

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“ABORDAJE DE LAS REACCIONES EMOCIONALES:
ANGUSTIA, DEPRESIÓN Y SENTIMIENTO DE CULPA,
ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO”**

**ERWIN ANTONIO MONTERROSO ROSADO
JÉNICA ROXANA MENESES MEJÍA**

Guatemala, octubre del 2,009

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“ABORDAJE DE LAS REACCIONES EMOCIONALES:
ANGUSTIA, DEPRESIÓN Y SENTIMIENTO DE CULPA,
ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO”**

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

POR

**ERWIN ANTONIO MONTERROSO ROSADO
JÉNICA ROXANA MENESES MEJÍA**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGOS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA**

GUATEMALA, OCTUBRE DEL 2,009



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 101-2009
CODIPs. 1343-2009

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

19 de octubre de 2009

Estudiantes

Erwin Antonio Monterroso Rosado
Jénica Roxana Meneses Mejía
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto CUADRAGÉSIMO CUARTO (44º) del Acta VEINTISÉIS GUIÓN DOS MIL NUEVE (26-2009), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 15 de octubre de 2009, que copiado literalmente dice:

"CUADRAGÉSIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"ABORDAJE DE LAS REACCIONES EMOCIONALES: ANGUSTIA, DEPRESIÓN Y SENTIMIENTO DE CULPA, ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

ERWIN ANTONIO MONTERROSO ROSADO
JÉNICA ROXANA MENESES MEJÍA

CARNÉ No. 8911093
CARNÉ No. 9310591

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Kaibal Orlando Rodríguez Díaz, y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



/Velveth S.



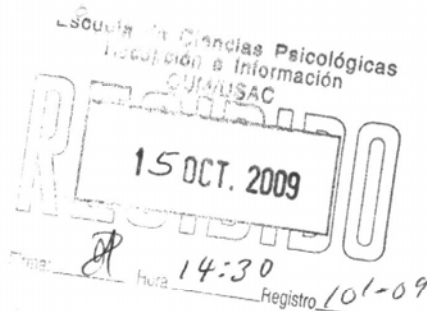
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs.: 185-09

REG.: 101-09

INFORME FINAL



Guatemala, 13 de octubre del 2009.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"ABORDAJE DE LAS REACCIONES EMOCIONALES: ANGUSTIA, DEPRESIÓN Y SENTIMIENTO DE CULPA, ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO".


ESTUDIANTE:
Erwin Antonio Monterroso Rosado
Jénica Roxana Meneses Mejía

CARNÉ No.:
89-11093
93-10591

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 12 de octubre del 2009, y se recibieron documentos originales completos el 12 de octubre del 2009, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Mayra Luna de Álvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-
"Mayra Gutiérrez"



/Sandra G.
CC. archivo



CIEPs. 186-09
REG. 101-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala, 13 de octubre del 2009.

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs. - "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"ABORDAJE DE LAS REACCIONES EMOCIONALES: ANGUSTIA, DEPRESIÓN Y SENTIMIENTO DE CULPA, ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO".

ESTUDIANTE:

Erwin Antonio Monterroso Rosado
Jénica Roxana Meneses Mejía

CARNÉ No.:

89-11093
93-10591

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 28 de septiembre del 2009, por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Marco Antonio García Enriquez
DOCENTE REVISOR



/Sandra G.
c.c. Archivo

Guatemala
Septiembre 14 del 2,009

Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora
**Centro de Investigaciones
en Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”**
Centro Universitario Metropolitano –CUM-
Presente

Respetable Licenciada de Alvarez:

Por este medio, hago de su conocimiento que procedí a la Asesoría y Aprobación del Informe Final de Investigación, titulado **“ABORDAJE DE LAS REACCIONES EMOCIONALES: ANGUSTIA, DEPRESIÓN Y SENTIMIENTO DE CULPA, EN FAMILIARES Y AMIGOS, ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO”**, elaborado por los estudiantes:

Erwin Antonio Monterroso Rosado
Jénica Roxana Meneses Mejía

Carné No. 8911093
Carné No. 9310591

Por lo cual autorizo que sea ingresado al departamento a su cargo, para la revisión correspondiente, a la vez que le solicito continuar con los trámites necesarios, previos a la graduación como Licenciados en Psicología.

Sin otro particular, agradeciendo su colaboración, aprovecho la oportunidad para saludarle.

Atentamente,


Lic. Kaibal Orlando Rodríguez Díaz
Colegiado No. 7820

Lic. Orlando Rodríguez Díaz
Psicólogo
Colegiado. 7820



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 119-09

REG.: 113-09

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 07 de septiembre del 2009.

ESTUDIANTE:

Erwin Antonio Monterroso Rosado
Jénica Roxana Meneses Mejía

CARNÉ No.:

89-11093
93-10591

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado:

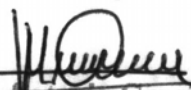
**"ABORDAJE DE LAS REACCIONES EMOCIONALES ANGUSTIA,
DEPRESIÓN Y SENTIMIENTO DE CULPA, EN FAMILIARES Y AMIGOS,
ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO"**.

ASESORADO POR: Licenciado Kaibal Orlando Rodríguez Díaz

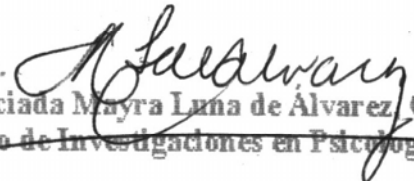
Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones el 03 de septiembre del 2009 y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑADA A TODOS"


Licenciado Mares Antonio Garcia Enriquez
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo. 
Licenciada Mayra Luna de Alvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"



/Sandra G.
CC. Archivo

El Campanario

PORQUE LOS RECUERDOS PERDURAN

10ª Avenida final 18-70, Zona 11, Mixco

Guatemala, 10 de Septiembre de 2009

Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEP's

Estimada Licda. De Alvarez:

Por este medio hago constar que los Estudiantes de Licenciatura en Psicología Erwin Antonio Monterroso Rosado, quien se identifica con el carné No. 8911093 y Jénica Roxana Meneses Mejía, quien se identifica con el carné No. 9310591, realizaron el trabajo de campo para obtener información sobre la investigación "ABORDAJE DE LAS REACCIONES EMOCIONALES: ANGUSTIA, DEPRESIÓN Y SENTIMIENTO DE CULPA, EN FAMILIARES Y AMIGOS, ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO", en las instalaciones del Cementerio Privado El Campanario, zona 11 de Mixco del 15 de Mayo al 10 de Septiembre del presente año.

