

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“PROCESOS DE DUELO POR UNA SEPARACIÓN IMPORTANTE,
PÉRDIDA POR DECESO, EN DIVERSOS CASOS”**

ROSA MARINA VELA GODOY

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2008

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**PROCESOS DE DUELO POR UNA SEPARACIÓN IMPORTANTE,
PÉRDIDA POR DECESO, EN DIVERSOS CASOS**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

ROSA MARINA VELA GODOY

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICOLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2008

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Doctor Rene Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRATICOS

Estudiante Ninette Archiva Ruano de Morales
Estudiante Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**

INDICE

Presentación

CAPÍTULO I

1	Introducción	1
3	Marco Teórico	
3.1	Antecedentes	3
3.2	La vida	9
3.3	La muerte	14
3.4	Historias de los procesos de duelo	20
3.5	Procesos de duelo	21
3.6	Duelo de niños, adolescentes y ancianos	24
3.7	El suicidio	28
3.8	Etapas del duelo	31
3.9	Restaurar el sentido de la vida	47
3.10	Efectos fisiológicos en los procesos de duelo	48
3.11	Efectos psicológicos en los procesos de duelo	51

CAPITULO II

	Técnicas e Instrumentos	61
--	-------------------------	----

CAPITULO III

	Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados	63
--	---	----

CAPITULO IV

	Conclusiones	122
	Recomendaciones	124
	Referencias bibliográficas	126
	Anexos	
	Resumen	

PRESENTACIÓN

La presente investigación orientada al tema “Proceso de duelo por una separación importante, pérdida por deceso, en diversos casos” fue realizada tomando en cuenta que todo lo que concierne a los seres humanos, es tema de investigación y más aún cuando esto afecta grandemente a los mismos, manifestándose de forma general sin discriminación de ninguna índole como el duelo por deceso de un ser querido en diversas circunstancias, lo que no se puede prevenir ni evitar y ante la pérdida, es difícil precisar la respuesta de quien lo vive; lo que si puede aseverarse es que un proceso de esta condición, afecta a quienes lo experimentan, emocional y fisiológicamente. En algunos casos, se ha podido observar que hay personas que cuando pierden a un ser querido, se comportan indiferentes, aparentemente, tal vez insensibilizados, pero en ellas existe una lucha, un conflicto interno, que más tarde puede tener problemas graves para su salud, lo que se superará a través de la ayuda profesional.

El estudio sobre el tema mencionado con anterioridad se realizó tomando en cuenta los objetivos siguientes: describir las reacciones de los seres humanos ante diversos casos de separación por muerte, identificar los diferentes tipos de muerte, determinar los problemas fisiológicos y psicológicos inmersos en la experimentación de la pérdida por deceso y duelo no resuelto. Lo que se logró alcanzar mediante entrevistas dirigidas a personas que estaban viviendo una de las experiencias más difíciles con que nos enfrentamos los seres humanos.

Se considera que esta investigación fue importante para las personas de la muestra del trabajo de campo, porque por medio de las entrevistas pudieron canalizar todas las emociones y sentimientos característicos de estos casos, lo que fue de beneficio para su bienestar. Para la sociedad también fue relevante ya que estos procesos afectan a la humanidad a diario, sin excepción alguna y que dependiendo del tipo de muerte a veces se generan problemas psicosociales.

Para la USAC y la Escuela de Ciencias Psicológicas esta investigación fue de utilidad, pues permitió incrementar el número de investigaciones orientadas al tema de la muerte y los procesos de duelo como elementos que a diario se presentan en las personas del universo.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Desde el nacimiento, los seres humanos nos enfrentamos a problemas de diferente índole, siendo uno de los más difíciles el duelo por la pérdida de un ser querido por el final de la vida, el cual es inherente a toda la humanidad y es una respuesta normal ante la ausencia de un ser importante. Se acompaña de múltiples síntomas a todo nivel y requiere de un proceso consciente para elaborar todos los sentimientos que se presentan con la separación en aras de volver a un estado de equilibrio emocional. Los efectos psicofisiológicos generados por una pérdida por deceso, en algunos casos tienden a manifestarse de manera severa, para lo que será de vital importancia el apoyo profesional y además se requiere de la elaboración de las etapas del duelo en forma adecuada para salir adelante de esa experiencia dolorosa.

Sobre la base de lo anterior se realizó una investigación con relación al tema "Procesos de duelo por una separación importante, pérdida por deceso, en diversos casos", se desarrolló este estudio tomando en cuenta que la muerte es una realidad y parte natural de la vida misma, que lleva implícita un proceso de dolor; hecho que vive cotidianamente la humanidad, repercutiendo en forma singular y única en cada persona que sufre la pérdida de un ser querido por diferentes tipos de muerte, de acuerdo a la cultura, creencias religiosas, nivel socioeconómico, apego y relaciones previas al deceso con el ser ausente. Cuando ese duelo no se elabora adecuadamente, puede generar problemas psicológicos y fisiológicos, de forma aguda en quien vive esa experiencia tan devastadora.

Este estudio fue de tipo cualitativo, y permitió profundizar en cada una de las entrevistas, dirigidas a las 20 personas que se encontraban viviendo un proceso de duelo reciente, referidas por el médico del Centro de Salud de Patzicía Departamento de Chimaltenango, por proceso de duelo no resuelto, en quienes se estableció el proceso de dolor. La escogencia fue de tipo intencional o de juicio. Se usaron las técnicas de observación y entrevista, orientadas a los sujetos objeto de estudio: adultos, de ambos géneros, diversos credos religiosos, condición socioeconómica y diferente escolaridad. Fue un estudio de presentación de casos.

Para la realización de esta investigación se tomó como apoyo la "Teoría Psicoanalítica" del Doctor Sigmund Freud (1846-1950), que consiste particularmente en el método introspectivo. Este método tiene como principio escuchar al paciente sin juzgarlo, y ayudarlo a discernir y expresar sus sentimientos y pensamientos. Se trata de un proceso por medio de la palabra hablada con la mayor libertad posible, recogiendo así, no solamente las

confidencias de las personas, sino también todas las expresiones de su sentir. Después del desarrollo de las entrevistas y observaciones, las cuales permitieron recolectar la mayor cantidad de datos por medio de los cuales se alcanzaron los objetivos propuestos en este estudio: siendo los siguientes: Se describió cómo reacciona el ser humano ante diversos casos de separación por muerte. Se identificaron las diferencias y similitudes entre los diferentes tipos de duelo. Se determinaron los problemas fisiológicos y psicológicos que conlleva la experimentación de separación por deceso y duelo no resuelto. Se distinguieron las características de un duelo resuelto y un duelo no resuelto. Se considera que este estudio fue de beneficio para la población objeto de investigación, porque a través de las entrevistas las personas elegidas para el efecto, pudieron canalizar con libertad todos los sentimientos y emociones características en estas situaciones y que fue de utilidad para su bienestar.

I Marco Teórico

3.1 Antecedentes

La muerte es un hecho cotidiano, implícito a la vida, posiblemente lo único seguro que tenemos los seres humanos. La idea de la misma queda relegada, apartada, eludida por la mayoría de las personas, el solo mencionarla constituye un tabú, esto provoca que su presencia nos llene de miedo, dolor y sufrimiento al no estar preparados para enfrentarla con naturalidad. Se debe esto principalmente a la cultura que oculta y evita hablar de ella, la que es concebida como un fracaso personal, biológico, médico o tecnológico.

La idea de la muerte ha sido al igual que la vida condicionada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales. La idea de la muerte propia debe concebirse como un hecho universal y necesario que va a ocurrir inevitablemente estemos preparados o no, que repercutirá con cada persona de forma singular y única; no hay dos muertes iguales ni dos vidas idénticas.

La forma de concebir nuestra propia muerte, así como la elaboración de los duelos que realizamos a lo largo de toda nuestra vida, formarán parte del quehacer diario, asumiendo, analizando y aceptando estas situaciones con una actitud psíquica saludable, lo que conlleva una apuesta por la vida y proporciona una mayor calidad de vida.

Las personas mayores en proceso de envejecimiento perciben más cercana la muerte, tomando conciencia del tiempo vivido, con ello aparecen la angustia y las quejas por lo no vivido, así como también el miedo de ese paso incierto y desconocido, la vivencia de lo inevitable, de la finitud y transitoriedad, es concebida de forma distinta para las personas mayores. Consideran el morir como el tránsito a otra cosa, lo que despierta miedo, sentimientos de posible sufrimiento o de soledad y desamparo, el trabajar la muerte como algo inherente y necesario de la vida deviene en valorizar el tiempo de vivir. Con el miedo a la muerte se vinculan los miedos a la enfermedad, al sufrimiento y a la vejez.

Ayudando a comprender y a asumir la muerte propia con los miedos que ella implica, se revaloriza el tiempo de vida, con una connotación nueva. Las personas mayores ante la muerte tienen actitudes básicas: miedo o temor, negación o ansiedad. (Encarni Pedrero García. 2006. P.p. 1-4).

Aranguren López, citado por Encarni Pedrero García (2001: 34-35) analiza las actitudes de las personas mayores ante la muerte, como: muerte eludida, muerte negada, muerte apropiada, muerte buscada, muerte absurda.

Moragas Moragas, citado por Encarni Pedrero García (1998. 206-210) dice que la actitud ante la muerte está condicionada por la situación personal, pero en general las personas mayores la aceptan mejor que los jóvenes, las mujeres mejor que los hombres y las personas religiosas o creyentes mejor que las no creyentes.

Mishiana y Riedel, citados por Encarni Pedrero García (1,998: 210-211) consideran que las actitudes ante la muerte varían dependiendo de la edad y cultura, los factores culturales que inciden en la experiencia de la muerte son: la urbanización, el declive de la religión, la evolución de la técnica médica, el paso de la familia numerosa a la familia nuclear, las modificaciones epidemiológicas, el advenimiento de la era atómica, la evolución de las prácticas y de las costumbres fúnebres.

Corbi, citado por Encarni Pedrero García (2001. 17) dice: que las grandes religiones hablan de la muerte en un triple sentido, proponen creencias acerca del más allá de la muerte, usan el poder de la muerte para desplazar en los hombres la manera cotidiana de ver, entender y sentir las realidades. Las religiones hablan de la muerte desde la profundidad de la experiencia sagrada de la existencia.

El cristianismo:

Para los cristianos los hombres y mujeres viven durante su existencia casi de una manera compulsiva, una vida de pecados en relación con Dios y las leyes divinas, lo que termina reprimiendo en la vida psicológica de los mismos, un permanente o difuso sentimiento de culpa.

El verdadero cristiano vive con la esperanza de la inmortalidad del alma, acepta la muerte en base a esa creencia. Con la muerte el alma se retira del cuerpo y permanece por siempre. La vida terrenal es un tránsito hacia otra superior y eterna, no acaba sino se transforma. La muerte es la entrada en el cielo para gozar de forma definitiva de Dios en plena unión. Tras la muerte tiene lugar un juicio donde se valoran los méritos y deméritos, así el alma se salva o se condena. Además del cielo y del infierno, hay un purgatorio donde se eliminan las faltas, alcanzándose la limpieza del alma para ganar la unión eterna con Dios.

Los cristianos deben prepararse durante su vida para una muerte que siempre es incierta pero inevitable, entierran e incineran a sus muertos, durante siglos lo común ha sido la inhumación, en los últimos años ha ido aumentando la cremación.

Budismo:

Para los budistas la muerte es un tránsito, si se realizan actos positivos se goza de un karma positivo, si por el contrario, los actos son negativos, el karma será negativo. Creen en el renacimiento y lo hacen en seis mundos diferentes. Para el budismo no hay en los seres humanos alma o espíritu, todo es inestable, transitorio e impersonal. No hay creencia de un Dios omnipotente y omnisciente, creador del cielo y de la tierra.

El Hinduismo:

El hinduismo cree en la transmigración de las almas, existe un principio de orden superior y permanente que se denomina "atman" que significa espíritu, el "atman" se reencarna para ir purificándose y poder reencontrar su origen mediante una experiencia denominada liberación definitiva. La muerte para los hinduistas es un mudar de cuerpo, y sólo la liberación definitiva pone fin a la reencarnación. Cuando una persona muere se incinera su cadáver, preferiblemente junto a un río sagrado.

El Islamismo:

El islamismo se basa en la oración ritual, ayuno, profesión de fe, limosna y peregrinación a la Meca, el único Dios es Alá y su profeta Mahoma, al morir el cuerpo físico el alma es conducida al paraíso o al infierno. El paraíso se concibe como una especie de jardín donde se puede gozar de todo, incluyendo lo material, el infierno es el lugar para el dolor y sufrimiento.

Cuando un musulmán muere su cadáver es inhumado, el cuerpo se lava, perfuma y se envuelve en sudarios depositándose en la tumba sin ataúd. En el Islam aunque se cree en la resurrección, se utiliza la conciencia de la muerte como instrumento de sabiduría y conocimiento.

El Judaísmo:

Para los judíos la salvación del alma se hace mediante la práctica de buenas acciones, la plegaria y el arrepentimiento de las faltas o pecados cometidos. Para ellos la muerte la da Dios como la vida y debe ser tomada con resignación, creyendo en la justicia y sabiduría del ser divino. El alma es inmortal creada por Dios, quien es justicia y recompensará a los buenos y castigará a los perversos.

El Morir:

Morir es un hecho biológico que acontece al organismo humano desde que nace, algo de los seres humanos muere en cada momento.

San Martín, Pastor y Aldeguer (1,998:201) citados por Encarni Pedrero García, dicen que el concepto científico de muerte ha pasado de concebirse como la detención del proceso respiratorio o considerarse, la detención del proceso cardiovascular por la paralización del corazón y de ahí a la

concepción actual de muerte cerebral, distinguiéndose entre: muerte natural, (consecuencia del proceso de envejecimiento), muerte accidental o prematura (resultados de enfermedades o accidentes).

La muerte se ha institucionalizado en los últimos años y el personal de los servicios y la familia a veces olvidan mostrarse sensibles a las necesidades del moribundo. En 1,976 el consejo de Europa se pronunció sobre los derechos de los enfermos y los moribundos como: Derecho a ser tratados como seres humanos vivos hasta el momento de su muerte. A ser cuidados por personas capaces de mantener una situación de optimismo por cambiantes que sean sus circunstancias a expresar sus sentimientos y emociones sobre su forma de enfocar la muerte. A participar en las decisiones que incumban a sus cuidados. A esperar una atención sanitaria y humana continuada aún cuando los objetivos de curación tengan que transformarse en objetivos de bienestar. A no morir solos. A no experimentar dolor, sin medida de costo de ningún tipo. A que sus preguntas sean respondidas con sinceridad. A no ser engañados si ellos no quieren. A disponer de ayuda de y para su familia a la hora de aceptar su muerte. A morir con paz y con dignidad. A mantener su individualidad y no ser juzgados por decisiones de ellos que puedan ser contrarias a las creencias de otros. A discutir y acrecentar sus experiencias religiosas y/o espirituales, cualquiera que sea la opinión de los demás. A esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras su muerte, según su voluntad. A ser cuidados por personas solícitas, sensibles, y entendidas, que intenten comprender sus necesidades y que sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarles a afrontar la muerte. (Revista Tanato's S.E.I.T.2006 Pp.14)

Cuando una persona está próxima a morir, acompañarla implica un desgaste emocional y vital intenso ya que sitúa a quien lo vive de cara a la muerte y a la pérdida de un ser querido. Para enfrentar esta tarea debe hacerse desde: la escucha, el silencio, el tacto, la paciencia y la palabra, sin angustia y nerviosismo e intentando encontrar serenidad, aprendiendo a desdramatizar la situación.

El duelo es el trabajo psico-físico-emocional-relacional y espiritual de adaptación universal y necesaria para poder elaborar satisfactoriamente cualquier pérdida significativa. La palabra duelo deriva del latín "dolus" que significa dolor y también "duelum" que tiene que ver con dúo, o sea, dos. Una relación, un vínculo que se separa con dolor, este trabajo conlleva a desprenderse íntimamente del objeto perdido o a través de un proceso de adaptación.

Davidson, Bowlby, Engel, y Lindermann, citados por Encarni Pedrero García, han propuesto diferentes etapas en el proceso de duelo. Kubler-

Ross señala cuatro fases: Negación, ira, depresión y aceptación. Si se acepta la pérdida se está elaborando el duelo sanamente.

Se pueden producir patrones de duelo patológico cuando se realiza un duelo:

- * Inhibido: se tiene un autocontrol extremo donde no se expresa las emociones.
- * Aplazado: cuando la ausencia inicial del duelo evidente es seguida de respuestas inadecuadas.
- * Crónico: fases de anhelo y desorganización. El duelo severo dura más de lo común.
- * Idealización:
- * Identificación con el fallecido: en relaciones ambulantes se pasa de una ira anormal a sentimientos de culpa.
- * Euforia: acompañada de una negación de la pérdida y una disociación de las emociones. (Encarni Pedrero García. 2007. Pp 11)

Las personas mayores que han acumulado numerosas pérdidas de distintos grados y significado, cuando toman en cuenta que muchas de esas pérdidas quedaron sin duelar satisfactoriamente se pueden encontrar con duelos más extensos en el tiempo, con pérdida de autoestima, amenazas de suicidio, adicciones, disminución de esperanza de vida, depresiones, mayor vulnerabilidad biológica, psicológica social y otros indicadores patológicos. Por ello es importante ser consciente de que debe elaborarse el duelo para despedirse. Así como también revisar el mundo interno de la persona que lo experimenta, observar sus hábitos del pensamiento y comportamiento que incluyen a la persona pérdida. Pero el duelo se elabora en cualquier caso aunque no se esté consciente de ello.

María Antonia Plaxats (2,001:8), citada por Encarni Pedrero García, dice: que hay elementos que pueden interrumpir un proceso saludable de duelo, entre ellos:

1. Información nula, escasa o excesiva.
2. Vacíos de comunicación con uno mismo y con otros.
3. Cerrarse excesivamente en uno mismo
4. Paternalismos y maternalismos.
5. Falta de respeto por el proceso propio o ajeno.

María Antonia Plaxats, citada por Encarni Pedrero García, también propone los siguientes elementos que facilitan un proceso saludable de duelo:

- ∞ Relaciones intrapersonales sanas.
- ∞ Relaciones interpersonales sanas
- ∞ Establecer empatía saludable
- ∞ Canalización emocional saludable: hablar, llorar, caminar, cocinar, meditar, pensar, practicar algún deporte.

María Antonia Plaxats (2,001:13-15), citada por Encarni Pedrero García, dice: que si se consigue una buena transformación del duelo, se obtienen los siguientes resultados:

- * Superar los mecanismos de defensa que en su momento fueron de gran utilidad y que se cronificaron bloqueando nuestra energía vital.
- * Tener ocasión de concluir asuntos pendientes y de aprender tanto de la experiencia dolorosa como de la experiencia feliz.
- * Aprender a despedir lo perdido, o lo deseado que no llega. Es poder decir adiós a lo que dejamos y dar la bienvenida a lo que nos llega.
- * Afrontar la finitud, que aportará mayor sentido a nuestra vida.
- * Potenciar y desarrollar actitudes y aptitudes para acompañar en el sufrimiento, de forma que faciliten el crecimiento del otro y del propio.
- * Entender cada pérdida como: oportunidad de transformación creativa saludable y aprendizaje. Aprender a despedirnos, a influir viviendo desde y para el cambio, con sus incertidumbres e inseguridades. Prepararnos para afrontar, para gestionar el malestar, en lugar, de negarlo, y por tanto de vivir a espaldas a él. Aprender tanto de los éxitos como de los errores y fracasos. Cuidar el binomio razón-emoción. Contemplar el duelo como un factor importante de la vida. Destinar al duelo; tiempo, espacio, aptitudes, actitudes. Fomentar e implantar valores humanizantes. Proporcionarnos y proporcionar espacios de reflexión, intercambio, contraste, comunicación... con la misma fluidez afectiva y energética. Aprender a elaborar los duelos según nuestras posibilidades reales en el proceso a la transformación saludable del duelo.

La necesidad de aprender a morir:

La institución educativa ha olvidado la concepción y el afrontamiento de la muerte. En unión con la familia deben emprender esta tarea de incluirse en el tratamiento del sufrimiento, del dolor y de la muerte. El problema de educar para la muerte puede afrontarse rehaciendo el modo de celebrar y de vivir la muerte, en esas formulas externas y sociales. De esa manera se

transmite un nuevo modo de vivir y enfocar la muerte, no disimulándola sino humanizándola desmitificándola y aprendiendo a convivir con ella.

Educar para la vida y la muerte a las niñas, niños, adolescentes y adultos mayores, partiendo del conocimiento personal, cultural y social, se puede no sólo vivir sino también morir con dignidad. Los seres humanos están sometidos a toda clase de aprendizaje a lo largo de su existencia, aprender a morir debería ser uno de ellos ya que supone aprender a vivir intensamente. Aprender a vivir con la muerte en todos sus niveles, abordarla como tema educativo, son labores que podrán ayudar a entender que quien no acepta y comprende la muerte, no ama verdaderamente la vida. (Encarni Pedrero García. 2006.P.p.13)

3.2 La vida

A manera de reflexión se quieren puntualizar algunos elementos de lo que es vivir y traer a colación el pensamiento de algunos autores, respecto a la vida.

“La vida es el tiempo comprendido desde el nacimiento hasta su final que es la muerte. Se vive con esa cualidad misteriosa y conquistada por el ser humano en la evolución de la especie, que es la conciencia. La conciencia en el ser humano es todavía crepuscular, es decir que tiene más de inconsciente y mecanicidad que de consciente y lucidez; es una conciencia en la penumbra que se debate en un juego de luces y sombras, contradicciones y conflictos”. (Psicólogo Ramiro Calle. 1997. Pp. 8).

El ser humano se enfrenta a la vida sin saber como vivirla o no la vive con la sabiduría suficiente. Desde el momento en que es concebido comienza a recibir impresiones; de adolescente va absorbiendo experiencias (muchas de ellas traumáticas), represiones, adoctrinamientos, patrones de conducta y mensajes contradictorios que van conformando su personalidad y su ego. Las experiencias desafortunadas van dejando profundas heridas en la psiquis y en la mente se va acumulando material de todo tipo, a menudo inarmónico que origina un núcleo de confusión que puede llegar a originar trastornos somáticos y psíquicos. Todo esto representa un estancamiento en la evolución y ausencia de integración.

La vida no es fácil, por eso es tan buena maestra, de ella se aprende cada instante. Se puede aprender a vivir más armónicamente, sin tantos desvelos y tribulaciones inútiles, sin generar fricciones innecesarias y desdichas gratuitas, instrumentalizando la vida para fomentar belleza, amistad, amor y sabiduría. Se puede aprender a tomar la vida como una guía transformadora que ayuda a desarrollar la conciencia y avanzar el camino de

la evolución interior. También es posible conseguir una actitud que permita un vivir más equilibrado y pleno, con mayor serenidad y firmeza; saber desplazarse del desorden a la virtud, de los automatismos psicológicos a la lucidez del entendimiento, además es posible aprender a vivir de la misma forma que se pueda hacer de la vida un instrumento valiosísimo de aprendizaje, comenzando por adoptar una forma de actuar más equilibrada, con sosiego. Así se alejarán las desdichas propias y ajenas y habrá menos sufrimiento y menos reacciones egocéntricas. El aprendizaje debe continuar ejercitándose hasta ver los hechos como son, modificándolos solamente para mejorar desde el equilibrio; es conveniente cambiar los modelos de conducta mental que engendran angustia y neurosis. Hay que desarrollar la conciencia poniendo en marcha los recursos anímicos internos. Es muy positivo enfrentarse a las circunstancias externas y a nuestros temores internos, con disciplina en el vivir desde el pensamiento correcto, fomentando estados mentales alegres, valorando lo genuino y dejando a un lado la codicia y el odio, evitar tanto el apego como el resentimiento, la atención excesiva y nociva, cultivar hábitos positivos externos e internos, no sentirse inferior, ni superior, ni más importante ni menos que los demás, no apegarse a juicios, prejuicios y opiniones, valorando por encima de todo la paz interior y tranquilidad de la mente, etc.

“Es muy importante también saber vivir en armonía con uno mismo y con los demás siendo la mayor fuente de armonía el amor, y la mente lúcida. La vida tiene sentido si se logra, a través de ella, mejorar, hacer menos heridas a los demás y colaborar con ellos, evitar tristezas y desdichas innecesarias y pasar por ella haciendo el menor daño posible”. (Psicólogo Calle Ramiro. 1997. Pp. 18).

Para aprender a vivir es conveniente hacer examen de conciencia, reflexionar sobre uno mismo e ir superando los cinco obstáculos básicos que empobrecen la vida de los seres humanos. Estos son:

- El deseo incontrolado.
- El odio y la ira.
- El egocentrismo excesivo.
- La ansiedad, que puede llevar a despreciar a los demás, a ignorarlos, herirlos o matarlos.
- La ofuscación o desvarío mental, fuente de innumerables males individuales, colectivos y de todo tipo. (Ramiro Calle. 1997. Pp. 22).

El sentido más grande que se le puede proporcionar a la vida, es reconocer la propia naturaleza original, más allá del ego y la personalidad. En

esa naturaleza original existe el sosiego, la comprensión la benevolencia y el bien vivir. El que se instala en su naturaleza deja de temer la vida y, por lo tanto, no tiene miedo a la muerte. Es conveniente vivir la vida paso a paso, porque cada paso tiene su interés y su mensaje, no es un paso más sino un paso único; hay que valorar el aquí y el ahora.

En la vida todo pasa y todo cambia, pero la actitud de claridad y ecuanimidad puede mantenerse siempre, aún en las situaciones más difíciles se debe conservar la calma, meditar y ser justos, porque aunque exista ansiedad y cansancio es posible encontrar unos instantes para estar con nosotros mismos, sacar provecho de la soledad y guardar silencio. No existe energía más poderosa que la del silencio, ni soledad más fecunda que la que se asume y se instrumentaliza para crecer.

La vida, sin afán de superación puede convertirse en un desierto y sin compasión y amor, es árida y desapacible. Con fricciones, discusiones y odios se convierte en un infierno. Cada ser humano tiene su forma de vivir, su temperamento y su carácter. Hay personas que tienen tendencia a la actividad y son impulsivas; otras son indolentes y apáticas, pero en cada caso, hay un mundo, con metas o sin ellas, con triunfos o fracasos. Con los triunfos hay alegría, recompensa, etc.; con los fracasos hay sufrimiento, siendo éste inherente a la vida. Mientras hay cuerpo se sufre como resultado de las sensaciones desagradables. Sin embargo, puede cambiarse la actitud ante el sufrimiento.

El ser humano debe mejorar su vida, tratar en lo posible de ir superando obstáculos para intentar ser más libre, hasta llegar a dominar el ego desmedido. Es necesario desprenderse de la presunción, la autosuficiencia y el falso amor propio.

Es primordial seguir con orden y precisión la senda de la vida, sin generar fricciones innecesarias, no hacerse daño a uno mismo ni a los demás. Con sabiduría no hay reacción y sí acción correcta desde la paz interior y no desde la agitación o el desgarramiento; cuando no hay sabiduría, la mente se pierde en sus propias creaciones y proyecciones, distorsionando lo que percibe y elaborando pensamientos, palabras y actos que a menudo, están dictadas por la ofuscación. Para conseguir superar esa ofuscación el ser humano dispone del trabajo interior; trabajo personal que representa un duro esfuerzo que al final aporta una espléndida recompensa. Este trabajar desde dentro de uno mismo, lo emprenden las personas que aspiran a evolucionar y que ponen los medios para desarrollarse y crecer interiormente, cultivando actitudes provechosas.

La mente tiene un rol importante en la vida del ser humano, una mente codiciosa no tiene reparos para conseguir lo que desea; es una mente

compulsiva y voraz que no sabe cooperar ni es capaz de entender que todos los humanos son interdependientes. Poco se puede esperar de una mente que funciona con esas características, porque está abocada al afán de posesión, vive de espaldas a lo más hermoso de la existencia y no es consciente de las prioridades esenciales de la vida.

Una mente así es incapaz de entender que es vital conseguir la paz interior (sin paz no hay posibilidades de disfrutar la vida), gozar de buena salud física y mantener unas óptimas relaciones con los seres queridos. Cada individuo es el artífice de su mente y nunca es tarde para ejercitarla y aprender a vivir mejor. Se debe luchar por tener salud mental para vivir bien.

La experiencia de la vida por sí misma nos ayuda a crecer interiormente, a veces se envejece y no se aprende a madurar. Hay que madurar para salir del estancamiento interior, resolver los conflictos internos, conciliar contradicciones y hallar la fuente interna del bienestar. Aunque las experiencias de la vida lleguen a ser negativas se puede mantener interiormente un espacio para la paz y el equilibrio, así cuando los acontecimientos externos sean dolorosos o difíciles, todavía se puede ejercer poder y control sobre el yo interno. Si se envejece sin crecer interiormente, el bienestar no llegará con el paso de los años, sino al contrario, al envejecer se van instalando en el ser humano los miedos, apegos y paranoias, sentirá más soledad y surgirá un estado de angustia al comprobar el debilitamiento de las energías naturales, aumentará así el desencanto y la insatisfacción. (Ramiro calle. 1997).

Un buen porcentaje de la humanidad vive engendrando sufrimiento personal y colectivo, con urgencia y ansiedad, en una competencia llena de altibajos anímicos muy pronunciados. Las ideologías afectan a los seres humanos de manera despiadada, y se vive bajo unos códigos narcisistas y una agresividad a flor de piel. Se debe intentar vivir serenos entre los que sólo desean conseguir siempre algo más; sosegados entre los inquietos, y tranquilos entre los que viven agitados. Esto, evidentemente no es fácil, pero es posible, si se intenta. El sentimiento de sosiego permite vivir la vida con armonía y plenitud, pero la mayoría de los seres humanos viven en niveles muy altos en ansiedad, esa vaga y poca placentera sensación, que a veces se identifica como angustia y que puede experimentarse en diferentes grados. Unas veces viene dada por exceso de tensión; otras, por la incapacidad para conciliar contradicciones y resolver conflictos internos; también por la dificultad en superar contrariedades que llegan del mundo exterior e incluso, por situaciones complejas de cualquier orden.

A menudo, la ansiedad es el resultado de nuestro desorden interno o de carencias emocionales y afectivas y a veces, de frustraciones no asimi-

ladas o inmadurez psicológica. La ansiedad provoca malestares diversos como: hipertensión, trastornos digestivos, agitación motora, insomnio, etc. además también provoca crispaciones neuromusculares, que a su vez son productoras de ansiedad, creándose por lo tanto, un círculo vicioso.

Se está viviendo una era de ansiedad, en la que el ser humano se encuentra inmerso en una sociedad competitiva, despiadada y demasiado cruel y violenta. Se propone logros que a menudo no pueden alcanzarse y si la persona no se halla a la altura de su yo idealizado reacciona con amargura y abatimiento.

Así como la inseguridad interna y externa es una fuente de enorme ansiedad, también lo es el miedo en todas sus formas, porque al sentirse la amenaza, aunque ésta sea imaginaria, se reacciona con angustia. Mucha de la ansiedad que padece el ser humano, es también producto de unos enfoques mentales poco favorables: traumas pasados, heridas abiertas y conductas de miedo aprendidas. La imaginación puede hacer ver lo que se teme ver y no lo que es; también puede anticipar calamidades que probablemente nunca ocurran.

La fantasía desordenada es la causa de muchos temores, miedos y ansiedad. También son fuente de angustia nuestras tendencias del subconsciente, las carencias afectivas o emocionales y la desintegración. Cuando existe desorden dentro de sí las condiciones externas adversas, todavía incrementan más la ansiedad.

Pero a medida que la persona alcanza madurez e integración, está mejor preparada para no reaccionar con tanta angustia ante las vicisitudes cotidianas. Se vive con mayor seguridad interior, se consigue disfrutar de un yo más sano y menos dirigido. La vida comienza a vivirse con más serenidad y desde ésta, tiene otro sentido, proporcionando otro tipo de experiencia.

La ansiedad es especialmente hábil en ponerse disfraces y máscaras, que pueden manifestarse con abatimiento, depresión, amargura, incertidumbre, insatisfacción profunda, tedio, fobias, etc., pero a través de la autointegración que se va alcanzando y se aprende a vivir, la ansiedad se va reduciendo o incluso se va transformando. El proceso de maduración conduce al autoconocimiento, la superación de conflictos internos y la aceptación de uno mismo. Así como a la capacidad de asumir las propias responsabilidades. (Sherr Lorraine. 1992. P.p. 148)

En síntesis, hay que aprender a vivir lo mejor que se pueda, porque lamentablemente hay que morir. Por eso es tan importante recurrir a todas aquellas enseñanzas prácticas que puedan prestar al ser humano un apoyo para proseguir con la aventura de la vida y enfrentarse a la proeza de la

muerte. Tratar de vivir el presente, es lo que cuenta y por eso es tan importante instalarse en él, es el instante que vivimos. Del pasado se debe sacar lo mejor y cuidar sin tensión del futuro, que es incierto.

3.3 La muerte

Así como se reflexiona sobre la vida, vale la pena hacerlo sobre la muerte, sin que ello nos inquiete.

“Al amanecer sigue el ocaso como a la vida sigue la muerte. La muerte es el final de la existencia de todo ser humano, esa gran desconocida domina el mundo con su inmenso poder. Poseerá a las personas en uno y otro lugar, solas o acompañadas; persigue a la vida y nunca se concede un descanso”. (Psicólogo Ramiro Calle. 1997. P.p. 17)

La vida y la muerte se complementan y forman parte de un mismo proceso, y lo cierto es, que una y otra nunca se encuentran. La muerte representa el final de lo conocido, la ruptura del vínculo con los seres y las cosas, es dejar todo lo que se tiene en la vida. Sobre la muerte se pueden afirmar varias cosas: es segura, irremediable, sucederá de forma imprevisible, se muere en soledad, y cada uno se enfrentará, a su propio fin. La muerte es universal y nadie escapa de ella, sin embargo cada cultura la ha vivido y la ha asumido de diferentes formas, de acuerdo con el concepto preciso sobre el hecho, controlado por todas las creencias que una sociedad específica tenga del cuerpo, del morir y del más allá.

