar infectado". Pero esa energía que se enfoca a la autodestrucción no es tan dominante, porque esos mismos pacientes a los que aparentemente no les importó el adquirir una infección mortal, acuden a consulta y por medicamentos que les ayudarán a prolongar su vida. Por lo tanto se puede dilucidar una relación bastante compleja entre las pulsiones de vida y de muerte, entre la falta de sentido de vida y la esperanza de encontrarlo, entre la normalidad y la psicopatología.

A continuación se mencionarán algunos hallazgos de otras investigaciones con respecto a la ansiedad hacia la muerte que complementarán los resultados de la presente investigación.

Hayslip; Luhr y Beyerlein (1992) encontraron que los pacientes con VIH están más en desacuerdo con el tema de la vida después de la muerte, piensan más en la muerte, les horroriza la visión de un cadáver, temen más a alteraciones físicas y presentan mayor miedo encubierto hacia la muerte.

Naidu y Sinha (1992) hallaron que a mayor expectativa de muerte existen menos creencias metafísicas.

Lonetto y Templer (1982) manifestaron que si existe un ambiente amenazante contra la vida, existe mayor represión en las cogniciones en relación con la muerte.

Gibbs y Achterberg Lawlis (1988) encontraron que el haber experimentado la muerte de un familiar disminuye la ansiedad hacia la muerte.

Florian, Mikulincer y Green (1994) hallaron que cuando factores situacionales explícitos no demandan al individuo encarar su mortalidad personal, signos específicos y no específicos de desajuste subrayan las expresiones del miedo a la muerte personal.

Thorson (1977) manifestó que a mayor agresión o energía destructiva existe menos ansiedad hacia la muerte.

Aronow y cols. (1981) expresaron que para el ser humano, lo que es poco valorado no es cuidado e incluso se destruye.

Vargo y Batsel (1981) encontraron que la mayor aceptación de uno mismo, la visión más positiva de la naturaleza humana y la ubicación en el presente se relacionan con menor ansiedad hacia la muerte.

Westman y Brackney (1990) hallaron que a mayor miedo a la muerte existe mayor sentimiento de culpa.

Elkins y Fee (1980) manifestaron que a mayor ansiedad física (acerca del daño corporal) existe mayor ansiedad hacia la muerte.

Feifel y Branscomb (1973) expresaron que la ansiedad consciente hacia la muerte se repudia mientras que la ansiedad inconsciente se niega.

Franks (1991) y Catania y cols. (1992) manifestaron que los pacientes seropositivos al VIH presentan mayor ansiedad hacia la muerte en comparación con sujetos no infectados.

Buendía, Guemes y Ortiga (1993) no hallaron diferencias significativas con respecto a la ansiedad hacia la muerte a nivel inconsciente entre pacientes seropositivos al VIH y sujetos no infectados.

A nivel general se puede observar que los resultados de la presente investigación son parecidos a las anteriormente mencionadas en el sentido de que el paciente con VIH tiende a pensar en aspectos más prácticos en relación a su muerte, las ideas fantasiosas o las situaciones abstractas con respecto a su muerte son evitadas. Los mecanismos de defensa utilizados tienden menos a la psicopatología ya que son auxiliares en contra de los estímulos traumáticos. Sin embargo, en algunos sujetos, la menor ansiedad hacia la muerte puede ser un síntoma de distanciamiento de la realidad, de poca valoración de la propia vida y por lo tanto de una gran destructividad. El temor a la pérdida es menor probablemente debido a experiencias continuas de aniquilación de metas y objetivos.

Por otra parte, aunque en la presente tesis no se mostraron diferencias estadísticamente significativas a nivel global con respecto a la ansiedad hacia la muerte entre el grupo de sujetos infectados con el VIH y los no infectados, sí las hubo cuando se hizo un análisis detallado y sobre todo cualitativo, por lo que queda de manifiesto la utilidad de profundizar en los resultados y de hacer interpretaciones, las cuales obviamente no se pueden aplicar a todos los individuos con una característica determinada, pero pueden proporcionar una luz dentro del complicado camino de la psique.