Para los usos que a los interesados convenga, se extiende la presente.

Atentamente,

Lic. Fernando Sandoval
Gerente General



PADRINOS

Por

Erwin Antonio Monterroso Rosado

Licenciado en Arqueología

Enrique Maximiliano Monterroso Rosado

Colegiado 11,836

Licenciado en Psicología

Marco Antonio García Enríquez

Colegiado 5950

Por

Jénica Roxana Meneses Mejía

Licenciado en Administración de Empresas

Rodolfo Antonio Barillas Mejía

Colegiado 9928

Licenciado en Psicología

Marco Antonio García Enríquez

Colegiado 5950

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS:** Por estar siempre junto a mí, guiarme y bendecirme en todas las decisiones de mi vida.
- A MIS PADRES:** Por brindarme siempre su apoyo incondicional, entregarme todo su amor y dedicación. Gracias por inculcarme valores, guiarme y estar siempre que los necesito. Padre, Madre este triunfo es de ustedes.
- A MIS HERMANOS:** Mary(+), Elmira, Mildred, Enrique, Edith, Emelina, Jorge, Evelyn, Brenda. Por su amor, apoyo y comprensión.
- A MIS SOBRINOS:** Por darme siempre una sonrisa cuando la necesito.
- A MIS HIJOS:** **Christopher, Jennifer, Kevin André(+)**, Por haberse sacrificado conmigo, entregando muchas veces el tiempo que les correspondía, para que lograra esta meta, gracias mis amores.
- A MI ESPOSA:** **Ivonne**, mi gran amor de ayer, de hoy y de siempre, te amo y gracias por todo tu apoyo, por tu dedicación, entrega y sacrificio. "Lo logramos mi vida".
- A MIS SUEGROS Y CUÑADOS** Por ser parte de mi familia y estar siempre para apoyarme.
- A MIS AMIGOS:** Gracias por su apoyo, en especial a Jénica, en quien siempre encontré respaldo y con quien caminamos la senda de la formación profesional.

ERWIN ANTONIO MONTERROSO ROSADO

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS:** Gracias Señor, por la sabiduría y las bondades que me has brindado, por iluminar siempre mi camino y permitirme realizar uno de mis sueños. Deseo me acompañes en todo momento y me des la oportunidad de servir a los demás.
- A LA VIRGEN MARIA:** Te ofrezco este triunfo, como muestra de mi inmenso amor, pues has sido siempre mi protectora y has acudido a mi auxilio ante mi fragilidad.
- A MIS PADRES:** Roberto Meneses Rosales y Alma Violeta Mejía de Meneses. Con eterno amor, por su dedicación, entrega, sabios consejos, apoyo incondicional y por ser mi ejemplo de trabajo y superación. Gracias por todo su amor.
- A MI HERMANA:** Heidy Guisela, todo mi agradecimiento y amor por su cariño y apoyo, una oración para que un mismo corazón nos una siempre.
- A TI, MARIO:** Con profundo amor. Gracias por el apoyo y el amor que me brindaste. Eres parte importante de este éxito.
- A MI FAMILIA:** Por sus sabios consejos y cariño. En especial a mis primos Sophia, Juan José y Rodolfo Antonio con afecto.
- A MIS AMIGOS:** Especialmente a: Antonio, por su apoyo, colaboración y consejos para no dejarme vencer ante los obstáculos y luchar por alcanzar la meta que nos trazamos. A: Yeni, Tania, Eidie, Alicia, Hilma, Susy, Lucky, Lourdes, Ingrid, Taty, Andrea, Albita, Cristy, Bárbara, Byron, Lesly, Luisa, Landi, Neto, German, Salva, Amílcar, Andrés, Mike. A todos, gracias por compartir conmigo momentos inolvidables, por su cariño y por su sincera y valiosa amistad.
- A USTED:** Especialmente por su asistencia.

JÉNICA ROXANA MENESES MEJÍA

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, Alma Mater del Conocimiento, por ser la casa de estudio en donde a través de la Escuela de Ciencias Psicológicas obtuvimos los conocimientos necesarios para realizar esta investigación de una forma profesional.

A Guatemala, Patria que nos vio nacer, y donde serviremos profesionalmente.

Al Licenciado Orlando Rodríguez Díaz, por la invaluable orientación que nos brindó todo el tiempo del desarrollo de la investigación y por habernos asesorado con excelente capacidad profesional y calidad humana.

Al Licenciado Marco Antonio García Enríquez, por su valioso apoyo y participación en el proceso de este trabajo de investigación y por ser fuente de gran inspiración para nuestra vida profesional.

Al cementerio privado El Campanario, en especial al Licenciado Fernando Sandoval por habernos apoyado y permitirnos el realizar el trabajo de campo en esta empresa.

A las personas que aceptaron participar y colaborar, permitiéndonos compartir sus experiencias dolorosas por la pérdida de un ser querido.