“En el ser humano el miedo al final de la vida es infinitamente mayor que el de otros seres, porque está potenciado por el pensamiento. El aceptar positivamente la muerte hace que se potencie la vida, que se pueda llegar a ser más humilde y que cada instante se viva intentando que todo tenga un sentido diferente. Pensar en la muerte con el pensamiento dispuesto a aceptarla, supone vivir más y mejor el aquí y el ahora. Una persona capaz de comprender que todo pasa, que sabe recibir pero también dar, aceptará la muerte y será capaz de enfrentarse mucho mejor a ella. Si se consigue una manera de pensar y percibir las cosas, la muerte no tiene que inspirar terror, se convertirá en algo familiar y se vivirá cada instante como si fuera el último, y si no es así, mucho mejor” (Psicóloga clínica Sherr Lorraine. 1,992 P.p. 19).

Un cambio de actitud mental, junto a una firmeza, ayudará a vivir mejor, a soportar la muerte propia y ajena. Es normal aferrarse a la vida mientras hay posibilidades de disfrutarla, pero cuando el cuerpo se deteriora en alto grado, es mejor irse y descansar del sufrimiento. A todos los humanos nos duele la muerte, de una forma o nivel muy personal, el caso es que

duele, lo importante entonces, es tener un sentido para seguir viviendo, para evitar el enfrascarse en el dolor y el sufrimiento como única realidad de la existencia. (Pauline Boss. 1999. P.p. 48)

Se vive paso a paso, pero se muere en uno sólo de esos pasos, por eso es importante conocer que morir es parte del proceso del ciclo de la vida del ser humano.

A lo largo de los años el proceso de "buena" o "mala muerte", ha variado. En la edad media "la buena muerte" era la que ocurría de forma lenta y anunciada de forma asistida, era la que no llegaba en forma repentina.

Ya en el siglo XX, con el avance de la tecnología y la entrada en vigor del cuidado intensivo, se permite prolongar la vida del paciente, modificando sustancialmente los límites de la vida y la forma de morir. En estos casos la persona muere en el hospital sólo acompañada por muy pocas personas.

En los años 60, con la aparición del cuidado paliativo, se dignifica el proceso de muerte y se busca que ocurra en el mejor lugar, para que se le brinde la atención integrada que el moribundo requiere, puede ser el hospital, en una unidad especialmente para morir o la propia casa. Así el agonizante estará rodeado de su grupo cercano.

“Actualmente muchas personas prefieren la muerte repentina e imprevista, por temor al sufrimiento prolongado, ante la realidad de un proceso terminal, la gran mayoría busca una muerte muy tecnicada y asistida con terapias diversas (Dr. Santiago Rojas Posada. 2,005. Pp. 13).

Tipos de muerte:

La muerte de un ser humano puede darse en diversos casos:

◆ **Muerte normal:**

La que sucede por enfermedad común, con asistencia profesional y apoyo familiar; puede darse en un centro asistencial o en la casa.

◆ **Muerte por homicidio:**

Este tipo de muerte sucede en cualquier lugar o en la casa. El hecho puede ser realizado por venganzas personales, por grupos organizados (maras, asaltantes); o por otras circunstancias de violencia.

◆ **Muerte por suicidio:**

Es el acto de darse la muerte el sujeto mismo. Hay suicidio no patológico y patológico. El primero puede darse por un ideal religioso, por un sentimiento de honor, por un deber social, en este caso puede tomarse el suicidio como un sacrificio. En cierta circunstancia el individuo puede llegar al suicidio porque representa la única salida de una situación grave, la única solución para sus intereses y su gente; en otros casos, ciertos enfermos que su enfermedad es terminal abrevian voluntariamente sus días, para terminar con su sufrimiento (eutanasia). El suicidio patológico obedece a una perturbación grave de afectividad, a un tema delirante obsesivo o a desórdenes alucinatorios. Puede tratarse en ocasiones de un simple desconcierto emotivo agudo transitorio, pero intenso, como el anuncio de una mala noticia, de una catástrofe; el sujeto pierde el dominio de sus actos y sede a un reflejo trágico. Las personas con depresión algunas veces se suicidan ingiriendo altas dosis de antidepresivos.

◆ **Muerte por vejez:**

Este final de la vida se da en personas de edad avanzada, como consecuencia de la pérdida progresiva de los recursos físicos y mentales, lo que desarrolla enfermedades, que generan complicaciones, las que terminan con la muerte.

◆ **Muerte por enfermedad terminal:**

Este tipo de muerte sucede cuando una persona es víctima de una enfermedad irreversible, por ejemplo: la insuficiencia renal, el cáncer, el sida, etc. en estos casos a veces la persona está consciente que su fin está próximo y por el contrario otras veces ignoran lo grave de su situación. En este caso es necesario prepararse para morir, aceptar ese fin sin angustia ni miedo.

◆ **Muerte por accidente:**

Puede darse por diferentes causas: problemas con algún medio de transporte (aéreo, terrestre, marítimo), caerse de un edificio en construcción, un incendio, entre otras.

◆ **Muerte repentina:**

Es aquella que sucede por estados de tensión psicológica, ocasionados por noticias alarmantes, lo que hace que las personas sufran un estado de hipertensión o sobreexcitación emocional lo que lleva a un fallo cardíaco (algunas muertes repentinas son por infarto del miocardio).

◆ **Muerte por desastres naturales:**

La muerte por desastres naturales es también repentina, puede darse por terremotos, huracanes, o cualquier otro fenómeno natural. En esas

circunstancias no se pierde sólo a un ser querido sino a veces familias completas desaparecen; dependiendo de la magnitud del fenómeno.

Los niños y la muerte

Los niños también se enfrentan a la muerte en diversas circunstancias: por accidente, una enfermedad terminal, por suicidio, por asesinato; etc. algunas veces mueren en el vientre de su madre; al nacer, a las pocas horas, semanas o meses después de haber nacido. Pero en la actualidad mueren miles de bebés a causa del aborto, que puede ser circunstancial o provocado con tantos medios que existen para este lamentable hecho.

“La muerte, la culminación de la vida, el tránsito, la despedida antes de entrar en otro lugar, el fin, antes de otro principio, es también manifestada en los indefensos niños, de cualquier clase social, credo, etnia, cultura, etc. al observar, analizar y tratar de aprender las distintas maneras. Las miles de formas en que, tanto los niños como los adultos de todas las culturas realizan esa transición; un milagro tan grande como el nacimiento, o incluso mayor, pues es la de la comprensión de la naturaleza humana, de la lucha y la supervisión humana y en última instancia, de su evolución espiritual. Muestra las claves del porqué y el dónde, y la finalidad última de la vida con todos sus sufrimientos y toda su belleza”. (Psicóloga clínica Elizabeth Kúbler Ross. 1,983 Pp. 11).

Los niños que aprenden a conocer la muerte, más que a temerla y luchar contra ella, se convierten en grandes maestros sobre la vida. Hay cientos de niños que saben mucho más de la muerte que los adultos, hay adultos que restan importancia a lo que dicen los niños y pasan por alto sus ideas, pues piensan que los niños no comprenden la muerte.

No todos los niños son esperados con alegría e ilusión, hay niños que son rechazados y reciben maldiciones de sus progenitores antes de nacer, vienen desamparados, sin protección, abandonados, indefensos, esto ocurre en todo el mundo, en todos los continentes, en todos los países, en todas las ciudades. El aborto impide el nacimiento de cientos de miles de bebés, pero no soluciona los problemas de la sociedad. Estos continuarán mientras no haya un cambio de actitudes sobre la vida, mientras no pasen del dicho al hecho en muchas cosas que se predicán no se cambian los conceptos de vida y amor,

“Con los modernos medios de transporte, con la actual filosofía materialista de la vida, y con la sustitución de los antiguos valores espirituales, por la ciencia y tecnología, la vida ha experimentado un gran cambio que afecta principalmente el crecimiento de los niños”. (Psicóloga clínica Elizabeth Kúbler Ross 1,983 Pp. 17).

Hay hogares en la actualidad desprovistos de aquel calor familiar saturado de amor recíproco, donde los niños tienen la oportunidad de disfrutar de momentos para compartir, aprender, crecer y admirar. Hay niños que no ven a sus padres días completos, pues cada quien atiende sus intereses, lo que evita la comunicación fundamental para una buena relación familiar, que permita un estilo de vida adecuada para un buen desarrollo de los niños. Además también hay niños que mueren abandonados sin conocer a sus padres.

Muerte repentina por indefensión

La indefensión es el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables, es decir cuando no se puede hacer nada para cambiarlos hágase lo que se haga siempre ocurrirá lo mismo.

“La indefensión es una característica general de varias especies, incluyendo a los seres humanos, se considera como un principio explicativo de la depresión, la ansiedad y la muerte repentina. Ésta también retrasa la iniciación de respuestas agresivas y defensivas. Además retrasa la solución de problemas cognitivos y no aversivos; produce perturbaciones cognitivas, motivacionales y emocionales, ocasionando éstas últimas, úlceras estomacales, depresión y ansiedad”: (Dr. Martín E. Seligman. 1,974 Pp. 35)

Cuando una persona cree que está predestinada a morir, a veces se produce realmente la muerte, este tipo de muerte se encuentra en muchas culturas. El gran fisiólogo norteamericano W. E. Cannon, citado por el Dr. Martín E. Seligman (1,974), fue el primer científico que dió respetabilidad a tales muertes; él revisó muchos ejemplos de muerte psicógena, repentina y misteriosa.

En algunas culturas hay personas que al recibir un mensaje en forma de profecía, que anuncia la muerte, se aferran a ello y piensan que no hay nada que hacer frente al problema y reaccionan con pasividad, sumisión y depresión, lo que dá origen a la muerte que se produce en cuestión de horas o días.

También cuando surge cualquier pérdida grave, puede resultar de ello, la muerte o la enfermedad. G. L. Engel, A. Schamale, W. A. Greene y sus colaboradores, citados por el Dr. Martín E. Seligman (1,974) han investigado las consecuencias de la pérdida psicológica sobre la enfermedad física. En sus estudios, la indefensión mostró debilitar la resistencia del individuo a los agentes patógenos físicos contra los que antes había estado protegido. Engel ha comprobado muchos casos de muerte repentina durante estados de tensión psicológica. Algunos de ellos han implicado indefensión: por la

enfermedad o muerte de un ser querido, un duelo agudo, amenaza de pérdida de un ser querido, defunción o aniversario de defunción, por la pérdida del status y de autoestima. Otras muertes repentinas, según Engel se han dado durante situaciones peligrosas, en las cuales las personas han sufrido un estado de hipertensión o sobreexcitación

emocional. En algunos casos, especialmente en los que implican un peligro personal, el individuo puede morir de miedo. Pero en otros casos, los estados de ánimos dominantes han sido la depresión, la indefensión y el sometimiento, no el miedo. Según el autor, la causa inmediata de la muerte en estos casos, es generalmente un fallo cardíaco, pero éste puede ser precedido tanto por un estado de sometimiento como por la agitación.

Cantor y Cluff, citados por el Dr. Martín E. Seligman (1974) dicen que: “La depresión y la indefensión están estrechamente relacionadas, no es sorprendente que la depresión sea implicada en la muerte repentina, la depresión también retrasa la recuperación de algunas infecciones. La indefensión parece hacer a las personas más vulnerables a los agentes patógenos, algunos mortales, que siempre nos rodean”. (Cantor y Cluff 1,961. Pp 38).

Las condiciones físicas terminales que producen la muerte por indefensión son muy variadas: fallo cardíaco, asma, neumonía, cáncer, infección, desnutrición. No se ha especificado ninguna causa física única, pero se halla implicado un ralentizamiento del ritmo cardiaco.

“Los investigadores médicos se han referido a la inhibición vagal de la actividad cardíaca, al reflejo de buceo y a la actividad parasimpática, entre otras, como posibles causas”. (Dr. Martín E. Seligman. M.E.P.). 1,974. Pp. 45).

◆ **Muerte infantil y depresión anaclítica**

R. Spitz (1,946), citado por el Dr. Martín E. Seligman, fue el primero en darse cuenta del fenómeno de la “Depresión Anaclítica”. Y dice que los niños igual que los ancianos, probablemente puedan percibir cuan indefensos están.

La ausencia de estimulación en la separación de la madre, significa para el niño, indefensión, cuya consecuencia es una mayor susceptibilidad a la muerte. (Doctor Martín E. Seligman 1,974 P.p. 161).

◆ **Muerte por indefensión en la vejez**

Si una persona se halla en un estado físico límite, debilitada por la desnutrición o por una enfermedad, la posesión de un sentido de control

pueden equivaler a la diferencia entre la vida y la muerte. Hay una etapa de la vida humana que trae inevitablemente un debilitamiento físico: el envejecimiento. “Los ancianos son más susceptibles a la pérdida del control, lo que genera en ellos un estado de indefensión. Cuando a una persona por su edad, se le obliga a retirarse de su trabajo, esto puede hacerle sentirse indefensa y provocarle la muerte”. (Dr. Martín E. Seligman E. 1,974 Pp. 221).

Etiología de la depresión e indefensión aprendida

“La indefensión aprendida es producida por el aprendizaje de que las respuestas y el reforzamiento son independientes; así pues el modelo mantiene que la causa de la depresión es la creencia de que la acción es inútil”. (Dr. Martín E. Seligman. M.E.P. 1,974. Pp. 137).

Los acontecimientos que desencadenan las depresiones reactivas, pueden ser: el fracaso en el trabajo o en la escuela, la muerte de un ser querido, el rechazo o la separación de amigos y seres queridos, la enfermedad física, las dificultades económicas, el enfrentarse a problemas insolubles, el envejecimiento, entre otros. Lo que estas experiencias tienen en común y lo que constituye la médula de la depresión es una misma cosa: el individuo deprimido cree o ha aprendido que no puede controlar aquellos elementos de su vida que alivian el sufrimiento, que resultan gratificantes; en pocas palabras, cree que está indefenso. En el caso de fracaso en el trabajo o de la incompetencia en el estudio, a menudo esto significa que todos los esfuerzos de la persona han sido en vano, que sus respuestas han fallado en lograr sus deseos.

“Cuando un individuo es rechazado por alguien a quien ama, ya no puede controlar su fuente más significativa de gratificación y apoyo. Si muere un familiar o un amante, la persona afligida es ya incapaz de conseguir que el desaparecido le proporcione amor. La enfermedad física y el envejecimiento son las condiciones productoras de indefensión por excelencia; la persona encuentra inefectivas sus propias respuestas y es confiada al cuidado de los demás”. (Dr. Martín E. Seligman M E. 1974 Pp. 140)

3.4 Historia de los procesos de duelo

Los procesos de duelo como consecuencia de la pérdida o separación de un ser querido o seres queridos (algunas veces dos o más), se han presentado a lo largo de los años, de manera diferente dependiendo de las diversas circunstancias de muerte: normal, por accidente, por desastres naturales, por suicidio, etc. la manera de abordar el duelo ha estado

directamente relacionada con la cultura, etnias, creencias religiosas, y de acuerdo con la diferentes épocas por las que ha atravesado la humanidad.

En la primera Edad Media, el duelo solía durar algunas horas, el tiempo de velación y a veces el entierro; podría durar un mes como máximo en las grandes ocasiones. La gente se vestía de color verde, azul, con los vestidos más hermosos para honrar al muerto. Los ritos estaban acompañados de la familia y amigos y eran de tipo civil, ya que el papel de la iglesia se reducía a la absolución previa o posterior a la muerte. Alrededor del difunto estallaban violentas manifestaciones de desesperación, que sólo eran interrumpidas por el elogio al muerto.

En la segunda Edad Media, el duelo se convirtió en una fiesta, con alegría y risas ahuyentaban las lágrimas. El control de los ritos los asumía la familia y la comunidad visitada por la muerte, expresaba angustia. Las personas se vestían de cualquier color.

Desde los siglos XII y XIII, los papeles de la familia pasaron a manos de sacerdotes y personas de la iglesia. Todo lo relacionado con la muerte pasó a cargo de esta institución. El rito se acompañaba de una procesión solemne.

Durante los siglos XVI, XVII y XVIII las procesiones se hicieron menos numerosas y las manifestaciones del duelo eran sencillas, se evitaron las muestras de dolor y se buscó sustituir al difunto por otra persona, en vida, de forma rápida. Desde por esa época el uso del color negro se hizo general en los duelos, las mujeres se cubrían la cabeza con mantillas o mantos y usaban guantes (dependiendo de la clase social), asimismo, evitaban salir de su casa durante cuarenta días, como muestra de profundo dolor.

En los siglos XIX y XX la muerte fue algo natural y familiar, el período de duelo se convirtió en visitas de pésame y visitas al cementerio. La mayoría de las mujeres dejaron de usar mantillas o mantos y guantes negros, poco a poco se ha ido prescindiendo del vestuario de color negro, pero el proceso de duelo sigue siendo doloroso y en algunos casos no es resuelto en el tiempo normal, a veces tarda más de tres años.

A finales del siglo pasado se evitó el llanto sobre todo en los estratos sociales más altos y se ha optado por tomar medicinas para evitarlo. Sin embargo, en algunos sectores populares, se observa el llanto descontrolado. (Santiago Rojas Posada. 2,005. Pp. 125-129).

3.5 Procesos de duelo

El duelo es la respuesta psicológica (sentimiento y pensamiento) que se presentan ante la pérdida del ser querido. Dicha respuesta es totalmente

subjetiva y depende de las estructuras mentales y emocionales de quien lo vive, lo cual determina si se involucran o no síntomas físicos en ella. Es fundamental entender el duelo como "un proceso en movimiento, con cambios y múltiples posibilidades de expresión y no como un estado estático, con límites rígidos" (Dr. Santiago Rojas Posada 2,005 Pp. 34)

Si bien es cierto que el dolor ante una pérdida es inherente a los seres humanos, los sistemas de creencias que tengan quienes lo sufren, modifican sustancialmente su expresión y desarrollo, haciéndolo más manejable en unos casos, o por el contrario más complejo de lo que en realidad es.

En los adultos la reacción de duelo puede retardarse horas o incluso varias semanas después de la muerte o separación de la persona importante. Durante este periodo el que sufre se comporta como de costumbre pero a veces dice sentirse insensibilizado. Más tarde esa persona con una reacción de duelo, empieza a sufrir períodos en que extraña intensamente a la persona ausente y siente dolor cada vez que algo le recuerda al ser que se ha ido; estos períodos van acompañados de síntomas psico-fisiológicos, frecuentemente de tipo gastrointestinal. Entre uno y otro sufrimiento, la persona que ha perdido a un ser querido se muestra apática, todo le parece mal y a veces se siente deprimida, con anorexia, inquietud, irritabilidad o incluso ira contra otros y contra sí mismo. De manera constante reaparecen pensamientos idealizados acerca de la persona perdida, junto con ideas de que él o ella todavía están presentes. Estas reacciones son comunes en los que sufren duelo, se observa con intensidad variable durante una o seis semanas, según la cercanía que existió en la relación, y en los individuos sanos van disminuyendo, hasta que al cabo de seis meses ya es mínima. Posteriormente, durante varios años pueden surgir de improviso breves períodos ocasionales de sufrimiento, a menudo por eventos o cosas que recuerdan al ser perdido.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia, insoportable sufrimiento y la frustración que comporta.

La intensidad y duración del duelo depende de muchos factores: tipo de muerte (esperada o repentina, apacible o violenta, etc.), de la intensidad de la unión con el ser ausente, de las características de la relación con la persona perdida (dependencia, conflictos, ambivalencia...) y de la edad.

Eugenia Weinstein dice que: La duración del duelo por la muerte de una persona muy querida puede durar entre uno y tres años. En base a esto, el duelo puede clasificarse así:

a) Duelo resuelto

Podemos decir que hemos completado un duelo, cuando somos capaces de recordar al ser perdido sin sentir dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin él o ella, cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en la vida y en los vivos.

b) Duelo no resuelto

El duelo no se resuelve cuando no somos capaces de aprender a vivir sin el ser perdido, mantenemos un luto eterno que nos impide respirar al aire fresco y despejar el sufrimiento, mirando sólo hacia atrás, aferrados al pasado, sin darnos oportunidades de adaptarnos a una nueva vida con resignación y paz interior.

c) Duelo normal y anormal

De acuerdo con la intensidad del duelo y su duración, puede decirse que hay un duelo "normal" y un duelo "anormal".

Características del duelo normal:

El Dr. Santiago Rojas Posada, cita a H. D. Kaplan, reconocido psiquiatra de autoridad mundial sobre el tema, define las características de un duelo normal así:

- ◆ Aturdimiento y perplejidad ante lo ocurrido.
- ◆ Dolor y malestar (llanto y suspiros).
- ◆ Sensación de debilidad.
- ◆ Pérdida de apetito peso y sueño.
- ◆ Dificultad para concentrarse y hablar.
- ◆ Sentimiento de culpa.
- ◆ Negación, como si la persona fallecida no hubiera muerto.
- ◆ A veces ilusiones y alucinaciones respecto al fallecido, con sensación de presencia.
- ◆ Algunos fenómenos de identificación con el ser ausente.

d) Duelo anormal patológico:

Existen algunas variedades del duelo anormal:

✱ **Duelo deformado o crónico:**

Se lleva durante años. El deudor está viviendo sólo en los recuerdos y es incapaz de reincorporarse a la sociedad, años después de la pérdida, lo vive como si acabara de suceder.

✱ **Duelo ausente diferido inhibido suprimido o retardado :**

Se presenta en personas que, en las fases iniciales del duelo parecen mantener el control de la situación sin dar signos de aparente sufrimiento. Pero con el paso del tiempo y ante recuerdos o vivencias relacionadas con la persona fallecida, se enfrentan con todos los sentimientos que no se vivieron y se resolvieron en la realidad.

✱ **Duelo eufórico:**

Que se expresa de dos maneras:

- a) Negando la realidad de la muerte y manteniendo por lo tanto, la sensación de que la persona fallecida continúa viva.
- b) Reconociendo que la persona sí falleció, pero con certeza de que esto ocurrió para el beneficio del doliente.

✱ **Duelo patológico:**

Se da en personas que requieren apoyo terapéutico profesional, pues su proceso de adaptación y elaboración es insuficiente. Sus reacciones ante la pérdida son de tal intensidad que no pueden ser manejadas ni por el paciente ni por sus allegados. Usualmente estas personas caen en la dependencia de fármacos o de alcohol. Llegan al agotamiento nervioso y presentan un sinnúmero de síntomas físicos y emocionales de difícil manejo. Suelen llamar la atención permanente sobre su dolor, afección o comportamiento o se aíslan en una soledad autodestructiva. (Dr. Santiago Rojas Posada. 2005. P.p. 20-24)

3.6 Duelo de niños, adolescentes y ancianos

La forma como se vive y soluciona el duelo va a estar directamente relacionada con la edad en que ocurra el hecho, además de la relación con el ser perdido, el nivel de apego previo que exista, el tipo de pérdida (tipo de muerte, siendo la más violenta y más, si se presencia la más dolorosa y difícil de elaborar), y la ayuda y apoyo por parte de los sobrevivientes.

La posibilidad de adaptarse al hecho se ve además influenciada por las pérdidas anteriores, (si es que existen y cómo se han manejado), el tipo de cultura, religión o creencias; en el caso de los niños, por el aprendizaje por observación de las reacciones de los adultos cercanos ante los duelos.

La edad se convierte en un punto fundamental ya que la realidad es abordada de forma distinta en cada etapa. Desde el nacimiento hasta los diez meses es posible que los efectos del grupo familiar en duelo puedan

afectar el bienestar y condiciones del lactante. Desde los diez meses hasta los tres años, el concepto de muerte parece asociarse a la presencia, llegando a relacionarse así: "si no lo veo no existe". Su expresión en el duelo es generalmente similar a la que ocurre ante la ausencia de su cuidador, representando llanto con aferramiento, trastornos de sueño, y la alimentación y hasta conductas agresivas.

Antes de los cuatro años es poco lo que se sabe de la comprensión hacia la muerte, ya que no existe una manera objetiva de averiguarla, pero se conoce de la angustia que puede generar la ausencia del cuidador principal, y hacia la madre o quien haga veces, así sea por pocos minutos.

Entre los tres y cinco años, se tiene conciencia parcial del hecho, por lo general se actúa como si no se hubiera muerto el ser querido y se cree y manifiesta que éste regresará a la vida. Es común que aumenten los miedos, que se presenten regresiones y además suela aferrarse más a los sobrevivientes. A esta edad se iguala la muerte a la inactividad y se trasladan cualidades de los seres vivos al fallecido (como el hambre, la sed, el frío, etc.). Además aparece muy frecuente la sensación de culpa; los niños se creen en ocasiones culpables del hecho.

Entre los seis y los nueve años, se empieza a personificar el tema de la muerte, y con temor o preocupación quieren conocer más del tema. Aún se presenta pensamiento mágico que tiñe la realidad y se actúa de forma dispareja entre la comprensión del tema y las emociones que se expresan. Pueden presentarse regresiones y alteraciones de carácter diversos, que llevan a trastornos en las relaciones interpersonales y los estudios.

A los nueve años se logran comprender los cuatro conceptos de la muerte, como los adultos. Estos son: no funcionalidad orgánica a ningún nivel, su irreversibilidad, el hecho de ser inevitable, además de permanente y universal, ya que nadie escapa a ella.

Entre los nueve y doce años, se suele exagerar la protección hacia otros miembros del grupo y se quiere interactuar en el manejo de las responsabilidades dentro de los conflictos familiares; estos niños dicen sentirse diferentes ante los de su grupo, que no han vivido la experiencia por lo que pueden aislarse de éste, o al contrario demandarle demasiada atención. Tienen frecuentemente rabia, miedo, culpa, negación, evitación, etc. empiezan a preocuparse por su salud y bienestar de cara al futuro.

Luego de los trece a los dieciocho años, ya reaccionan como adultos, pues han aprendido de ellos. Suelen experimentar entonces culpa, rabia, miedo, apego y alteraciones en su sentido de la vida. A veces optan por

actitudes autodestructivas y experiencias peligrosas, que deben ser tenidas en cuenta. Se les debe invitar a que comuniquen sus pensamientos y su dolor. Se debe hablar y analizar los roles y sus posibles cambios. Hay que aceptar y resolver con paciencia las preguntas reiterativas en las constantes dudas sobre el tema, ya que por lo general a pesar de saber la realidad, van a insistir en preguntar lo ocurrido y las consecuencias que esto tendrá en la vida. (Dr. Santiago Rojas Posada. 2005. P.p. 28-30)

Ningún niño por pequeño que sea será ajeno al proceso de duelo, por lo que mejor será incorporarlo de forma simple y sencilla a la realidad de lo ocurrido.

El duelo por la pérdida de un ser querido por deceso, en la adolescencia, representa aumentar el sufrimiento de quien lo vive, ya que atraviesa por una de las edades en que se subdivide la vida de los seres humanos y que evidentemente es una etapa difícil, cuyos límites pueden fijarse aproximadamente, en las mujeres entre los 12 y 18 años y en los hombres de 14 a 20 años. Las variaciones que más frecuentemente se establecen, suelen depender en parte, de las condiciones climáticas, de la raza y de manera especial del medio social, al que tiene que adaptarse el sujeto.

Piaget, citado por Antoine Porot, dice: que la adolescencia es la “edad ingrata” en la que el individuo es un aprendiz de la vida, que se lanza a la misma, con impetuosidad y siempre con unas reacciones desmedidas y torpes. Su proceder se guiará por afirmaciones o negaciones de carácter terminante e incurrirá a veces en contradicciones más aparentes que reales y que no son siempre tan estériles como se pretende. Por regla general la negación, predomina entre los 12 y los 16 años y la afirmación entre los 16 y los 25 años, que es la edad de las convicciones vehementes y los grandes entusiasmos.

La adolescencia, es sin duda alguna, un nuevo nacimiento que afecta a lo corporal en medida tan grande, como a lo espiritual. El espíritu describe durante esta edad, una curva integrada por 2 líneas, una de ascenso que corresponde de divorcio con respecto al ambiente, la otra de descenso que señala la consecutiva reconciliación. Puede hablarse también de un primer período de desvalorización del mundo y de un segundo período de valorización; o sea de una evasión y un retorno.

“La adolescencia puede decirse también que se caracteriza por un foco de determinados fenómenos orgánicos y espirituales que sobrevienen a cierta altura de la vida, que se desenvuelven normalmente dentro de un período de duración ya establecido en términos generales y que se desvanece y desaparecen en un plazo también aproximado. Estos

fenómenos pueden aparecer prematuramente o demorarse en forma extraordinaria, pero, nunca será tanta la precocidad ni tanto el retardo, como para que el foco distintivo altere visiblemente su posición relativa en la línea del desarrollo individual. La precocidad o el retardo será cuestión de meses". (Dr. Juan Jose Arévalo Bermejo . 1,949 P.p. 20).

Debesse, citado por Antoine Porot, clasifica a los adolescentes en dos grupos: el de los que domina "Rectilíneos", individuos de acción, de espíritu positivo, a menudo resignados, y con una personalidad poco manifiesta. El otro grupo a los que llama "Revolucionarios", de donde salen los precursores, los artistas, y asimismo los sediciosos y los fracasados.

Lo primero que se presenta en la adolescencia es el carácter eruptivo de esta edad, profundas alteraciones, desolación, un aislamiento gruñón, reservas despectivas, ásperas protestas, lágrimas, ahogante angustia; dando la impresión que la persona se halla al borde de su desintegración personal. Pero también hay adolescentes que no denuncian la menor perturbación emotiva. La adolescencia tiene algo absolutamente suyo, y es, el sentirse el sujeto por primera vez portador de una consigna sexual y el gozar en toda su belleza el nacimiento de las puras emociones que le corresponden. Por otra parte el adolescente experimenta una situación de inferioridad, natural y social, y en consecuencia se inicia una ruptura entre él y el medio, en el que ya no puede actuar con llaneza y el aplomo del niño y se aparta de él progresivamente, con cierta repugnancia. La evasión del individuo con respecto a su mundo, se produce en la primera fase de la adolescencia, esta evasión no es eterna, pues llega un momento en que se detiene, para empezar tarde o temprano un retorno, y, que este exigirá aproximadamente, el mismo período, y el prolongado esfuerzo que significó la evasión.

Los tres primeros pasos del retorno son: el descubrimiento del yo, la elección de maestro y la pasión amorosa. En el retorno puede tener enorme influencia: la raza, el ambiente, la educación, el temperamento, etc.

Las jóvenes y los jóvenes hacia los 21 y los 22 años se hallan ya otra vez, encantadas y encantados dentro del mismo mundo que tan enfáticamente menospreciaban y abandonaban cinco o seis años antes.

"En todo adolescente hay una evasión y un retorno, éste último, cualesquiera sean sus motivos, tiene el sentido de una revaloración del mundo circundante" (Dr. Juan José Arévalo. 1,949. Pp. 164).

En el caso de los ancianos, las condiciones de salud y bienestar previas al hecho van hacer determinantes en la forma y modo de elaborar el duelo, ya que de estar enfermos o con sufrimiento puede ser cada muerte como una cercanía de la propia.

El anciano por lo general presenta menor respuesta emocional que el joven frente a la muerte, pero padece más del duelo a nivel físico, probablemente por el deterioro propio de soledad o las alteraciones de la salud que presente. Es posible que exista más aislamiento social y que la elaboración del duelo sea más dispendiosa ya que debe tener pérdidas acumuladas sin resolver de diferente tipo. (Kolb Laurence C. 1985. P.p. 88)

La actitud ante el anciano en duelo debe ser muy comprensiva, ya que por lo general estará más hostil hacia los vivos que de alguna manera le recuerdan al fallecido. La práctica, la compañía, el escucharle, desinteresadamente y el darle motivos positivos al preguntarle sobre hechos de la vida, suelen ser herramientas muy simples que aportan bienestar y facilitan en él la elaboración del duelo. (Encarni Pedrero García. 2006. P.p. 4).

3.7 El Suicidio.

Es la acción y efecto de quitarse voluntariamente la vida.

El suicidio infantil, es cada vez más frecuente y también uno de los principales problemas sociales. A veces en la tragedia de nuestra sociedad enfocada hacia el triunfo, hay padres que dicen a sus hijos expresiones como "te quiero si traes buenas notas"; "lo que te voy a querer si un día puedo decir", "mi hijo es médico", y así, es como algunos hijos se prostituyen para agradar a sus padres, para comprar su amor... ¡qué no se puede comprar! Si se comprendiera que los hijos son dignos de ser queridos aunque no triunfen, que se les puede corregir y censurar por su mala conducta sin privarlos de amor, habrían menos niños que se escapan de su hogar, menos niños carentes de amor, autoestima y ganas de vivir. (Elisabeth Kübler Ross. 1996. P.p. 131).

Miles de escolares al regresar del colegio o de la escuela encuentran una casa fría y vacía, una comida fría, si es que la hay, y nadie con quien hablar. Multitud de niños carecen de recursos y no tienen a nadie a quien contarle sus problemas; innumerables niñas pasan por años sometidas a incesto y abusos físicos, sin poder confiar en algunos adultos, porque las amenazan con matarlas si lo hacen; algunas de ellas prefieren morir antes que soportar más tiempo las torturas.

Hay una gran tendencia a juzgar a los que tratan de suicidarse, pero no hay quien apoye a estas personas. Si un niño desesperado indefenso, falta de cariño, encuentra a alguien que se preocupe por él, que escuche su súplica de ayuda (muchas veces no verbal), que le de amor, se puede evitar un desastre como el suicidio infantil.

Además del suicidio infantil se da el suicidio en el adolescente y el adulto. El acto de darse la muerte el sujeto mismo, es un problema muy complejo desde el punto de vista psicológico, para permitir que se asimile sin vacilación toda tentativa de suicidio a un síntoma morboso. Para ciertos autores el suicidio es un problema sociológico, en relación progresiva con el grado de civilización, es más frecuente en las ciudades que en los medios rurales. (Ronald E. Smith, Irwin G. Sarason, Bárbara R. Sarason. 1984. P.p. 216).

Antoine Porot, cita a Deshaides, (1989) quien en un reciente estudio, reduce el suicidio a un simple fenómeno de psicología individual, y llama (complejo de Átropos) a este afán de liquidación total de la personalidad ante una empresa que se hace intolerable desde el punto de vista orgánico y vital.