Para finalizar es importante mencionar que el presente estudio fue exploratorio y que por tanto no se pueden generalizar los resultados a todos los sujetos infectados con el VIH, por lo cual son necesarias más investigaciones en diversas poblaciones que puedan encontrar factores y situaciones generadoras de ansiedad, sentimiento que juega un papel predominante en la calidad de vida de los seres humanos y más aun de los enfermos. Lo anterior con el objetivo de aminorar el sufrimiento e idealmente de que se encuentren más fuentes de satisfacción, que son posibles de hallar si el individuo se desprende de las ataduras y cadenas que ha cargado y construido desde su más temprana infancia y que lo llevan a experimentar dolor y carencias sin necesidad real de ello.

El tipo de estudio que se realizó en la presente tesis, es importante para el área de investigación de la ansiedad hacia la muerte puesto que abre un campo de acción más definido para los profesionistas de la salud. Se dio un paso más de exploración en el sentido empírico del estudio de la muerte ya que no hay reportes de investigaciones que hayan utilizado los mismos instrumentos de medición usados en el presente estudio con una muestra de sujetos seropositivos al VIH; además, en la actualidad el análisis cualitativo y la interpretación psicodinámica de los resultados por lo general son relegados de los estudios acerca de la muerte, lo cual limita la aplicabilidad de los hallazgos.

Me parece que la función principal del profesional de la salud mental es ubicar al individuo dentro de su realidad interna y externa, ser un auxiliar en el conocimiento del sujeto y de su entorno y de encontrar junto con el paciente, en un esfuerzo conjunto, la salida a la a veces tan enmarañada vida psíquica que impide la plenitud y la paz interna, la

**cual sí se puede encontrar viviendo en el mundo, experimentando y descubriendo, asumiendo la propia identidad, rechazando los estereotipos que llevan a la involución psíquica y aceptando el hecho de que la vida no podría manifestarse sin la existencia de la muerte.**



**SUGERENCIAS.**

- Obtener puntuaciones de muestras de poblaciones estadísticamente significativas y elegidas al azar.
- Obtener datos de validez y confiabilidad de las escalas de ansiedad hacia la muerte para México.
- Investigar otras variables que puedan estar relacionadas con la ansiedad hacia la muerte.
- Estudiar la ansiedad hacia la muerte en diversas poblaciones.
- Perfeccionar o crear instrumentos de medición de la ansiedad hacia la muerte a nivel inconsciente.
- Crear programas de educación sobre la muerte que tomen en consideración la toma de consciencia y la aceptación de la propia muerte como objetivo fundamental.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Abrego; De Caso; García; Hernández; López; Malagón; Méndez; Mendoza; Morales; Moreno; Muñoz; Ortiz; Rodríguez; Sierra; Tovar; Valencia. (1998). Guía para la Atención Psicológica de Personas que Viven con el VIH / SIDA. Segunda Edición. México. Conasida.
2. Álvarez Sepúlveda A.R. (1966). Revisión Psicológica de los Conceptos de "Instinto de Muerte" (Freud) y "Necrofilia" (Fromm). Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
3. American Psychological Association. (1998). Manual de Estilo de Publicaciones. (Chávez M., Padilla G., Inzunza M., Trads.). México. El Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 1994).
4. Aronow, E.; Rauchway, A.; Peller, M.; De Vito, A. (1981). The Value of the Self in Relation to Fear of Death. OMEGA. 11. (1). 37 - 44.
5. Asato Baños, M. (1990). La depresión y ansiedad en el paciente oncológico y su interrelación con el dolor. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
6. Bloch, H. (1992). Gran diccionario de Psicología. Madrid. España. Del Prado.
7. Boletín SIDA / ETS. (Junio - Julio - Octubre 1998). México. Conasida.
8. Botha, Karel F. H. (1996). Posttraumatic Stress Disorder and Illness Behaviour in HIV+ Patients. Psychological Reports. 79 pp. 843-845.
9. Bowlby, J. (1983). La pérdida afectiva. (A. Baez, Trad.). España. Paidós. (Trabajo original publicado en 1980).
10. Brannon, L.; Feist, J. (1997). Health Psychology. U.S.A. Brooks/Cole Publishing Company.
11. Brody, S. & Axelrad, S. (1993). Anxiety and Ego Formation in Infancy. U.S.A. International University Press. (Publicación original en 1970).
12. Buendía Torres, M. R., Guemes García, T., Ortega Zavala, A. (1993). Perfil Psicológico del Paciente Sintomático y Asintomático del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H). Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
13. Capra, Fritjof. (1991). The Tao of Physics. U. S. A. Shambala. (Publicación original en 1975).
14. Castaneda, J. J. (1996). Métodos de investigación. Mc Graw Hill. México.