ÍNDICE

Prólogo

CAPÍTULO I

Introducción	1
Marco Teórico	
Personalidad , Temperamento	3
Herencia y Ambiente – Formación y Desarrollo	4
Carácter	6
La personalidad desde un posicionamiento subjetivo	
La muerte	8
Reacciones Emocionales	12
Angustia	
Depresión	15
Tipos de depresión	17
Criterios Diagnósticos	20
Tratamiento	22
Culpa	
Ansiedad e impotencia	23
Enfado	24
Tristeza	25
Pérdida de un ser querido	26
Reacciones ante la pérdida	
Sensaciones	
Sentimientos	27
Cogniciones	28
Conductas	29
Reacciones comunes en los niños	33
Reacciones ante las distintas situaciones de pérdidas	34
Duelo y la salud mental	36
Concepciones del duelo	38

Tipos de duelo patológico	
Fases del Duelo	41
Intervención	46
Estrategias de intervención	53
Técnicas	55
Tareas familiares de adaptación	58
CAPÍTULO II	
Técnicas e Instrumentos	60
CAPITULO III	
Presentación, Analisis e Interpretación de Resultados	63
CAPITULO IV	
Conclusiones	72
Recomendaciones	74
Referencias bibliográficas	75
Anexos	78
Resumen	89

Prólogo

La muerte es un suceso inevitable en la vida de todo ser humano, y es un fenómeno que genera diferentes reacciones dentro de cada individuo, quien es afectado, no sólo por la ausencia de un ser querido sino también por las circunstancias en las que se dio el evento, y por el estado de la relación que le vinculaba al deudo con la persona fallecida. Y aún siendo la muerte un hecho que acontecerá en nuestra vida tarde o temprano, existen muy pocas instituciones o personas a las que se pueda acudir para encontrar el apoyo y la guía adecuada para manejar la fuerte carga de estrés emocional y encontrar la resignación que nos permita continuar con una vida sana; por lo que la principal motivación para realizar la investigación era el de identificar los significados de la muerte de un ser querido en los familiares y amigos, esto se logró a través del uso de técnicas como la observación, entrevista y la intervención terapéutica durante y después de la inhumación, para lograr esto primeramente se logró comprender cuáles son los elementos de resignificación afectiva de los familiares y amigos y aceptar los sentimientos manifiestos para fortalecer el proceso del duelo. También se identificaron las principales manifestaciones emocionales y físicas de la angustia, depresión y culpa, durante y después de la inhumación de un ser querido; se encontraron los factores que ayudan a elaborar un duelo sano y con ello brindar acompañamiento y orientación a los dolientes; y con toda la información recabada se logró crear una propuesta para un programa de acompañamiento para que las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido puedan reestablecer de forma efectiva una vida significativa.

En Guatemala el tema de la muerte es un tema del cual las personas no quieren hablar, esta situación se debe a una condición de carácter histórico y fuertemente vinculado a la violencia que se da como un elemento estructural de la realidad social. Por lo cual, nuestro interés es iniciar a concientizar a las personas sobre la muerte y de alguna manera, prepararlas para la misma, tratando que de una forma más natural puedan aceptar tan inevitable suceso.

Con este estudio relacionado con la Psicología, se lograron alcanzar resultados objetivos que permiten finalmente brindar ayuda al doliente, se realizó con base científica, analizando las afecciones y reacciones físicas que algún evento, en este caso la muerte generó en un individuo. Y debido a que todo individuo es parte de una sociedad y que el problema que en particular estudia este proyecto es recurrente y afecta a todos por igual, fue de suma importancia el efectuar este estudio desde el aspecto social, analizando en primera instancia al individuo y posteriormente a las familias y su reacción ante el fallecimiento de un ser querido así como, la reinserción de ellos a la sociedad. Así mismo, en este estudio se aplicaron formas de abordaje que hemos aprendido a lo largo del estudio de la Psicología, tales como la observación, entrevista e intervención terapéutica, las cuales nos ayudaron para brindar apoyo a los familiares de la persona fallecida y que nos llevaron también a generar información importante sobre la reacción de cada doliente ante la utilización de dichas técnicas, además que nos permitieron el desarrollo de otras, lo cual fue y será de gran beneficio, ya que a través de la práctica se nos permitió brindar el apoyo más adecuado para cada persona y a la vez, logramos crear una propuesta para implementar un programa de acompañamiento emocional al momento de presentarse la pérdida y en la post-inhumación, lo cual también hizo que la realización de este proyecto contenga un nivel académico que puede ayudar a otros profesionales a implementarlo en la resolución de duelos.

Las empresas que brindan servicios en apoyo a los familiares de la persona fallecida, tienen como solución primaria, los arreglos funerarios y arreglos del cementerio únicamente, es por ello que para el Cementerio Privado el Campanario es de suma importancia conocer más acerca de las reacciones manifiestas, ya que con ello podría preparar a su personal de mejor manera y con el objetivo, no sólo de proporcionar una solución material, sino el brindar apoyo emocional, ante la muerte de un ser querido.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La pérdida de un ser querido es un hecho por el que todas las personas atravesamos de una forma diferente, pues se convierte en un hecho traumático que puede causar desde un shock, como signo de una primera impresión, hasta abarcar una desorganización tanto en los sentimientos, así como la provocación de una alteración a nivel mental (pensamientos), que conlleva a una pérdida del sentido de vida del individuo, no siguiendo un patrón en común para cada persona e influido por los diferentes contextos y agentes exteriores, tales como la cultura, sexo y edad del individuo que lo vive.

La investigación fue abordada desde una perspectiva subjetiva/cualitativa la cual define la subjetividad como “la organización de los procesos de sentido y significado que aparecen y se configuran de diferentes formas en el sujeto y en la personalidad, así como en los diferentes espacios sociales en los que el sujeto actúa”¹. Con esto no sólo se pretendió recopilar información a través de la observación a los deudos, sino también a través de los diferentes testimonios relatados por los mismos, pudiendo conocer de esta forma las diferentes reacciones manifestadas por ellos, tanto a nivel emocional como mental; determinando y comprendiendo de una mejor forma el estado emocional en que se encontraba el deudo, lo cual nos ayudó a definir la mejor orientación en el proceso atravesado por cada uno de ellos, buscando una resignificación² de su sentido de vida.

Es de vital importancia mencionar que este proyecto tuvo como objetivo la creación de una propuesta para un programa de acompañamiento emocional para

¹ González Rey, Fernando, Investigación Cualitativa y Subjetividad, 1,999, p.p. 108.

² Resignificación: encontrar un nuevo significado o sentido a una situación, un síntoma, una conducta, etc. En sentido amplio, dar un nuevo sentido a una experiencia actual en función de algo ocurrido en el pasado.

las personas que inician su proceso de duelo, así como los que ya están dentro del mismo, dicho programa tiene como finalidad ayudar a trabajar su dolor y poder salir de la crisis en la que se encuentran, de una forma más efectiva.