El suicidio puede ser:

1. Suicidio no patológico:

El respeto a la vida es función de una serie de consideraciones morales, religiosas y sociales. Hay individuos que sacrifican su vida a un ideal religioso, a un sentimiento de honor, a un deber social. La muerte voluntaria suele ir asociada en semejantes casos a la idea de sacrificio.

En ciertas circunstancias la persona de espíritu sano puede llegar a esa determinación porque representa la única salida posible y deseable de una situación grave (suicidio racional, de Deshaides). También cabe incluir en este grupo el suicidio de ciertos enfermos que sabiéndose condenados por un mal inexorable, abrevian voluntariamente sus días; a veces reclaman tal resolución a su médico o a sus allegados, lo cual plantea el tan discutido problema de la "eutanasia" tales gestos pueden lastimar ciertos dogmas morales, sociales o religiosos, por ejemplo los suicidas quedan excluidos de auxilio de la religión católica. Sin embargo, la idea que dicta la resolución de tales individuos puede considerarse como normal, no como idea delirante.

2. Suicidio patológico:

Determinismo patogénico: las ideas del suicidio en las reacciones suicidas obedecen siempre en este caso a una perturbación grave de la afectividad, a un tema delirante obsesivo, o a desórdenes alucinatorios. Con gran frecuencia, el suicidio constituye la primera revelación del estado morboso subyacente.

Las perturbaciones afectivas son de tipo, intensidad y duración variable. Puede tratarse en ocasiones de un simple desconcierto emotivo

agudo transitorio, pero intenso, como el anuncio de la mala noticia, de una catástrofe: el individuo pierde el dominio de sus actos se debe a un reflejo trágico. Otras veces es un raptó súbito de ansiedad, aislado o impuesto por una angustia latente que dicta el rasgo fatal. En este grupo entran asimismo, todos los estados pasionales, con sus reacciones dramáticas; suicidio simple o crimen seguido de suicidio. En algunos individuos, ciertas ideas delirantes de indignidad, culpabilidad, autoacusación o mística, conducen a menudo a una solución que consideran como una obligación inevitable o necesaria.

Otras veces la idea del suicidio se impone al sujeto como una verdadera obsesión intelectual, una idea fija de recurrencia frecuente o periódica, contra la cual lucha, y que suele confiar al médico.

En ésta forma obsesiva pura, raramente pasa a la acción, pero no por eso sufre menos como todos los obsesos es mucho más el temor al suicidio que el deseo o la voluntad de cometerlo.

Las alucinaciones intervienen a menudo en el determinismo del suicidio, ya sean alucinaciones visuales, terroríficas, a las que el sujeto no puede escapar, sino suprimiéndose; o alucinaciones auditivas que le dicten su conducta, después de dirigirle amenazas o reproches.

También hay otras enfermedades que dan origen al suicidio como los delirios crónicos o hipocondríacos, ciertos hipocondríacos graves, alucinados crónicos, todos los estados depresivos impregnados de dolor moral, los delirantes místicos, determinadas formas de delirio prolongado irónico de los alcohólicos, orinismo tóxico e infeccioso, epilepsia, estados demenciales, en ciertos esquizofrénicos, entre otros. (De Ajuriaguerra. 1983. P.p. 435).

El suicidio también puede ser:

(a) Hereditario:

Se encuentra con frecuencia una predisposición familiar, que en dos o tres generaciones ofrece algunos casos de suicidio, a veces el hecho se da en la misma edad.

(b) Suicidio disimulado:

Ciertos deprimidos, lúcidos y dueños de sí, preparando su desaparición, dignidad y presentación adecuada para hacer sospechar una muerte natural o un atentado.

(c) Suicidio colectivo:

Comunmente son los hijos de deprimidos los que sucumben a una muerte injustificada, puede ocurrir el suicidio con gas o con carbón vegetal, siendo los niños más frágiles los que pierden la vida.

(d) Suicidio del síndrome de carencia de autoridad:

Este síndrome no se observa antes de los once o doce años, pero sobreviene o se repite con frecuencia hasta la edad adulta. A veces es una intimidación espectacular y otras, una simple consideración teórica de la solución mediante el suicidio; pero generalmente, se trata de un acto impulsivo exento de reflexión, que comprende al menos un riesgo serio de logro. Estos individuos no tienen ya noción del valor de una vida humana, ni tampoco del arrojo y la continuidad en el esfuerzo que exclusivamente permiten vencer los obstáculos. (Ronald E. Smith, Irwin G. Sarason, Bárbara R. Sarason. 1984. P.p. 245).

3.8 Etapas del duelo

El Dr. Santiago Rojas Posada, cita entre los más relevantes autores que en el mundo han descrito con mucha precisión las fases del duelo, al Dr. John Bowlby y al Dr. J. Worden.

El doctor John Bowlby define cuatro fases que tienen lugar a partir del momento de la muerte del ser querido.

La primera es “entumecimiento o aturdimiento”; ocurre desde el conocimiento del deceso y puede durar unas horas o hasta algunos días. En estas fases se puede estar aturdida (o) y embotada (o) sin capacidad de procesar la información. Es posible que se experimente una anestesia sensorial y la persona crea que no siente nada o, simplemente que no puede expresar dolor. Es tal la incapacidad consciente de procesar la información, que se actúa de forma automática y a veces, se hacen cosas que luego no se recuerdan. En este caso, es ideal expresarse de la forma más natural y espontánea posible.

La segunda fase es la de “añoranza y búsqueda” y puede durar varios meses. A que, el intenso dolor y la marcada ansiedad por la separación promueven el deseo de buscar y recuperar a la persona perdida. Casualmente hay llanto incontrolado, alteraciones del sueño, cólera ante las frustraciones y ante los supuestos responsables del hecho (Dios, los médicos, el fallecido, otros). La persona puede creer ver al fallecido, oírle o sentirle cerca, lo cual le da momentánea confianza, pero luego agrava su malestar.

La tercera fase llamada “desorganización y desesperanza”, llega cuando luego de su encuentro con los síntomas de la segunda, la persona se enfrenta a la realidad. Esta etapa puede llegar a un año o un poco más. En ella, el doliente siente la derrota, experimenta gran abatimiento y se agota, pues sus energías físicas están minadas. Empieza a reconocer la necesidad de adaptarse al hecho o, de lo contrario promueve conductas evasivas como pueden ser el consumir alcohol, drogas, trabajar mucho, entre otras. A nivel emocional, es común tener deseo de morir, lo cual puede favorecer la aparición de enfermedades o agravar las ya existentes. Son frecuentes las alteraciones del sueño como pesadillas e insomnio, pérdida de peso, la fatiga, agitación, sentimientos de culpa, agresividad y la sensación de minusvalía.

La última fase que sobreviene si se ha trabajado conscientemente para elaborar el duelo, es la de la “Reorganización”, tiene lugar, probablemente, luego de uno o tres años de ocurrido el suceso doloroso. Aquí, la persona retoma su camino de vida, la asume y se adapta de forma consciente a la nueva realidad.

El doctor Worden en lugar de “fases” o “etapas” del duelo propone definir “tareas” que debe realizar la persona para salir adelante de la experiencia dolorosa del duelo. Dichas tareas son:

1. Reconocer la pérdida en todos sus aspectos –nivel mental- y aceptar su irreversibilidad –nivel afectivo-.
2. Liberar emociones o expresar todos los sentimientos que se sienten en el duelo.
3. Desarrollar nuevas habilidades y reconstruir aspectos del mundo interno dañados o que necesitan ser fortalecidos.
4. Reinvertir la energía emocional entregada hacia el ser ausente, en otras relaciones o intereses. Abrirse a nuevas opciones de la vida.

Este enfoque se considera más importante porque no asume que el deudo tiene que vivir irremediamente ciertas etapas o fases sucesivas luego de la pérdida, como si fuera una víctima indefensa de una ley de la vida. Por el contrario propone que la persona pueda afrontar su dolor con un plan de viaje que consiste en tareas que debe elaborar para salir avante. Dicho de otra forma, las demás personas hacen pensar que la persona que hace el proceso del duelo se ve necesariamente avocada a vivir lo que le depara el destino, siendo una víctima de éste sin que por su propia motivación y logros tenga la capacidad de cambiar el curso de los hechos.

Esta postura no da tiempo ni reglas fijas, sino que permite al que sufre la pérdida, afrontarla con una estrategia para superar el duelo. (Doctor Santiago Rojas Posada. 2,005. Pp. 36-41).

Objetivos del tratamiento del proceso del duelo.

El objetivo central del tratamiento del duelo es normalizar las funciones y las acciones del doliente que han sido alteradas por el fallecimiento del ser querido. Para lograrlo, se necesitan dos acciones fundamentales: la primera es darse tiempo, ya que nadie elabora el duelo en pocas horas o días; la segunda es darse permiso para ser auténtico, esto es viviendo de una manera natural y honesta las emociones y sentimientos. Con estas dos acciones o estrategias y con un proceso consciente de la elaboración del duelo, se logra el principal objetivo de normalizar el camino de la vida del cual nos hemos salido. Una señal clara de que el objetivo se ha logrado es cuando la persona puede recordar al ser querido sin llorar ni desconcertarse. Además puede establecer nuevas relaciones y aceptar nuevos retos en la vida.

En el duelo existe la posibilidad si la persona se da “tiempo y permiso”, de salir fortalecido de la experiencia y, de este modo afrontar con mayor sentido de la realidad.

Además del objetivo central descrito, existen otros que acompañan el proceso del duelo y son:

- ❖ **Compartir:**
Comunicando de forma espontánea al grupo familiar lo que está en el interior, genera un espacio mutuo de confianza y apoyo, que es más poderoso que cualquier otro, si no existe el grupo familiar adecuado, el objetivo de compartir se debe lograr en el ambiente de amigos o dentro de un acto terapéutico.
- ❖ **Expresar los sentimientos:**
Dejando de lado las culpas, angustias, miedos, deseos o no de muerte, sin buscar lesiones ni agredir a los demás. Es natural que si se mezclan los sentimientos y que la única forma de reconocerlos sea el ponerlos afuera, teniendo cuidado de no lastimar el entorno.
- ❖ **Prevención de los cambios:**
Respecto a los roles que existían y a los que por la pérdida se presenten. Observar los cambios en el aspecto económico y relacional. Es frecuente que se asuman roles que no corresponden y que sólo agraven la situación.

- ❖ **Aceptar ayuda:**
 Aceptar la ayuda voluntaria de quienes pueden haber pasado por la misma experiencia y por tanto, pueden comprenderla realmente. Conocer los propios recursos y límites, para no realizar actos heroicos ni sobrepasarse a sí mismo. El duelo suele ser la oportunidad para que cada uno se asuma a sí mismo como en realidad es.
- ❖ **Hablar del futuro:**
 Conocer las experiencias reales. Es importante preguntarse sobre cómo se ven las cosas hacia el futuro, cómo se debe desarrollar, es bueno hacer planes que se puedan concretar, aunque éstos pueden cambiar, es importante tenerlos en el camino de la vida.
- ❖ **Aproximarse a la realidad:**
 Prever los trámites legales y económicos. Este aspecto es fundamental y complejo. Hay que hablar del tema y asumir lo que cada uno debe realizar para bien del grupo. Para este proceso es ideal la ayuda de un miembro que goce de respeto y respaldo de todos o, en su defecto de una profesional. Las discusiones sobre dinero y bienes suelen lesionar profundamente a los miembros del grupo por lo que una ayuda externa sensata, es la mejor de las opciones a seguir (Santiago Rojas Posada. 2,005. Pp. 53-56).

Resultados de la elaboración del duelo.

Una persona al realizar un proceso de duelo, puede alcanzar tres tipos de resultados posibles; estos son:

1. **Crecimiento Psicosocial:**
 Genera nuevas y satisfactorias relaciones, con una renovada estructura de identidad personal y un retorno al camino normal de su vida. Puede reencontrar el sentido de su vida y crecer como individuo en todos los aspectos.
2. **Estancamiento:**
 Es cuando la persona sigue con los mismos patrones y conceptos previos al proceso de duelo. Este resultado es poco probable ya que la muerte cercana siempre nos produce cambios y reflexiones. Lo que a veces ocurre es que éstos no se tienen en cuenta y se retornan a los patrones previos.
3. **Represión:**
 Es el resultado negativo que afecta desfavorablemente la salud mental y posiblemente la física, del doliente; quien no realiza ningún cambio, ni crece como persona, más bien; tiende a aislarse. A diferencia del primer resultado, el final en este caso, es “ser peor persona y tener peores conceptos”. Es lo

que se evita con el proceso de duelo. (Santiago Rojas Posada 2,005. Pp. 56-57).

Factores que afectan el resultado de la elaboración del duelo:

Son múltiples los factores que afectan el resultado del duelo, ya que éste tiene aspectos textuales –el hecho en sí - y contextuales- todo lo que circunda al duelo y al fallecimiento – que influye directamente sobre el desenlace. La estructura mental del duelo, la relación con el difunto y la forma de la muerte, son los tres factores que más influyen sobre el resultado final.

Los factores que pueden afectar negativamente el resultado el duelo son:

- a) Características de la relación con el difunto:
La existencia en la relación previa de ambivalencia, culpa, hostilidad, aspectos no resueltos o excesiva dependencia, causan dificultades en la relación del duelo.
- b) Personalidad previa alterada:
La personalidad propensa a la aflicción – ansiedad de reparación intensa puede verse negativamente afectada. Es importante entonces prestarle mayor atención y sobre todo manejar la responsabilidad previa y no solamente el proceso de duelo.
- c) Características de la muerte:
El suicidio es entendido como una de las formas de muerte más difíciles de elaborar por los sentimientos de culpa y rabia que genera y por el estigma social que conlleva. También está el caso de muerte estigmatizante, como por ejemplo, la causada por el virus del SIDA, en donde el duelo, en el caso de la pareja; puede ser visto como una amenaza potencial para futuras relaciones y por tanto, recibe rechazo social y poco apoyo por parte de su entorno familiar y social. La muerte súbita es, por lo general, más impactante que la causada por enfermedades conocidas y prolongadas. Sin embargo no necesariamente afecta el resultado.

Además de los tres factores anteriores, también afectan de forma negativa la elaboración del duelo: la carencia total o parcial del apoyo social, las crisis recurrentes sin intervalo adecuado de recuperación y el bajo nivel socioeconómico, ya que no se posee suficiente información ni se tiene acceso a ayudas terapéuticas. (Santiago Rojas Posada 2,005. Pp. 58-60).

Las tareas del duelo:

La estrategia fundamental para el manejo del duelo se resume en “darse tiempo y permiso” para poder abordar de forma consciente el proceso y salir adelante.

La mejor manera de abordarlo es comprendiendo que hay que elaborar cuatro tareas, que llevarán por un camino seguro y definido al proceso de elaboración del duelo y si esas tareas no se hacen, el dolor del duelo y sus efectos seguirán con nosotros.

Darse tiempo:

La mayoría de las personas piensan que el tiempo lo cura todo, esto es cierto, en alguna medida, se logra superar un duelo, no sólo por el tiempo sino gracias a lo que se haga en este tiempo. El paso de los días y años, sin un proceso restaurado, sólo traslada el dolor de la superficie a la profundidad, pero no brinda una solución real.

Con el tiempo debemos encaminarnos a aceptar la pérdida para reconocer que el ser querido ha muerto, debemos utilizar el tiempo para expresar de forma honesta y auténtica los sentimientos que acompañan el luto, también para compartir el dolor en familia, lo que hace a este último más llevadero y productivo. Es frecuente que cada miembro de un grupo familiar viva su dolor por separado, mostrando un aparente bienestar enfrente del grupo, hecho que sirve únicamente para posponer el alivio y que evita el bienestar que se logra cuando se experimenta el dolor frente a la familia.

El tiempo, además, debe emplearse para aprender a vivir sin la persona ausente, sin tener que olvidarla ni ignorar todo lo recibido de ella. Ese tiempo estará bien empleado si se recupera el interés por la vida; se reconstruye el sentido de ésta y se logra una motivación sincera y real para vivir y gozar la existencia.

Darse permiso.

Hay que darse permiso para llegar al interior de uno mismo y descubrir sin engaños los sentimientos que se presentan durante el duelo para expresarlo de la manera más auténtica posible. Esto no es fácil se necesita valentía para ello, pues es más cómodo, aparentemente, esperar a que todo pase sólo aser como si nada hubiera sucedido, esto sólo postergará el dolor y aumentará sin sentido el tiempo de pena y el sufrimiento.

Darse permiso es también aceptar que se van a vivir momentos difíciles y emociones intensas, que se estará más sensible y vulnerable; que se sentirán sentimientos distintos. También, es la oportunidad para decir, hablar y aclarar muchas cosas que mejorarán las dificultades vividas en el grupo.

Darse permiso es una actitud coherente consigo mismo para no exigirse demasiado, ni tampoco quedarse sin hacer nada. Dicho de otra forma, es

reconocer y respetar el propio ritmo para ir sin prisa pero sin pausa, en el camino consciente hacia la salida.

Esta estrategia realizada en forma consciente nos llevará a desarrollar las cuatro tareas necesarias para desarrollar el proceso de duelo.

Elaboración de las tareas:

Las tareas a realizar para recuperarnos del duelo son:

Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida.

Aunque es la más difícil de hacer, es imprescindible para seguir adelante. Es evidente que cuesta tiempo constatar con la cabeza y sobre todo, con el corazón que alguien ha muerto y no va regresar. Lo más común es que pasen semanas y hasta meses antes de que la realidad de los hechos nos permitan aceptar la realidad.

Es importante, respetando el ritmo personal, acercarse a todas las evidencias que nos lleven a considerar que nuestro ser querido ha fallecido. Todo puede empezar desde el momento mismo de la muerte. También en la medida de lo posible es importante, hablar de la pérdida, contar las circunstancias de la muerte, siempre con un entorno afectivo adecuado para contrarrestar el dolor que esto produce pero que a la vez, nos permite validar los hechos como son.

Al aceptar la muerte solemos hacerlo en el nivel mental, sin embargo es necesario aprobar la irreversibilidad del hecho no desde la mente sino a través de los sentimientos. La mente puede ante el suceso, entender el deceso en sí pero comportarse como si no fuera cierto, es por eso que hasta que el sentir de nuestros actos cotidianos no nos demuestre que aceptamos la separación y actuemos en consecuencia, no hemos pasado adelante esta tarea. Esto es más complejo e importante, por eso, como en todas las otras tareas, la estrategia de darse tiempo y permiso es esencial, pues sin ellas, no podemos aceptar en todos los niveles el hecho definitivo de la muerte.

Esta tarea, aceptar la realidad, se facilita en las muertes de los ancianos o de seres muy enfermos, pero se dificulta en decesos inesperados o por hechos violentos y en el fallecimiento de las hijas o hijos.

También hace difícil el proceso, el no haber estado presente en la muerte o en los ritos funerarios. Existe además un elemento que puede volver indefinida la resolución de dicha tarea, y es cuando no se encuentra el cadáver o cadáveres, como sucede muchas veces en las catástrofes

naturales, los deudos de personas que no fueren encontradas, años después de los hechos siguen buscando a su ser o seres queridos negando por completo la realidad de su muerte.

Todo hecho que nos lleve a que la razón y el sentir acepten y validen el deceso y su irreversibilidad; generará dolor y sufrimiento, pero, a su vez, evitará un dolor mayor que se derivaría de la negación.

En el caso del duelo también puede darse la anestesia, que consciente en procesarlo de forma gradual, respetando el proceso personal y contando siempre con el apoyo y asistencia de otros seres queridos, incluso de voluntarios que ya hayan pasado por la experiencia o, en ciertos casos, acudiendo a un profesional.

El amor que genera la comprensión y apoyo de los demás que incluso pueden ser deudos como uno, se convierte en un agente sanador que permite afrontar el verdadero dolor de sentir que la persona fallecida no volverá.

Tarea 2: Liberar las emociones y sentimientos que acompañan al duelo.

Es fundamental que una persona en proceso de duelo exprese sus emociones tal como las vive y las siente. Es natural sentir dolor emocional. Aunque es desagradable e indeseable no se irá de nosotros si no nos damos la oportunidad de sentirlo y sobre todo de expresarlo. El dolor además se acompaña de múltiples emociones, siendo las más comunes la tristeza, la impotencia, el miedo, la rabia, - incluso contra sí mismo, con ideación suicida en ocasiones la desesperación y la culpa. Pueden también presentarse sensaciones orgánicas como opresión pectoral, hipersensibilidad al ruido, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, entre muchas otras.

A nivel cognitivo, suele haber incredulidad, confusión, obsesiones, falta de atención y concentración.

Pueden presentarse trastornos alimentarios, por exceso o defecto, y hasta alteraciones perceptivas donde se siente o se ve a la persona fallecida. Todas estas manifestaciones descritas son comunes en la mayoría de los deudos. Si se comunica, si se expresan las dudas y se comparten las vivencias internas, suele haber mejoría. Es usual que, al ver a un deudo triste, los demás pretendan calmarlo mediante la expresión "tienes que ser fuerte". En realidad es mejor no hacer caso a dicho comentario no esconder el dolor ni otros sentimientos. Es importante, más bien; compartir de forma auténtica las emociones con los cercanos y la familia, sin importar que éstos se puedan cansar y molestar. Si el ambiente no es adecuado, es preferible

buscar personas que sí puedan acompañarlo en su expresión – la mayoría de veces, además de los amigos verdaderos, los voluntarios o los profesionales de la salud cumplen bien esta tarea-. Si por diversas circunstancias, no se pueden mostrar o compartir las emociones con los demás, está bien mostrar transitoriamente otra imagen siempre y cuando se pueda dar salida y vivir las emociones de forma libre en privado. En ocasiones posponer la tarea puede ser una estrategia válida en condiciones de guerra o durante una catástrofe.

De todas maneras las emociones se acumulan dentro de nosotros y a veces salen de forma atropellada sin que el estímulo lo justifique y es debido a que no le hemos dado un curso normal previo.

En nuestra cultura se le impone al hombre la necesidad de no llorar ni mostrar debilidad, con el pretexto de que esas son actitudes femeninas lo que lo obliga socialmente a reprimir las emociones. Esto hace que el duelo, en apariencia resuelto, se acumule en el interior, generando muchas veces expresiones sorpresivas en épocas posteriores. Para las mujeres es más fácil expresar sus emociones tal cual y como las sienten. Pero en ocasiones, al cabo de unos días, por temor a cansar a los demás, por no querer molestar o incluso, por las recriminaciones de éstos, tienden a inhibirse. Guardan en su interior sus emociones, perpetuando el sufrimiento y haciéndose susceptibles de afecciones físicas.

De tal manera que la expresión de las demás emociones, en un contexto adecuado se convierte en la segunda tarea necesaria para la elaboración del duelo. El velorio y los días posteriores a la muerte suelen ser ideales para la realización, ya que el dolor y demás sentimientos están presentes y la sociedad y el medio dan licencia para sentirlos.

Tarea 3: Capacitarse para desenvolverse sin la persona perdida.

Usualmente, compartimos con los demás las diferentes cargas que nos presenta la vida. Pero cuando ocurre una pérdida, no sabemos cómo reacomodarlas.

Las pérdidas cercanas despiertan un gran sentimiento de impotencia. Suele creerse que no se podrá enfrentar el mundo sin el ser querido. A pesar del dolor y la sensación de parálisis interior, el mundo exterior sigue a su propio ritmo y en ocasiones con exigencias mayores. Hay que empezar a buscar un nivel de armonía entre el sentir y el hacer, para involucrarse a la vida, respetando el ritmo interior y siendo conscientes de la ausencia.

En esta tarea, aprendemos a vivir solos, a tomar decisiones sin el otro ser, a desempeñar tareas que antes hacía el fallecido o fallecida o que se compartía con ella o con él.

También, hay que generar nuevas formas de relacionarse con la familia y amigos donde ha habido un movimiento importante por la pérdida. Si esto se intenta de forma consciente se puede llegar a aprender un nuevo sentido del mundo y de uno mismo en la realidad presente.

Una forma útil de hacer esta tarea es “cerrando el cielo” con la persona ausente. Para esto es necesario el darse tiempo y permiso para reconstruir paso a paso el vínculo que se tenía con esa persona, se observa cuáles son las diferencias que ahora tenemos, para fortalecerlas mediante el desarrollo consciente de lo que nos hace falta. Es decir que el duelo nos obliga a capacitarnos y a solucionar problemas que surgen de la carencia del ser querido. Este es el momento en el que debemos ejercitar el desapego, sin renunciar a los recuerdos, para aprender a vivir sin la otra persona.

Tarea 4: Recuperar el interés por la vida y por las personas que aún viven.

Es la tarea final del proceso de duelo, cuando llega el momento de soltar el dolor, dejar el pasado porque el mundo está de nuevo lleno de posibilidades. En este nuevo esquema de la vida que rodea al deudo, se puede volver a disfrutar, de pensar en ser feliz y en establecer nuevas relaciones, incluso como la que se tenía con la persona perdida. Es un proceso con altibajos porque a veces, se llega a él porque las fechas de recuerdos y otros sucesos externos generan el dolor, la culpa, la impotencia e incertidumbre, además de la tristeza que puede seguir presente.

Una persona puede reiniciar su vida, recuperando el interés por ésta y motivándose de nuevo a entablar vínculos con los vivos, teniendo momentos de dolor y recuerdos que exaltan la tristeza.

El éxito final ocurre si nosotros somos capaces de encontrar motivo para vivir. Así, con el corazón herido pero con la cicatriz sanada, podremos volver a amar la vida y a quienes la viven.

Después de las tareas

Con el paso del tiempo y después de hacer bien las tareas de forma constante y decidida se darán cambios evidentes que demostrarán a la persona que logró recuperarse del sufrimiento, así en ocasiones moleste un poco como ocurre con las cicatrices. Finalizar el duelo no significa olvidar a la persona ausente. Es recordar sin sentir ese momento de dolor y por el

contrario hacerlo con ternura y agradecimiento. Y sobre todo sentir que el amor por ese ser no se ha terminado a pesar de su muerte. (Doctor Santiago Rojas Posada. 2005. Pp. 81-82).

Manejo de las manifestaciones del duelo.

Para procesar de una manera mejor todo lo vivido en el duelo, pueden utilizarse algunas estrategias. Siendo los apoyos fundamentales de dos tipos:

- Técnicas de imaginería y relajación.
- Trabajos conscientes y dirigidos.

Con ellos se buscan dos objetivos:

1. Sanar las manifestaciones alteradas a cualquier nivel.
2. Restaurar el sentido de la vida.

Sanar las manifestaciones alteradas.

En el período del duelo se presentan normalmente múltiples manifestaciones repartidas en cinco áreas del ser humano. Algunas de éstas se solucionan simplemente al recibir una explicación especial y en cambio otras requieren de manejos específicos. Estas cinco áreas comprometen a todo el ser en conjunto, y son:

a) Área sensitiva:

Se refiere a los sentimientos, a lo emocional, donde está más frecuentemente situada la persona en este momento. Es un sentir completo, cuando las circunstancias del duelo no le permiten vivenciar otra realidad, en esta área se vive la tristeza, rabia, culpa, odio, apego, otros.

b) Área Sensorial:

Se refiere a los malestares que siente la persona que vive un duelo: opresión pectoral y falta de aire; debilidad, cansancio, fatiga muscular; malestares gástricos y boca seca, trastornos del sueño, despersonalización (en algunos casos), entre otros

c) Área cognitiva.

≈ Trastornos de memoria, atención y concentración:

Es común que se presenten trastornos de atención hacia el mundo exterior porque el deudo se encuentra embebido en múltiples pensamientos y sentimientos que no pueden controlar. Esto le dificulta la concentración. Además se pueden concentrar pequeñas “lagunas” en la memoria que suelen manifestarse como mecanismos de defensa ante hechos dolorosos; es frecuente que la capacidad de memorizar actos del presente disminuye. El reposo y los ejercicios de relajación que involucren recuerdos favorables mejoran la capacidad de concentración y por ende, la memoria. No se debe forzar la capacidad de aprendizaje porque no se responderá igual, pero si es necesario, lo mejor es hacer cortos esfuerzos mentales seguidos de momentos de reposo e incluso de experiencias lúdicas. La mala nutrición agrava estos síntomas.

En la medida que las circunstancias del presente que vive exteriormente el deudo adquieren mayor importancia y, por tanto le llamen más la atención, su capacidad de atención y concentración volverá a los niveles previos al duelo.

≈ Incredulidad y confusión:

Es común que al principio reine la incredulidad ante el mismo hecho de la muerte y ante casi todos los aspectos de la vida. Lo anterior, sumado al cansancio mental y físico suele producir confusión con pérdida de la lucidez previa al duelo. Es importante expresar a los cercanos, de forma tranquila, el estado de incredulidad, y sus dudas e inseguridades sobre muchas cosas. El sólo compartir el hecho aclara la mente y disminuye la ansiedad que este estado genera. El reposo y el darse tiempo y permiso son medidas necesarias para que todo vuelva a la normalidad. El uso de alcohol y estimulantes agravan la situación.

≈ Preocupación, pensamientos repetitivos:

En el proceso de duelo se generan múltiples pensamientos, sentimientos e ideas de todo tipo que no se pueden parar y que agobian al que los vive. Las frases, ideas o imágenes repetitivas atormentan permanentemente y, a pesar del esfuerzo por retirarlas, viven una y otra vez y se fijan por completo en la mente. Es por eso que las personas en algunos casos intentan a toda costa lograr algo de distracción para sacar de sí las imágenes o pensamientos que los atormentan. Ven a cada instante la imagen de la persona ausente, sobre todo la última o la más impactante si hubo algo de

traumatismo o lesión física evidente, o se les vienen las mismas frases o pensamientos que no pueden cambiar.

A veces se quedan durante horas y hasta días, pensando una misma idea sobre todo un "supuesto sí", - si yo hubiera llegado antes... si hubiéramos estado en otro lugar... entre otros- que no les deja descansar. También hay quienes quieren persistir allí, en las ideas fijas, cuando la negación es activa y se repitan una y otra vez que lo ocurrido no pasó o fue en otra forma, o tienen otras ideas. Lo claro es que todo este tipo de trastornos son muy comunes en el duelo reciente o pueden volverse muy intensos en los duelos retardados, cuando se retoma la elaboración de éste.

Hay tres estrategias que pueden ser empleadas en éstas circunstancias y son:

1. No luchar contra las imágenes, frases o ideas que se presentan de forma persistente, sino por el contrario, permanecer ahí hasta que las mismas dejen de tener influencia. El intentar mantener la atención concentrada, sin esfuerzo y controlando la emoción, hace que se pierda en gran medida el nivel de impacto que esto tiene sobre la persona. Al cabo de unos minutos deja de ser tan agresivo, si se logra tener la emoción aislada mediante la actitud de ser un observador y se escucha cada vez más distante y desapasionadamente lo que ocurre en la mente. Por la forma en que funciona la mente, ésta va a buscar otro tipo de hechos significativos que pueden estar distantes en los recuerdos o en el mundo exterior.
2. Llenar la mente de recuerdos hermosos alegres y vitales. Si es necesario recurrir a ver fotografías o escuchar vivencias agradables del ser querido y hacerlo con relativa frecuencia, con lo que se va llevando a dirigir el pensamiento y las imágenes mentales a donde queremos.
3. Ocupar el tiempo en actos externos que generan motivación suficiente para que la mente y las emociones tengan una razón para estar ahí. Dicho de otra forma pensar en la vida de nuevo buscando cualquier hecho que resulte agradable y motivador para que la atención y la memoria se sitúen en actos del presente que impacten y queden grabados, esto desplazará a los que estaban anteriormente.

d) Área Perceptiva:

≈ Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales fenómenos de presencia:

Es común que pocas horas después del deceso, los familiares cercanos, sin importar dónde se encuentren, refieren fenómenos de presencia y/o

manifestación del ser querido recién fallecido. Muchos denominan a ésto una despedida. Sea de una u otra manera, esta es una experiencia que por lo general es vivida por las personas que aún no saben de la muerte del ser querido, por lo que se les concede una gran relevancia, suelen acompañarse de ansiedad y temor, sentimientos que se refuerzan en el momento de saber la noticia de la pérdida.

A lo largo de los días la sensación de presencia del ser querido va disminuyendo. Sin embargo, puede creerse que se le ve, oye o siente de forma muy corta, lo que genera inmediata ilusión con posterior autocrítica y malestar, lo importante aquí es que se comente la experiencia con el grupo, pues otros miembros probablemente habrán tenido experiencias similares y así se evitará la ansiedad por creer que van a perder la razón.

Los seres humanos estando vivos, siempre dejamos huellas de nuestra presencia en lugares donde habitualmente nos encontramos, por ejemplo en la habitación donde vivimos, en la oficina u otro espacio en donde ejercemos un trabajo; esas huellas pueden ser sentidas con facilidad por otras personas que llegan al lugar, estas huellas quedarán presentes, luego de la muerte, por algunas semanas y hasta un par de meses, van desapareciendo en forma paulatina a medida que el lugar se va llenando de nuevas huellas de otras personas que lo frecuentan, desplazando así a las anteriores. Lo importante es entender que aunque este tipo de fenómeno no es fácil de aclarar, es muy común y no tiene por qué generar angustia o temor alguno pues no implica algo negativo respecto al fallecido, ni agresión o peligro alguno para los deudos.

e) Área conductual

≈ Sueños relacionados con la pérdida:

En los primeros meses luego del deceso, las personas que desean soñar con el fallecido son las que menos lo logran, por el contrario, las que no se los proponen son las que frecuentemente lo hacen. Esto puede ser dividido al grado de ansiedad que los acompaña ante el hecho. Con el paso del tiempo y después de haber elaborado las tareas, casi todos los deudos presentan sueños con el fallecido, en diferentes manifestaciones. Es común que lo encuentren vivo y activo, siendo más frecuente en época reciente a la muerte o que se conozca en el sueño que ha muerto pero que de alguna forma puede hacerse presente durante ese momento. De todas formas, las personas que sueñan con los seres queridos fallecidos, recuerdan con

agrado el hecho a pesar del instante triste al despertar y notar que sólo era un sueño.