15. Catania, J.A, Turner, H.A., Choi, K.H., Coates, T.J. (1992). Coping with death anxiety: help-seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. AIDS. Vol 6. No. 9. 999-1005.
16. Chiappeta, W.; Floyd, H. H.; McSeveney, D. R. (1976). Sex Differences in Coping with Death Anxiety. Psychological Reports. 39. 945-946.
17. Cohen, F. (1982). Health Psychology Handbook. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
18. Cole, M. A. (1979). Sex and Marital Status Differences in Death Anxiety. OMEGA. Vol. 9. (2).
19. Cooper, J. C. (1985). Ying y Yang. España. Edaf.
20. Corres Ayala, P. (1988). La Compulsión de repetición Vista a través del Concepto del Eterno Retorno en Nietzsche y la Metafísica de la Muerte en Schopenhauer. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 5. (1).
21. Corres Ayala, P; Bedolla, P; Martínez, I. (1996). Los Significados del Placer en Mujeres y Hombres. México. Fontamara.
22. Davis, S. F.; Martin, D. A.; Wilee, C. T.; Voorhees, J. W. (1978). Relationship of Fear of Death and Level of Self - Esteem in College Students. Psychological Reports. 42. 419 - 422.
23. Devins, G. M. (1981). Contributions of Health an Demographic Status to Death Anxiety and Attitudes toward Voluntary Passive Eutanasia. OMEGA. Vol. 11. (4). 293-302.
24. Díaz - Carrera, M. C. (1996). Significado psicológico de los conceptos de vida y muerte en tres generaciones. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
25. Díaz - Guerrero. (1994). Psicología del mexicano. México. Trillas.
26. Diel, P. (1986). El miedo y la ansiedad. (Julieta Campos trad.). México. Fondo de Cultura Económica. (Publicación original en 1956).
27. Durlak, J. A. & Kass R. A. (1982). Clarifying the Measurement of Death Attitudes: A Factor Analytic Evaluation of Fifteen Self-Report Death Scales. Omega. Vol 12. (2).
28. Elías Iburgüengoitia, A. (1998). Alteraciones Sexuales: Un Fracaso en las Relaciones Afectivas. En González Núñez. (1998). Expresiones de la Sexualidad Masculina: Normalidad y Patología. México. IIPCS.
29. Elkins, G. R. & Fee, F. (1980). Relationship of Physical Anxiety to Death Anxiety and Age. The Journal of Genetic Psychology. 137. 147 - 148.
30. Elorza, H. (1987). Estadística para Ciencias del Comportamiento. Harla. México.

31. English, H. B. English, A. CH. (1977). Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. (Martha Brea, Susana Igon, Elba Mendolia, Abraham Shor. Trans.) Argentina. Paidós.
32. Feifel, H. (1959). The Meaning of Death. U.S.A. Mc Graw Hill.
33. Feifel, H., Branscomb, A. (1973). Who's Afraid of Death?. Journal of Abnormal Psychology. Vol. 81. No. 3. 282-288.
34. Feria Ochoa, M. I. (1998). Alzheimer: Una experiencia humana. México. Jus.
35. Florian, V.; Mikulincer, M.; Green, E. (1994). Fear of Personal Death and the MMPI Profile of Middle Age Men: The Moderating Impact of Personal Losses. OMEGA. Vol. 28. (2). 151 - 164.
36. Frankl, V.E. (1978). Psicoanálisis y Existencialismo. (Carlos Silva y José Mendoza Trans.). México. Fondo de Cultura Económica. (Publicación original en 1966).
37. Franks, K., Templer, D.I., Cappelletty, G.G., Kauffman, I. (1991). Exploration of Death as a Function of Religion Variables in Gay Men With and Without Aids. OMEGA. Vol. 22. (1). 43-50.
38. Freud, S. (1979). Duelo y Melancolía. (Luis López Ballesteros. Trad.). Obras Completas. Argentina. Amorrortu. (Publicación original en 1915).
39. Freud, S. (1979). Sobre la Guerra y la Muerte. (Luis López Ballesteros. Trad.). Obras Completas. Argentina. Amorrortu. (Publicación original en 1915).
40. Freud, S. (1979). Más Allá del Principio del Placer. (Luis López Ballesteros. Trad.). Obras Completas. Argentina. Amorrortu. (Publicación original en 1920).
41. Freud, S. (1979). El Yo y el Ello. (Luis López Ballesteros. Trad.). Obras Completas. Argentina. Amorrortu. (Publicación original en 1923).
42. Freud, S. (1979). Lo Inconsciente. (Luis López Ballesteros. Trad.). Obras Completas. Argentina. Amorrortu. (Publicación original en 1915).
43. Freud, S. (1992). Introducción al psicoanálisis. (Luis López Ballesteros. Trad.). México. Alianza. (Publicación original 1917).
44. Freud, S. (1988). Proyecto de una Psicología para Neurólogos y otros ensayos. (Luis López Ballesteros. Trad.). Obras Completas. Argentina. Orbis. (Publicación original en 1895).
45. Fromm, E. (1995). El Corazón del Hombre. (Florentino M. Torner. Trad.) México. F. C. E. (Publicación Original en 1964).