Por lo anterior, también se realizó trabajo de investigación bibliográfica, que nos sirvió para recopilar información sobre procesos de duelo, reacciones ante el duelo, concepto de angustia, depresión, reacciones ante la culpa. De la misma forma, se abordaron estrategias como las planteadas por Klerman y colaboradores (Psicoterapia Interpersonal de Depresión –ITP-, New York, Basic Books, 1984) y técnicas de intervención planteadas por Worden(lenguaje evocador, uso de símbolos, escritos, dibujos, role playing, reestructuración cognitiva, entre otros.

MARCO TEORICO

Personalidad y Temperamento

Personalidad

El término personalidad se usa de muchas formas. Puede referirse a lo que se sabe acerca de una persona o a lo que distingue o es único en alguien. “El significado popular incluye rasgos como el atractivo social y la atracción de los demás. Desde el punto de vista científico, todos tenemos una personalidad que la podemos definir simplemente como nuestra naturaleza psicológica individual.” (Dicaprio, N.S. 2005, p 6.)

Las distintas teorías psicológicas recalcan determinados aspectos concretos de la personalidad y discrepan unas de otras sobre como se organiza, se desarrolla y se manifiesta en el comportamiento. Una de las teorías más influyentes es el psicoanálisis, creado por Sigmund Freud, quién sostenía que los procesos del inconsciente dirigen gran parte del comportamiento de las personas. Otra corriente importante es la conductista, representada por psicólogos como el estadounidense B. F. Skinner quien hace hincapié en el aprendizaje por condicionamiento que considera el comportamiento humano principalmente determinado por sus consecuencias. Si un comportamiento determinado provoca algo positivo (se refuerza), se repetirá en el futuro; por el contrario, si sus consecuencias son negativas (castigos) la probabilidad de repetirse será menor.

Temperamento

Cuando hablamos de personalidad, percibimos dos conceptos a los cuales debemos responder: lo heredado y lo adquirido.

Definitivamente en la personalidad existen factores heredados, pero también existen aspectos adquiridos a lo largo de la vida que surgen de nuestra relación con el mundo. “El temperamento es lo heredado y el carácter lo adquirido, y la suma de ambos forman la personalidad”.

Existe otro factor importante: el carácter, ya que con el carácter vamos cambiando y educando al temperamento. El carácter les da a las personas la capacidad de relacionarse con otros.

“Anteriormente se creía que el temperamento determinaba la manera de reaccionar. Estudios más recientes afirman que el temperamento puede educarse y que la manera de reaccionar ante el mundo es modificable.”³

Por tanto, Puede decirse que la manera de reaccionar emocionalmente ante las diversas circunstancias que se presentan tiene una base innata y una adquirida, que vamos modificando a lo largo de nuestra vida con las experiencias de vida y la manera en que respondemos a ellas.

Herencia y Ambiente – Formación y Desarrollo

Herencia y ambiente interactúan para formar la personalidad de cada sujeto. Desde los primeros años, los niños difieren ampliamente unos de otros, tanto por su herencia genética como por variable ambientales, dependiendo de las condiciones de su vida intrauterina y de su nacimiento. Algunos niños, por ejemplo, son más atentos o más activos que otros, y estas diferencias pueden influir posteriormente en el comportamiento que sus padres adopten con ellos, lo que demuestra cómo las variables congénitas pueden influir en las ambientales. Entre las características de la personalidad que parecen determinadas por la

³ Daniel Goleman, Inteligencia Emocional 1998, p.p. 67.

herencia genética, al menos parcialmente, están la inteligencia y el temperamento, así como la predisposición a sufrir algunos tipos de trastornos mentales.

Entre las influencias ambientales, hay que tener en cuenta que no solo es relevante el hecho entre sí, sino también cuándo ocurre, ya que existen períodos críticos en el desarrollo de la personalidad en los que el individuo es más sensible a un tipo determinado de influencia ambiental. Durante uno de estos períodos, por ejemplo, la capacidad de manejar el lenguaje cambia muy rápidamente, mientras que en otros es más fácil desarrollar la capacidad de entender y culpabilizarse.

La mayoría de los expertos cree que las experiencias de un niño en su entorno familiar son cruciales, especialmente la forma en que sean satisfechas sus necesidades básicas o el modelo de educación que se siga, aspectos que pueden dejar una huella duradera en la personalidad. Se cree, por ejemplo, que el niño que se le enseña a controlar sus esfínteres demasiado pronto o demasiado rígidamente puede volverse un provocador. Los niños aprenden el comportamiento típico de su sexo por identificación con el progenitor de igual sexo, pero también el comportamiento de los hermanos y/o hermanas, especialmente los de mayor edad, puede influir en su personalidad.

Algunos autores hacen hincapié en el papel que cumplen las tradiciones culturales en el desarrollo de la personalidad, aunque tradicionalmente los psicólogos sostienen que los rasgos de la personalidad de un individuo se mantienen estables a lo largo del tiempo, recientemente se cuestiona este planteamiento, señalando que los rasgos existen solo en la óptica del observador, y que en realidad la personalidad de un individuo varía según las distintas situaciones a las que se enfrenta.

Carácter

El término carácter lo podemos definir como el conjunto de reacciones y hábitos de comportamiento que se han adquirido durante la vida y que dan especificidad al modo de ser individual. Junto con el temperamento y las aptitudes configuran la personalidad de un individuo. Con esta noción se hace referencia a disposiciones permanentes, profundas y difícilmente modificables. La génesis y estructuración del carácter han sido objeto de diversas investigaciones y propuestas teóricas como las de Klages, Lersh, Wellek, Rothacker, Lewin y Freíd. Todas estas tienen en común la idea de que el carácter no se manifiesta de forma total y definitiva en la infancia, sino que pasa por distintas fases hasta alcanzar su completa expresión al final de la adolescencia. En cierto modo uno es responsable de su propio carácter; de ahí que el concepto se vea muchas veces teñido de una valoración moral (se ha calificado como bueno o malo) y haya sido objeto de reflexión de la educación.