≈ Abandono de las relaciones sociales:

Es frecuente que los deudos, durante el proceso de duelo, limiten sus contactos sociales a los estrictamente necesarios y eviten las relaciones con personas que antes frecuentaban. Dentro de la estrategia de “darse tiempo y permiso” es posible optimizar los contactos sociales. Sin embargo es bueno hacerlo de forma consciente para evitar un aislamiento innecesario y sobre todo, que pueda ser perjudicial hacia el futuro. Es correcto e ideal aprovechar esta época para fortalecer los lazos favorables con el grupo familiar y con los amigos íntimos, pero no se debe evitar a los demás seres humanos pues es bien sabido que la vida sigue y es importante avanzar en ella. Como medida terapéutica, es conveniente que los deudos intenten reiniciar la vida social lo más pronto posible, de forma gradual y respetando el propio ritmo y la necesidad personal, teniendo como base la diferencia entre lo importante en oposición a lo superfluo en las relaciones, hecho que se logra mediante la elaboración de las tareas del duelo.

≈ Evitar lugares y situaciones:

En el proceso de duelo el doliente intenta evitar los lugares o las situaciones que de alguna manera le recuerden a su ser querido, sobre todo en forma desfavorable, como el lugar de la muerte, el hospital, la funeraria, la iglesia, entre otras. Desafortunadamente la vida nos lleva a ello en innumerables condiciones. Hay personas que evitan lugares con recuerdos favorables como restaurantes, zonas que visitaban en compañía del ser perdido, entre otros.

Hay que respetar siempre el ritmo y estados personales, sobre todo en las familias donde algunos miembros actúan en forma muy distinta a los otros. Algunos familiares necesitan incluso ir a los lugares relacionados con la muerte, o vivir situaciones similares para aceptar la realidad y elaborar el duelo. La repetición exagerada de esta actitud requiere de atención especial por parte de un profesional. Sin embargo, muchas personas en momentos importantes de su vida, por ejemplo: matrimonio, nacimiento de hijos o hijas, otros, necesitan ir a lugares significativos que les permitan estar cerca del ser que ha partido para de alguna forma, comunicarle lo que quieren. Esto puede ocurrir también cuando se han logrado propósitos que se habrían prometido al fallecido. Dicho lugar puede estar relacionado con su muerte, o donde se encuentre el ser ausente. Las visitas al cementerio, es importante hacerlas en el caso de quienes niegan la muerte y si la religión lo indica. Esto fortalece las creencias personales. Sin embargo muchos deudos hacen las tareas del

duelo de forma satisfactoria sin tener que visitar la tumba del ser querido. (Doctor Santiago Rojas Posada. 2005 Pp. 131-134).

≈ Búsqueda del fallecido:

Ese tipo de búsqueda obedece en muchos casos, a no aceptar totalmente el hecho de la muerte en sí y de su irreversibilidad desde el punto de vista físico, por lo que las medidas encaminadas a lograr la aceptación de lo ocurrido, hacen desaparecer la realización de prácticas no recomendables. Es muy difícil para el doliente no pensar en el ser ausente ni tener intensiones de saber de él o ella, de cómo está. Lo importante es que los que se quedan vivos necesitan elaborar el proceso de duelo de forma consciente, para ello hace falta desahogar muchas emociones y sentimientos hacia el fallecido y llevar a feliz término la relación que los unía.

≈ Inquietud y estado de alerta:

Algunas personas como expresión de su ansiedad y congoja, mantienen una actitud inquieta permanente y un estado de atención a todo y a todos, lo que produce un agotamiento severo al poco tiempo. Es esencial entonces, buscar la expresión de todas las emociones sentidas en un contexto adecuado, buscando además experiencias lúdicas de diversos tipos, que logren disminuir el estado excitado en que se encuentran.

≈ Atesoramiento de objetos relacionados con el ser perdido.

Algunas personas como medio para perpetuar la presencia del ser querido fallecido acerca de ellas desvían su atención a objetos que las relacionan con él o ella, por lo que los mantienen cerca de ellas de forma permanente, llegando incluso a conflictos severos de los cercanos si les son retirados. Los objetos pueden ser artículos que la persona utilizaba, ropa, fotos, otros.

Con esta medida algunas personas logran aceptar lentamente la realidad de la muerte del ser fallecido y utilizan los objetos en cuestión para mitigar en parte su ausencia. Otros, tiempo después de la muerte no logran separarse de los objetos, éstos son los que no han avanzado las tareas del duelo ya que no han podido desapegarse del ser perdido y por ende, de sus objetos que es lo único que poseen. Estas personas requieren atención cercana, para favorecer la aceptación del deceso y para permitirles liberar aún más el dolor, a veces la culpa y casi siempre la dependencia. Hay quienes sienten

que teniendo cerca los objetos es una hermosa manera de mantener vivo un recuerdo de su ser querido.

3.9 Restaurar el sentido de la vida.

Los seres humanos necesitamos de un motivo para vivir, un sentido que guíe y enfile nuestras acciones, un para qué. Este sentido puede ser consciente o inconsciente, pero de todas maneras existe en mayor o menor medida y es siempre lesionado por las pérdidas y sobre todo, por el duelo. Por lo tanto encontrar de nuevo o reafirmar el sentido de nuestra vida, se convierte en un trabajo central del proceso del duelo que puede volverse más trascendente, en el sentido espiritual de lo que antes era. Para lograr un sentido de vida renovado, es necesario seguir la estrategia de “darse tiempo y permiso”, y es importante tener la actitud para lograrlo.

Algunas ayudas pueden hacer este camino más viable:

- Cambiar todas las preguntas que se hagan encabezadas con “¿por qué?”, “¿para qué?”, la pregunta que empieza con por qué, muchas veces, en el caso del duelo, no tienen una respuesta posible, si se empieza las preguntas con para qué, por lo menos algunas de estas nos llevan a una realidad distinta, a un sentido mayor, con una respuesta posible.
- Mantener un sentido de vida cada nuevo día al despertar, que obligue a seguir adelante.
Este motivo, pequeño e insignificante dentro del marco de la vida, puede ser el primer paso para su motivo mayor que permita ser partícipe consciente de los actos y constructor del propio destino. Este pequeño destino puede ser: salir a dar un paseo, llamar a algunas personas, empezar a leer un libro; cualquier cosa que genere una pequeña meta para cada día evitando así el ocio y el ensimismamiento permanente que es improductivo.
- Intentar hacer cosas que antes motivaban aunque en el momento no presente ningún gusto o agrado. Volver lentamente la atención a los aspectos de la vida pasada que generaba gozo, por ejemplo: practicar un deporte, recibir un curso de cocina u otro, algún juego con las amigas o amigos, otros. Lo valioso en el pasado, con un poco de tiempo y práctica, volverá a serlo en el presente y servirá para fortalecer nuevas metas hacia el futuro.
- Buscar ayuda para otros que también estén sufriendo:

En los momentos de profundo dolor es cuando las personas se pueden dar cuenta que también hay muchas otras que sufren por diversas causas. Es bueno dar un poco de ayuda, sin lesionarse ni sobrepasar los propios

límites, porque por más grande que sea la pena y la congoja, es posible dar algo bueno a los demás, lo que será un agente motivador para salir adelante y ayudar a otros.

- La vida sigue su propio ritmo a pesar de que en el duelo se esté en una pausa necesaria, por lo que es valioso que se intente aprender nuevas cosas, nuevos oficios, tomar talleres de un tema interesante, o leer libros diferentes para que al volver a entrar en el ritmo de la vida sea diferente.
- Por último, debemos aprender a vivir el presente, a gozar del momento, sin importar que al instante siguiente surja algún evento doloroso. La vida tiene altibajos, siempre tendrá momentos de placer y otros de dolor, lo importante es poder disfrutar lo agradable al máximo y así suavizar un poco lo molesto. (Doctor Santiago Rojas Posada. 2005 Pp. 141-153).

3.10 Efectos fisiológicos en los procesos de duelo

Las personas que viven un proceso de duelo se ven afectadas por problemas fisiológicos, algunos de ellos son:

◆ Opresión pectoral y falta de aire:

La mayoría de las personas que viven un duelo por la pérdida de un ser querido por muerte, se llevan la mano cerca del corazón para expresar que es ahí donde sienten el dolor, el vacío y el malestar producido por el deceso. Si bien es cierto que no es en el corazón físico donde señalan, sí es ésta su zona de referencia. Para muchos, además es una zona donde también se experimentan los sentimientos de exaltación y de gozo. También pueden manifestarse estas sensaciones como acompañantes de la expresión de la ansiedad que se presenta en la etapa temprana del duelo. Si se presentan, suele ser necesario sentarse, respirar muy lento y profundo, pensar en algo hermoso y relajante con lo que puede desaparecer cualquiera de las sensaciones.

Hipersensibilidad al ruido y a las expresiones externas:

Es común que cuando se sufre el duelo, por tener más sensibilidad emocional y afectiva, todo lo que ocurre en el exterior puede resultarnos más molesto de lo que es, llevándonos incluso a la intolerancia o a la reacción exagerada ante estímulos que en otras circunstancias soportaríamos sin problemas. Dicha hipersensibilidad se acentúa ante los ruidos, la luz o las

historias tristes. Es bueno conocer que esto ocurre para evitar exponerse a los estímulos que en el estado de procesos de duelo son molestos, para evitar un mal rato.

◆ **Debilidad, cansancio, fatiga muscular:**

Este malestar se presenta en las personas en proceso de duelo debido a que acompañan al ser querido durante la etapa del velorio. El estrés y el cansancio surgen pocos días después.

En algunos casos es común que los deudos lleguen con un largo tiempo de fatiga al fallecimiento, debido a que han tenido que acompañar al ser querido durante su última fase. En la etapa del velorio, el esfuerzo y estrés se aumentan aunque la conciencia del lógico cansancio surge pocos días después. Para evitar dichas circunstancias es importante tomar relevos con el grupo familiar y evitar las largas jornadas junto al cadáver.

Ante el cansancio lo recomendable es quedarse más horas en cama, incluso si no hay sueño, así como realizar duchas corporales con agua caliente, masajes en todo el cuerpo, actividades lúdicas y una alimentación balanceada para evitar la desnutrición. Puede llegar a ser necesario el uso de multivitaminas o de minerales en algunos casos específicos. Así mismo se contraindica el uso de estimulantes como el alcohol o drogas y moderarse en la toma de café.

◆ **Molestias gástricas y boca seca:**

Cuando se sufre un proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, los deudos tienen sensación de boca seca, como consecuencia de la ansiedad sienten también síntomas digestivos como: acidez, intolerancia, gases, etc. debido al descuido de hábitos alimenticios en cuanto horario, cantidad y calidad.

Algunas personas refieren sensación de vacío en el estómago que les causa incomodidad. El comer en forma lenta y en porciones pequeñas facilita la ingesta de alimentos. Si la sensación es muy persistente, la respiración lenta, pausada y de tipo abdominal, durante un par de minutos suele ser eficaz para mejorarla. Es también común que los síntomas digestivos previos de acidez, intolerancia, distensión, gases, entre otros, se incrementen en estas condiciones, por lo que es importante no descuidar los hábitos alimenticios en cuanto a horarios, cantidad y calidad y el uso de medicamentos que se venían utilizando.

La sensación de boca seca es producto de la ansiedad y va cediendo con la mejoría de ésta. El ejercicio y la relajación son recomendables para superar dicha sensación.

≈ **Trastornos del sueño:**

Son muy comunes y diversos cuando se pierde un ser querido. Suele haber una etapa que se caracteriza por desánimo, cansancio, vacío, somnolencia en el día y por la noche el sueño no es reparador.

Al principio los deudos suelen estar tan tensos y agobiados por lo relacionado con los funerales y la presencia de grupo de acompañantes que muestran poca necesidad de sueño, aún en presencia de un evidente cansancio. Posteriormente, suele haber una etapa contraria que se caracteriza por desánimo, cansancio, vacío, somnolencia en el día y abundante sueño en la noche, aunque no siempre este sueño sea reparador. La susceptibilidad personal a la muerte puede llevar al insomnio o de conciliación o despertar frecuente con sueño agitado. A veces se presentan sueños con la fallecida o fallecido en un estado normal generando bienestar dentro del sueño y tristeza al despertar, aunque por lo general, los deudos desean soñar con sus seres queridos para de alguna manera poder tener de nuevo contacto con ellos. En otras ocasiones, sobre todo si hubo vivencias traumáticas alrededor del fallecimiento, como en la muerte violenta, suelen presentarse pesadillas al respecto.

Es muy importante entender que durante el duelo, hay un gran gasto de energía producto de la incesante y variable actividad mental y emocional, por lo que el sueño reparador es muy necesario para afrontar adecuadamente el proceso. Es esencial intentar acostarse temprano, no utilizar ningún tipo de estimulantes que afecten negativamente el sueño y por el contrario tomar algún té relajante y una ducha caliente antes de dormir. El uso de medicamentos para conciliar el sueño (hipnóticos) debe ser sólo prescrito por los médicos y se debe recurrir a ellos como recurso final.

≈ **Trastornos de la alimentación:**

Durante el duelo, en las personas puede haber aumento marcado del apetito, o ausencia de éste en otras, también puede darse períodos alternantes de los dos. Es esencial considerar que son fenómenos comunes que denotan el fondo ansioso que se padece y que debe manejarse mediante la observación y la lógica de mantener una alimentación balanceada y responsable. El comer lento y con horarios regulares, en porciones moderadas, suele atenuar el efecto de cualquiera de las dos expresiones

opuestas. No es necesario dar suplementos nutricionales si la persona se alimenta de forma balanceada y no presenta signos de carencia o desnutrición ni de agotamiento o enfermedad. Si es así debe ser valorado por un médico.

3.11 Efectos psicológicos de los procesos de duelo

Los trastornos psicósomáticos se relacionan con el funcionamiento de dos subsistemas que se encuentran en todos los estados vivientes: los órganos que funcionan para procesar la materia y convertirla en energía y los órganos cuyo funcionamiento se dirige hacia el mismo fin, pero también procesan la información biológica generacional. No obstante el mal funcionamiento tiene lugar debido a que falla un tercer subsistema o sea el sistema informativo del cerebro, el que no procesa de manera efectiva los símbolos que entran provenientes de todas las fuentes, ni integra las operaciones de los tres sistemas, lo que rompe las defensas psicológicas habituales, de tal manera que los sentimientos y las emociones a veces se expresan en forma de síntomas psicósomáticos, como sucede en el caso de los procesos de duelo que las personas viven y que afrontan las emociones y los sentimientos de manera diferente. Manifestándose así:

≈ Dolor:

En las situaciones de duelo por la pérdida de un ser querido el dolor es inevitable, dependiendo del grado de relación con el ser ausente y del tipo de muerte sufrido.

≈ Angustia:

En la mayoría de los casos de proceso de duelo, las personas sufren sentimientos de angustia, lo que puede darse poco tiempo o por tiempo indefinido, de acuerdo al tipo de muerte, lo que genera intranquilidad.

≈ Llanto:

Constituye una manera muy natural de expresar el dolor y la tristeza sentida, como una válvula de escape logra liberar en parte el sufrimiento, es importante permitir su libre expresión. Entre más cerca de la muerte del ser querido, mejor, para lograr su efecto favorable. El llanto es útil por igual en ambos sexos, aunque es bien sabido que muchos hombres no se lo permiten o no lo ven con buenos ojos, ya que han sido formados con la idea errónea de que no deben llorar, puede ser signo de debilidad e incluso de feminidad.

Tal vez las personas dependiendo de su cultura asocian en su mente que el luto significa llanto y más aún si el doliente es de sexo femenino, siendo incluso extraño para los demás que un doliente no lo haga. En realidad, el llanto constituye una manera muy natural de expresar el dolor y la tristeza sentida.

El llanto frecuente suele disminuir con el paso de los días, pero si la intensidad y frecuencia del mismo permanecen iguales a través de los meses, es necesario recurrir a actividades de tipo lúdico que cambien un poco el sentir del deudo, para luego buscar el apoyo profesional adecuado. Algunos deudos por falta de colaboración de los familiares prefieren llorar en soledad y silencio. Esta práctica permanente no es recomendable ya que fija el dolor y perpetúa el duelo, volviéndolo más prolongado en su proceso de elaboración. Si se siente necesidad de llorar es prudente hacerlo hasta que las lágrimas calmen el dolor y la tristeza, pero si no es posible dejar de hacerlo es necesaria la ayuda capacitada.

≈ Tristeza:

Es el sentimiento más común y persistente en todo el proceso de duelo y el primero que reaparece cuando tiempo después se recuerda el hecho. La expresión de la tristeza siempre será la mejor herramienta para su alivio, ya que permitirá pasar por pequeños momentos de desahogo. El llanto suele ser el más común y apropiado modo de expresión de la tristeza; éste se convierte en una simple válvula de liberación de angustia. Si se siente deseos de llorar hay que hacerlo, no reprimirlo, "llorando se lavan las ventanas del corazón" (Doctor Santiago Rojas Posada. 2005 Pp. 87).

La tristeza suele presentarse con sentimientos de soledad, cansancio e indefensión, su manejo es el mismo.

Si antes de morir la relación con el ser querido se ha sanado y se han expresado amorosa y abiertamente los afectos, el manejo de la tristeza será menor complejo. Si en cambio, no se ha logrado hacerlo por la razón que sea, frente al moribundo inconsciente o al fallecido, aún es posible hablar y expresar todo el sentimiento de amor, gratitud y unidad con el otro. Así se pueden romper de forma consciente y de viva voz las ataduras de dolor, culpa, rabia y resentimiento que existan, dejando las de amor y gratitud.

Es importante determinar qué actitudes, asumidas de forma consciente, logran aliviar la tristeza, en aras de repetirlas así sea por corto tiempo. Entonces hay que ver si la contemplación de fotos de la persona fallecida, la recolección y observación de sus objetos personales o la realización de actividades que la recuerden, producen tranquilidad o aumentan la ansiedad. Es mejor, eso sí, que dicha actividad se hagan en compañía para que los

sentimientos que se presenten puedan compartirse abiertamente. Así se evita caer en la represión y negación.

Las penas compartidas por un grupo de dolientes siempre minimizarán el daño que éstas producirán si cada uno las viviera por separado. El aceptar la realidad de lo irreversible del hecho es el primer paso para lograr la recuperación, aunque al principio esta aceptación aumente el dolor, el hablar abiertamente del tema con el grupo involucrado suele llevar el tema a recuerdos alegres y a momentos de bienestar que no se lograrían si sólo se evadiera el tema doloroso.

El remedio más obvio para la tristeza es el consuelo, hay que buscarlo en el interior, pero puede ser reforzado por el mundo exterior: amigos, voluntarios y conocidos; no es inadecuado solicitarlo siempre que se necesite, sin embargo el sólo consuelo externo es insuficiente si no se logra, con el tiempo, el propio.

El consuelo exterior dependerá de que podamos encontrar un sentido a la vida y a la muerte del ser que ha partido. Esto, a veces, requiere tiempo y un decidido trabajo para lograrlo.

≈ Culpa:

Después de la tristeza, el sentimiento que más dolor produce es la culpa, que puede ir acompañada de autoreproche. La culpa en el proceso de duelo, se debe, a lo que se hizo y a lo que no se hizo, puede ser causa de cometer muchos actos desesperados en el duelo y de que se sufra de forma exagerada. Ante la culpa el doliente necesita sentir el perdón del otro pero, por la ausencia de éste, la situación se vuelve más compleja. Sin embargo podemos hacer diferentes tipos de actos, que nos mitiguen el doloroso sentimiento y que nos libere de la necesidad de “sufrir” por nuestras actitudes.

Lo primero es hablar con otros del sentimiento que nos acompaña, mejor si es con el grupo familiar donde es muy probable que recibamos consuelo, de no ser así, podría ser con amigos o amigas o voluntarios, para poner afuera lo que sentimos. Si la causa de lo que nos genera la culpa puede ser subsanada en alguna medida mediante actos físicos o materiales, es buena idea hacerlos. La compañía de seres queridos hará la experiencia más llevadera. En este proceso, una llamada a otro, una contribución económica o una labor de servicio consciente, pueden ser beneficiosas para aligerar el peso de la carga. (Arnaldo Cancline. 1974. P.p. 14).

La culpa es el sentimiento de haber hecho algo malo. A nadie le gusta sentirse culpable. La desdicha de la culpa consciente y las precisiones más sutiles de la culpa inconsciente nos privan de la felicidad. Además bajo sus efectos, tendemos a descargar la culpa sobre otros.

La experiencia de la culpa más evidente surge cuando violamos una prohibición específica, sea por acción o pensamiento. De repente tenemos un sentimiento íntimo de autoreproche o condenación, a veces logramos un alivio inmediato admitiendo nuestras faltas o haciendo la debida restricción, otras veces no resulta fácil. En casos extremos es posible que hayamos sido perseguidos repentinamente por una voz interior que nos recuerda nuestro fracaso. Este tipo de sentimiento de culpa es común y generalmente entendido pero es sólo una de las muchas formas de la culpa. Hay otras más sutiles, tan sutiles realmente que no podemos reconocer su presencia.

En algunas ocasiones se experimenta el sentimiento de culpa en forma de profunda depresión, autocastigo y sentimiento de inseguridad pero cuando surgen conflictos o se cometen errores, algunas personas cargan con la culpa, aún cuando es evidente que son otras las responsables, ellas buscan la manera de desviar las cosas, de modo de echarse la culpa, y van desarrollando profundo sentimiento de culpa, que puede llegar a la destrucción. La culpa se hace una barrera insuperable que continúa creciendo diariamente, en algunos casos. (Pau Pérez Solís. 2003. P.p. 45).

≈ Rabia, odio e irritabilidad:

Estos sentimientos pueden ser conscientes o no y estar dirigidos hacia algo o alguien o mantenerse en general sin objeto preciso.

La rabia por lo general se presenta como mecanismo de compensación del dolor sentido y suele transitoriamente ocultarlo. La rabia puede entonces, dirigirse contra las personas o seres relacionados de alguna forma con la muerte del ser querido. En caso de enfermedad es común este sentimiento contra el cuerpo médico, en caso de muerte violenta, contra sus causantes y en múltiples casos, contra Dios y el destino, entre otros. La rabia puede presentarse contra el mismo ser querido, aunque en ocasiones suele no hacerse evidente sino hasta más adelante del duelo, porque el dolor la mantiene oculta. La rabia puede además sentirse contra sí mismo, esto puede hacer sentir la necesidad de agredirse de diversas formas.

Lo importante es tener la convicción de que es necesario perdonar; incluso aunque el otro no sólo se lo merezca, pues eso libera de un dolor innecesario y permite disfrutar muchas cosas buenas que tiene la vida. (Lucy Freeman. 1992. P.p. 30).

≈ Apego:

El apego a un ser humano es el que genera gran parte del dolor posterior ante su pérdida. Como es natural y socialmente aceptado, el apego en las relaciones interpersonales se vuelve común y por ende, difícil de erradicar. Esto se construye día a día en cada relación y se requiere entonces un periodo de tiempo largo para deshacerlo.

En realidad, en el duelo el apego hacia el ser querido ausente se puede desplazar a sus objetos, a sus huellas, al dolor que produce su recuerdo, porque así se siente al fallecido vivo y cercano, aunque suene extraño el a medida que pasa el tiempo, en algunas personas el apego se desplaza a la condición de doliente; es decir, apegándose a sentirse en permanente malestar y sufrimiento, perpetuando así el dolor y garantizando el entorno que favorece la experiencia. Dicho de otra forma, es usual que se vuelva necesario mantenerse triste, persistir en negar el goce, sostener una expresión y actitud de víctima y sufriente, pues así se tiene presente al fallecido a cada momento, a la vez que se obtienen beneficios en el entorno.

El dolor y el sufrimiento de la pérdida pueden ser en algunas personas, de naturaleza adictiva y por lo intenso de los síntomas, dichas personas generan tal dependencia de ellos que no pueden abandonarlos, es decir que no tienen en su interior otro patrón de existencia ya que el dolor les ha borrado otros recuerdos y sólo persisten en la única situación para ellos posible en ese momento. La sociedad antiguamente favorecía dicha situación a obligar a los deudos a llevar un luto (en su vestuario y actitud) muy prolongado, en la actualidad hay estratos sociales que aún lo realizan como las clases más populares y algunas personas que por costumbre o tradición así lo desean. La gran dependencia por el fallecido en vida hace que el duelo genere fácilmente nuevos apegos hacia otras personas o hacia su propio dolor. Esto puede llevar a duelos prolongados y/o patológicos.

La mejor estrategia para lograr el desapego es reconocerlo y comunicarlo de forma abierta en el grupo de la familia o amigos. (Sherr Lorraine. 1992. P.p. 16).

≈ Temor o Miedo:

El miedo es tal vez, la emoción más frecuente en el ser humano. Por lo que no es extraño que aparezca en el deudo. Los miedos pueden ser percibidos en conjunto con la ansiedad y se pueden producir al pensar sobre la muerte y el más allá, sobre la salud y bienestar propios y de los otros seres queridos, en el deudo y sobre el futuro.

El Temor suele originarse en el pensamiento humano, el cual se basa en vivencias del pasado y en hipótesis del futuro. El temor coarta la libertad y limita la posibilidad de goce en el presente.

El miedo existe porque se ve la dualidad de los hechos, por un lado, se desea algo, mientras por el otro, se piensa también que puede ocurrir lo contrario. En el caso del duelo, se desea seguir viviendo pero al mismo tiempo, el pensamiento dice que le puede pasar lo mismo que al que acaba de morir. En esa dualidad, encuentra su asidero el temor. Pero al tener referencias dolorosas del pasado y al mismo tiempo tratar de avanzar hacia el futuro en el pensamiento, la hipótesis traumática previa aparece y con ella el temor. Por ejemplo el temor a que les pase algo malo a los demás seres queridos. También por haber tocado de cerca la muerte puede hacer suponer muchas cosas sobre ese otro mundo. El saberlo cerca, genera temor por lo desconocido.

La estrategia central del trabajo sobre el miedo, cuando éste se vuelve de alta intensidad y puede llevar a incapacitar al doliente, consiste en comprender todo el movimiento que realiza. Se comienza por saber cuándo y cómo surge, con mucha atención y observación, poniendo toda la energía en el proceso. Así puede lograrse que desaparezca. Es importante tener presente que conocer el miedo es diferente a comprenderlo. Conocer es sólo un acto racional ajeno al hecho, mientras que la comprensión, a través de la observación en el momento real de la aparición del sentimiento, permite encontrar la raíz de éste y de este modo contribuir a su desaparición. En la imaginación es posible, mediante la observación atenta y desapasionada, identificar el miedo sentido y así darle una forma simbólica, como un color, un animal o cualquier objeto que se pueda proyectar nítidamente en la imaginación. Así una vez observado como símbolo sentido, se puede, a través de la misma imaginación, transformarlo en otro objeto susceptible de ser procesado de manera distinta o incluso de desaparecerlo. Es importante además saber que con o sin miedo, lo que ha de ocurrir puede ocurrir, es decir, que el miedo en ningún momento es un seguro para evitar lo que tememos.

≈ Anestesia emocional:

La anestesia emocional o el embotamiento sensorial suelen ocurrir inmediatamente después de conocer la noticia del deceso del ser querido. Suele durar desde unos instantes hasta un par de días o incluso hasta una semana. Es frecuente durante los ritos funerarios y es vivida como una sensación de extrañeza por no poder experimentar las emociones de dolor que naturalmente debería sentirse. La persona permanece confusa, distraída, embotada, sin tener claridad de lo que pasa y con la sensación de

tener amortiguado un profundo dolor. A veces es vivida con sentimiento de culpa por el deudo, al no estar sintiendo, en apariencia, un severo dolor o por los cercanos que lo notan extraño y distante, no involucrando en las circunstancias del presente, funcionando de forma autómeta. En realidad, el dolor por el impacto es tan fuerte que el organismo, por mecanismos fisiológicos, puede anestesiar de forma transitoria el sufrimiento, posponiendo el despertar doloroso para un poco después. Lo ideal es favorecer la libertad de expresión de quien está anestesiado y mantenerlo acompañado evitando que por su conducta automática, tome decisiones o acciones importantes para sí que puedan perjudicarlo. Las decisiones deben posponerse para un momento de mayor lucidez. La persona puede olvidar lo que ocurrió durante este estado. (Kold Laurence C. 1992. P.p. 164).

Depresión:

Cuando la persona no es capaz de resolver el duelo en el tiempo señalado, sufre alteraciones psicológicas severas, como la depresión, un estado difícil donde se manifiestan síntomas como: tristeza, inhibición, baja autoestima, débil voluntad e incapacidad de decisión, dificultad para sus actividades diarias, descuido de su arreglo personal, abandono de buenos hábitos, entre otros. Para solucionar este problema la persona necesita de ayuda profesional. También puede decirse que la depresión es un tono afectivo de tristeza, que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo menos grave el paciente está callado, cohibido, inhibido y pesimista, se desprecia así mismo y experimenta una sensación de latitud, insuficiencia, falta de ánimo o desesperanza, etc. y le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que habitualmente no se dificultaban. Se preocupa exageradamente por problemas personales. Algunos individuos deprimidos son petulantes, quejumbrosos y desconfiados.

En la depresión un poco más profunda, existe una tensión desagradable constante, toda experiencia se acompaña de dolor mental; el paciente está impenetrablemente absorto en unos cuantos tópicos de naturaleza melancólica, la conversación puede resultarle penosamente difícil, aflicción y desesperación. La actitud afecta desalentada del paciente se proyecta en su ambiente, el cual refleja su triste perspectiva de la vida. Se siente rechazado y sin que nadie lo quiera. Puede llegar a preocuparse a tal grado por sus reacciones depresivas, que se alteran: la atención, concentración y la memoria.

La depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente, que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia inconsciente y la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos, dirigidos hacia personas que son el objeto de una desviación forzada (una madre que depende tanto de su

hija que le impide casarse) o hacia personas de quienes depende la propia seguridad. Los impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a dirigirse contra el propio yo del individuo. La depresión puede incluir grados variables de tristeza, culpa o vergüenza al mismo tiempo; tristeza debido a una pérdida, culpa por un impulso coercitivo, hostil reprimido y vergüenza por no estar a la altura de un objeto personal, también puede haber sentimientos de desamparo. (Ronald E. Smith, Irwin G. Sarason, Bárbara R. Sarason. 1996. P.p. 312).

Las depresiones reactivas son las más comunes. Aproximadamente el sesenta y cinco por ciento de todas las depresiones son reacciones a algún acontecimiento intenso, como la muerte del ser querido.

✓ **Teorías biológicas sobre la depresión**

Algunos estudios revelan la existencia de un factor genético en la depresión, estas teorías se centran en el equilibrio químico del organismo, la investigación actual pone de relieve la importancia de los transmisores nerviosos llamados "Catecolaminas" en especial la Dopamina y noradrenalina. Los teóricos del aprendizaje relacionan la depresión en la falta de refuerzo. Meter Lewinsohn, citado por Ronald E. Smith, Irwin G. Sarason, Bárbara R. Sarason. (1996. P.p. 635), es uno de los partidarios más renombrados de estas teorías, descubrió que cuantos menos refuerzos recibe un individuo a lo largo de su vida, más fuerte será la depresión, piensan que el pensamiento del deprimido se caracteriza por generalización excesiva y por clasificación inexacta. Desde este punto de vista el deprimido, se cree incapaz de cambiar su situación.

El enfoque psicodinámico sostiene que la depresión se inicia ante un conocimiento simbólico que trae a la memoria una pérdida real o imaginaria de la niñez cualquier tipo de pérdida, como la de la autoestima, se considera importante en la depresión vista desde el enfoque humanista existencial. (Ronald E. Smith, Irwin G. Sarason, Bárbara R. Sarasons. 1984. P.p. 329)

Ronald E. Smith, Irwin G. Sarason, Bárbara R. Sarason. (1984. P.p. 633). Citan a Freud quien plantea la hipótesis sobre el hecho de que una pérdida temprana aumenta la susceptibilidad a una depresión en años posteriores. También citan a George Brown, quien a través de una investigación descubrió que una muerte en la familia en los primeros años de vida del sujeto aumenta su vulnerabilidad a la depresión cuando afronte acontecimientos negativo más adelante.

Mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa son procesos psíquicos que tienden a evitar el desarrollo o la percatación consciente de ideas y afectos displacenteros. Las vivencias de angustia, miedo, culpa, entre otras, ponen en movimiento las defensas. Esto sucede en forma automática, pues displacer y defensa constituyen una estructura tal que, presente el primero se desencadena la segunda. (Guillermo Vidal, Hugo Bleichmar, Raúl J. Usandivaras. 1977. P.p. 360).

En la investigación relacionada con los procesos de duelo por deceso, durante el desarrollo de las entrevistas, la mayoría de las personas objeto de estudio, manifestaron algunos mecanismos de defensa, entre ellos:

≈ **Negación:**

La negación es un mecanismo de defensa intrapsíquica a través del cual las percepciones conscientemente intolerables se ignoran o se aprecian de manera insuficiente. Se acompaña de una escisión de la función del Yo, puesto que el individuo mantiene simultáneamente e inconscientemente el significado y la connotación de la apercepción negada. Lo que es conscientemente intolerable, se rechaza inconscientemente por medio de un mecanismo protector de no percepción. (Kolb Laurence C. 1985. P.p. 124).

≈ **Conversión-Somatización**

La conversión consiste en una transformación de un conflicto psíquico en un síntoma corporal, ya sea de la musculatura estriada, de la sensibilidad o de los órganos de los sentidos. Cuando el proceso afecta a ciertos aparatos o sistemas del organismo (circulatorio, digestivo, dermatológico, respiratorio.) generalmente se habla de somatización en vez de conversión. En la somatización hay lesión orgánica: úlceras gástricas, asma bronquial, dermatitis, entre otros. (Guillermo Vidal, Hugo Bleichmar, Raúl J. Usandivaras. 1997. P.p. 360).

≈ **Represión.**

La represión es uno de los mecanismos mentales más comunes y se desarrolla para manejar el conflicto, es decir los deseos irreconciliables, que compiten entre sí, y las tendencias a hacer cosas que constituyen una amenaza a la imagen que tenemos de nosotros mismos. Por medio de este mecanismo se excluyen del campo de la percepción, conscientes los deseos impulsos, pensamientos y anhelos que serían perturbadores o incompatibles con los autorequerimientos y las motivaciones conscientes, y se les desplaza

hacia el inconsciente. La represión actúa como una defensa contra los impulsos coercitivos y los recuerdos que no pueden ser controlados para el Yo. En la represión se eliminan de la conciencia todos los motivos no reconocidos y todas las ideas y recuerdos que tienden a promover una angustia dolorosa. (Kolb Laurence C. 1985. P.p. 108).