46. Frost, J. C. (1995). Psicoterapia de Grupo con Pacientes VIH positivos y con SIDA. En Alonso, A.; Swille, H. (1995). Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica. Bogotá. El Manual Moderno.
47. Gallo, R. (1986). El Virus del SIDA. (Santiago Torres. Trad.). En Scientific American. (1989). El SIDA. España. Grafesa.
48. Gallo, R. (1991). Virus Hunting. Aids, Cancer and the Human Retrovirus: A Story of Scientific Discovery. U. S. A. A New Republic Book, Basic Books.
49. George, R. J. D. (1992). Coping with Death Anxiety - Trying to Make Sense of It All? AIDS, 6. 1037-1038
50. Gibbs, H. W.; & Achterberg - Lawlis, J. (1978). Spiritual Values and Death Anxiety: Implications for Counseling with Terminal Cancer Patients. Journal of Counseling Psychology. Vol 25, 6. 563 - 569.
51. Grmek, M. D. (1992). Historia del SIDA. (Stella Mastrangelo Trad.). México. Siglo XXI. (Publicación original en 1989).
52. Gutierrez Quiroz, M. E. (1990). Propuesta de un Programa para Informar y Sensibilizar al Personal Médico y de Enfermería para Ayudar al Paciente Moribundo en la Elaboración del Duelo. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
53. Hayslip, B.; Galt, C.; Pinder, M. N. (1994). Effects of Death Education on Conscious and Unconscious Death Anxiety. OMEGA. Vol. 28. (2). 101 - 111.
54. Hayslip, B., Luhr, D.D., Beyerlein, M.M. (1991). Levels of Death Anxiety in Terminally Ill Men: A pilot Study. OMEGA. Vol 24. (1). 13-19.
55. Hernández Díaz, J. (1995). El Estudio de la Muerte desde Diferentes Perspectivas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
56. Hernández Guzmán, L. (1997). Comportamiento ético de los psicólogos. Boletín de la Sociedad Mexicana de Psicología. México. Sociedad Mexicana de Psicología.
57. Hintze, J.; Templer, D. I.; Cappelletty, G. G.; Frederick, W. (1994). Depresión y Ansiedad hacia la Muerte en Hombres Infectados por el VIH. En Neimeyer, R. A. (1997). Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la Muerte. (A. Aparicio, Trad). España. Paidós. (Trabajo original publicado en 1994).
58. Horney, K. (1995). La personalidad neurótica de nuestro tiempo. (Ludovico Rosenthal. Trad.) México. Paidós.
59. Jammario, N. K. (1975). Relationship Between Death Anxiety and Demographic Variables. Psychological Reports, 37. 262.