La personalidad desde un posicionamiento subjetivo

La teoría de la subjetividad tiene su génesis en el enfoque histórico-cultural del desarrollo humano, del cual Vygotsky es el principal exponente, y dentro de él, en las conceptualizaciones que intentaban aprehender la complejidad dialéctica de la psique humana, por medio de conceptos como conciencia, personalidad, sentido, motivos, y sujeto de la actividad, entre otros. Resulta oportuno destacar que la concepción de subjetividad representada por esta teoría difiere de la forma en que el término subjetividad es frecuentemente utilizado en el sentido común (esencialmente como referencia a lo "interno" a lo que es "característico de la persona"). También difiere de las formas en que el término aparece en diferentes expresiones del psicoanálisis, entre otros factores por el reconocimiento ontológico de la subjetividad y por la dimensión social que la caracteriza.

La subjetividad es definida como “la organización de los procesos de sentido y significado que aparecen y se configuran de diferentes formas en el sujeto y en la personalidad, así como en los diferentes espacios sociales en los que el sujeto actúa” (González Rey , 1999, p.p. 108).

Queremos destacar dos cuestiones que caracterizan esta concepción de subjetividad. La primera es el intento de comprender lo psicológico humano, no por su fragmentación y su reducción a formas de expresión y procesos simples, sino como procesos de sentidos y de significación que apuntan a la complejidad por el carácter multidimensional, recursivo, contradictorio, con que son concebidos. Por ejemplo, los procesos identificados en otras teorías con categorías como autoestima, identidad, representaciones mentales, valores, motivación, etc., aparecen en esta teoría en forma de sentidos y significados cuya constitución representa complejas articulaciones de elementos simbólicos y emocionales en los cuales la unidad de lo cognitivo y lo afectivo (idea ya presentada por Vygotsky a principios del siglo pasado) asume un papel central.

La subjetividad, tal como es concebida, no es sinónimo de lo "psicológico".

Existen procesos psicológicos automatizados que no corresponden a lo que se entiende por subjetividad. Sirvan de ejemplo, los procesos de atención involuntaria que surgen ante un estímulo auditivo fuerte, o la sensación de dolor ante un estímulo punzante. Una de las principales confusiones derivadas de la utilización de la categoría subjetividad en el sentido común es precisamente utilizarla como sinónimo de lo psicológico, con lo que se pierde su valor heurístico para la comprensión de la forma cualitativamente distinta en que lo psicológico aparece en el hombre, diferentemente de otras especies del mundo animal.

Una segunda cuestión a ser destacada en la concepción de subjetividad presentada, es la forma en que en ella se articula lo individual y lo social. La subjetividad es simultáneamente social e individual, visión que constituye una

aproximación novedosa a la comprensión de la profunda, recursiva e contradictoria articulación entre lo social y lo individual en el psiquismo humano. El concepto de subjetividad, ya sea en el sentido común o en las conceptualizaciones teóricas que lo utilizan, apuntan a una subjetividad que existe básicamente en los individuos y en ese sentido es individual. Sin embargo, la subjetividad entendida simultáneamente como significados y sentidos que caracterizan también los diferentes espacios sociales que los individuos constituyen (familia, escuela, grupo de amigos, empresa y muchos otros) contribuye a romper con la dicotomía individual-social, interno-externo, intrasubjetivo-intersubjetivo, articulando de forma dialéctica ambos polos y expresando su carácter, contradictorio, complementario y recursivo.

La Muerte

Concepción de la muerte bajo el punto de vista:

Filosófico:

Es la muerte, en sentido filosófico, un problema, si es correcto llamarle problema, exclusivo del ser humano, pues este es el único ser consciente de que va a morir y consecuentemente, el único ser que sufre la incertidumbre y el desasosiego de aquello que no puede asimilar o que no puede comprender.

Algunos prominentes filósofos, que cuestionados por la pregunta sin aparente respuesta, expresan la angustia o la incertidumbre de su sentir mediante sus escritos, para ayudarnos de esa forma a ir tomando nuestras propias respuestas.

De la fragilidad a la que nos vemos sometidos cuando nos toca la muerte no escapa inclusive, ni el “superhombre” de Nietzsche, quien en una búsqueda de eliminar tal contingencia ha recuperado el mito griego del eterno retorno. Distinto esto, a los postulados de Sartre y Camus, quienes desde un existencialismo

pesimista, no ven sentido alguno a la vida, ya que la conclusión final de la misma es la completa aniquilación de nuestras posibilidades. En el mito de Sísifo, plantea Camus que la única lógica del ser humano es el suicidio, pero tal suicidio sería una huída, es preciso luchar, arrastrar la roca hasta el final de la montaña aunque sea sin una esperanza definitiva. Heidegger, en *Ser y Tiempo*, observa la muerte, en cuanto fin del “ser ahí”, como la posibilidad más propia y absoluta, y como indeterminada e insuperable del hombre. El ser humano auténtico, se da la cara frente a la realidad sin escape que significa la muerte, y afronta la vida con conciencia de que es en la muerte donde confluyen todos los proyectos y esperanzas de un ser que lucha por vivir pero que no está diseñado físicamente para la eternidad. Un mundo, obsesionado por la incógnita de la muerte, no la ve como el fin inevitable que desemboca en lo absurdo de la existencia, sino como una motivación a “querer vivir siempre”, como él mismo afirma: “yo no dimito de la vida, se me destituirá de ella”. Marx y Hegel, desde una visión un tanto mecanicista, veían la muerte como el tributo necesario que el individuo tiene que pagar a la especie. Para los pensadores de la escuela de Frankfurt la pregunta por la muerte va unida a un cuestionamiento ético. ¿Cómo hacer justicia a los ya irremediabilmente desaparecidos? Llegará a preguntar Walter Benjamín. Para Horkheimer, la vida después de la muerte es “la esperanza de que lo injusto no sea la última palabra”, aunque es cuestionable tal afirmación, porque, ¿quién sabe con seguridad lo que espera al asesino después de la muerte? No podemos tener experiencia directa sobre la muerte, pues morimos solos y a pesar de que existan historias y casos clínicos de personas que por así decirlo, “han regresado” de una muerte clínica, los casos no arrojan conocimiento suficientemente claro y preciso para poder argumentar testimonios sobre la vida después de una momentánea muerte.