≈ **Racionalización.**

La racionalización es la justificación, mediante razones lógicas aceptables para los valores de la cultura, de sentimientos, pensamientos o conductas que en realidad son determinadas por motivaciones inconscientes repudiadas. (Guillermo Vidal, Hugo Bleichmar, Raúl J. Usandivaras. 1977. P.p. 359).

≈ **Resistencia.**

Este mecanismo de defensa produce una oposición profundamente asentada, que los datos reprimidos inconscientemente se vuelven conscientes. Por medio de la resistencia el individuo trata de evitar los recuerdos que provocarían angustia y serían dolorosos. Si se encara de manera consciente la resistencia también se presenta durante el tratamiento psicoanalítico, cuando el profesional alienta al paciente para que haga perceptible el material reprimido por medio de la asociación libre. La resistencia da la clave de la naturaleza del material reprimido. (Kolb Laurence C. 1985. P.p. 124).

≈ **Proyección.**

La proyección es la operación por la cual se atribuyen al otro, ya sea una persona o cosa, cualidades, sentimientos, deseos, que el sujeto rechaza reconocer como propios. Este mecanismo, en muchos aspectos, es una forma de desplazamiento, un medio de defensa que, en grado limitado, observamos todos los días entre nuestros semejantes, y que, en un grado psicótico se ve en la paranoia y en otras psicosis paranoia. (Kolb Laurence C. 1985. P.p. 118).

El material de este “Marco Teórico” fue importante para poder llevar a cabo de forma más efectiva la investigación sobre el tema “Procesos de duelo por una separación importante, pérdida por deceso en diversos casos” y alcanzar los objetivos propuestos. Asimismo fue fundamento para el análisis e interpretación de los resultados.

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.1 Selección de la muestra:

En el Centro de Salud del Municipio de Patzicía del Departamento de Chimaltenango, en donde reciben atención médica las personas de esta población y lugares aledaños, se escogió una muestra de 20 personas quienes recientemente perdieron a sus seres queridos por diversas circunstancias de muerte: normal, por homicidio, por suicidio, vejez, entre otras. En ese sentido la escogencia fue “Intencional o de Juicio”, con personas adultas, de diferentes credos religiosos, condición socioeconómica y diferente escolaridad. Fue un estudio de casos.

2.2 Técnicas de recolección de datos e información:

Para este trabajo de campo se utilizaron las técnicas de observación y entrevista.

→ La observación:

Es una técnica para conocer las actitudes y la conducta de quienes son observadas y observados, adquiriéndose por este medio información que consolide el conocimiento acerca de éstas. Esta técnica se utilizó en la presente investigación en el momento de las entrevistas (cinco), dirigidas a las personas que fueron seleccionadas en el Centro de Salud mencionado con anterioridad.

→ La entrevista:

Es una de las técnicas más comunes de las ciencias sociales, que consiste en una relación directa, que se establece entre la investigadora o investigador y la persona entrevistada.

2.3 Procedimientos:

Las entrevistas fueron dirigidas a las 20 personas adultas elegidas en la población a través de las referencias del médico tratante del Centro de Salud del Municipio de Patzicía del Departamento de Chimaltenango. Éstas fueron abiertas lo que permitió obtener mayor cantidad de datos con lo que se llevó a cabo una mejor investigación. Para el desarrollo de las mismas se tuvo una guía de entrevista.

Se realizó un estudio cualitativo que permitió en cada una de las entrevistas, realizadas con las personas que se encontraban viviendo un proceso de duelo reciente, a fin de establecer el proceso, se tomó como base la “Teoría Psicoanalítica” del Doctor Sigmund Freud, que consiste en conocer procesos psíquicos del ser humano por medio de métodos específicos.

2.4 Instrumentos de recolección de datos:

Para la recolección de datos se utilizaron como instrumentos: una guía de observación y una guía de entrevista.

❖ La guía de observación:

La guía de observación contenía 10 aspectos relacionados con los objetivos que se alcanzaron y ésta se utilizó durante el proceso de las entrevistas, a través de las cuales se observó a la persona de la muestra con la finalidad de obtener información más precisa.

❖ Guía de entrevista:

La guía de entrevista estuvo formada por cuatro preguntas generadoras, para recolectar la mayor cantidad de datos. Las entrevistas se realizaron en forma individual, directa y dirigida lo que permitió conocer el proceso de dolor. Las entrevistas fueron orientadas a las personas que experimentaban un duelo por una pérdida significativa.

2.5 Técnica de análisis de datos:

Por el tipo de investigación y forma de recolección de información fue un estudio de casos. Para el análisis de la información se utilizó el “Método de Análisis Cualitativo”.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el siguiente cuadro síntesis, se presenta la información obtenida a través de las entrevistas realizadas con cada uno de los pacientes. Cada uno de los casos expuestos presenta su propio análisis, mismo que fue referente para la elaboración de un análisis final. Así mismo, aparecen los 20 casos investigados.

Cuadro General

No. de casos	Forma de deceso	Reacciones Psicológicas	Reacciones Fisiológicas	Tiempo	Consecuencias
4	Muerte natural por vejez	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Dolor profundo. • Tristeza • Angustia 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para tragar • Malestares gástricos 	8-10-10-8 meses	Duelo no resuelto
1	Muerte provocada por suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Incredulidad • Aflicción • Miedo 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño, • Alteraciones alimenticias 	8 meses	Duelo no resuelto
3	Muerte natural por enfermedad terminal	<ul style="list-style-type: none"> • No aceptación de la pérdida • Inseguridad • Rabia • Impotencia, • Odio 	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad • Falta de fuerza muscular 	9-9-10 meses	Duelo no resuelto
2	Muerte natural por parto de alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza • Resentimientos • Cólera 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Disnea • Pérdida de peso 	9-10 meses	Duelo no resuelto
1	Muerte natural por problemas respiratorios	<ul style="list-style-type: none"> • Lamentaciones • Sentimientos de culpa • Alucinaciones visuales y auditivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas en algunos casos • Dolores musculares 	10 meses	Duelo no resuelto
4	Muerte provocada por homicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Apego • Síntomas de depresión; 	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio • Falta de apetito 	9-9-9-10 meses	Duelo no resuelto
1	Muerte o desaparición por secuestro	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad, • aislamiento, • pensamientos relativos con la muerte, descuido personal, dificultad para tomar de 	<ul style="list-style-type: none"> • Opresión pectoral • Trastornos de memoria, atención y concentración entre otras. 	9 meses	Duelo no resuelto
1	Muerte natural por infarto	<ul style="list-style-type: none"> • dificultad para realizar actividades diarias, baja autoestima, insomnio, falta de apetito, deseos de llorar entre otros. 		9 meses	Duelo no resuelto
1	Muerte por causas desconocidas	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de defensa: negación, racionalización, represión, somatización, resistencia entre otros. 		9 meses	Duelo no resuelto
1	Muerte natural por accidente laboral			9 meses	Duelo no resuelto
1	Muerte por desastre natural			29 meses	Duelo no resuelto

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 1

Edad: 50 años, 2 meses

Sexo: Femenino

Escolaridad: Sexto Grado de Primaria

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por muerte de hijo

Resumen de Historia clínica:

La paciente es originaria de Patzicía, Departamento de Chimaltenango, proveniente de una familia integrada, de siete hijos: el mayor de 55 años, la segunda de 53 años, la paciente de 50, el cuarto de 48 años, la quinta de 46 años, el sexto de 44 años, y el séptimo de 42 años; solamente estudiaron la primaria completa.

La paciente se casó a los 18 años de edad, (según indica) con un hombre muy bueno, cariñoso, comprensivo y responsable, con quien procrearon 4 hijos, el primero de 32, quien falleció, la segunda de 30, la tercera de 28 y el cuarto de 26 años.

La familia siempre ha gozado de solvencia económica, la paciente relata que gracias a Dios y a la responsabilidad de su esposo, ella, nunca ha trabajado, se ha dedicado al cuidado de sus hijos y a las tareas del hogar. Sus hijos realizaron estudios a nivel medio y se graduaron; el primero de Perito Contador, la segunda de Maestra de Educación Primaria Urbana, la tercera de Secretaria Comercial y el último de Perito contador, 3 de sus hijos trabajan y estudian actualmente.

En el año 1,994 el mayor empezó a enfermarse con frecuencia, hecho que preocupó mucho a sus padres y lo llevaron al médico, quien ordenó análisis y los resultados revelaron "insuficiencia renal", diagnóstico, que afectó profundamente a los miembros más cercanos de la familia. Luego empezó tratamiento en un hospital privado. El padre también enfermó y murió en el

año de 1998. Razón por la que el hijo continuó su tratamiento en el Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

A pesar de su enfermedad, el hijo de la paciente viajaba de lunes a viernes a su trabajo, hasta que su padecimiento se agudizó, suspendió sus labores para internarse en el Hospital del I.G.S.S., con la esperanza de mejorarse, pero no fue así, porque falleció en dicho Hospital el 25 de junio del 2,007. La madre lamenta haberlo internado en ese centro hospitalario, hubiera preferido que el doloroso final se diera en su casa, en donde le hubiera sido factible, brindarle todas las atenciones que el caso requería.

La paciente refiere que ha sufrido varias pérdidas por deceso: primero su papá, luego una de sus hermanas, después su mamá, más tarde el último de sus hermanos y tres años después su esposo. Todas las pérdidas han sido para ella muy dolorosas, pero, ninguna se compara con la pérdida de su primogénito. Señala que “es un dolor muy profundo, y que también ella quisiera morir para no sufrir su ausencia”.

Relata la madre que su hijo fue muy sano hasta los 20 años, edad en que empezó a padecer de esa enfermedad terminal, que soportó durante 12 años, bajo un régimen alimentario muy especial y un tratamiento que requería de mucho cuidado e higiene, durante el cual el enfermo nunca manifestó resistencia, sino por el contrario colaboración y resignación.

En el inicio el enfermo practicó mucho deporte, desde niño le gustó el básquet, football y la natación; nunca fumó, ni bebió licor, fue muy cuidadoso con su salud. Le gustaba asistir a los eventos que le invitaban: bodas, quince años, partidos de básquet, de football, desfiles, procesiones, sepelios, etc. De niño fue muy sano y cariñoso, ingresó a la escuela primaria a los seis años, siendo alumno distinguido en toda la primaria, al terminar la primaria estudió sus básicos en un instituto y luego se graduó en un colegio de Chimaltenango.

Agrega la madre del fallecido, que al conocer el diagnóstico de su padecimiento, su hijo decidió terminar la relación con su novia, argumentándole que no la quería y no podían contraer un compromiso, posiblemente tomó esa decisión, porque él sabía que su enfermedad era irreversible, y por lo mismo no le comentó lo de la enfermedad.

La paciente dice sentirse con muchas molestias físicas: dolor de cabeza malestares gástricos, trastornos de sueño, dolores musculares, problemas respiratorios, mareos, debilidad, temblor de manos, falta de fuerza muscular, etc. se siente muy sola.

Sentimientos y conducta de la paciente durante las entrevistas.

Durante el desarrollo de las entrevistas pudo observarse lo siguiente: En el inicio de la primera entrevista, la paciente se manifestó desconfiada e insegura, pero, con el apoyo psicológico que se le brindó, poco a poco, esto desapareció; hizo referencia al estilo de vida y deceso de su hijo con sentimientos de profunda tristeza, por momentos expresó sus emociones, lloró y mostró mucha ansiedad. Demostró sentimientos de culpa por haberlo llevado al Hospital del I.G.S.S. Por otra parte lamentó varias veces el no haber luchado por un trasplante de riñón, que posiblemente, esto, hubiera salvado la vida de su hijo. Además tuvo sentimientos contradictorios, por momentos expresaba desesperación por la ausencia de su hijo, y luego racionalizaba diciendo que tal vez había sido lo mejor, por el grave sufrimiento del enfermo, reflejaba en sus palabras resignación. La paciente se veía muy afectada física y emocionalmente, su rostro mostraba aflicción, lucía muy pálida, con ojeras muy pronunciadas, con frecuencia suspiraba hondamente y suplica con insistencia discreción sobre el caso de su hijo. Hay somatización en ella. En las entrevistas siguientes (3) la paciente manifestó confianza y seguridad en sí misma.

Análisis y síntesis:

Por lo referido por la paciente ella, en el momento de la pérdida de su hijo, reacciono con llanto incontrolado, dolor profundo y agresividad. En este caso de enfermedad terminal se manifestaron en la paciente algunas emociones y sentimientos similares en otros tipos de muerte, pero la elaboración del duelo de la paciente es diferente. También en la paciente se manifestaron efectos fisiológicos como: cefalea, trastornos de sueño, malestares gástricos, debilidad, falta de fuerza muscular, mareos, dolores musculares, dificultad para respirar, falta de apetito, etc. Problemas psicológicos: sentimiento de culpa, cólera, angustia, tristeza, desesperanza, aflicción, soledad, negación aislamiento, síntomas depresivos: tristeza, miedo, ansiedad soledad, pensamientos relativos con la muerte, insomnio, pérdida de peso dificultad para tomar decisiones, baja autoestima, descuido personal, dificultad para realizar actividades diarias.

Con lo referido por la paciente, puede establecerse que el duelo por la pérdida de un hijo (a), es mucho más profundo que cualquier otro duelo por la pérdida por deceso y que de acuerdo al tipo de relación establecida previa al suceso, así se va a dar la respuesta de la persona sobreviviente ante la pérdida o desaparición del ser querido; a veces, como consecuencia de esa respuesta, la persona que vive el duelo puede tener sentimientos y pensamientos negativos, que pueden tener serias consecuencias.

Por las observaciones realizadas durante las cuatro entrevistas, puede considerarse que la paciente está viviendo la segunda etapa para salir adelante de la experiencia del duelo, (según Worden), que consiste en liberar emociones o expresar todos los sentimientos que se presentan en el duelo. Se considera que la paciente está viviendo esa etapa del duelo porque durante las entrevistas manifestó dolor profundo acompañado de sentimientos de tristeza, impotencia, miedo, cólera, desesperación culpa, lamentaciones, angustia y negación. También expresó tener sensaciones orgánicas: debilidad, opresión pectoral, resequedad de boca, pérdida de energía, alteraciones del sueño, entre otros.

Lo anterior indica que la paciente está viviendo un duelo aún no resuelto por la pérdida por muerte de un hijo por enfermedad terminal.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 2

Edad: 40 años, 4 meses

Sexo: Femenino

Escolaridad: Sexto Grado

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por suicidio de esposo

Resumen de Historia Clínica:

Paciente originaria de Tecpán Departamento de CHimaltenango, con residencia en Patzicía Departamento de Chimaltenango, proveniente de un hogar integrado, de diez hijos, el primero de 50 años, la segunda de 48, la tercera de 46, el cuarto de 42, el quinto lugar la paciente de 40 años, el sexto de 38, el séptimo de 36, el octavo de 33, el noveno de 31, y la décima y última de 29 años.

La paciente se unió a los 16 años con el padre de sus hijos, él también de 16 años; tuvieron un hogar integrado con 11 hijos: el primero de 24 años, la segunda de 22, la tercera de 20, la cuarta de 18, el quinto de 16, el sexto de 14, la séptima de 12, la octava de 10, la novena de 8, la décima de 6 y el último de 4 años. El padre trabajó arduamente desde pequeño lo que fue de beneficio para él y su familia; con sus ahorros compró una casa y se le facilitó cultivar verduras y granos básicos. La paciente siempre colaboró con él, ayudándole en las actividades agrícolas, además del cuidado de sus hijos y del hogar. La principal preocupación de esta pareja, fue el bienestar de los niños, velaron porque tuvieran siempre techo, alimentación, vestuario, escolaridad, etc. esto último permitió que sus hijos mayores obtuvieran un título. El primero se graduó de Maestro de Educación Primaria Urbana, la segunda de Secretaria Comercial, la tercera de Maestra de Educación Primaria, la cuarta de Maestra de educación Pre-Primaria; los cuatro desempeñan cargos relacionados con su profesión.

La paciente y su esposo después de 20 años de vivir unidos, contrajeron matrimonio por las leyes civiles y religiosas, para beneficio de sus hijos y de ellos mismos. En esta familia siempre hubo mucha armonía, los niños fueron creciendo en un ambiente adecuado y con apoyo de toda índole.

La paciente refiere que su esposo fue cariñoso y demasiado complaciente con todos sus hijos, posiblemente, porque él desde los 8 años recibió sólo el cariño de su padre, debido a que su madre falleció a consecuencia de un embarazo de alto riesgo. Él desde esa edad tuvo que trabajar duramente para apoyar a su papá económicamente y de esa manera sacar adelante a sus tres hermanos menores, quienes recibieron este apoyo hasta los 18 años; él no pudo asistir a la escuela, pero su madrina de bautismo le enseñó a leer y a escribir, además algunos conocimientos de matemática.

Por otra parte relata la paciente que su esposo, desde que se unió con ella, fue depositando en un banco de la ciudad capital, todas las utilidades de su producción agrícola y su cuenta fue creciendo considerablemente. Por sugerencia de un amigo suyo, retiró el dinero del banco y lo depositó en una aseguradora, en donde supuestamente eran mejores los beneficios. Meses después de haberlo depositado el dinero, decidió retirar una cantidad para comprar una propiedad inmueble, pero se encontró con que la aseguradora había desaparecido, trató de investigar sobre el hecho, sin obtener información; frustrado y afectado emocional y fisiológicamente, regresó a su casa manifestando sentimientos de cólera, impotencia, desesperanza, culpa, dolor, angustia, etc. fue apoyado por su esposa y sus hijos mayores, pero esto no fue significativo para él y tomó la decisión de privarse de la vida, dos meses después, ingiriendo un veneno el día 14 de julio del 2007. El suicidio fue la solución para no enfrentar las consecuencias de la pérdida. Dejó una carta en donde explicaba el porqué de su decisión, además en ella suplicaba a su esposa y a sus hijos perdón por su cobardía.

Refiere la paciente que ante la ausencia de su esposo, sus hijos mayores le apoyan económicamente y en todo lo concerniente al hogar, pero que ella también colabora con los beneficios de una tienda, pero considera no poder salir adelante con sus hijos ni soportar la pérdida de su esposo.

Sentimientos y Conducta de la paciente durante las entrevistas.

La paciente al inicio de la primera entrevista se manifestó desconfiada y con sentimientos de timidez y ansiedad, lo que fue desapareciendo con el apoyo psicológico. Las preguntas tuvieron respuestas con monosílabas, presentó resistencia, después esa actitud cambió y respondió con amplitud; reprimió el llanto durante la entrevista. Lamentó no haber estado con su esposo en todo momento después de lo sucedido, para evitar cualquier decisión negativa que él tomara. Hay en la paciente sentimientos de culpa por no haber evitado el suicidio, cólera, desesperanza, impotencia, dolor profundo, miedo, inseguridad, tristeza, angustia, ansiedad, aflicción, soledad, negación, somatización. Además hay sensaciones orgánicas: dolor de

cabeza, dificultad para tragar, opresión pectoral, debilidad, cansancio, resequeidad de boca, trastornos del sueño, malestares digestivos, trastornos de memoria, atención y concentración.

Análisis y Síntesis.

En este caso de muerte por suicidio se manifestaron en la paciente emociones y sentimientos similares a los de otros tipos de muerte, pero también hubo en ella, emociones y sentimientos característicos en un caso de esa condición: frustración, desilusión, rechazo al hecho. La elaboración del duelo es diferente a la de la muerte esperada.

La paciente manifiesta efectos fisiológicos: cefalea, dificultad para tragar, opresión pectoral, debilidad, cansancio, resequeidad de boca, insomnio, malestares digestivos, trastornos de atención, memoria y concentración, falta de apetito, pérdida de peso. Hay además efectos psicológicos: sentimientos de culpa, cólera, desesperanza, impotencia, dolor, miedo, inseguridad, tristeza, angustia, ansiedad, soledad, negación, represión, somatización frustración, rechazo, síntomas de depresión: descuido personal, dificultad para tomar decisiones, futuro negativo, pensamientos relativos a la muerte, lentitud, entre otros.

Lo referido por la paciente indica un caso de suicidio racional, porque para el fallecido representó la única salida posible y deseable de la situación grave que estaba viviendo.

Durante las cinco entrevistas desarrolladas con la paciente, pudo observarse que ella no se ha dado tiempo y permiso para poder abordar de forma consciente el proceso de duelo y poder así salir avante de esta experiencia. Está realizando la primera etapa en la elaboración del duelo según Worden, que es "aceptar la realidad de la pérdida", y en ella no hay aceptación; esta etapa se facilita en las muertes por vejez o de seres muy enfermos, pero se dificulta en muerte inesperada, como en el caso en estudio. La paciente cuenta con ocho meses de duelo por lo que se considera un caso de duelo no resuelto por la separación por deceso de un ser querido por suicidio racional.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 3

Edad: 38 años, 7 meses

Sexo: Femenino

Escolaridad: Tercero Básico

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por muerte de madre.

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de Patzicía Departamento de Chimaltenango, proveniente de un hogar integrado de 5 hijos; el hijo mayor de 43 años, el segundo de 40, la paciente de 38, la cuarta de 35 y la última hija de 33 años: Todos estudiaron la primaria completa, cuatro de ellos son casados y la paciente madre soltera de dos niños, quien ha vivido con sus padres.

La paciente refiere que sus papás se casaron a los 22 años de edad y vivieron juntos 45 años en un ambiente adecuado. Su padre desde muy joven trabajó en el área agrícola y su madre al casarse se dedicó al cuidado de sus hijos y de su hogar. Ella (la madre de la paciente) proviene de una familia integrada con 8 hijos: el primogénito de 68 años, la segunda de 66 (quien falleció), el tercero de 64, el cuarto de 62, el quinto de 60, el sexto de 58, el séptimo de 56 y la última hija de 50 años. Todos los embarazos y partos fueron normales.

La madre de la paciente cursó el sexto grado de primaria y después aprendió corte y confección con una tía suya, conocimientos que practicó de soltera, porque al contraer matrimonio, abandonó esta actividad para dedicarse sólo a su familia. A los tres años de casada, enfermó de bronco espasmo. Con los fármacos que le mandó el médico superó esos malestares y vivió saludablemente por largos años.

Cuando la madre de la paciente contaba con 64 años de vida, empezó con trastornos de sueño, agotamiento y fiebre, visitó al médico, quien le

diagnosticó infección urinaria y le dió tratamiento. Con los medicamentos mejoró (aparentemente). Luego al poco tiempo sufrió otra crisis, por lo que nuevamente visitó al médico tratante, esta vez ordenó análisis y el diagnóstico fue amigdalitis. A los 8 meses enfermó nuevamente, con otros síntomas, entonces la paciente y su papá decidieron internarla en un sanatorio, en donde después de un estudio general le diagnosticaron cáncer en el pulmón derecho, recibió tratamiento de quimioterapia en otro sanatorio, esto le provocaba náusea, desvanecimiento, caída del cabello, etc. y no tuvo resultados favorables, porque las células cancerosas invadieron todos los órganos de su cuerpo. Meses después el médico informó a los familiares más cercanos sobre la irreversibilidad del caso y la familia decidió que permaneciera en el sanatorio, recibiendo los cuidados y atenciones necesarias, hasta el doloroso final, que se dió el 11 de mayo del 2007.

Sentimientos y conducta de la paciente durante las entrevistas

La paciente se comportó al principio de la primera entrevista ansiosa e insegura, poco a poco con el apoyo psicológico manifestó confianza y respondió a las interrogantes. Fue evidente su profundo dolor y lamentó varias veces no haber buscado ayuda profesional para el caso de su mamá desde los primeros síntomas. También lamentó no haberla internado desde el inicio de su padecimiento. La paciente tiene sentimientos de culpa por no haber tratado a tiempo el problema físico de su mamá. Pero también racionalizó sobre la pérdida en varios momentos, manifestando que el deterioro físico y el sufrimiento de su madre eran cada día mayores. En otros momentos se alteró emocionalmente, desapareciendo la aparente resignación. Se mostraba muy afectada física y emocionalmente. Varias veces protestó por la pérdida de ese ser tan querido. En las siguientes entrevistas (tres), la paciente se comportó diferente mostrando confianza y seguridad.

Análisis y síntesis:

En este caso de muerte esperada por enfermedad terminal se manifestaron en la paciente emociones y sentimientos similares en otros tipos de muerte natural, pero la elaboración del duelo es diferente porque la persona que lo está viviendo no se ha dado tiempo y permiso para salir fortalecida de esa experiencia.

Hay en la paciente efectos fisiológicos: cefalea, malestares gástricos, dificultad para respirar, falta de apetito pérdida de peso, dolores musculares, otros. Además presentó efectos psicológicos: sentimientos de culpa por no haber tratado a tiempo el caso de su mamá, cólera, negación, llanto, tristeza, alucinaciones visuales, suspiros, desesperanza, miedo, soledad, impotencia,

profundo dolor, angustia, ansiedad, somatización, lamentaciones, aislamiento, síntomas depresivos: descuido personal, pensamientos relativos con la muerte, inseguridad, pérdida de interés por la vida, deseos de llorar, falta de voluntad, pasividad, dificultad para realizar actividades cotidianas, dificultad para hablar.

Por lo referido por la paciente y las observaciones realizadas puede considerarse que la pérdida de la madre es profundamente dolorosa y de acuerdo al tipo de relación establecida previa al suceso, así se va a dar la respuesta de la hija (o), ante la pérdida de ese ser tan querido; a veces como consecuencia de esa respuesta la persona que vive el duelo puede tener sentimientos y pensamientos negativos que conlleven a serias consecuencias.

Por lo anterior puede considerarse que la paciente está viviendo un duelo no resuelto por el deceso de su mamá a consecuencia de enfermedad terminal.

Por lo observado durante las cuatro entrevistas puede decirse que la paciente está realizando la segunda etapa para superar la experiencia del duelo según Woderden, que consiste en liberar emociones o expresar todos los sentimientos que se presentan en el duelo. Considero que la paciente está viviendo esta etapa del duelo, porque durante las entrevistas manifestó dolor profundo, acompañado de sentimientos de tristeza, impotencia, miedo, desesperación, culpa, lamentaciones, angustia, negación, somatización. Además presentó sensaciones orgánicas: opresión pectoral, falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, trastornos del sueño, alteraciones en alimentación, otros.

Por lo referido por la paciente y por las observaciones realizadas durante las entrevistas puede considerarse este caso de muerte esperada por enfermedad terminal

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 4

Edad: 30 años, 1 mes

Sexo: Masculino

Escolaridad: Maestro de Educación Primaria

Referido por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por muerte de esposa.

Resumen de Historia Clínica:

El paciente es originario de Patzicía, Departamento de Chimaltenango, proviene de una familia integrada de cinco hijos: el mayor de 34 años, el segundo de 32, en tercer lugar el paciente de 30, el cuarto de 28 y el quinto de 26 años. Todos estudiaron la primaria completa, posteriormente el mayor estudió solo los básicos porque se dedicó al comercio, el segundo se graduó de Perito Contador, el paciente de Maestro de Educación Primaria, el cuarto es agricultor y el quinto se graduó de bachiller y estudia en la Universidad.

El paciente al graduarse, se dedicó a la agricultura por las mañanas y por las tardes a la docencia en un colegio, compró una propiedad inmueble y construyó una casa. Se casó a los veintidós años con la madre de sus hijos, (quien falleció) ella tenía 21 años, no trabajaba, cuidaba de sus hijos y del hogar.

Su esposa fue una persona sana casi todo el tiempo que vivió, esporádicamente sufría de catarro. Con ella procrearon 4 hijos, el primero de 6 años, la segunda de 4, el tercero de 2, y la última de 8 meses. Los tres primeros embarazos y partos fueron normales. En el cuarto y último embarazo, la señora sufrió alteraciones emocionales y fisiológicas como consecuencia de la pérdida de su padre quien falleció en un accidente. La esposa del paciente se vió afectada por trastornos de sueño, falta de apetito, aflicción, desesperanza, ira, llanto, ansiedad, otros; esto provocó un embarazo de alto riesgo, el médico le ordenó reposo absoluto para no perder al bebé, no lo hizo y tuvo muchos descuidos.

A los 8 meses de embarazo la esposa del paciente sufrió de edema en los pies, presión baja y otros síntomas. De emergencia fue llevada al hospital para dar a luz, el bebé nació pero ella falleció el 2 de junio del 2,007.

Por lo referido por el paciente puede considerarse que posiblemente se trató de un caso de preclamsia que no fue asistida a tiempo.

Sentimientos y conducta del paciente durante las entrevistas.

Refiere el paciente que antes del deceso de su suegro, su esposa manifestaba amor por su familia, posteriormente al hecho, su conducta cambió notablemente, había rechazado a todo y se mostraba deprimida. Entre sollozos el paciente expresó su dolor profundo por la pérdida y afirmó "que la vida sin su esposa, ya no tiene sentido".

En el inicio de la primera entrevista el paciente expresó sus sentimientos con llanto, se manifestó tímido e inseguro, al recibir el apoyo psicológico fue relatando poco a poco los hechos con confianza y seguridad. Varias veces hizo énfasis en la corta vida de su esposa; cosa que lamentaba con frecuencia. Expresó su impotencia para sacar adelante a los niños sin el apoyo de la madre. Lamentó también el no haber alejado a la fallecida del ambiente de duelo. Puso de manifiesto sus sentimientos de culpa. Se veía profundamente afectado en lo emocional, con síntomas depresivos: ansiedad, angustia, descuido personal, pérdida de peso, falta de apetito, incapacidad para actuar, insomnio, pérdida de interés y de gusto por la vida, pensamiento relativos con la muerte, inseguridad, pérdida de energía, vergüenza, futuro negativo, pasividad.

Análisis y síntesis

En este caso de muerte inesperada a consecuencia de parto con complicaciones, el paciente manifestó algunas emociones y sentimientos similares en otros tipos de muerte: tristeza Llanto, aflicción, suspiros, dolor profundo, sentimientos de culpa, pérdida de apetito, peso y sueño, negación. Pero también en él hay sentimientos de ira, inconformidad, cólera desesperanza e impotencia. La elaboración del duelo tiene diferencias porque la muerte fue inesperada y el paciente no estuvo presente en el momento del deceso.

Hay en el paciente efectos fisiológicos como: trastornos del sueño cefalea dificultad para respirar, malestares digestivos, alteraciones alimenticias, dolores musculares, dolores óseos, debilidad. También se presentaron en él, efectos psicológicos: sentimientos de culpa, negación, no aceptación de la pérdida, cólera, resentimientos, desesperanza, impotencia, aislamiento inseguridad, angustia, tristeza, desesperación, miedo, somatización, síntomas de depresión, deseos de llorar, descuido personal, dificultad para realizar actividades diarias, falta de interés por la vida, pensamientos relacionados con la muerte, baja autoestima, entre otros.

Por lo referido por el paciente, puede considerarse que el deceso inesperado de un ser querido, provoca en la persona sobreviviente no aceptar la pérdida y que de acuerdo al tipo de relación previa al suceso, así se va a dar la respuesta ante la ausencia del ser querido, a veces como consecuencia de esa respuesta, la persona que vive el duelo, puede tener pensamientos y sentimientos negativos los que pueden tener serias consecuencias. Con las observaciones obtenidas durante las cuatro entrevistas con el paciente puede considerarse que él está viviendo la segunda etapa para salir adelante de esa experiencia, según Worden, que consiste en liberar emociones o expresar todo los sentimientos característicos del duelo. Se considera que el paciente está viviendo esta etapa del duelo porque durante las entrevistas manifestó dolor profundo, acompañado de sentimientos de tristeza, impotencia, negación, miedo, desesperanza, culpa, lamentaciones, angustia, cólera contra él mismo y la familia de su esposa. Además hay en él sensaciones orgánicas: opresión pectoral debilidad muscular, trastornos en la alimentación, alteraciones del sueño, resequedad de boca, dificultad para tragar pérdida de peso, entre otras.

Por lo referido por el paciente y las observaciones realizadas durante las entrevistas, puede considerarse este caso de duelo no resuelto por la pérdida de esposa, por parto de alto riesgo y sus consecuencias.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 5

Edad: 34 años, 2 meses

Sexo: Femenino

Escolaridad: Quinto grado

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por muerte de hijo.

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de Acatenango, Departamento de Chimaltenango, con residencia en Patzicía, Departamento de Chimaltenango, proveniente de una familia integrada de 10 hijos: el mayor de 44 años, la segunda de 42, el tercero de 40, el cuarto de 38, el quinto de 36, el sexto lugar lo ocupa la paciente de 34 años, el séptimo de 32, el octavo de 30, el noveno de 28 y la décima de 26 años. Desde pequeños han disfrutado de buena salud, la paciente estudió enfermería, sus hermanos la primaria completa, después se dedicaron unos a la agricultura y otros al comercio, la paciente trabaja en un hospital de la ciudad capital. Todos son casados con hogares integrados.

Refiere la paciente que ella se casó a los 27 años con el padre de sus hijos quien tenía 28 años. Procrearon dos hijos, la primera de 5 años, el segundo de año 11 meses (quien falleció), el esposo de la paciente desde niño trabajó en la agricultura y ahora de casado se dedica al comercio.

Relata la paciente que la dinámica familiar desde que se casaron ha sido buena; su esposo es comprensivo y cariñoso. Al regresar del trabajo los dos realizan actividades lúdicas con los niños y cualquier problema que se presente lo resuelven juntos. Su esposo no está de acuerdo con que ella trabaje, pero ella lo hace para apoyarlo económicamente. En ausencia de los padres, los niños son atendidos por una persona en quien confían porque desde el principio demostró responsabilidad, honradez, buenos hábitos

higiénicos y respeto; además ha sido cuidadosa y cariñosa con los niños, todo el tiempo.

Agrega la paciente que sus hijos desde que nacieron, no habían sufrido de malestares físicos graves, pero la mañana del día 07 de mayo del 2,007, ella comprobó que su hijo tenía fiebre y ordenó a la muchacha que cuidaba de los niños, que no lo sacara de la habitación, que se dedicara por completo al pequeño, luego viajó a trabajar. A las 12 horas del mismo día, recibió una llamada urgente, en la que le avisaban que el niño había fallecido repentinamente, la noticia le provocó alteraciones emocionales, lo que necesitó atención médica en el hospital. Recuperada de la crisis, viajó a su casa, donde se informó que el niño había fallecido a consecuencia de problemas respiratorios (neumonía). Su deducción fue que lo habían descuidado, pero hasta el momento no sabe con certeza cuál fue el origen de la muerte repentina de la muerte de su pequeño hijo.