60. Juárez, L. G.; Lizárraga C. X. (1991). Continuo Psico - Afectivo en Torno al SIDA: Un Modelo. México. Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA. A. C.
61. Kohut, H. (1993). ¿Cómo Cura el Análisis? (L.J. Wolfson. Trad.) México. Paidós. (Publicación original en 1984).
62. Jung, C. G. (1934). The Soul and Death. En Feifel H. (E d.). (1959). The meaning of Death. U.S.A. Mc Graw Hill.
63. Kaufmann. Walter. (1959). Existentialism and Death. En Feifel H. (1959). The Meaning of Death. U.S.A. Mc Graw Hill.
64. Kastenbaum, R; Costa, P. T. (1977). Psychological Perspectives on Death. Ann. Rev. Psychol. 28, 225 – 249.
65. Kazdin. A. L. (1995). Preparing and Evaluating Research Reports. Psychological Assessment. 7, 228-237.
66. Kerlinger, F. N. (1988). Investigación del Comportamiento. (Eleni Hernández, Hugo Villagómez y Jaime Gómez. Trads.) México. McGraw-Hill. (Publicación original en 1986).
67. King, J. (1993). AIDS and HIV Mental Health. New York. Cambridge University Press.
68. Kubler - Röss, E. (1979). On Death and Dying. U.S.A. MacMillan Company.
69. Kuperman, S. K. & Golden, C. J. (1978). Personality Correlates of Attitude toward Death. Journal of Clinical Psychology. 34, (3). 661 - 663.
70. Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1971). Diccionario de Psicoanálisis. España. Labor. (Fernando Cervantes Trad.) (Publicación original en 1968).
71. Lattanner, B. B. A.; Hayslip, B. (1985). Occupation - Related Differences in Levels of Death Anxiety. OMEGA. Vol. 15 (1).
72. Laurence, J. (1986). SIDA y Sistema Inmunitario. (Isabel García y Julio Rodríguez. Trads.) En Scientific American. (1989). El SIDA. España. Grafesa.
73. Lester, D. (1967). Experimental and Correlational Studies of the Fear of Death. Psychological Bulletin. Vol. 67, (1). 27-36
74. Lester, D. (1970). The Need to Achieve and the Fear of Death. Psychological Reports. 27, 516.
75. Lester, D.; Templer, D. (1993). Death Anxiety Scale: A dialog. OMEGA. Vol. 26, (4). 239-253.

76. Lizárraga, C. X. (1991). El Sida, la Muerte y el Morir. México. Documento no publicado utilizado en el Taller de Discusión de la Escuela Nacional de Antropología e Historia.
77. Lloyd, E. (1994). Some Implications for Psychoanalytic Technique Drawn from Analysis of a Dying Patient. Psychoanalytic Quarterly. 63.
78. Lonetto, R., Fleming, S., Mercer W. G. (1979). The Structure of Death Anxiety: A Factor Analytic Study. Journal of Personality Assessment. 43. (4).
79. Lonetto, R. & Templer, D. I. (1983). The Nature of Death Anxiety. En Spielberger, C. D. & Butcher, J. N. (1983). Advances in Personality Assessment Vol. 3.
80. Main, J.; Moyle, G.; Peters B.; Coker R.; Patel F. (1997). Lo que todos debemos saber sobre el VIH y el SIDA. Roche. México.
81. Martínez, J. (1994). La importancia de la tanatología en SIDA. México. Universidad Iberoamericana.
82. Maser, C. (1988). The Redesigning Forest. U.S.A. R. & E. Miles.
83. Matheson, D. M. (1987). Psicología Experimental. CECSA. México.
84. Matos Moctezuma, E. (1975). Muerte a filo de obsidiana. México. SEP.
85. May, Rollo. (1977). The Meaning of Anxiety. U.S.A. Norton and Company Inc. (Publicación original en 1950).
86. McDonald, G.W. (1976). Sex, Religion and Risk - Taking Behavior as Correlates of Death Anxiety. OMEGA. Vol 7. (1).
87. McGuigan, F. J. (1996). Psicología Experimental, Métodos de investigación. (Jorge Barrientos. Trad.). Prentice hall. México. (Publicación original en 1993).
88. Mead, Margaret. (1971). Antropología, la ciencia del hombre. Buenos Aires. Siglo Veinte. (Alfredo Llanos trad.). (Publicación original en 1960).
89. Mittag, Oskar. (1996). Asistencia práctica para enfermos terminales. (C. Gancho, Trad.). España. Herder. (Publicación Original en 1994).
90. Muñoz García, A. (1993). Psicología de la Muerte. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
91. Naidu, R. K. & Sinha, A. (1992). Metaphysical Beliefs as Predictors of Death Anxiety. OMEGA. Vol 25. 95 - 107.