Existen dos actitudes fundamentales ante la muerte: pesimismo absoluto u optimismo absoluto. Persiste la pregunta de si la muerte es el final de todo, que en dicho caso toda la vida carece de sentido alguno, o la muerte es, desde una postura optimista “abertura dolorosa pero necesaria para la inmortalidad y la

plenitud". En el caso primero, la existencia humana quedaría estrechamente limitada a un discurso evolucionista, pues parece ser que estamos diseñados para, según plantea Le Pichón, después de una muy larga etapa de aprendizaje (niñez), convertirnos en adultos, reproducirnos y luego pasar a ser deshecho de la naturaleza, ya que hemos cumplido nuestra misión de procrear nueva vida para la supervivencia de la especie. En segunda instancia, si asumimos la muerte desde una postura optimista, seríamos partícipes de la visión de que la muerte no es destrucción ni fin de una vida, sino el paso necesario hacia la plenitud de la vida misma, hacia un estado donde el ser humano encuentra aquello que siempre ha anhelado, "la plenitud de la Verdad, del Bien y del Amor", la muerte, a pesar de su dramatismo y dolor, es el cumplimiento y plenitud de la vida misma.

Religioso:

Como se deduce de lo expuesto, tanto filósofos como paganos, trataron de dar una explicación del fenómeno muerte. VETANCOURT nos dice que el cristianismo brinda una solución más acorde a un DIOS sabio y bueno. Según esta concepción todo ser viviente es un ser compuesto que tiende a descomponerse acarreado la destrucción, la muerte, sin embargo al crear DIOS (remitiéndose a las sagradas escrituras) al primer hombre Adán y Eva poseían el don de no morir (inmortalidad), lo que demuestra según el autor la gran proximidad frente a DIOS en que se encontraban los primeros padres; pero estos desobedecieron a Dios y fueron expulsados del paraíso y condenados a la muerte. Esta representaría el alejamiento de Dios por la culpa; por ello se consideraba según el Antiguo Testamento, que la muerte significaba un auténtico castigo. Según las sagradas escrituras:

"No es Dios quien hizo la muerte
ni se complace cuando padecen los vivos"
(Sab.1,13 y sig)

“Dios creó inmortal al hombre,
lo hizo a imagen de su propia naturaleza.
Fue por la envidia del diablo que entró
La muerte en el mundo
(Sab.2,23-24)

Se puede observar que en un primer momento la muerte revestía el carácter de castigo, como consecuencia del pecado original. Pero existe una segunda etapa que revierte este sentido, y que está marcada por la venida de Cristo a este mundo.

Según las sagradas escrituras, CRISTO descendió a la carne humana para tomar sobre si la culpa del pecado original de la humanidad, de este modo se enfrentó a la muerte y la trascendió haciéndola pasar a una vida más pujante. Tal victoria la obtuvo en nombre y a favor del género humano a fin de que cada individuo después de la redención sepa que si bien debe morir, es en consecuencia de la culpa original. La muerte no es para él mero castigo, sino es el tránsito hacia la vida eterna.

Médico / legal:

En la actualidad, se cree que la muerte se produce cuando las funciones vitales — la respiración y la circulación (expresada por el latido cardiaco)— se detienen. Sin embargo, este punto de vista ha sido puesto en duda, debido a que los avances médicos han hecho posible que se mantenga la respiración y la función cardiaca mediante métodos artificiales. Por ello, el concepto de muerte cerebral ha ganado aceptación. Según éste, la pérdida irreversible de actividad cerebral es el signo principal de la muerte.

Incluso, durante los últimos años, este concepto ha sido puesto en su actividad mental superior y sin embargo mantener las funciones cerebrales inferiores, como la respiración espontánea. Por esta razón, algunas autoridades argumentan que la muerte debe ser considerada como la pérdida de la capacidad para la interacción consciente o social. El signo de la muerte según este principio es la ausencia de actividad en los centros cerebrales superiores, principalmente el neocórtex.

Reacciones Emocionales de Angustia, Depresión y Sentimiento de Culpa ante la muerte

Angustia:

Es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión. Suele estar acompañado por intenso malestar psicológico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire (de hecho, “angustia” se refiere a “angostamiento”). En el sentido y uso vulgares, se lo hace equivalente a ansiedad extrema o miedo. Sin embargo, por ser un estado afectivo de índole tan particular, ha sido tema de estudio de una disciplina científica: la Psicología y especialmente de la Psicología, que ha realizado los principales aportes para su conocimiento y lo ha erigido como uno de sus conceptos fundamentales.

El duelo ante la muerte de un ser querido debería ser tan natural como llorar cuando se tiene una lesión o dormir cuando se está cansado. Vivir esta experiencia y resolverla satisfactoriamente permitirá que el afectado fortalezca su madurez individual y entienda mejor la muerte.

En realidad, ante la muerte de un ser querido no se puede esperar que todos los que convivieron con él reaccionen de la misma forma, pues existen varios elementos que intervienen en la expresión de lo que sentimos. Entonces,

compararse con los demás no será muy apropiado, pues esto puede causarnos más angustia.

Aunque los sentimientos de angustia y dolor ante la muerte inminente de un ser querido son difíciles de asumir para los parientes más cercanos, también es verdad que la solidaridad familiar para atenderle al moribundo en sus últimos momentos son el mejor testimonio del amor y de la entrega total al ser querido. La familia ha de asumir sus propias responsabilidades para compartir el peso del dolor y sacrificio ante la muerte, conforme a la madurez que tengan para ello.

Por qué se produce el primer ataque de ansiedad, sigue siendo un misterio. Sabemos que no existe una única causa que interviene en la aparición del pánico, si no que pueden existir muchos factores que posibilitan la aparición del mismo.