El padre de los niños culpa a la paciente, por no haber dedicado su tiempo al cuidado de sus hijos, ésto ha creado un conflicto familiar.

Refiere la paciente que su niña, también ha sido afectada emocionalmente por la ausencia del niño, a veces llora y pregunta por su hermano y pide verlo.

Sentimientos y conducta de la paciente durante las entrevistas.

La paciente se comportó al principio de la entrevista, desconfiada, con temor y resistencia, al apoyarla psicológicamente su conducta cambió y respondió brevemente a las preguntas, conforme hablaba poco a poco fue tomando confianza y relató el hecho con amplitud.

Pudo observarse durante el desarrollo de la primera entrevista que, la paciente tiene sentimientos de culpa por no haberse quedado con el niño, desesperanza, cólera contra ella misma y la familia de su esposo, desánimo, desaliento, frustración, desesperanza, desesperación, síntomas de depresión, lamentaciones, negación del suceso, angustia, y duda sobre las causas de la muerte del niño. Además de los sentimientos de culpa que vive, por no haberse dedicado por completo a sus hijos, sufre por el rechazo y señalamiento de su esposo y de su familia. Se siente muy afectada emocionalmente, afirma que la pérdida de un hijo es profundamente dolorosa, no importando la edad, y que es difícil superar la pérdida, más aún, porque fue repentina. Ella no cree que haya desaparecido su hijo para siempre, niega volver a embarazarse y afirma que le provoca miedo el pensarlo.

En las entrevistas siguientes (3 más) la paciente demostró confianza y seguridad en sí misma.

Análisis y síntesis.

En este caso de muerte repentina se manifestaron en la paciente emociones y sentimientos similares a los de cualquier otro tipo de muerte, pero además hay en ella sentimientos de cólera, incertidumbre, resentimiento, entre otros. La elaboración del proceso de duelo ha sido difícil porque el deceso fue repentino y además la paciente no estuvo presente en el momento del final. En la paciente hay efectos psicológicos: sentimientos de culpa, cólera, ansiedad, desesperanza, no aceptación del hecho, resentimientos, incertidumbre, somatización, lamentaciones, angustia, dolor profundo, tristeza, represión, soledad, miedo, inseguridad, impotencia, síntomas de depresión: lentitud, pasividad, ansiedad, angustia, falta de voluntad, pérdida de interés por la vida, pensamientos relativos con la muerte, descuido personal, vergüenza, aversión hacia sí misma, entre otros.

Por lo referido por la paciente puede considerarse que el duelo por la pérdida de un hijo (a), no importando la edad, es profundamente doloroso y más aún cuando el deceso es repentino. La paciente por la situación que está viviendo, no se ha dado "tiempo y permiso" para una adecuada elaboración del duelo, está realizando la segunda etapa o tarea según "Worden"; y por lo mismo es un caso de duelo no resuelto, por la pérdida de un hijo, por muerte repentina.

Se considera que la paciente está viviendo la segunda etapa de la elaboración del duelo según "worden" porque durante las entrevistas, presentó dolor profundo, miedo, cólera, desesperación, desesperanza, culpa, lamentaciones, negación, somatización, otros. Además expresó tener sensaciones orgánicas; pérdida de peso, opresión pectoral, falta de aire, boca seca, alteraciones del sueño, trastornos alimenticios, debilidad muscular entre otras

Por lo referido por la paciente puede considerarse que está viviendo un duelo no resuelto por la pérdida repentina de un hijo.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 6

Edad: 50 años, 5 meses

Sexo: Femenino

Escolaridad: Sexto Grado de Magisterio

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por muerte de padre.

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de Sololá, con residencia en Patzicía, Departamento de Chimaltenango, proviene de una familia integrada de cuatro hijos: el primero de 69 años, el segundo de 64, la tercera de 57 y la paciente de 50 años.

La familia siempre tuvo solvencia económica, la madre (ya fallecida) se dedicó al comercio y el padre (quien falleció) cultivaba granos básicos y verduras, actividad que realizó hasta los 80 años, aproximadamente.

Refiere la paciente que su papá y su mamá se casaron de 22 y 20 años respectivamente, siempre apoyaron a sus hijos, y les formaron adecuadamente, en la dinámica familiar prevaleció el amor, respeto y comprensión. Vivieron juntos 69 años porque su madre falleció a los 85 años a consecuencia de problemas respiratorios.

Relata la paciente que en ausencia de su mamá, su papá vivió de manera inestable, un mes con cada hijo, lo que representó incómodo para el anciano, pero debido a los cuidados necesarios de su edad, no era factible que tuviera un hogar estable, esta situación también era molesta para los hijos. Durante este tiempo el padre de la paciente fue sometido a una cirugía (de la próstata) además sufrió de enfermedades respiratorias, posiblemente al cambio frecuente de clima, y a su edad. Estando en la casa de la paciente enfermó gravemente de pulmonía, dándose el deceso el 04 de julio del 2,007.

La paciente manifestó su profundo dolor por la pérdida, reprimiendo constantemente el llanto.

Sentimientos y conducta de la paciente durante las entrevistas.

Durante el desarrollo de la primera entrevista, presentó sentimientos de tristeza, dolor, llanto reprimido, relató los hechos con confianza y seguridad. Hay en ella resignación por el sufrimiento del anciano, racionalizó sobre el deceso y la situación vivida por su padre, manifestó sentimientos de culpa por la inestabilidad de su papá en sus últimos años, hubo en ella lamentaciones por los mismos hechos,

Refirió la paciente que el deceso de su padre se debió posiblemente a enfermedades y complicaciones propias de la vejez. También expresó satisfacción por haberle apoyado en todo momento durante su gravedad.

Análisis y síntesis

En este caso de muerte por vejez, se presentaron en la paciente emociones y sentimientos de culpa, debilidad, pérdida del sueño, aturdimiento, entre otros. Las manifestaciones emocionales son diferentes a las de otros tipos de muerte en donde algunas veces se dan sentimientos y emociones negativas.

Hay en la paciente efectos fisiológicos como: trastornos del sueño, malestares gástricos, falta de apetito, pérdida de peso, entre otros. Efectos psicológicos: negación, sentimientos de culpa, represión, lamentaciones, racionalización sobre el deceso y estilo de vida del fallecido, aceptación de la muerte, resignación, tristeza, satisfacción, otros.

Por lo referido por la paciente puede considerarse que ella está elaborando las etapas del duelo adecuadamente, se está dando tiempo y permiso para salir fortalecida de la experiencia y de esta manera, afrontar la vida con mayor sentido de la realidad, tomando en cuenta que esto no es fácil, hay que reconocer y respetar el propio ritmo para ir sin prisa, pero sin pausa en el camino consciente hacia la salida, logrando así la resolución del duelo por la pérdida por deceso del ser querido en el tiempo establecido.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 7

Edad: 49 años, 7 meses

Sexo: Masculino

Escolaridad: Sexto grado

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por muerte de su hijo

Resumen de Historia Clínica:

El paciente es originario del Municipio de Patzicía, Departamento de Chimaltenango, proviene de un hogar integrado por 6 hijos: el primogénito de 49 años, (el paciente), la segunda de 47, el tercero de 45, el cuarto de 43, la quinta de 41, y el sexto de 38.

Refiere el paciente que se casó con la madre de sus hijos a los 17 años, ella tenía 16 años, procrearon cuatro hijos: el mayor de 31 años, el segundo de 29, el tercero de 27, y el último de 25 años (quien falleció). La esposa del paciente falleció a los dos meses del nacimiento del último hijo. Con la ausencia de su esposa, él se dedicó al cuidado de sus hijos y trabajó arduamente para sacarlos adelante; los cuatro durante su niñez enfermaron de sarampión, catarros, viruela y otras enfermedades. Siempre tuvo el apoyo de su familia para la formación de sus hijos, los cuatro estudiaron la primaria completa, luego el mayor aprendió panadería, el segundo carpintería, el tercero estudió magisterio, el cuarto trabajaba con su papá, era muy tranquilo y hogareño, pero sorprendentemente empezó a salir. Pasados unos meses, lo hacía con frecuencia y regresaba con efectos alcohólicos, el padre agotó los recursos para disuadirlo de ese estilo de vida, porque el daño era evidente, pero nunca lo logró. Preocupado por el problema se propuso investigar a dónde se dirigía cuando salía. Logró información, pero con esto, aumentó su preocupación, trató de dialogar con su hijo sobre sus amistades, pero él negó la existencia de sus amigos. Diariamente surgían discusiones en el hogar, por la conducta del fallecido.

Así pasó el tiempo y la mañana del día 26 de junio del 2,007, el paciente encontró sin vida a su hijo en su habitación, no tenía huellas de suicidio o de violencia, llamaron al médico, quien diagnosticó muerte por derrame cerebral. Pero en la familia prevalece la duda sobre la muerte, repentina del muchacho.

Sentimientos y conducta del paciente durante las entrevistas.

El paciente al inicio de la primera entrevista manifestó desconfianza y miedo, con el apoyo psicológico, poco a poco desaparecieron esos sentimientos y fue relatando con tristeza y llanto las causas del deceso de su hijo. Se veía muy afectado emocionalmente. Expresó varias veces que la pérdida de un hijo es superior a cualquier otra pérdida, más en esas circunstancias. Hay en él sentimiento de culpa por no haber logrado alejar a su hijo de esas amistades, lamentó no haber descubierto a tiempo ese ambiente negativo en el que se desenvolvía el joven, racionalizó acerca del deceso y las circunstancias para su hijo, de haber seguido en ese estilo de vida. También fueron evidentes los sentimientos de desesperanza, impotencia, incertidumbre, desconfianza, angustia, ansiedad, ira hacia los amigos de su hijo.

Análisis y Síntesis:

En este caso de muerte repentina se hicieron obvias en el paciente, emociones y sentimientos similares a los de otros tipos de muerte, pero además hay en él sentimientos de ira, resentimientos y deseos de venganza y odio.

La elaboración del duelo es diferente por las circunstancias en que se dió la pérdida, el paciente no se ha dado tiempo para poder salir adelante del duelo y realizar las etapas necesarias para elaborar el proceso de duelo adecuadamente. El paciente presentó problemas fisiológicos: trastornos del sueño, falta de apetito, pérdidas de peso, debilidad, dolores musculares, malestares gástricos, dolor de cabeza, falta de concentración, falta de atención, dolores del cuerpo, nauseas, opresión pectoral. También se manifestaron en él problemas psicológicos: ansiedad, sentimientos de culpa, ira, impotencia, tristeza, desesperanza, odio, desconfianza, incertidumbre, negación, lamentaciones, somatización, racionalización sobre el deceso y la sobrevivencia del joven con el estilo de vida inadecuada que tenía y las consecuencias. Se manifestaron en el paciente además: resistencia,

angustia, aislamiento, síntomas de depresión: pasividad, pérdida de interés y gusto por la vida, pensamientos relativos con la muerte, inseguridad, pérdida del peso, baja autoestima, vergüenza, dificultad para tomar decisiones.

Por lo que el paciente refirió puede considerarse que el duelo por la pérdida de un hijo (a) es superior a cualquier otro duelo por deceso y que de acuerdo al tipo de relación previa al suceso, así se va a dar la respuesta en la persona que sobrevive.

Por lo referido por el paciente y las observaciones realizadas durante las cuatro entrevistas, puede considerarse que él está viviendo la segunda etapa para superar esa experiencia, según "Worden", que consiste en liberar emociones o expresar todos los sentimientos característicos del duelo. Se considera que el paciente está elaborando esa etapa del duelo porque durante las entrevistas expresó dolor profundo acompañado de sentimientos de tristeza, impotencia, miedo, desesperanza, angustia, lamentaciones, negación sentimientos de culpa, cólera contra él mismo y hacia las amistades de su hijo. Además manifestó sensaciones orgánicas: opresión pectoral, debilidad muscular, trastornos de alimentación, dificultad para tragar, pérdida de peso, entre otras.

Por lo anterior puede establecerse que el paciente está viviendo un duelo no resuelto por la pérdida de un hijo por muerte inesperada.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 8

Edad: 45 años, 1 mes

Sexo: Femenino

Escolaridad: Sexto grado

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por desaparición de hijo.

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de Patzicía, Departamento de Chimaltenango, proviene de un hogar integrado con 3 hijas: la primera de 45 años, la segunda de 42 años, la tercera de 40 años.

La paciente refiere que se casó a la edad de 20 años con el padre de sus hijos, quien tenía 24 años. Procrearon tres hijos: el mayor de 25 años, el segundo de 20 años, y la tercera de 18 años. Los niños vivieron sus primeros años en un hogar integrado, luego la paciente descubrió la infidelidad de su cónyuge y decidió separarse, desde entonces ella ha logrado con esfuerzos, el bienestar de sus hijos. El primero estudió Tercero Básico, el segundo se graduó de Maestro y la tercera estudia Secretariado Comercial. De pequeño sus hijos enfermaron con frecuencia, pero conforme crecieron mejoró su salud. Al separarse del padre de sus hijos, la paciente tomó el control del hogar, con su entrega logró formarlos adecuadamente, sintiéndose satisfecha por ello. La paciente refiere que su hijo mayor (quien desapareció) decidió dejar sus estudios para apoyarla en lo económico, ella se negó, pero después de insistir, accedió a los propósitos de su hijo quien principió a trabajar en una farmacia. Más tarde con mejoras salariales se trasladó a un supermercado, viajaba todos los días y repentinamente el 18 de mayo del 2007 ya no regresó a su casa. Después de 6 meses de búsqueda, la familia lo da por fallecido.

En la paciente hay sentimientos contradictorios; esperanza y desesperanza, lamentó no haber insistido para que terminara sus estudios y se siente culpable por haberlo complacido en sus peticiones. La paciente

dice sentirse sola, impotente, triste, afligida, desesperada, con ira y dolor profundo. Entre sollozos aseveró “que perder a un hijo en esas circunstancias es más duro que perderlo por enfermedad común”. Expresó sentir malestares orgánicos: opresión pectoral, cefalea, debilidad, pérdida de energía, falta de apetito, dolores musculares, náuseas, taquicardia, alteraciones del sueño; cuando duerme por momentos tiene pesadillas.

Sentimientos y conducta de la paciente durante las entrevistas.

Durante la primera entrevista la paciente manifestó timidez, inseguridad y miedo, con el apoyo psicológico, cambió su conducta, tomó confianza y relató el suceso. Pudo observarse en ella sentimientos encontrados: esperanza y desesperanza, culpa de haber aceptado que sustituyera sus estudios por el trabajo, lamentos desesperados, sufre de depresión, el llanto es constante y hay en ella sentimientos de ira, y deseos de venganza hacia los agresores de su hijo. Indicó que sus familiares y ella lo buscaron en hospitales, presidios, en las casas de sus amigos y de parientes que viven en otros lugares, por todo el pueblo, en lugares aledaños, en las áreas de cultivo. Por momentos la paciente se desesperaba por no haber encontrado a su hijo, se veía muy afectada físicamente. Hay somatización en ella.

Análisis y síntesis:

En este caso de duelo por desaparición se presentaron en la paciente algunos sentimientos y emociones similares a los de otros tipos de duelo, pero también se presentaron sentimientos de ira, odio y deseos de venganza por tratarse de un secuestro y desaparición de un hijo. La elaboración del duelo es diferente por la incertidumbre manifiesta y las circunstancias de la pérdida.

La paciente es objeto de efectos fisiológicos: cefalea, trastornos del sueño, debilidad, pérdida de energía, malestares gástricos, náuseas, mareos, dolores musculares, trastornos de alimentación, falta de fuerza muscular, opresión pectoral, cansancio. Hay en ella también efectos psicológicos: ansiedad, miedo, negación, inseguridad, angustia, tristeza, impotencia, desesperanza, desesperación, cólera, deseos de venganza, odio, somatización resentimientos hacia el padre de sus hijos a quien considera culpable de la tragedia de su primogénito por la falta de apoyo desde su niñez, síntomas de depresión: tristeza, inseguridad, baja autoestima, pensamientos relativos con la muerte, pérdida de interés y de gusto por la vida, insomnio, dificultad para realizar actividades diarias, descuido personal,

entre otros. En las siguientes entrevistas se observó en la paciente confianza y seguridad.

Lo referido por la paciente indica un caso de pérdida ambigua. También puede considerarse que el duelo por la desaparición de un hijo es más profundo que cualquier otro duelo, que de acuerdo a la relación establecida previa al suceso, así se da la respuesta de la persona sobreviviente ante la pérdida del ser querido. En algunos casos como consecuencia de esa respuesta, la persona que vive el duelo puede tener pensamientos negativos que conllevan a serias consecuencias.

Por las observaciones realizadas en las 5 entrevistas, puede considerarse que la paciente está viviendo la segunda etapa de la elaboración del duelo según Worden, que consiste en liberar emociones o expresar todos los sentimientos que se viven en el duelo. Se considera que la paciente está realizando esa etapa porque durante las entrevistas expresó dolor profundo, tristeza, impotencia, desesperanza, desesperación, miedo, ansiedad, angustia, inseguridad, incertidumbre, cólera, culpa, lamentaciones, negación, entre otros. Presentó además sensaciones orgánicas; opresión pectoral, disnea, náusea, cefalea, debilidad muscular, alteraciones del sueño, trastornos de alimentación, dolores musculares, dolores óseos.

Lo anterior indica un caso de duelo no resuelto por pérdida ambigua de un hijo secuestrado.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 9

Edad: 50 años, 2 meses

Sexo: Femenino

Escolaridad: Quinto grado Primaria

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por enfermedad y muerte del esposo.

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de Patzicía Departamento de Chimaltenango, proveniente de una familia integrada con 11 hijos: el mayor de 58 años, la segunda de 56, el tercero de 54, la cuarta de 52, la quinta de 50, el sexto de 48, la séptima de 46, el octavo de 44, la novena de 42, la décima de 40 y el último de 36 años.

La paciente refiere que ella se unió a los 16 años con el padre de sus hijos e hijas, él tenía 17 años: procrearon 6 hijos el primero de 33 años, la segunda de 31 la tercera de 29, la cuarta de 27, la quinta de 25 y el último de 22 años. Todos tienen estudios a nivel medio. De niños 5 fueron sanos, pero el tercero enfermó de pulmonía y a consecuencia de ello frecuentemente tiene problemas respiratorios. Cinco son casados con hogares integrados, el último es soltero.

La paciente relata que lo primordial para ella y su esposo, siempre fue-ron sus hijos, que tuvieron grandes satisfacciones por su conducta y dedicación al estudio. También refiere que ella y su esposo contrajeron matrimonio a los tres años de vivir unidos. Ella se ha dedicado al cuidado de sus hijos e hijas y del hogar. Su esposo desde que se unieron se dedicó al comercio, trabajaba arduamente, a veces ella lo notaba demasiado cansado. En los últimos años que vivió, además del cansancio manifestó otros síntomas, por lo que visitó a un médico, él ordenó análisis y estos evidenciaron diabetes, entonces inició un tratamiento, con una dieta especial

para el caso, lo que nunca realizó por disfrutar de sus platos favoritos. Tenía muchos descuidos con su salud. Pasaron cinco años y los malestares se agudizaron con frecuencia, el tratamiento no tenía resultado satisfactorio por falta de colaboración del enfermo, una noche su estado fue de gravedad y recibió atención médica en un sanatorio donde falleció el 30 de junio del 2007 a consecuencia de un infarto del miocardio.

Sentimientos y conducta de la paciente durante las entrevistas.

Durante la entrevista la paciente evidenció aflicción, inseguridad, desconfianza y timidez por lo que se le apoyó psicológicamente, esto permitió que poco a poco cambiara su comportamiento, después manifestó confianza y relató el suceso, con llanto deprimido. Se observó en ella sentimientos de culpa por no haber evitado los descuidos de su esposo en el tratamiento indicado por el médico tratante, lamentó no haber estado junto a él en el momento del doloroso final, afirmó tener cólera hacia sí misma por no haberlo atendido en sus últimos momentos. También expresó: “quisiera desaparecer yo también”.

Análisis y Síntesis:

En este caso de muerte repentina se evidenciaron en la paciente emociones y sentimientos similares a los de otros tipos de muerte, pero en ella hay otros sentimientos característicos en las personas que viven un duelo por muerte repentina. La elaboración del duelo es diferente por las circunstancias del deceso.

Se presentan en la paciente efectos fisiológicos: trastornos del sueño, resequedad de la boca, disnea, cefalea, opresión pectoral, dolores musculares, cansancio, alteraciones alimentarias, malestares gástricos. También hay en la paciente efectos psicológicos: aflicción, dolor profundo, ansiedad, miedo, tristeza, llanto reprimido, sentimientos de culpa, negación, racionalización, somatización, inseguridad, impotencia, soledad, desesperanza, aislamiento, síntomas depresivos: pérdida de peso, dificultad para tomar decisiones, pérdida de interés y de gusto por la vida, baja autoestima, pasividad, descuido personal, incapacidad de actuar, pensamientos relativos con la muerte, miedo, ansiedad, angustia, inseguridad, deseos de llorar.

Durante las cuatro entrevistas pudo observarse que la paciente está viviendo la segunda etapa para salir adelante del duelo según “Worden”, cuyas características son: liberar emociones o expresar todos los sentimientos que se sienten en el duelo: aturdimiento, dolor profundo, llanto,

suspiros, sentimientos de culpa, negación, dificultad para concentrarse y hablar, tristeza, ansiedad, miedo, cólera, desesperanza.

Por las referencias de la paciente posiblemente el deceso de su esposo se debió a un caso de diabetes no controlada a consecuencia del incumplimiento de las indicaciones del médico para el tratamiento y las complicaciones que esto generó.

La paciente está viviendo un duelo no resuelto por el deceso de su esposo, por enfermedad y sus consecuencias.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 10

Edad: 50 años, 3 meses

Sexo: Femenino

Escolaridad: Sexto grado de primaria

Referida por: Centro de salud

Por proceso de duelo no resuelto por deceso de hija.

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de Patzicía, Departamento de Chimaltenango, proviene de un hogar integrado por cinco hijos: la mayor de 50 años, la segunda de 48 años, la tercera de 46, la cuarta de 44 la última de 42 años.

Refiere la paciente que se unió al padre de sus hijos a la edad de 21 años, él contaba con 22 años. Desde el inicio de la unión conyugal hubo un ambiente inadecuado con violencia intrafamiliar de parte del esposo. A partir del nacimiento de la primera niña, las discusiones fueron más frecuentes; luego nació la segunda, después nació la tercera y continuaron los problemas en la pareja, ya no se trataba de maltrato psicológico sino también físico; cuando nació la última niña fue más difícil la convivencia; a causa de la agresividad del padre de las niñas; la paciente investigó sobre la causa del comportamiento de su marido y descubrió que era casado con la madre de sus primeros hijos; sin explicaciones la paciente se alejó de él; recibiendo el apoyo de sus padres, quienes le ofrecieron cuidar de dos niñas, quedándole a ella las más pequeñas.

Relata la paciente que la mayor de sus hijas tiene 29 años, la segunda 27, la tercera 25 (quien falleció) y la cuarta de 20 años. Con muchos esfuerzos, las 4 niñas estudiaron la primaria completa. Cuando la mayor cumplió 15 años empezó a trabajar para apoyar económicamente a su madre, con esto, la paciente decidió vivir con sus 4 hijas. La segunda trabajó a los 14 años en una panadería, la tercera y la cuarta trabajaron como domésticas a los 14 años.

Refiere la paciente que al casarse sus dos hijas mayores, ella se quedó con las dos pequeñas, más tarde se casó la tercera (quien falleció) y al poco tiempo la última. La tercera hija desde que se casó sufrió maltrato físico y psicológico por parte de su esposo, quien es muy inseguro y violento. La fallecida procreó 3 hijos: un niño de 5 años, una niña de dos y la última de 6 meses. El primer embarazo y parto a pesar de las circunstancias fueron normales; el segundo embarazo tuvo algunas complicaciones y el último embarazo por el estilo de vida en el hogar fue de alto riesgo, durante el cual se presentaron en la señora síntomas depresivos y desnutrición. En el momento del parto la niña nació y la madre falleció el 21 de mayo del 2007. Pasados los funerales el padre de las niñas las rechazó argumentando que no eran hijas suyas. Las niñas viven con la paciente, quien es apoyada económicamente por sus hijas para las necesidades de los pequeños.

Sentimientos y conducta de la paciente durante las entrevistas.

En la primera entrevista en el inicio se evidenciaron en la paciente sentimientos de dolor, tristeza, aflicción, impotencia e inseguridad, al apoyarla psicológicamente el llanto fue desapareciendo, lo que permitió el relato del suceso. Se observó que hay en la paciente sentimientos de culpa por no haber apoyado a su hija durante el embarazo y alejarla de la violencia intrafamiliar. Lamentó no haber disuelto el matrimonio de su hija desde los primeros meses de casada cuando empezó a sufrir del maltrato; hay sentimientos de ira y rechazo hacia el esposo de la fallecida, lamentó también que sus nietas hayan perdido a su madre a tan corta edad, cuando más falta hace el apoyo de la mamá, por culpa de un hombre irresponsable y agresivo.

La paciente con sentimientos de cólera aseveró que tratará por todos los medios que el caso de su hija no quede impune, que su agresor sufra las consecuencias de la violencia intrafamiliar consumada, la que de alguna manera afectó también al niño y a las niñas por el entorno familiar inadecuado en que vivían.

Análisis y Síntesis:

En este caso de muerte no esperada a consecuencia de la violencia intrafamiliar, se evidenciaron en la paciente sentimientos y emociones similares a los de otros tipos de muerte; pero hay también sentimientos negativos: ira, resentimiento, odio, entre otros. La elaboración del duelo es diferente por tratarse de una muerte inesperada a consecuencia de la violencia intrafamiliar.

La paciente presentó efectos fisiológicos cefalea, trastornos del sueño, disnea, debilidad, dolores musculares, dolores óseos, alteraciones alimenticias malestares gástricos, resequedad de boca, pérdida de peso. También presentó efectos psicológicos: sentimientos de dolor profundo, tristeza, angustia, ansiedad, impotencia, llanto, negación desesperanza, sentimientos de culpa, ira, rechazo, lamentaciones, somatización, síntomas de depresión, tristeza, descuido personal, ansiedad, soledad, angustia, culpa, vergüenza, deseos de llorar baja autoestima, apatía, incapacidad para las actividades diarias, inseguridad, dificultad para hablar, entre otras.

Lo referido por la paciente y las observaciones realizadas durante las cuatro entrevistas indican que ella está viviendo la segunda etapa del duelo según (Worden) que consiste en liberar las emociones o expresar todos los sentimientos característicos del duelo. Se considera que la paciente está realizando esa etapa del duelo porque durante las entrevistas evidenció dolor profundo, acompañado de sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, impotencia, desesperanza, cólera, culpa, angustia, negación, lamentaciones, rechazo, somatización, además expresó sensaciones orgánicas; debilidad, disnea, opresión pectoral, resequedad de boca, pérdida de energía, trastornos alimentarios, alteraciones del sueño, entre otros.

Lo referido por la paciente señala, que ella está viviendo un duelo no resuelto por la pérdida por deceso no esperada de una hija por parto de alto riesgo.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 11

Edad: 50 años, 3 meses

Sexo: Masculino

Escolaridad: Sexto Primaria

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por hijo asesinado.

Resumen de Historia Clínica:

El paciente es originario del Municipio de Patzicía Departamento de Chimaltenango, proviene de un hogar integrado de nueve hijos, el mayor de 60 años, el segundo de 58 años, el tercero de 56 años, el cuarto de 54, el quinto de 52, el sexto de 50, el séptimo de 48, el octavo de 46 y el noveno de 44 años.

Refiere el paciente que él se casó a los 17 años con la madre de sus hijos quien tenía 16 años. Procrearon 7 hijos: el primero de 33 años, (quien falleció), la segunda de 32, la tercera de 30, la cuarta de 28, la quinta de 25, la sexta de 23, la séptima de 20. De pequeños enfermaron poco, de adultos han sufrido enfermedades leves. Con grados de escolaridad diferentes: el mayor se graduó de Perito Contador (quien falleció), la segunda cursó Sexto Primaria, la tercera Primero Magisterio, la cuarta Tercero Básico, la quinta Segundo Básico, la sexta es Secretaria Comercial, la menor, Maestra de Educación Primaria. Seis son casados, la menor soltera. Relata el paciente que su hijo mayor se casó a los 23 años con la madre de sus hijos, quien tenía 20 años. Padres de 4 hijos, el primero de 9 años, el segundo de 6, el tercero de 3 y el último de 1 año, han sufrido enfermedades leves. El niño mayor estudia Tercero Primaria, el segundo Primer Grado de primaria, el tercero y el último aún no estudian.

El paciente refiere que el fallecido, se encargaba de la ferretería que establecieron su esposa y él después de casarse. Entre sollozos relata que su hijo y él viajaron a Chimaltenango a retirar una suma de dinero, al salir del

banco cuatro enmascarados les ordenaron que los siguieran, llevándolos a un lugar solitario donde les pidieron el dinero, ellos se resistieron, lo que provocó la acción de los delincuentes. El fallecido por defender a su papá recibió varios impactos de bala, muriendo el 16 de junio del 2007. El paciente a consecuencia de esa violencia sufrió dos cirugías durante las cuales su estado fue de gravedad.

Sentimientos y conducta del paciente durante las entrevistas.

En el inicio de la primera entrevista el paciente manifestó sentimientos de inseguridad, miedo, timidez y desconfianza, el apoyo psicológico permitió que cambiara su comportamiento y relató el suceso pausadamente por el llanto. Expresó su dolor profundo por la pérdida, con sentimientos de tristeza, negación, aflicción, desesperanza, impotencia, culpa por no haber evitado que hirieran de muerte a su hijo y por haber permitido que lo acompañara. Hay en él también sentimientos de ira, odio y deseos de venganza hacia los malhechores. Lamentó la corta vida de su primogénito y que sus pequeños nietos hayan perdido a su papá. El paciente después de relatar los hechos, indicó sentirse sólo, sin deseos de vivir, sin voluntad, triste, ansioso, angustiado, culpable, apático, inseguro, con deseos de llorar, falta de apetito, alteraciones del sueño.

Análisis y Síntesis:

En este caso por deceso por homicidio a consecuencia de la violencia que se vive en Guatemala a nivel nacional, en el paciente se evidenciaron sentimientos similares a los de otros tipos de duelo, pero además se manifestaron sentimientos de ira, odio y deseos de venganza hacia los agresores, pero la elaboración de las etapas del duelo es diferente por tratarse de una muerte repentina por la violencia.

Durante la entrevista pudo observarse que hay en el paciente efectos psicológicos: debilidad, resequedad de boca, cefalea, trastornos del sueño, alteraciones alimenticias, falta de fuerza muscular, malestares gástricos, pérdida de peso, disnea. Además fueron evidentes los siguientes efectos psicológicos: sentimientos de profundo dolor, tristeza, llanto, aflicción, desesperanza, desesperación, impotencia, inseguridad, negación, sentimientos de culpa, ira, rechazo, lamentaciones, somatización, síntomas depresivos: soledad, falta de interés por la vida, ideas relacionadas con la muerte, descuido personal, apatía, angustia, ansiedad, llanto, inseguridad, culpa, baja autoestima, pérdida de peso, miedo, insomnio, falta de apetito, entre otros.

Lo referido por el paciente y las observaciones percibidas durante las cinco entrevistas, señala que él está viviendo la segunda etapa para superar la experiencia del duelo según Worden, que consiste en liberar las emociones o expresar todos los sentimientos característicos en el proceso del duelo. Se considera que está elaborando esta etapa porque en el desarrollo de las entrevistas, fue obvio el dolor profundo acompañado de sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, impotencia, desesperanza, cólera, culpa, angustia, negación, lamentaciones, otros. También expresó tener sensaciones orgánicas: debilidad, opresión pectoral, resequedad de boca, pérdida de energía, alteraciones del sueño.

Lo anterior indica que el paciente está viviendo un duelo no resuelto por la pérdida por muerte repentina de un hijo, a consecuencia de la violencia que se vive en Guatemala.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 12

Edad: 50 años, 2 meses

Sexo: Femenino

Escolaridad: Cuarto Magisterio

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por muerte de madre.

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de Patzicía Departamento de Chimaltenango, proviene de un hogar integrado de 10 hijos: el primero de 78 años, el segundo de 76, el tercero de 74, la cuarta de 72, la quinta de 68, el sexto de 64 (ya fallecido), la séptima de 61, la octava de 57, el noveno de 54, y la décima de 50 años.

La paciente refiere que sus papás se casaron a los 20 y 18 años respectivamente, durante su vida conyugal prevaleció el amor, comprensión, responsabilidad y respeto, si hubo desavenencias nunca se evidenciaron, el entorno familiar fue adecuado, y en todo momento apoyaron a sus hijos. Los embarazos y partos de la madre de la paciente fueron normales asistidos por comadronas (en esa época era lo usual) recibían las madres cuidados especiales durante el embarazo y después del parto.

La madre de la paciente era la mayor de sus hermanos, con escolaridad primaria, de niña sufrió enfermedades comunes en la niñez, de adulta enfermó levemente, de soltera se dedicó al comercio, de casada a sus hijos y las actividades del hogar.

La paciente relata que su mamá disfrutó de buena salud hasta los 72 años de edad, quien a consecuencia de la pérdida por deceso de su nieta mayor sufrió malestares cardiovasculares, quedando con tratamiento por tiempo indefinido; años más tarde se fracturó la columna, provocándole inmovilidad. La falta de ejercicio provocó problemas respiratorios y circulatorios: catarros frecuentes, luego bronquitis, después se presentaron

tres crisis de neumonía; en la última los fármacos afectaron severamente el funcionamiento renal. Estos padecimientos respiratorios graves, duraron tres meses aproximadamente, durante los cuales la enferma fue asistida durante las 24 horas del día; para ello los miembros de la familia se organizaron, turnándose a fin de ofrecerle mejor atención. Todo el tratamiento (oxígeno, nebulización, medicamentos, suero, etc.) fue recibido en su casa bajo el control del médico tratante. Cuando el caso iba evolucionando favorablemente (en apariencia) la enferma sufrió un infarto dándose el deceso el 08 de junio del 2007.