92. Neimeyer, R. A. (1997). Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la Muerte. (A. Aparicio, Trad). España. Paidós. (Trabajo original publicado en 1994).
93. Neimeyer, R. A. & Chapman, K. M. (1981). Self/Ideal Discrepancy and Fear of Death: The Test of an Existencial Hypothesis. OMEGA, Vol. 11. (3). 233-240.
94. Neufeldt, D. E. & Holmes, C. B. (1979). Relationship between Personality Traits and Fear of Death. Psychological Reports, 45, 907-910.
95. Nietzsche, F. (1999). La Gaya Ciencia. España. Edivisión. (Publicación original en 1886).
96. Ochoa Zazueta, Jesús Angel. (1974). La muerte y los muertos: culto, servicio, ofrenda y humor de una comunidad. México. SEP.
97. Osho. (1999). La Búsqueda. (José Ignacio Moraza Trad.) Madrid. Debate. (Publicación original en 1977).
98. Pardo, A.; San Martín, R. (1994). Análisis de datos en psicología II. España. Pirámide.
99. Paz, O. (1950). El laberinto de la soledad. México. Fondo de Cultura Económica.
100. Peal, R. L.; Handal, P. J.; Gilner, F. H. (1982). A Group Desensitization Procedure for the Reduction of Death Anxiety. OMEGA, Vol. 12. (1). 61 - 70.
101. Pick de Weiss, S., López Velasco de Faubert, A.L. (1980). Cómo Investigar en Ciencias Sociales. México. Trillas.
102. Preciado Ydoeta, Iñaki (Compilación, traducción y comentarios). (1996). Lao Zi. El Libro del Tao. Madrid. Santillana. (Publicación original en 1978).
103. Rank, O. (1985). El trauma del nacimiento. (N. Finetti, Trad.). España. Paidós. (Publicación original en 1923).
104. Redfield, R.; Burke, D. (1988). Infección por HIV: Cuadro Clínico. (Ana García. Trad.). En Scientific American. El SIDA. España. Grafesa.
105. Reyes Partida, N. I. (1983). Ansiedad y Depresión frente a la Muerte: Un Estudio Psicológico en el Personal Médico que labora con Pacientes en Riesgo de Morir. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
106. Reyes Zubiria, L. A. (1992). Depresión y Angustia. México. Curso Fundamental de Tanatología.
107. Riba, J.; Camil Vilajona, J.; Centelles, N.; Aymami, N.; Bonet, R.; Almerge, J. (1988). Enfermos Terminales de SIDA: aspectos psicológicos. Papeles del Psicólogo, 72-74.



108. Roitt, I. (1994). Immunología. Fundamentos. (Karen Mikkelsen de Iérmoli. Trad.). Madrid. Panamericana. (Publicación original en 1991).
109. Rossi, L. (1999). Un Caso de Sida en Tratamiento Psicoanalítico. Ponencia no publicada leída en el Diálogo Psicoanalítico de la Sociedad Psicoanalítica de México. México D.F.
110. Saldaña Obregón, María Luisa. (1989). Estudio Comparativo de la Percepción del Concepto de Muerte entre un Grupo de Niños con Cáncer y un Grupo de Niños Sanos. Tesis Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana.
111. Schur, M. (1980). Sigmund Freud, enfermedad y muerte en su vida y en su obra. Vol. 1. (Iris Menéndez, Trad.). España. Paidós. (Trabajo original publicado en 1972).
112. Scientific American. (1989). EL SIDA. España. Grafesa. (Publicación original el 1989).
113. Sherr, L. (1989). Agonía, muerte y duelo. (S. Flores. Trad.). El Manual Moderno. México.
114. Siscoe, K.; Reimer, W.; Yanovsky, A.; Thomas-Dobson, S.; Templer, D. I. (1992). Death Depression Versus Death Anxiety: Exploration of Different Correlates. Psychological Reports. 71, 1191 - 1194.
115. Smith, D.C. & Maher M.F. (1991). Healthy Death. Counseling and Values. Vol. 36.
116. Spielberger, C.D. (1972). Anxiety. Current Trends in Theory and Research. U.S.A. Academic Press Inc.
117. SPSS 8. 0. 0. for Windows. (1997). U. S. A.
118. Stites, D. P.; Stobo, J.; Wells, V. J. (1988). Immunología Básica y Clínica. (Jorge rizaga Samperio. Trad.) El Manual Moderno. México. (Publicación original en 1987).
119. Stratchey, J. (1961). En Freud S. (1923). El Yo y el Ello. Obras Completas. Argentina. Amorrortu.
120. Sweeting, H.N. & Gilhooly, M.L. (1992). Doctor, Am I Dead? A Review of Social Death in Modern Societies. OMEGA. Vol. 24 (4) 251-269.
121. Tarter, R. E.; Templer, D. I.; Perley, R. L. (1974). Death Anxiety in Suicide Attempters. Psychological Reports. 34, 895- 897.
122. Taylor, D. N. (1995). Effects of a behavioral stress-management program on anxiety, mood, self-esteem, and T-Cell count in HIV positive men. Psychological Reports. 76, 451-457.