En muchas ocasiones parecen no existir motivos aparentes para que una persona presente síntomas de angustia en un momento dado. Pero si se profundiza algo, no es raro que se encuentren algunas circunstancias de la vida que están pasando desapercibidas a pesar de estar generando una importante tensión en la persona. Muchas de esas circunstancias, sin llegar a ser dramáticas, serán de tipo negativo, como pueden ser relaciones familiares parcialmente insatisfactorias, dificultades laborales o interpersonales, pérdidas de seres queridos, etc. Otras pueden ser incluso positivas, como el nacimiento de un hijo, que sin embargo aumenta las responsabilidades y limita la autonomía y movilidad personal. Sean los posibles motivos que sean, es conveniente que recapacite sinceramente sobre su momento vital en busca de ellos. Ponga todo su esfuerzo en la resolución de posibles problemas.

Por impotente que se sienta para su solución, siempre hay algo que se puede hacer, aunque sea de forma parcial. En cualquier caso, siempre será mejor que utilizar la técnica del avestruz, escondiendo la cabeza para no ver los problemas.

La angustia es un estado afectivo, habla del nacimiento como el suceso que deja tras de sí tal huella afectiva: las influencias propias de la angustia sobre la actividad cardiaca y la respiración. Luego diferencia entre la "angustia real" (ante un daño temido del exterior) y la "angustia neurótica" (enigmática e inadecuada), que observaba en tres circunstancias:

- Como "angustia flotante o expectante" (neurosis de angustia).
- "Vinculada" fijamente a determinadas representaciones (fobias).
- Acompañando a los síntomas o como "acceso" o "estado" más duradero (histeria y otras neurosis).

De la angustia en la histeria y en otras neurosis hacemos responsable al proceso de la represión. Es la idea [representación] la que experimenta la represión, pero su necesidad de afecto es transformado regularmente en angustia.

Ante ataques de angustia, un trastorno muy frecuente en la sociedad actual, resulta crucial saber cómo superar la angustia y los síntomas de angustia, además de la ansiedad, la depresión, la tristeza y el miedo, que en general la acompañan. De lo contrario, el trastorno por angustia puede derivar en serios perjuicios para la salud física y emocional, de quien padece una crisis de angustia.

La angustia es un síntoma de la época actual, caracterizada por la incertidumbre y la inestabilidad en los diferentes planos y aspectos de la existencia humana. Los problemas en todos los ámbitos de la vida, ya se trate de problemas económicos o que surgen en la relación con los otros, pueden conducir a una crisis de angustia, trastorno que si no es tratado, acarrea consecuencias tanto emocionales como físicas. Por otra parte, a menudo, la angustia va acompañada de otras sensaciones tales como ansiedad, depresión, tristeza y miedo.

Todos en algún momento de nuestra vida hemos sufrido ataques de angustia por diferentes causas de la vida cotidiana. La fortaleza para superar un episodio de angustia es clave para evitar que el trastorno afecte el normal desarrollo de

nuestra existencia. Los síntomas de la angustia se caracterizan por una serie de trastornos físicos y emocionales, entre los que se destacan:

- Trastorno del sueño con insomnio, pesadillas, despertarse a mitad de la noche con dificultad para volver a conciliar el sueño.
- Trastorno de la conducta con irritabilidad, inestabilidad, nerviosismo, incapacidad para enfrentar las dificultades.
- Trastorno físico con problemas digestivos, diarrea, problemas urinarios, espasmos, dolores de cabeza, disminución del deseo sexual.

La angustia es posible superarla a través de la acción, la cual conlleva a:

- Actuar sobre sí mismo
- Rehabilitar el cuerpo
- Exaltar los sentidos
- El arraigo
- Reír y aprender
- La confianza en sí mismo
- Actuar sobre otros
- Comunicarse
- Amistad y amor
- Actuar sobre el mundo
- Trabajo e imaginación
- Dominar el tiempo

Depresión:

Concepto de depresión

La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión. Se debe saber que la

depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse.

La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. Aproximadamente 1 de cada 20 personas, el doble de mujeres que de hombres. La depresión es tan antigua como el hombre, es una experiencia universal y las emociones de tristeza y pena constituyen una faceta intrínseca de la condición humana. No obstante, la depresión patológica se distingue de la pesadumbre por su intensidad, duración e evidente irracionalidad y por sus efectos en la vida de aquel que la sufre. Se emplea la palabra depresión en muy diversos sentidos: Para describir ánimo, síntomas, síndrome (es decir un conjunto de signos y síntomas), como así mismo para designar un grupo específico de enfermedades. El múltiple use del término y la carencia de una definición acarrea una confusión notable.

Freud había definido la depresión como una pérdida de la estima del yo. Podemos definir la depresión como un trastorno afectivo, la persona que está en esta situación se siente triste, desganado, descontento de sí mismo y de su entorno y en ocasiones también furioso por todo lo que le sucede.

Signos y síntomas de la depresión

Los síntomas centrales de la depresión son tristeza, pesimismo, descontento de si mismo, junto con una pérdida de energía, motivación y concentración. Los grados de estos síntomas pueden presentarse y la combinaciones de los mismos son variables hasta el infinito.

- Estado de Animo: Tristeza, insatisfacción, abatimiento, llanto.

- Pensamiento: Pesimismo, Ideas de culpabilidad, auto acusación, pérdida de interés y motivación, disminución de eficacia y concentración.
- Conducta y aspecto: Negligencia en el aspecto personal, agitación.
- Síntomas Somáticos: Ausencia de apetito, pérdida de peso, estreñimiento, sueño poco profundo, dolores, alteración mental, ausencia de libido.
- Rasgos de ansiedad: Conducta suicida.

Tipos de depresión

- **Depresión severa.** Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria.
- **Depresión Moderada.** Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden las actividades de la vida diaria.
- **Depresión leve.** Cuando la persona presenta algunos síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.
- **Depresión reactiva.** Tipo más corriente de depresión y es simplemente una prolongación de los sentimientos normales de pesar que siguen a una pérdida de cualquier naturaleza. Cuando los sentimientos de pesar se agravan o prolongan hasta el punto que la persona los encuentra superiores a lo que esta acostumbrado o capacitada a soportar sea cae en depresión. La persona suele sentirse abatida, ansiosa, frecuentemente enfadada o irritada con tendencia a estar más decaída durante las últimas horas de la tarde y con dificultades para conciliar el sueño. Suele dar vueltas y más

vueltas en los mismos pensamientos, los cuales no logra quitarse de encima, abusa de la comida y suele buscar refugio en el sueño. Generalmente este tipo de depresión no es de gravedad.