Sentimientos y conducta del paciente durante las entrevistas.

La paciente en el inicio de la primera entrevista se manifestó insegura ansiosa y triste, por lo que se le apoyó psicológicamente, con esto, cambió su comportamiento, y fue relatando lo que se le preguntaba, se observó en ella: dolor profundo, aflicción, negación del deceso, sentimiento de culpa por no haber sido asistida en un hospital, desesperanza, lamentó no haber estado con su mamá todo el tiempo de su enfermedad; hubo racionalización sobre el deceso y sufrimiento de la enferma.

Relata la paciente que en el momento del deceso de su mamá, ella no pudo expresar sus emociones y sentimientos, quedándose indiferente ante el suceso, sentía opresión pectoral, impotencia, aturdimiento, mareo, serenidad aparente; esto duró más de una semana, luego se manifestó en ella negación del hecho. Después se manifestaron síntomas depresivos, por lo que visitó a un médico que le mandó varios fármacos, como los síntomas persistían visitó a un neurólogo, él le indicó un tratamiento con antidepresivos y tranquilizantes, con estos medicamentos desaparecieron los malestares, pero el tratamiento continuará hasta que el médico lo considere necesario.

Análisis y Síntesis:

En este caso de muerte esperada por padecimientos de la vejez, se presentaron en la paciente emociones y sentimientos similares a los de otros tipos de duelo por deceso esperado. La elaboración del duelo es diferente por el apego y la relación establecida, entre madre e hija previa al suceso y por el impacto que sufrió la paciente en el momento del mismo. Se evidenciaron en ella efectos fisiológicos: debilidad, resequead de boca, insomnio, malestares gástricos, mareos, falta de fuerza muscular, disnea, dolores musculares, cefalea, trastornos alimenticios, pérdida de peso, náusea. También se presentan en ella efectos psicológicos: ansiedad,

angustia, sentimientos de culpa, negación, tristeza, represión, miedo inseguridad, tristeza, impotencia, cólera hacia sí misma, racionalización sobre el deceso y el sufrimiento de su madre si hubiera sobrevivido, somatización, aceptación por momentos. Hubo también síntomas depresivos semanas después de la pérdida: soledad, miedo, inseguridad, deseos de llorar, tristeza, angustia apatía, falta de interés por la vida, insomnio, ansiedad, pérdida de peso, delirio de persecución, baja autoestima, descuido personal, dificultad para realizar actividades diarias, alucinaciones visuales, pensamientos relacionados con la muerte, pensamientos obsesivos, entre otros.

Lo referido por la paciente y las observaciones realizadas durante las entrevistas (4) revelan un caso de muerte esperada por padecimientos y complicaciones de la vejez. Por otra parte la sintomatología de la paciente evidencia un caso de depresión ocasionada posiblemente por el estrés generado durante el proceso de la enfermedad de su mamá y posteriormente por la pérdida un ser tan querido, también puede considerarse la posibilidad que la paciente en el momento del deceso sufrió un embotamiento sensorial, como respuesta al impacto tan fuerte, su organismo por mecanismos fisiológicos anestesió sus emociones y sentimientos transitoriamente.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 13

Edad: 50 años, 4 meses

Sexo: Masculino

Escolaridad: Sexto Grado de Primaria

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por pérdida de madre

Resumen de Historia Clínica:

El paciente es originario de Patzicía del Departamento de Chimaltenango. proviene de una familia integrada de 10 hijos: el mayor de 70 años, la segunda de 67, la tercera 65, la cuarta de 63, el quinto de 61, el sexto de 59, la séptima de 57, el octavo de 55, el noveno de 53, el paciente de 50 años.

Refiere el paciente que su papá se casó a los 24 años y su mamá a los 22, vivieron juntos 70 años, en un ambiente familiar adecuado, siempre se preocuparon por apoyar a sus hijos.

La madre del paciente provenía de un hogar integrado de 9 hijos: siendo ella la mayor quien de pequeña padeció de enfermedades comunes en los niños sarampión, catarros malestares digestivos, tos ferina; de adulto enfermó levemente. Estudió la primaria completa, de soltera se dedicaba al comercio y al casarse continuó con esa actividad para apoyar económicamente a su esposo.

Relata el paciente que al casarse sus hermanos hermanas y él, sus padres vivieron solos, con el apoyo de todos sus hijos, más cuando su edad fue avanzando. Como consecuencia de la vejez, su papá sufrió limitación de la audición y de la vista, su mamá a los 91 años gozaba de buena salud, pero sufrió una caída, que le ocasionó fractura del fémur, por lo que fue sometida a cirugía, y en el proceso de la misma se presentaron complicaciones que causaron el fallecimiento de la enferma, el 25 de mayo del 2007.

Sentimientos y conducta del paciente durante las entrevistas.

El paciente en el inicio de la primera entrevista se manifestó triste inseguro y resistente. Se le apoyó psicológicamente y esto permitió un cambio en su actitud, luego expresó sus sentimientos y emociones normales en un caso de deceso: llanto, dolor profundo, desesperanza, aflicción, suspiros, ansiedad, negación, sentimientos de culpa, por haber permitido que la intervinieran quirúrgicamente a esa edad, lamentaciones por no haber vivido todo el tiempo con sus padres y por no brindarles los cuidados adecuados en la vejez; somatización, aceptación de la pérdida por momentos, racionalización sobre el deceso y los sufrimientos para la anciana de haberse evitado la cirugía. El paciente además presenta síntomas depresivos: soledad, angustia, ansiedad, baja autoestima, miedo, inseguridad, cansancio, pérdida de peso, descuido personal, deseos de llorar, dificultad para realizar actividades diarias, ideas acerca de la muerte, futuro negativo, falta de interés por la vida, entre otros. Además dijo tener sensaciones orgánicas: resequedad de boca, malestares gástricos, cefalea, disnea, falta de apetito, pérdida de peso, opresión pectoral, falta de fuerza muscular, dolores óseos, debilidad, otras.

Análisis y Síntesis

En este caso de muerte por padecimientos y complicaciones por la edad avanzada, se manifestaron en el paciente emociones y sentimientos característicos en otros casos de muerte natural; la elaboración del duelo es diferente por sentimientos de culpa que prevalecen en el hijo, porque a pesar de la edad avanzada, él no esperaba el deceso y porque el padecimiento de su mamá él no lo consideraba de muerte.

Fueron evidentes en el paciente los siguientes efectos psicológicos: dolor profundo, tristeza, ansiedad, soledad, racionalización, somatización, aceptación de la pérdida por momentos; sentimientos de culpa, síntomas depresivos. Además se manifestaron efectos fisiológicos: resequedad de boca, malestares gástricos, debilidad, alteraciones alimenticias, insomnio, mareos, dolores óseos y musculares, cefalea, disnea, pérdida de peso, opresión pectoral, entre otros.

Las referencias del paciente y las observaciones realizadas durante las entrevistas (5) indican un caso de muerte natural no esperada por padecimientos y complicaciones en la etapa de la vejez.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 14

Edad: 50 años, 7 meses

Sexo: Masculino

Escolaridad: Sexto Grado de primaria

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por deceso de hijo por homicidio.

Resumen de Historia Clínica:

El paciente es originario de Patzicía Departamento de Chimaltenango, proviene de una familia integrada de 7 hijos: el mayor de 50 años, el segundo de 48, el tercero de 46, la cuarta de 44, la quinta de 42, el sexto de 40 y el séptimo de 35 años. Todos con escolaridad primaria, durante la niñez, disfrutaron de buena salud, de adultos han enfermado esporádicamente, son casadas y casados con hogares integrados, se dedican a ocupaciones diversas.

Refiere el paciente que él se casó a los 17 años, y su esposa tenía 16 años. Procrearon 7 hijos: el primero de 33 años, el segundo de 31, el tercero de 28, la cuarta de 26, el quinto de 24 (quien falleció), la sexta de 23 y el último de 20 años, todos con escolaridad primaria, casados con ocupaciones diferentes.

Relata el paciente que el primero de sus hijos, y el fallecido establecieron una carnicería, pero con las utilidades fue posible para ellos independizarse, de tal manera que cada uno obtuvo su propio negocio. El fallecido viajaba a diario a la capital para atender la carnicería. Tenía cinco años de dedicarse a esa actividad. Se sentía satisfecho con sus ventas y pretendía instalar otra carnicería. Durante el tiempo que trabajó no tuvo problemas de ninguna índole, pero la tarde del 04 de junio del 2007 al terminar sus actividades, lo rodearon 5 individuos enmascarados y armados, quienes le ordenaron que diera el dinero de las ventas de ese día, él se negó y como respuesta a esto, los delincuentes accionaron con armas y su hijo recibió siete impactos de bala, muriendo en el momento.

El paciente expresa su repudio al hecho y agrega “que su hijo no merecía morir así, porque a nadie ofendía”. Como consecuencia del crimen,

quedaron huérfanos de padre tres niños: el primero de 3 años, el segundo de 2, y el tercero de 2 meses.

Sentimientos y conducta del paciente durante las entrevistas.

El paciente al inicio de la primera entrevista, se comportó desconfiado, inseguro y tímido, al apoyarlo psicológicamente, su conducta cambió y poco a poco fue tomando confianza y relatando lo sucedido con temblor de voz y cólera hacia los delincuentes. Manifestó además sentimientos de tristeza, dolor profundo, ansiedad, impotencia, inseguridad, desesperación, desesperanza, negación, sentimientos de culpa por haberle sugerido que estableciera su negocio en la ciudad capital, lamentó que su hijo trabajara en un lugar de tanta violencia y señaló como responsables a las autoridades que dejan impune os hechos criminales. Presentó también síntomas orgánicos: opresión pectoral, debilidad, cefalea, resequedad de boca, trastornos del sueño, alteraciones alimenticias, pérdida de peso, dolores musculares, molestias gástricas, dolores óseos, debilidad entre otras.

Análisis y Síntesis:

En este caso de muerte por homicidio presentó el paciente emociones y sentimientos similares a los de otros tipos de muerte repentina pero también se manifestaron sentimientos de odio, cólera, resentimiento hacia los agresores de su hijo, la elaboración del duelo es diferente porque el paciente no acepta la ausencia de su hijo y por tratarse de una muerte provocada por la violencia que se vive en el país. Hay en el paciente efectos fisiológicos: trastornos de sueño, falta de apetito, pérdida de energía, náusea, falta de concentración, alteraciones de la memoria, falta de atención, dolores de cuerpo y otros. También manifestó efectos psicológicos: ansiedad, ira, negación impotencia, odio, resentimiento, tristeza, desesperación, desconfianza, negación, sentimientos de culpa, lamentaciones, somatización, ciertos síntomas de depresión; descuido personal, inseguridad, angustia, vergüenza, dificultad para tomar decisiones, pérdida de interés por la vida.

Por lo que el paciente refirió y por las observaciones durante las cuatro entrevistas puede deducirse que las tareas del duelo no las está elaborando adecuadamente, se encuentra en la segunda etapa según "Worden" que consiste en liberar emociones o expresar todos los sentimientos característicos del duelo y manifestar sensaciones orgánicas: pérdida de peso, malestares gástricos, cefalea, trastornos del sueño, entre otros.

Por lo referido por el paciente y las observaciones realizadas en las entrevistas, puede considerarse el deceso de su hijo como un caso más de la violencia alarmante que se está viviendo en Guatemala.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 15

Edad: 58 años, 6 meses.

Sexo: Femenino

Escolaridad: Sexto Magisterio

Referida por: Médico Tratante

Por proceso de duelo no resuelto por muerte de padre por enfermedad y sus complicaciones.

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de Antigua Guatemala Departamento de Sacatepéquez, con residencia en Patzicía Departamento de Chimaltenango proviene de una familia integrada de 5 hijos: el primero de 60 años, la segunda de 58, el tercero de 56, la cuarta de 54, y la última de 50 años.

La paciente refiere que cuando su mamá falleció su papá fue apoyado por ella y su familia y vivió con ellos hasta su deceso. El padre de la paciente era originario de Antigua Guatemala departamento de Sacatepéquez provenía de una familia integrada de nueve hijos, siendo él el mayor; fue saludable hasta los 70 años, luego empezó a sufrir, de cefaleas, insomnio, desorientación, alteraciones en la memoria, síntomas que se fueron manifestando con frecuencia, lo que preocupó a la paciente y a su familia, fue llevado al hospital y después de varios estudios le diagnosticaron Alzheimer, enfermedad que se agudizó con rapidez. Su estado era muy delicado, por lo que la paciente y su familia necesitaron el servicio de un enfermero para atenderlo adecuadamente. En esas condiciones fue progresando el padecimiento, se presentó alteraciones de conducta, agresividad, desorientación total y otros síntomas que lo llevaron a la inmovilización, luego entró en coma llegando al final de su vida el 29 de julio del 2,007.

Sentimientos y conducta de la paciente durante las entrevistas.

La paciente durante la primera entrevista manifestó al inicio inseguridad, resistencia y desconfianza, con el apoyo psicológico fueron

desapareciendo esos sentimientos y fue relatando con tristeza y llanto las causas del deceso de su padre, expresó sentirse sola, impotente, ansiosa, afligida, con sentimientos de culpa por no haberlo cuidado todo el tiempo de sus padecimientos físicos, racionalizó sobre la pérdida y el sufrimiento de haber vivido más tiempo. Se veía muy afectada física y emocionalmente.

Análisis y Síntesis:

En este caso de muerte esperada se manifestaron en la paciente emociones y sentimientos similares a los de cualquier otro tipo de muerte de este tipo, llanto, tristeza, debilidad, ansiedad, culpa, desesperanza, angustia, negación, entre otros. Las etapas del duelo no las está elaborando adecuadamente para salir adelante de esa experiencia por el apego y la relación previa al deceso. Se evidenciaron en la paciente problemas fisiológicos: trastornos de sueño, falta de apetito, pérdida de peso, malestares gástricos, pérdida de energía, falta de atención, dolor de cabeza, dolores del cuerpo, náuseas. También presentó problemas psicológicos: ansiedad, sentimientos de culpa, negación, inseguridad, tristeza, angustia, llanto, lamentaciones, racionalización, resistencia, somatización, ciertos síntomas de depresión: pasividad, miedo, descuido personal, baja autoestima, pensamientos relativos con la muerte, entre otras.

Con base a las observaciones realizadas durante las cuatro entrevistas, puede deducirse que la paciente está viviendo la segunda etapa del proceso de duelo según Worden que consiste en liberar emociones o expresar todos los sentimientos característicos del duelo y además manifestó sensaciones orgánicas: disnea, boca seca, opresión pectoral, debilidad muscular, trastornos alimenticios entre otros.

Por lo referido por la paciente puede establecerse que ella está viviendo un duelo no resuelto por la pérdida de su papá por muerte esperada a consecuencia de enfermedad y sus complicaciones.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 16

Edad: 48 años, 2 meses.

Sexo: Femenino

Escolaridad: Sexto Primaria

Referida por: Centro de Salud

Por procesos de duelo no resuelto por deceso repentino de esposo.

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de Quetzaltenango con residencia en Patzicía departamento de Chimaltenango, proviene de un hogar integrado de 7 hijos. El mayor de 60 años, la segunda de 58, la tercera de 56, el cuarto de 54, el quinto de 52, el sexto de 50 y la séptima de 48. Todos estudiaron la primaria completa. Son casados con hogares integrados.

Refiere la paciente que cuando ella tenía 14 años, emigró a la ciudad de Guatemala para trabajar como doméstica con una familia, trabajó durante seis años, luego se casó con el padre de sus hijos quien era originario de Patzicía Departamento de Chimaltenango cuando tenía 20 años y él 22 años.

La paciente relata que su esposo tenía experiencia en la construcción, era cuidadoso y responsable, pero que la última casa no pudo terminarla porque estando en el tercer nivel en construcción, perdió el equilibrio, y sufrió un accidente que le costó la vida; al caer fue trasladado al hospital, donde falleció el 3 de junio del 2007.

Expresó la paciente, que considera “no poder superar la pérdida de su esposo, quien era todo para ella, además de buen padre fue un gran esposo. Relata que en menos de 14 meses ha sufrido la pérdida de 4 seres queridos: Primero su mamá, luego el padre de su esposo, después su hermano y hace pocos meses su esposo; aunado a ese dolor profundo por las pérdidas, tiene el sufrimiento que le causa la conducta de su hijo menor hacia ella, la

señala de mala madre porque cuando ella se siente mal emocionalmente, acude a sus amistades en busca de apoyo, esto lo hace con frecuencia, por la soledad que está viviendo, lo que provoca el maltrato de su hijo, (el único que vive con ella), quien tiene la convicción de la existencia de un amante en la vida de su madre. El problema es tan grave que la paciente tiene prohibido salir por disposición de su hijo, quien argumenta que el duelo se vive en casa con respeto y amor hacia el ser ausente.

Sentimientos y conducta de la paciente durante las entrevistas:

La paciente en el inicio de la primera entrevista se manifestó desconfiada, insegura, resistente y tímida, se le apoyó psicológicamente y con esto fue tomando confianza y con dificultad por el llanto, poco a poco fue relatando el suceso, expresó sus sentimientos y emociones: tristeza, ansiedad, angustia, desconfianza, impotencia, soledad, miedo, negación, somatización, sentimientos de culpa por no haber estado con su esposo en el momento del deceso, lamentaciones sobre el hecho, racionalización sobre el haber sobrevivido con limitaciones físicas y el sufrimiento que esto hubiera generado en él y en su familia; indicó también tener síntomas depresivos: falta de interés por la vida, descuido personal, pérdida de apetito y de peso, baja autoestima, apatía, inseguridad, pensamientos relativos con la muerte, insomnio, angustia y ansiedad. Se veía muy afectada físicamente. Por desconocimiento o por la situación que está viviendo no ha buscado ayuda profesional para su problema depresivo.

Análisis y Síntesis:

En este caso de muerte repentina por accidente, la paciente manifestó emociones y sentimientos similares a los de cualquier pérdida de este tipo de muerte. La elaboración del duelo es diferente por haber perdido varios seres queridos en corto tiempo, y por las circunstancias en que se dio el deceso de su esposo. Con esta múltiple pérdida ella no se ha dado tiempo para salir adelante de la experiencia del duelo y desarrollar las etapas del mismo adecuadamente.

Hay en la paciente efectos fisiológicos: falta de apetito, pérdida de peso, trastornos del sueño, dolores musculares, cefalea, mareos, náusea, disnea, pérdida de energía, falta de atención y concentración, dolores óseos. Además presenta efectos psicológicos: tristeza, llanto, ansiedad, angustia, impotencia, inseguridad, negación, sentimientos de culpa, somatización, racionalización, resistencia, lamentaciones, desesperanza, miedo, desesperación, síntomas depresivos: miedo, pasividad, descuido personal, alteraciones del sueño, falta de interés por la vida entre otros. Se evidenció en la paciente la conducta evasiva de ingerir licor.

Por lo referido por la paciente y las observaciones realizadas durante las cinco entrevistas, puede considerarse que no está elaborando adecuadamente el proceso de duelo, está viviendo la segunda etapa según "worden", la que consiste en liberar emociones y sentimientos característicos en estos casos de pérdida. Se evidenciaron en ella además sensaciones orgánicas referidas con anterioridad y también resequedad de boca, opresión pectoral, palidez, entre otras.

Por lo referido por la paciente y las observaciones realizadas durante las entrevistas, puede establecerse que ella está viviendo un duelo no resuelto por haber perdido en pocos meses a cuatro seres queridos.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 17

Edad: 49 años, 3 meses

Sexo: Femenino

Escolaridad: Maestra de Educación Primaria

Referida por: Médico Tratante

Por proceso de duelo no resuelto por deceso esperado de hijo.

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de Mixco, con residencia en Patzicía Departamento de Chimaltenango, proviene de una familia integrada con tres hijas: la primera de 60 años, la segunda de 53 y la tercera de 49 años.

Refiere la paciente que ella se casó con el padre de sus hijos a la edad de 20 años, él tenía 25 años, procrearon tres hijos, la mayor de 29 años, el segundo de 27 y la última de 25 años. Su esposo era militar, trabajaba en la ciudad de Guatemala, y los fines de semana los dedicaba a su familia, disfrutaban de un ambiente familiar agradable, luego cuando sus hijos tenían 12, 10 y 8 años, todo cambió, la paz del hogar se transformó en una violencia intrafamiliar debido a los celos enfermizos de su cónyuge, cualquier cosa que ella decía o hacía era malo para él y motivo de maltrato físico y psicológico, no solo para ella sino también hacia sus hijos. Como consecuencia de esa situación, sus hijas decidieron inmigrar a los EE. UU., con la esperanza, que más tarde ella y el segundo de sus hijos también se alejaran de ese estilo de vida, cargado de violencia. El hijo preocupado por la conducta de su padre, le sugirió que buscara ayuda profesional para solucionar el problema, pero reaccionó con agresividad negando ser enfermo mental. En esas condiciones pasaron 10 años, durante los cuales la paciente sufrió humillaciones, rechazo, acusaciones, golpes, falta de libertad y amenazas, sufrimientos que terminaron con el deceso de su esposo, quien viajando sufrió un accidente por exceso de velocidad, en donde casi se decapitó, falleciendo poco después del percance. Después de la pérdida de su esposo, la paciente disfrutó de libertad y vivió con su hijo en un ambiente

adecuado; esto duró poco tiempo, porque su hijo enfermó de cáncer invasivo y llegó a su final, el 15 de mayo de 2007, dos años después que su padre; la paciente quedó sola porque se negó a vivir con sus hijas en el exterior.

Refiere también la paciente que ella ha sufrido la pérdida de sus padres hermano y esposo pero que ningún dolor se compara con el que siente por la ausencia de su hijo quien poseía muchas cualidades: buen hijo, cariñoso, generoso, responsable, inteligente amistoso, comprensivo, “Era todo para ella”; estaba próximo a graduarse de ingeniero. La paciente dice sentirse sola, triste, desanimada, impotente, desesperada, afligida angustiada, tiene alteraciones de sueño, sentimientos de culpa y resentimientos hacia su esposo.

Sentimiento y conducta de la paciente durante las entrevistas.

La paciente en el inicio de la primera entrevista, manifestó sus emociones y sentimientos de dolor profundo, fue necesario el apoyo psicológico, lo que permitió que poco a poco relatar los hechos relacionado con el deceso de su hijo. Reprimió el llanto y expresó sentirse triste, con desesperanza, ira, sentimientos contradictorios, de amor y odio hacia su esposo, aflicción, negación, impotencia, angustia. También manifestó sentimientos de culpa por el sufrimiento que vivieron sus hijas e hijo a consecuencia de la violencia intrafamiliar. Lamento que su hijas se alejaran de su lado, racionalizó sobre el deceso y sobrevivencia de su hijo con el sufrimiento que estaba viviendo, indico sentir falta de interés por la vida, insomnio, ansiedad, tristeza profunda, pensamientos relativos con la muerte, inseguridad, miedo, descuido personal, dificultad para realizar actividades diarias, alteraciones del apetito, pérdida de peso, entre otros.

Análisis y Síntesis:

En este caso de muerte esperada por enfermedad terminal, se manifestaron en la paciente sentimientos y emociones característicos en estos casos de duelo: llanto, tristeza, desesperanza, debilidad, angustia, ansiedad, negación, culpa, resentimiento, represión, odio, amor, ira, entre otras. La elaboración del duelo no la está realizando en forma adecuada, para salir adelante de esa experiencia por la soledad que está viviendo.

Hay en la paciente efectos psicológicos: además de los ya referidos manifestó desconfianza, lamentaciones, aceptación en momentos, racionalización sobre el deceso y la sobrevivencia del enfermo con los sufrimientos de él y la familia resistencia, somatización aislamiento, síntomas de depresión: descuido personal, pérdida de interés y gusto por la vida,

inseguridad, baja autoestima, miedo, dificultad para tomar decisiones entre otros.

También presentó efectos fisiológicos: trastornos del sueño, falta de apetito, pérdida de peso, molestias gástricas, falta de concentración y atención dolores musculares y óseos, cefalea, otros.

Por lo referido por la paciente puede considerarse que el duelo por la pérdida de un hijo (a) es superior a cualquier otro duelo y que de acuerdo al tipo de relación previa al hecho, así va a ser la respuesta de la persona que continúa viviendo.

En base a las observaciones realizadas durante las cinco entrevistas, puede considerarse que la paciente está viviendo la segunda etapa de la elaboración del duelo para salir adelante de esta experiencia, según "Worden"; que consiste en liberar emociones y sentimientos característicos del duelo. Se considera que ella está elaborando esa etapa porque durante el proceso de las entrevistas evidenció emociones y sentimientos de dolor profundo acompañados de sentimientos de tristeza, miedo, vergüenza, desesperación angustia, además manifestó sensaciones orgánicas: disnea, cefalea, pérdida de energía, pérdida de peso, dolores musculares, dolores óseos trastornos de alimentación.

Por lo referido por la paciente y las observaciones realizadas puede establecerse que ella esta experimentando un duelo no resuelto por la pérdida de un hijo por enfermedad terminal.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 18

Edad: 38 años, 9 meses

Sexo: Masculino

Escolaridad: Sexto grado de Primaria

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por deceso de hijo asesinado.

Resumen de Historia Clínica:

El paciente es originario de la ciudad de Chimaltenango, con residencia en Patzicía Departamento de Chimaltenango, proviene de una familia integrada de 4 hijos: el mayor de 42, el segundo de 40, el tercero de 38 y la cuarta de 36 años. Todos estudiaron magisterio, y trabajan en establecimientos educativos privados.

El paciente refiere que él se casó con la madre de sus hijos a la edad de 22 años, y ella tenía 21 años. Procrearon tres hijos, el mayor de 16 años (quien falleció), el segundo de 14 y el último de 10 años. De pequeños padecieron de sarampión, catarros, tos ferina; y durante su crecimiento han sido sanos. El mayor estudiaba cuarto bachillerato, el segundo, segundo básico, y el último cuarto de primaria. La esposa del paciente falleció dos meses después del último parto a consecuencia de complicaciones post parto. En ausencia de la madre, él dedicó sus horas libres al cuidado de sus hijos, no salían de la casa, se dedicaban a realizar sus tareas escolares, pero la tarde del día 28 de junio del 2007, el hijo mayor necesitaba un folder y salió a comprarlo, en el trayecto se dio cuenta que unos individuos enmascarados (supuestamente mareros). Golpeaban a un amigo suyo, él quiso defenderlo pero los malhechores lo ultimaron con arma blanca.

Refiere el paciente que el deceso de su esposa fue doloroso para él pero no se compara con el dolor profundo que siente por la ausencia de su primogénito, es superior a cualquier otra, y más por las circunstancias en que perdió la vida.

Sentimientos y conducta del paciente durante la entrevista.

En el inicio de la primera entrevista el paciente manifestó sus sentimientos de dolor con llanto y desesperación, por lo que se le brindó apoyo

psicológico y eso permitió que se controlara emocionalmente y pudiera relatar los hechos relacionados con el deceso de su hijo, pudo observarse que física y emocionalmente estaba muy afectado, se manifestaron sentimientos y emociones que son característicos en un proceso de duelo, pero por el tipo de muerte, en él se presentan también sentimientos de ira, deseos de venganza, odio, incertidumbre, miedo, desesperación, resentimiento, lamentaciones, entre otros.

Análisis y Síntesis

En este caso de muerte por homicidio se manifestaron en el paciente emociones y sentimientos comunes en un proceso de duelo cualquiera que sea, pero además se presentaron sentimientos negativos por las circunstancias del deceso, como se menciona con anterioridad. La elaboración del duelo, no está siendo adecuada por la misma situación.

Hay en el paciente efectos fisiológicos: trastornos del sueño, falta de apetito, dolores musculares, molestias gástricas, falta de concentración, alteraciones de memoria. También se presentaron efectos psicológicos: ansiedad, tristeza, desesperanza, desconfianza, miedo, angustia, incertidumbre, negación, lamentaciones por no haberlo acompañado y por permitirle salir a la calle, resentimiento, sentimientos de culpa por no haber tenido el material en su casa, racionalización sobre el deceso y haber sobrevivido su hijo con alguna limitación por las heridas provocadas en su cuerpo. Síntomas de depresión: baja autoestima, pasividad, dificultad para tomar decisiones, inseguridad, pensamientos relativos con la muerte, vergüenza, descuido personal, dificultad para realizar actividades diarias, angustia, ansiedad, pérdida de interés y de gusto por la vida, entre otros.

Por lo referido por el paciente puede considerarse que el dolor por la pérdida de un hijo (a) por muerte repentina o de cualquier otro tipo es muy profundo, superior a cualquier otra pérdida por deceso.

Con base a las observaciones realizadas durante las cuatro entrevistas, puede deducirse que el paciente no está elaborando adecuadamente las etapas de la elaboración del duelo, está en la segunda, según "Worden", que consiste en liberar emociones y sentimientos característicos del duelo: dolor, llanto, tristeza, impotencia, ansiedad y los mencionados con anterioridad. Además manifestó sensaciones orgánicas: cefalea, náusea, disnea, opresión pectoral, pérdida de energía, sequedad de la boca, fatiga, alteraciones de la alimentación y del sueño.

Por lo referido por el paciente puede establecerse que él está viviendo un duelo no resuelto por la pérdida de un hijo por muerte repentina por la violencia que se está viviendo en Guatemala.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 19

Edad: 26 años, 5 meses

Sexo: Femenino

Escolaridad: Tercero de Primaria

Referida por: Centro de Salud

Por proceso de duelo no resuelto por deceso o desaparición de seres queridos por desastre natural.

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de la aldea Panabaj, Panajachel, Departamento de Sololá, proviene de una familia integrada, de 11 hijos: El mayor de 48 años, el segundo de 46, el tercero de 44, el cuarto de 42, el quinto de 40, la sexta de 38, la séptima de 36, la octava de 34, el noveno de 32, el décimo de 30 y la última de 26 años.

La paciente refiere que su papá era originario de la Aldea Panabaj Panajachel, y se casó a la edad de 18 años con la mamá de sus hijos quien tenía 16 años, vivieron juntos 49 años, porque desaparecieron o fallecieron a consecuencia del Huracán "Stan" , que destruyó por completo la aldea expresa la paciente que para los habitantes de ese lugar el invierno siempre fue difícil, debido a la topografía del mismo, muchas veces por la lluvia y el viento las viviendas sufrían daños, contribuía también el tipo de construcción.

Relata la paciente que el 5 de octubre del 2,005 ella se enteró por la noticia del desastre en la aldea, luego en compañía de su esposo, viajó hacia el lugar donde le informaron que sus padres, cuñada y sus sobrinos estaban desaparecidos, desesperada la familia, se dió a la búsqueda, pero todo fue inútil porque no dieron con ellos. Expresa la paciente que su familia y ella viven con la incertidumbre y con sentimientos contradictorios de esperanza y desesperanza sobre el hecho.

Sentimientos y conducta de la paciente durante las entrevistas:

En el inicio de la primera entrevista la paciente se manifestó insegura, triste, desconfiada, resistente, con represión de llanto, por lo que se le apoyó psicológicamente, esto, permitió una mejor comunicación. Relató los hechos relacionados con el deceso o desaparición de sus seres queridos, por los efectos del huracán "Stan". Manifestó sentimientos de profundo dolor y al mismo tiempo dió a conocer sentimientos contradictorios de esperanza y desesperanza. Hay en ella sentimientos de culpa, lamentaciones, racionalización sobre el deceso y la posible sobrevivencia de sus seres queridos en cualquier lugar con limitaciones físicas y las consecuencias de ello; también hay incertidumbre, angustia, aflicción, desánimo. Afirmó la paciente "que en lo que quede de vida, la incertidumbre la va a acompañar".

Análisis y Síntesis:

En este caso de deceso o desaparición por desastre natural, en la paciente se evidenciaron sentimientos y emociones similares a los de otros tipos de muerte, pero también manifestó sentimientos contradictorios de esperanza y desesperanza por la ambigüedad del caso. La elaboración de las etapas del duelo no se están elaborando adecuadamente por las circunstancias del caso.

Hay en la paciente efectos fisiológicos: pérdida de peso, trastornos del sueño, disnea, alteraciones alimenticias, malestares gástricos, entre otros. Además presentó efectos psicológicos: sentimientos de culpa por no haber insistido para que su familia emigrara hacia Sololá, cólera, llanto reprimido, tristeza, incertidumbre, suspiros, soledad, impotencia, profundo dolor, angustia, negación, somatización, lamentaciones y síntomas de depresión: inseguridad, miedo, pérdida de interés por la vida, deseos de llorar, baja autoestima, pasividad, entre otras.

Por lo referido por la paciente y las observaciones realizadas durante las cinco entrevistas, puede considerarse que la pérdida de los padres y otros seres queridos por un desastre natural es mas dolorosa que cualquier otra pérdida, cuando no es posible rescatar los cadáveres o a los sobrevivientes, porque queda latente la incertidumbre.

En este caso la paciente está viviendo un duelo no resuelto por la ambigüedad de la pérdida.

CASO CLINICO

Datos Generales:

Caso No. 20

Edad: 60 años,

Sexo: Femenino

Escolaridad: Sexto Grado de Magisterio

Referida por: Médico Tratante

Por proceso de duelo no resuelto por deceso de hijo asesinado

Resumen de Historia Clínica:

La paciente es originaria de la ciudad de Guatemala, con domicilio en Patzicía del Departamento de Chimaltenango, proviene de un hogar integrado por 6 hijos, ocupando ella el quinto lugar de los mismos. Estudió magisterio y no ejerció la profesión porque se casó con el padre de sus hijos a la edad e 20 años, él tenía 22 años, procrearon 6 hijos: el mayor de 40 años, el segundo de 38, la tercera de 36, la cuarta de 34, la quinta de 32 y el menor de 27 años. De pequeños sufrieron de enfermedades comunes en los niños, de adultos han padecido enfermedades leves. Todos sus hijos son profesionales y viven en diferentes lugares. El último de sus hijos estudio solamente Tercero Básico porque enfermo y ya no pudo continuar sus estudios.