123. Templer, D. I. (1970). The construction and Validation of a Death Anxiety Scale. The Journal of General Psychology. 82. 165-177.
124. Templer, D. I. (1972). Death Anxiety in Religiously Very Involved Persons. Psychological Reports. 31. 361 - 362.
125. Templer, D. I. & Lester, D. (1974). An MMPI Scale for Assessing Death Anxiety. Psychological Reports. 34. 238.
126. Templer, D. I.; Veleber, D. I.; Lovito, M.; Testa, J. A.; Knippers, C. (1984). The Death Anxiety of Gays. OMEGA. 14. (3). 211 - 213.
127. Thomas, L. V. (1983). Antropología de la muerte. (Marcos Lara, Trad.). México. Fondo de Cultura Económica. (Publicación Original en 1975).
128. Thorson, J. A. (1977). Variations in Death Anxiety Related to College Students' Sex, Mayor Field of Study and Certain Personality Traits. Psychological Reports. 40. 857 - 858.
129. Thorson, J. A., Powell, F. C. (1988). Elements of Death Anxiety and Meanings of Death. Journal of Clinical Psychology. 44. (5).
130. Tillich, Paul. (1959). The Eternal Now. En Feifel H. (1959). The Meaning of Death. U.S.A. Mc Graw Hill.
131. Vargo, M. E. & Batsel, W. N. (1981). Relationship between Death Anxiety and Components of the Self - Actualization Process. Psychological Reports. 48. 89 - 90.
132. Viney, L. L.; Westbrook, M. (1987) Is There a Pattern of Psychological Reactions to Chronic Illness Which is Associated with Death. Omega. 17. (2).
133. Viney, L.L. & Westbrook, M.T. (1982). Patterns of Anxiety in the Chronically Ill. British Journal of Medical Psychology. 55. 87-95.
134. Wahl, J. (1950). Introducción a la Filosofía. (José Gaos Trad.). México. Fondo de Cultura Económica. (Publicación original en 1948).
135. Wahl, C. W. (1958). The Fear of Death. En Feifel H. (1959). The Meaning of Death. U.S.A. Mc Graw Hill.
136. Westbrook, M. T. & Viney, L. L. (1983). Age and Sex Differences in Patients' Reactions to Illness. Journal of Health and Social Behavior. Vol. 24. 313 - 324.
137. Westman, A. & Brackney, B. E. (1990). Relationship between Indices of Neuroticism, Attitudes toward and Concepts of Death, and Religiosity. Psychological Reports. 56. 1039 - 1043.

138. Ziegler, Jean. (1976). Los vivos y la muerte. (Maria Dolores de la Peña. Trad.). México. Siglo XXI. (Publicación original en 1975).

**ANEXO I****CARTA DE CONSENTIMIENTO**

Por medio de la presente acepto participar en la investigación "Ansiedad hacia la muerte en pacientes seropositivos al VIH/SIDA", que está llevando a cabo Jaime Isaac Rojas Avila, pasante de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México con la finalidad de elaborar su tesis.

Tomando en consideración que mi participación será anónima y que la investigación tiene el fin de aumentar el conocimiento de algunos factores psicológicos que posiblemente estén relacionados con la infección por el VIH y así, crear mejores formas de afrontamiento y de ayuda para los individuos infectados.

Los médicos, enfermeras y personal de salud que me atiende queda deslindado de toda responsabilidad ante los métodos utilizados en la investigación así como de los resultados de esta.

Atentamente

---

Firma y nombre

## ANEXO 2

## ESCALA DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE - REVISADA

¿Hasta que punto te inquietan y te ponen ansioso los siguientes aspectos de la muerte? Lee cada enunciado y responde rápidamente. No pienses tu respuesta demasiado. Encierra en un círculo lo que mejor represente lo que sientes.

Totalmente de acuerdo	4
De acuerdo	3
Neutral	2
En desacuerdo	1
Totalmente en desacuerdo	0

1. Me asusta tener una muerte dolorosa.

4 3 2 1 0

2. Me preocupa no saber cómo será el otro mundo.

4 3 2 1 0

3. La idea de no volver a pensar después de morir me asusta.

4 3 2 1 0

4. No estoy nada ansioso respecto a lo que le ocurre al cuerpo después del entierro.

4 3 2 1 0

5. Los ataúdes me ponen nervioso.

4 3 2 1 0

6. Odio pensar en perder el control sobre mis cosas después de morir.

4 3 2 1 0

7. Me fastidia estar totalmente inmóvil después de la muerte.

4 3 2 1 0

8. Me aterra pensar en que me operen.

4 3 2 1 0

9. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho.

4 3 2 1 0

10. No tengo miedo a una muerte larga y lenta.

4 3 2 1 0

11. No me preocupa la idea de que me encierren en un ataúd cuando muera.

4 3 2 1 0

12. Odio la idea de sentirme indefenso después de la muerte.

4 3 2 1 0

13. No me preocupa en absoluto si hay vida o no después de la muerte.

4 3 2 1 0

14. Me preocupa la idea de no volver a sentir nada después de morir.

4 3 2 1 0

15. Me asusta el dolor que implica morir.

4 3 2 1 0

16. Espero una nueva vida cuando muera.

4 3 2 1 0

17. No me preocupa desaparecer algún día.

4 3 2 1 0

18. Me angustia la idea de que mi cuerpo se descomponga en la tumba.

4 3 2 1 0

19. Me trastorna pensar en todo lo que perderé después de morir.

4 3 2 1 0

20. Me preocupa saber qué nos pasa después de morir.

4 3 2 1 0

21. No me interesa en absoluto controlar las cosas.

4 3 2 1 0

22. Me asusta el aislamiento total de la muerte.

4 3 2 1 0

23. No estoy particularmente asustado por contraer cáncer.

4 3 2 1 0

24. Dejaré instrucciones cuidadosas sobre cómo se deberían hacer las cosas cuando me haya ido.

4 3 2 1 0

25. Lo que le ocurra a mi cuerpo después de muerto no me preocupa.

4 3 2 1 0

**ANEXO 3****COMPLETAMIENTO DE ORACIONES**

Lee cada oración y complétala lo más rápidamente posible con lo primero que pienses.

1) Me gusta \_\_\_\_\_

2) Me arrepiento \_\_\_\_\_

3) Mi mayor miedo \_\_\_\_\_

4) No puedo \_\_\_\_\_

5) Necesito \_\_\_\_\_

6) Yo \_\_\_\_\_

7) Deseo \_\_\_\_\_

8) A veces \_\_\_\_\_

9) La gente \_\_\_\_\_

10) El futuro \_\_\_\_\_

**ANEXO 4**

Las preguntas que a continuación se presentan son muy necesarias para la investigación, por favor contéstalas correctamente. ¡Gracias por tu apoyo y colaboración!

1. NOMBRE \_\_\_\_\_

2. EDAD \_\_\_\_\_

3. SEXO \_\_\_\_\_

4. TE HAN DIAGNOSTICADO CLÍNICAMENTE COMO SEROPOSITIVO AL VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana); marca con una cruz la respuesta adecuada:

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

5. HACE CUANTO TIEMPO TE DIAGNOSTICARON COMO SEROPOSITIVO AL VIH:

\_\_\_\_\_

6. PADECES ALGUNA OTRA ENFERMEDAD EN PARTICULAR.

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

¿CUAL? \_\_\_\_\_