Refiere la paciente que ella necesitaba retirar dinero del banco y fue acompañada por su hijo menor; luego del banco fueron al supermercado, al salir de ahí, seis individuos enmascarados, le pidieron el dinero a ella, se resistió y como respuesta a la negativa, los delincuentes dispararon, el fallecido abrazó a su madre para defenderla, recibiendo él cinco impactos de bala, que le ocasionaron la muerte, no obstante la defensa, la paciente sufrió lesiones de bala en el estómago, el fallecido fue trasladado a la morgue del hospital y la paciente fue internada en centro asistencial en donde fue intervenida quirúrgicamente, la paciente por su estado no asistió a los funerales de su hijo e ignoró su deceso por varias semanas, la paciente conoció del hecho cuando mejoró su salud. La noticia le provocó alteraciones emocionales y luego sufrió depresión severa, lo que necesitó atención intrahospitalaria, éste hecho se dio el 13 de mayo del 2007.

Sentimientos y conducta de la paciente durante las entrevistas:

En este caso la paciente se manifestó en el inicio de la primera entrevista triste y con llanto reprimido, lo que necesitó apoyo psicológico en forma pausada, fue relatando los hechos con relación al deceso de su hijo menor, se veía muy afectada física y emocionalmente, con sentimientos de culpa, y desesperanza, insegura, y con miedo, desanimada, impotente, con profundo dolor. Expresó que le ha tocado vivir la pérdida de sus padres hermanos y hermanas pero que su sentir por esta separación es superior a las anteriores. Además manifestó su repudio a la violencia sin límite que afecta a los habitantes del país, enlutando a diario a muchas familias por la pérdida de sus seres queridos inocentes; también hizo referencia a la impunidad de los hechos violentos y al apoyo mal aplicado hacia los delincuentes por parte de los derechos humanos, agregó “que lo que no concibe es que su hijo haya fallecido y menos en esas circunstancias”.

Análisis y Síntesis:

En este caso de muerte repentina, a consecuencia de la violencia que se está viviendo en todo el país, la paciente manifestó sentimientos y emociones característicos en un proceso de duelo por homicidio. La elaboración del duelo no está siendo adecuada por las circunstancias en que se dió el deceso y además porque la paciente no estuvo con su hijo en el momento del fallecimiento ni en los funerales, no hay aceptación de la pérdida. Posiblemente más adelante ella pueda elaborar todas las etapas del proceso del duelo, para que pueda salir adelante de esa experiencia tan devastadora para ella.

Hay en la paciente efectos fisiológicos: insomnio, pérdida de peso, palidez, trastornos de alimentación, dolores musculares, disnea, cefalea, pérdida de energía, falta de concentración, falta de atención, resequedad de boca, dolores óseos, alteración de la memoria. Efectos psicológicos: ansiedad, desesperanza, tristeza, somatización, desconfianza, odio, resentimiento, rechazo, sentimientos de culpa por haber permitido que su hijo le acompañara, negación, incertidumbre, lamentaciones por no haber defendido al fallecido, racionalización sobre el deceso y un secuestro y sus consecuencias.

También se presentaron en la paciente síntomas depresivos pero con los fármacos que el médico le recetó han desaparecido según indica ella.

Por las referencias de la paciente puede deducirse que la muerte de un hijo conlleva a sufrir un duelo superior a cualquier otra pérdida por deceso.

Con base a las observaciones realizadas durante las cuatro entrevistas, puede considerarse que la paciente está elaborando la segunda etapa del proceso de duelo, según "Worden", que consiste en liberar emociones y sentimientos característicos en un duelo por tipo de muerte y sensaciones orgánicas propias de estos casos.

Lo anterior indica que la paciente está viviendo un duelo por la pérdida por deceso repentino de un hijo, por homicidio.

Análisis Cualitativo

En la investigación realizada sobre el tema “Procesos de duelo por la separación importante, pérdida por deceso, en diversos casos”, se pretendió profundizar en cada una de las entrevistas dirigidas a 20 personas de ambos géneros, que recientemente perdieron a un ser querido por muerte en diferentes circunstancias, con la finalidad de establecer el proceso de duelo en cada caso. Para el efecto se tomó como base la “Teoría Psicoanalítica” de Sigmund Freud (1,856-1940) que consiste esencialmente en el método introspectivo. Este método tiene como principio escuchar al paciente sin juzgarlo y ayudarlo a describir y expresar sus sentimientos y pensamientos; se trata de un proceso por medio de la palabra hablada, con la mayor libertad posible, recogiendo así, no solamente las confidencias de los sujetos, sino también todas las expresiones espontáneas de su sentir. Con el apoyo de esta teoría, en este estudio se procedió a entrevistar (con el auxilio de la guía de entrevista, elaborada para ese fin) a cada una de las 20 personas elegidas, afectadas por proceso de duelo por deceso de un ser querido, quienes relataron todo lo relacionado con cada suceso y, además, expresaron sus emociones y sentimientos libremente, esto permitió la recolección de datos que permitieron alcanzar los objetivos propuestos para este estudio.

Se estableció que cada paciente reaccionó ante la pérdida de acuerdo al tipo de muerte de su ser querido: natural o provocada, esperada o repentina; por lo referido en las entrevistas se evidenció que los pacientes se encontraban viviendo un duelo por la pérdida de un ser querido por muerte natural o esperada, reaccionaron con emociones y sentimientos de tristeza, llanto reprimido en algunos casos, ansiedad, angustia, aflicción, impotencia, sentimientos de culpa, negación, racionalización, somatización, lamentaciones, aceptación de la pérdida en unos casos, dolor profundo, entre otros. En los casos de muerte provocada o repentina los pacientes presentaron los sentimientos y emociones mencionados anteriormente y además, manifestaron sentimientos de desconfianza, deseos de venganza, odio, resentimiento y rechazo hacia Dios y a las personas responsables de los hechos.

Se identificaron diferencias y similitudes en los diversos casos, de duelo, entre las diferencias figura el tiempo después de la pérdida. En esta investigación se presentaron: cuatro casos de ocho meses, ocho de nueve, siete de diez, uno de 29 meses. Todos los casos revelaron duelo no resuelto.

Existe diferencia también en la aceptación y no aceptación de la pérdida, por el tipo de muerte, por el apego y por las relaciones previas al deceso. Se encontraron diferencias en los efectos fisiológicos y psicológicos y en las reacciones en el momento de información sobre la pérdida por muerte provocada o repentina.

Además de las diferencias se evidenciaron similitudes en las emociones y sentimientos: llanto, tristeza, ansiedad, angustia, aflicción, aturdimiento, miedo, incredulidad, negación, suspiros, impotencia, sentimientos de culpa, entre otros. Hay similitud en la resolución de duelo, pues a pesar del tiempo que ha pasado a partir de la pérdida, las personas que lo están viviendo no las han podido superar.

En los casos de muerte repentina los efectos fisiológicos, y psicológicos son similares. Se demuestra además que el duelo por la separación de un ser querido por muerte, lo viven algunos hombres de forma similar que las mujeres, como se observó en los casos de este estudio.

Se determinaron los problemas fisiológicos que conlleva la experimentación de separación por deceso y duelo no resuelto: resequedad de boca, malestares gástricos, disnea, alteraciones alimentarias, pérdida de peso, cefalea, trastornos del sueño, en algunos casos náuseas, dificultad para tragar, entre otros. También fueron obvios los efectos psicológicos característicos en estos casos: ansiedad, llanto (en algunos pacientes reprimido), tristeza, angustia, negación, racionalización, somatización, lamentaciones, dolor profundo, represión, soledad, miedo, sentimientos de culpa, impotencia, desesperanza, aceptación y no aceptación de la pérdida, síntomas de depresión (en la mayoría de los casos), pasividad, falta de interés por la vida, baja autoestima, angustia, pensamientos relativos con la muerte, descuido personal, vergüenza, aversión hacia sí mismo, (misma), insomnio. En los casos de muerte, no esperada o repentina se encontraron latentes los sentimientos negativos de odio, cólera, incertidumbre, resentimientos, deseos de venganza, rechazo entre otros.

No se distinguieron las características de un duelo resuelto: aceptación total de la pérdida, capacidad de recordar a la persona sin sentir dolor, aprender a vivir sin él o ella, dejar de vivir en el pasado y poder invertir de nuevo toda la energía en la vida y en los vivos o alegría de su recuerdo.

Las características encontradas en todos los casos que constituyeron este estudio fueron de un duelo no resuelto: sentimientos y emociones de dolor profundo, no aceptación de la pérdida en la mayoría de las personas que viven el duelo, llanto al recordar al ser querido, entre otras. Habiéndose dado los decesos de los seres queridos así el primer caso el 25 de junio, el segundo, el 14 de julio, el tercero el 11 de mayo, el cuarto el dos de junio, el quinto el siete de mayo, el sexto el cuatro de julio, el séptimo el 26 de junio, el octavo el 18 de mayo, el noveno el 30 de junio, el décimo el 21 de mayo, el decimoprimer el 16 de junio, el decimosegundo el 8 de junio, el decimotercero el 25 de mayo, el decimocuarto, el cuatro de junio, el decimoquinto el 29 de julio, el decimosexto el 3 de junio, el decimoséptimo el 15 de mayo, el

decimoctavo el 28 de junio, el vigésimo el 13 de mayo; todos en el año 2,007. El decimonoveno sucedió el cinco de octubre de 2005.

Todas las personas objeto de estudio presentaron mecanismos de defensa entre ellos: negación, resistencia, represión, racionalización y somatización.

CAPITULO IV

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

1. El estudio evidenció que los pacientes atendidos en el Centro de Salud de Patzicía Departamento de Chimaltenango, por duelo reciente por la pérdida de un ser querido por deceso, reaccionaron durante las entrevistas con emociones y sentimientos de: dolor profundo, pena, angustia, tristeza, ansiedad, llanto (en algunos casos reprimido), impotencia, inseguridad, desconfianza, (en varios pacientes), miedo, incredulidad, entre otros.
2. En los diferentes casos de proceso de duelo por muerte de un ser importante, se pudieron identificar en los mismos, diferencias y similitudes en los sentimientos, emociones y demás malestares que están inmersos en esas vivencias dolorosas, dependiendo de las circunstancias en que se dió la pérdida de ese ser.
3. A través de las entrevistas y observaciones realizadas con cada uno de los pacientes que se encontraban viviendo una experiencia dolorosa por una perdida significativa, se pudieron determinar los problemas fisiológicos que conlleva el duelo, entre ellos: malestares gástricos, trastornos del sueño y de alimentación, opresión pectoral, debilidad cansancio y fatiga muscular, boca seca entre otros y también se determinaron los efectos psicológicos siguientes: dolor profundo no aceptación de la perdida tristeza, miedo, angustia, ansiedad, entre otros.
4. Por los resultados obtenidos en esta investigación, se pudieron distinguir en cada caso estudiado las características de un duelo resuelto y un duelo no resuelto.
5. Por medio de las técnicas de recolección de información, en esta investigación, pudo evidenciarse que algunos hombres que sufren un proceso de duelo por deceso, también reaccionan con sentimientos, emociones y malestares característicos en estos sucesos y que se ven afectados por profundo dolor.
6. En base a la información recolectada en este trabajo, se puede acaecerar que el 99% de los pacientes referidos por procesos de duelo no resuelto por una separación significativa por muerte, presentaron síntomas de depresión.

7. En los procesos de duelo objeto de estudio, puedo observarse que la mayor parte de las personas de la muestra, no estaban elaborando adecuadamente las etapas de duelo, lo que puede evadir que salgan avantes de esa desgastante experiencia y generar problemas graves, que luego necesitarán ayuda profesional.
8. Por los datos recolectados, se determinó que la mayoría de los casos de proceso de dolor por separación de un ser querido por deceso, fueron del género femenino, quienes reaccionaron de diversas formas de acuerdo a las circunstancias en que se dió cada pérdida
9. Según el estudio de casos y manifestación de cada paciente los resultados evidenciaron que la pérdida más dolorosa es la de una hija (o), suceso que genera un sentir más profundo en todas sus variantes, en quienes lo sufren.
10. Los procesos de duelo por la pérdida de un ser querido por deceso afectan y afectarán a toda la humanidad cotidianamente, lo que conlleva a la elaboración de un proceso de dolor a partir de la pérdida. Si las etapas de éste se viven adecuadamente, las personas objeto de duelo, podrán resolverlo y será factible para ellas reencontrar el sentido de la vida para continuar viviendo, recordando al ser ausente sin sentir dolor y aceptando la pérdida con amor y alegría, y poder enfrentarse a nuevos retos en la vida.

Recomendaciones

1. A los habitantes del municipio de Patzicía se les recomienda que, cuando se enfrenten a un proceso de duelo por la pérdida de un ser querido por deceso natural o provocado, soliciten posteriormente al deceso ayuda profesional, que les permita superar los efectos psicofisiológicos que conlleva la experimentación del mismo para evitar así, las complicaciones que pueda generar una inadecuada elaboración del duelo.
2. Al Ministerio de Educación se le recomienda, que así como el tema de la vida está inmerso dentro del contenido programático de los centros educativos, así también sea tomado en cuenta el tema de la muerte como elemento inherente al proceso vital, de manera, que tanto en los educandos como en los padres de familia, se puedan construir bases que permitan afrontar la muerte como un derecho inevitable en todas sus variantes y así, tener conocimiento de la misma. Crear un proyecto coherente que desmitifique el miedo al final de la existencia para que pueda ser concebida como una parte del ciclo de la vida. Pues la ausencia de una perceptiva socioeducativa incrementa el miedo y el estrés ante la pérdida de seres queridos o ante la idea, de la propia muerte, lo que repercute en la calidad humana.
3. A la Escuela de Ciencias Psicológicas se recomienda la creación de un centro de práctica psicológica en el Centro de Salud de Patzicía para que las personas que se encuentren viviendo un proceso de duelo por la pérdida de un ser querido por deceso, a través de la atención de casos, logren restaurar el sentido de la vida, tomando en cuenta que la muerte es un problema inherente a toda la humanidad y que es una vivencia cotidiana a nivel universal.
4. A todas las personas con domicilio en el Municipio de Patzicía se les recomienda que cuando por razones obvias les toque vivir un proceso de duelo de un ser querido por deceso, expresen en un contexto adecuado todas las emociones y sentimientos que son producto de su sentir, sin reprimirlos y poder elaborar de forma conveniente el duelo y así superarlo sin complicaciones, las cuales pueden producir un duelo patológico para lo que será imprescindible el tratamiento profesional.
5. Al Centro de Salud de Patzicía se le recomienda solicitar a las autoridades superiores nombrar una persona especializada en psicología para brindarles el apoyo psicológico necesario a quienes lo soliciten, por encontrarse viviendo un proceso de duelo por diferentes tipos de deceso, y que a través de las sesiones alcancen a comprender lo irreversible de la

muerte, que nadie escapa a ella y que es importante elaborar todos los sentimientos que se asocian a la pérdida, en aras de un equilibrio emocional en la vida y recuperarse de ese proceso que es profundamente doloroso y desgastante.

7.5 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arévalo Bermejo, Juan José. La Adolescencia Como Evasión y Retorno. Tipografía Nacional. Guatemala. C. A. 1949 P.p. 105.
2. Boss, Pauline. La Pérdida Ambigua Editorial Gadisa. S. A. España 1,999 Pp. 295.
3. Busnego Raquel. Psicología y Sociedad. Muerte de un ser querido. Revista Fusión Pp. 1
4. Cabodebilla, José. Vivir y Morir Conscientemente. Editorial Norma. S.A. Bogotá Colombia 2,000. Pp. 234.
5. Calle, Ramiro, Aprender a Vivir, Aprender a Morir. Editorial Serex Barral. S. A. Barcelona. 1,996 Pp. 198
6. Calcline, Arnoldo. Psicología de la Culpa. Editorial Logol Inc. Miami Florida E.E. U.U. 1,974. Pp. 192
7. De Ajuriaguerra, J. Manual de Psiquiatría Infantil. Editorial Masson, Barcelona, 1,983. Pp. 956.
8. Freeman, Lucy. La Ira, La Furia, La Rabia. Editorial Gadisa S. A. Barcelona España. 1,992. Pp. 215.
9. Kübler-Ross, Elisabeth. Los Niños y La Muerte. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. 1992. P.p. 294.
10. Larraine, Sheer. Agonía, Muerte y Duelo. Editorial El manual Moderno, S.A. de C. V. México D. F. 1,992 Pp. 267.
11. Laurence C. Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial La Prensa Médica Mexicana S.A. México D. F. 1,985 Pp. 1,001.
12. Patt Faircheld, Henry. Diccionario de Psicología Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1,992. pp. 650
13. Pedrero García, Encarni. Tiempo Monografía Las Personas Mayores Ante la Muerte. 2007 Pp. 16.
14. Pérez Solís, Pau. La Culpa Editorial Grijalbo, S.A. de C. V. México D. F. 2,003 Pp. 265.

15. Porot, Antoine. Diccionario de Psiquiatría. Tomo I y II. Editorial Labor S. A. Barcelona. 1,977. Pp. 1,194.
16. Rojas Posada, Santiago. El Manejo Del Duelo. Editorial Norma S.A. Bogotá Colombia. 2004 Pp. 265.
17. Seligman, Martín E. P. La Indefensión. Editorial W.H. Freeman y Compañía. Nueva York 1,974 Pp. 262.
18. Smith, Ronald, Sarasón Bárbara R. Psicología Fronteras de la Conducta Segunda Edición Editorial Harla. S. A. de C. V. México 1,984 Pp. 870.
19. TÁN@TOS. Revista de la Sociedad Española e Internacional de Tanatología. N. I./S. E. I. T. 2007 Pp. 18
20. Vidal, Guillermo; Bleichmar, Hugo; Usandivar, Raúl J. Enciclopedia de Psiquiatría Editorial "El Ateneo" Buenos Aires. 1,977. Pp. 698.
21. Weinstin, Eugenia, Amor y Duelo no Resuelto. 2006. Pp.2

Anexos

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)**

8. 1 Guía de Entrevista

Para dirigir la entrevista se utilizará la siguiente guía:

Datos Generales:

No. de caso: _____ Año: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Procedencia: _____
Escolaridad: _____

Preguntas generadoras:

1. ¿Hace cuánto tiempo falleció su ser querido?.
2. ¿De qué murió su ser querido?
3. ¿cómo se ha sentido usted en los últimos días a partir de la pérdida?.
4. ¿Ha tenido alguna alteración fisiológica?.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)**

8. 2 Guía de Observaciones

Las observaciones durante el desarrollo de las entrevistas se harán en base a la siguiente guía.

Datos Generales:

No. de caso: _____ Año: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Procedencia: _____

Escolaridad: _____

1. Conducta
2. Efectos fisiológicos (problemas físicos diversos)
3. Efectos psicológicos (nerviosismo, ansiedad, llanto, miedo, culpa, etc.)
4. Aceptación de la pérdida
5. Diferencias entre los diferentes tipos de duelo
6. Similitudes entre los diferentes casos de pérdida
7. Sentimientos negativos (venganza, deseos de venganza, cólera, etc).
8. Elaboración del proceso de duelo
9. Duelo resuelto
10. Duelo no resuelto

8. 3 GLOSARIO

- ◆ **Angustia:**
Sentimiento vital asociado a situaciones apuradas, las tensiones psíquicas, a desesperación que presenta características de pérdida de la capacidad de dirigir.
- ◆ **Ánimo:**
Alma o espíritu. Valor, vigor, propósito, voluntad.
- ◆ **Ansiedad:**
Estado de inquietud el ánimo. Es una forma de la angustia, se diferencia de ésta por la ausencia de modificaciones fisiológicas.
- ◆ **Autoestima:**
Sentimiento positivo, derivado de una evaluación positiva, de sí mismo, aún reconociendo los propios efectos. Está cercana a la inseguridad.
- ◆ **Cariño:**
Las cualidades de una persona, como su belleza, gracia o simpatía, provocan sentimiento de afecto. Deseos de manifestárselo. Es estable y duradero, no una atracción violenta y pasajera.
- ◆ **Conciencia:**
Modo de existencia peculiar en el que existen vivencias, procesos psíquicos que son experimentados inmediatamente por el sujeto, como: percepciones, recuerdos, pensamientos, sentimientos, deseos, procesos de voluntad, etc. sentimiento interior por el cual se aprecia qué es lo bueno y lo malo.
- ◆ **Conducta:**
Manera o modo de obrar los hombres con relación a la moral o a las reglas sociales también es la forma en que se ordenan y se dirigen los elementos necesarios para la ejecución de determinados actos particulares.
- ◆ **Consciente:**
Que tiene conciencia de sus actos y de los motivos internos que determinan su proceder.

- ◆ **Consecuencia:**
Acontecimiento o hecho que se sigue o resulta de otro.
- ◆ **Cólera:**
Enfado, ira, enojo.
- ◆ **Culpa:**
Falta más o menos grave que se comete a sabiendas y voluntariamente.
- ◆ **Culpabilidad:**
Es como una interiorización de la vergüenza, es vergüenza ante sí mismo. Su extremo bueno es la responsabilidad y su extremo malo el remordimiento.
- ◆ **Debilidad:**
Carencia de vigor o fuerza física. Falta de energía en las cualidades o resoluciones de ánimo.
- ◆ **Decepción:**
Sentimiento negativo al constatar que algo que teníamos derecho a esperar, no va a cumplirse.
- ◆ **Depresión:**
Estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor con inhibición del curso de l pensamiento, débil voluntad e incapacidad de acción, es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que le expliquen. Hay sentimientos de inferioridad, lo que causa aflicción y conduce a la tristeza, el dolor moral y la ansiedad, y por ello los estados depresivos sea cual fuere su origen y naturaleza tiene melancolía que representa su más alta expresión.
- ◆ **Desconsuelo:**
Sentimiento de suave pena al no poder gozar de algo agradable de lo que talvez otros ya goza. Tan bien tiene el sentido negativo de no encontrar alivio a su pena.
- ◆ **Desengaño:**
Perder la fe o la confianza en algo o en alguien en quien injustificadamente se había creído.
- ◆ **Desesperación:**
Aflicción intensa por la pérdida total de la esperanza. Es la desesperanza ya cumplida definitivamente.

- ◆ **Desilusión:**
Pérdida total o parcial de las ilusiones. Desengaño.
- ◆ **Desesperanza:**
Sentimiento negativo provocado por la convicción de que algo que deseamos no sucederá.
- ◆ **Desmotivación:**
Pasividad ante estímulos, tendencia a no moverse, por desinterés o por considerar excesivo el esfuerzo.
- ◆ **Dolor:**
Reacción global que desencadena un estímulo generalmente nocivo para el organismo. Sentimiento de pena producido por ciertas vivencias (por ejemplo la muerte de un ser querido).
- ◆ **Duelo:**
Una forma de reacciones a la pérdida de una persona o un objeto respuesta psicológica (sentimientos y pensamientos) que se presenta ante la pérdida de un ser querido. Dicha respuesta es totalmente subjetiva y depende de las estructuras mentales y emocionales de quien lo vive lo cual determina si se involucran síntomas fisiológicos en ella. Freud (1,915) subrayó la diferencia entre el duelo normal y el duelo patológico.
- ◆ **Ego:**
El sentido individualidad o personalidad sentimiento de separación.
- ◆ **Efecto:**
Resultado de una cosa.
- ◆ **Egocentrismo:**
Es una disposición mental que mueve algunos individuos al referirlo todo a ellos, y a no abordar los problemas que se les plantea si no desde su punto de vista estrictamente personal, con menosprecio de los intereses vecinos o el interés general. Estos sujetos carecen de sentido al turista.
- ◆ **Embotamiento:**
Debilitación de la intensidad de una reacción (especialmente emocional) que puede producirse cuando se provoca repetidamente. Sus causas pueden adaptación o agotamiento, sobre saturación

psíquica, alteraciones psíquicas debidas a la edad, enfermedad o infortunio.

◆ **Emociones:**

La emoción se identifica a veces con sentimiento y con afecto. La conducta emocional va ligada según Dewey a una excitación de proceso orgánico global de descarga de energía. Las emociones son impulsos que comportan reacciones automáticas y constituyen un conjunto innato de sistemas de adaptación al medio, suelen ser intensas y su duración no muy larga.

◆ **Enfado:**

Percepción de un obstáculo, amenaza u ofensa leves, despierta un sentimiento de irritación y un movimiento contra el culpable..

◆ **Esperanza:**

Sentimiento agradable, provocado por la anticipación de algo que deseamos y que se presenta como posible.

◆ **Envidia:**

Sentimiento de malestar, rabia o tristeza, ante el bien de otra persona, deseando que pierda ese bien.

◆ **Felicidad:**

Sentimiento positivo, intenso y duradero, que se experimenta como plenitud, porque no se echa en falta ninguna cosa.

◆ **Final:**

Que determina o perfecciona una cosa. Fin.

◆ **Fisiológico:**

Perteneciente a la fisiología, ciencia que trata de las funciones de los seres orgánicos.

◆ **Homicidio:**

Muerte que una persona causa a otra, ejecutada violenta e ilegítimamente.

◆ **Humildad:**

No creerse superior a nadie, al ver lo bueno en los otros.

◆ **Impaciencia:**

Sentimiento negativo ante la tardanza de algo que se desea, provoca movimiento, lleva a la necesidad de hacer algo.

- ◆ **Impotencia:**
En sentido general debilidad o incapacidad para solucionar algo.
- ◆ **Indiferencia:**
Dar lo mismo una cosa que otra, una persona que otra, un trabajo que otro, no sentirse afectado por comentarios, opiniones, propuestas de otros. Su sentido más frecuente es negativo. Perder el amor y aprecio que antes se tenía a una persona o a una cosa. Se parece al desprecio, pero es menos apasionado, más frío. Es lo que verdaderamente puede matar el amor.
- ◆ **Inferioridad:**
Percepción desfavorable de la propia imagen al compararla con otros o con ideal, provoca un sentimiento negativo, impotencia.
- ◆ **Integración:**
En general, reunión, unificación, proceso de formación de la totalidad. Acción conjunta y reciproca de los diversos procesos psicológicos.
- ◆ **Intranquilidad:**
Sentimiento negativo que impide el descaso, ante la percepción de algo que altera la normalidad.
- ◆ **Ira:**
La percepción de un obstáculo, de una amenaza o de una ofensa, despierta un sentimiento de indignación que lleva al deseo de apartar o destruir al causante.
- ◆ **Irreversible:**
Termino aplicado a los procesos que solamente transcurren en una misma dirección, como el curso de la vida humana.
- ◆ **Melancolía:**
Sentimiento levemente negativo, acompañando de pasividad, deseo de aislamiento y ensonaciones. Suele tener una causa desconocida. Tristeza pronunciada persistente.
- ◆ **Miedo:**
Sentimiento desagradable con deseos de huida, ante la percepción de un peligro o la anticipación de un mal posible.

◆ **Muerte:**

Ultimo destino natural del hombre, que se diferencia de todos los demás animales por conocer la propia muerte trascenderla en su pensamiento. Por eso es importante psicológicamente que el hecho de la muerte suscite los problemas fisiológicos-religiosos últimos acerca de la trascendencia, el sentido de la existencia y la escatología existencial (psicología de la religión).

◆ **Negación:**

En términos generales rechazo, reprobación, no reconocimiento de un estado de cosas objetivas. Según Freud, en determinados contextos la negación supone cierto compromiso inconsciente entre un rechazo efectivo y un reconocimiento intelectual, es decir, casi equivale a un mecanismo de defensa del yo.

◆ **Nerviosismo:**

Intranquilidad difusa y prolongada, con repercusión fisiológica en el sistema nervioso.

◆ **Neurosis:**

Ha sido defendida como una reacción vivencial anómala, es raro el ser humano que no tiene rasgos o sentimientos neuróticos. Solamente la persona muy integrada está más allá de la neurosis.

◆ **Normal:**

Lo que halla en estado natural, que sirve de norma o regla por su naturaleza o forma.

◆ **Odio:**

La persecución de algo o alguien que nos desagrade, que no se adapta a lo que desearíamos, provoca un sentimiento negativo de aversión e irritación prolongada, que termina en deseo de alejamiento o de aniquilado.

◆ **Optimismo:**

Buen ánimo para sobreponerse a las dificultades vencibles.

◆ **Orgullo:**

Sentimiento elevado de la dignidad personal. Opinión demasiado buena que uno posee de sí mismo. Arrogancia, soberbia, vanidad.

◆ **Patológico:**

Pertenciente a la patología, ciencia que trata de las enfermedades.

- ◆ **Pérdida:**
Falta, privación de lo que se tenía.
- ◆ **Proceso:**
Conjunto de etapas sucesivas de un fenómeno. Serie de actos que conducen a un fin.
- ◆ **Psicológico:**
Pertenciente a la Psicología, ciencia que estudia los procesos y estados conscientes, sus causas y sus efectos. Estudio de la vida mental, sus condiciones y manifestaciones a nivel de comportamiento.
- ◆ **Psiquis:**
Organización Psicológica del individuo con todas sus reacciones subconscientes y condicionamientos psíquicos.
- ◆ **Rabia:**
Irritación intensa, desagrado ante un acontecimiento o una persona, con aparición de agresividad manifiesta.
- ◆ **Rencor:**
Es como una ira prolongada, con odio hacia el causante y hacia todo lo que le rodea.
- ◆ **Respeto:**
Sentimiento positivo surgido de darnos cuenta de los valores de otro, que nos hace sentir hacia él veneración y una cierta sumisión no forzada. Manifestación de cortesía.
- ◆ **Repentino:**
Pronto, impensable.
- ◆ **Satisfacción:**
Cumplimiento de un deseo, que provoca un sentimiento positivo, acompañado de sosiego.
- ◆ **Sencillez:**
Es la humildad llevada al trato, directo y sin complicaciones, con los demás, evitando todo lo que sea darse importancia a sí mismo.
- ◆ **Sentimientos:**
Son bloques de información integrada, síntesis de datos de experiencias anteriores, de decisiones y proyectos, del propio sistema de valores y de la realidad. Hay sentimientos, que siendo distintos y

teniendo nombres diferentes, son parecidos. Son sentimientos: la alegría, satisfacción, felicidad, júbilo, extasia, tristeza, melancolía, etc.

◆ **Separación:**

Acción y efecto de separarse, interrupción de la vida conyugal sin quedarse extinguido el vínculo matrimonial.

◆ **Ser:**

El que vive o puede concebirse como viviente. Persona, naturaleza. Modo de existir o de vivir.

◆ **Serenidad:**

Sentimiento positivo, causado por la conciencia de tener controlados los pensamientos desagradables y por saber gozar de los momentos y sensaciones agradables.

◆ **Soberbia:**

Es como el orgullo malo, pero exagerado, con desprecio total, hacia otros y con deseos de ser alabado.

◆ **Sobresalto:**

Alteración producida en el ánimo por un suceso brusco. Se acerca un poco al miedo, al susto.

◆ **Soledad:**

Carencia de compañía. Estado del que vive lejos del mundo.

◆ **Solidaridad:**

Sentimiento que se manifiesta en la práctica de la justicia. Sentirse una sola cosa con el que sufre algún ataque a sus valores. Comunidad e intereses y responsabilidades. Adhesión a la causa de otros.

◆ **Subjetivo:**

Pertenciente o relativo al sujeto o espíritu humano. Relativo a nuestro modo de pensar o sentir y no al objeto en sí mismo.

◆ **Suicidio:**

Acción y efecto de suicidarse. Quitarse voluntariamente la vida.

◆ **Superioridad:**

Sentimiento de seguridad al compararse con otros, y pensar que uno está por encima de ellos.

- ◆ **Tensión:**
Sentimiento dañino. Depresión causado por preocupaciones o demasiado trabajo.
- ◆ **Tranquilidad:**
Sentimiento agradable exento de agitación, al tener conciencia de estar libre de problemas y de inseguridad.
- ◆ **Triste:**
Apesadumbrado, afligido. De carácter melancólico que denota pesadumbre. Deplorable, funesto, doloroso, enojoso, insignificante, insuficiente.
- ◆ **Tristeza:**
Es un sentimiento negativo acompañado de deseo de aislamiento y pasividad. Hay en la tristeza un sentimiento de opresión y de vacío. Es un abatimiento vacío en la vida, inclinación a la noche y a la muerte.
- ◆ **Vacío:**
Ausencia o falta de alguna persona o cosa que se hecha de menos.
- ◆ **Vergüenza:**
Sentimiento negativo acompañado de deseo de encenderse, ante la posibilidad de que los demás vean alguna falta, carencia o mala acción nuestra, o de algo que debería permanecer oculto. Turbación por acción deshonrosa. Timidez. Pundonor.

Resumen

Se investigaron 20 casos de procesos de duelo resiente por la pérdida de un ser querido por deceso, los cuales fueron referidos por el médico tratante del Centro de Salud de Patzicía Departamento de Chimaltenango. Las personas objeto de este estudio fueron de ambos géneros: catorce mujeres y seis hombres, originarias y originarios en su mayoría de esta región, el resto proviene de otros lugares, pero con residencia en este municipio. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas abiertas y observaciones que tuvieron como base las guías correspondientes para el efecto. Las entrevistas fueron dirigidas a las personas elegidas de la población, para la recolección de información. La escogencia de la muestra fue intencional o de juicio, de personas adultas de diversos credos religiosos, condición socio-económicas y diferente escolaridad. Las edades oscilaron entre los 26 y 60 años. Se efectuó un estudio de tipo cualitativo, profundizándose en cada una de las entrevistas y observaciones en las que se determinaron las reacciones de las personas ante diversos casos de separación por muerte, se identificaron las diferencias y similitudes manifestadas en los casos de duelo. También se determinaron los problemas fisiológicos y psicológicos que conlleva la experimentación de separación por deceso y se distinguieron las características de un duelo resuelto y un duelo no resuelto. En estos procesos de duelo se presentaron catorce casos de muerte repentina y seis de muerte esperada, por diversas causas: un caso de suicidio, tres por enfermedad terminal, cuatro por enfermedades y complicaciones de la vejez, seis por homicidio, dos por parto de alto riesgo y sus complicaciones, uno por problemas cardiovasculares, un caso por desastre natural, otro por accidente laboral y uno por problemas respiratorios. La mayoría de los pacientes referidos por proceso de duelo por la pérdida de un ser querido presentaron duelo no resuelto. No obstante el tiempo que llevan de vivir esa experiencia a partir de la pérdida, se observó que no están elaborando adecuadamente cada etapa del duelo para poder superar esas vivencias dolorosas, que les permita reencontrar el sentido de la vida, ubicándose en la realidad.