- **Depresión neurótica.** Personalidad inestable para quien los infortunios más intrascendentes son intolerables. Personas que sufren repentinamente depresiones reactivas que suelen detectar dificultades de la personalidad que entorpece tanto su capacidad para resolver los problemas de la vida como para aguantar el impacto emocional que implican estos problemas, se le llama depresión neurótica a estos cambios de ánimo. Hay 2 tipos de personalidad propensa a este tipo de depresión: El perfeccionista obsesivo que ve la vida de forma precisa y rígida, es tan exigente consigo mismo como con los demás y aunque es posible que él mismo alcance sus propias metas, en el caso de los demás suele quedar decepcionado; y el individuo excesivamente pasivo que evita constantemente hacer valer sus opiniones y derechos.
- **Depresión endógena.** Significa una depresión que viene de adentro, en su forma pura el que la sufre es incapaz de explicar el cambio de ánimo ya que le ataca de manera repentina, es insensible a buenas noticias y en general es más ansioso que el que padece una depresión reactiva. Sus rasgos son: sensación de inutilidad y desesperación, desconfianza en sí mismo y poca autoestima, despertarse temprano. Falta de apetito, pérdida de peso e indiferencia total por las cosas que antes le interesaban, lentitud, falta de concentración y toma de decisiones y todo le cuesta un gran esfuerzo. Los medicamentos son el principal tratamiento en este tipo de depresión. La depresión endógena es básicamente de origen biológico y suele darse por familias, sin embargo los que han

heredado este tipo de depresión talvez no caigan nunca en ella a menos que tengan vivencias muy estresantes.

- **Depresión maníaca.** Los indicios y síntomas de este tipo de depresión resultan indistinguibles de los de variedad endógena, excepto por los ataques de euforia con los que se alterna. Debido a la aflicción de la que se hacen víctimas, las personas que la padecen, con pocas excepciones, reconocen la depresión como enfermedad, mientras que la euforia, en cambio es un concepto más huido y solo se le puede considerar enfermedad en su forma más aguda. La depresión se refiere a los cambios de humor subsiguientes a otras enfermedades físicas o mentales.

- **Depresión enmascarada.** Este término se refiere a una variedad de diferentes expresiones de la enfermedad depresiva en las que el rasgo típico es que el paciente no se siente deprimido pero se queja de algún otro síntoma psicológico o físico. Esto se da con mayor frecuencia en los casos de fluctuaciones de humor pero es posible hallarlo en cualquier forma de depresión. Hay 3 tipos:
 1. En los que experimentan muchos de los síntomas generalmente asociados con la enfermedad depresiva, tal como es el cansancio exagerado o el insomnio, pero que realmente no se sienten deprimidos. Tal como lo que ellos ven, lo único que le pasa es que están cansados.

 2. No se presentan los síntomas habituales de la depresión o se ocultan tras otros síntomas psicológicos o físicos más destacados que no se asocian con la depresión. La depresión puede disfrazarse en fobia, ansiedad u obsesión.

3. Aquel en que el cambio de humor pasa inadvertido por una serie de diversas razones y más tarde el paciente presenta una complicación de la depresión, tal como el alcoholismo, problemas matrimoniales, o mala relación en su trabajo.

Estas diversas manifestaciones de la depresión suelen ser causa de retrasos del diagnóstico y sufrimientos innecesarios.

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos son aquellos síntomas que pueden acompañarse a una determinada perturbación y que, a juicio de expertos, parecen esenciales para hacer un diagnóstico claro y diferenciado.

Los criterios indispensables para un diagnóstico de depresión:

Para realizar un diagnóstico de depresión, es necesario por parte del profesional seguir determinados procedimientos. Estos procedimientos se ajustan a un sistema de clasificación de enfermedades.

Para poder diagnosticar una depresión el profesional deberá indagar en la historia del paciente, sus manifestaciones clínicas, la presencia de síntomas específicos y el tiempo que lleva dicha sintomatología.

Además de la evaluación clínica puede indicar la realización de estudios adicionales que complementen el diagnóstico. La depresión, en todas sus formas tiene una manera característica de presentarse, tiene una forma de hablar, de expresarse y de mostrarse diferente.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el

paciente los ha tenido antes, el profesional debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, cada desorden del estado de ánimo está caracterizado por un sistema único de síntomas o de criterios diagnósticos.

Los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Los trastornos incluidos en esta categoría son: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar, trastorno ciclotímico, y otros trastornos del estado de ánimo tales como el trastorno debido a una enfermedad médica y el trastorno inducido por sustancias.

Ningún síntoma garantiza el diagnóstico por sí solo. Algunas personas depresivas experimentan muy pocos síntomas, otras en cambio presentan un amplio número de síntomas. La gravedad de los síntomas también varía mucho de unos pacientes a otros. Además en la actualidad no existe ninguna técnica diagnóstica útil para realizar este diagnóstico.

Tratamiento

Los principales tratamientos contra la depresión son los siguientes:

- Los medicamentos antidepresivos
- La psicoterapia (hablar con un terapeuta especializado en estos problemas)
- Una combinación de los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia.

Existe un tratamiento adecuado para cada uno de los tipos de depresión y será su médico o terapeuta el que diagnostique el tipo de depresión que padece y comience el tratamiento mas adecuado en su caso.

El tratamiento para la depresión generalmente es de dos pasos, el primero es intensivo, para hacer que los síntomas de la depresión desaparezcan, y el segundo es de continuación del tratamiento, incluso después de que se encuentre bien, es importante porque impide que la depresión regrese. El tratamiento en conjunto puede durar unos seis meses. A veces si la depresión es recurrente (tres o mas episodios), se realiza un tratamiento de mantenimiento, por un periodo mas largo, 1 o 2 años.

Culpa

Existen varias cosas que pueden producir sentimientos de culpa después de una pérdida. Por ejemplo, por no haber ofrecido al fallecido una atención médica mejor, porque no deberían haber permitido que le operaran, por no haber consultado al médico antes o por no haber elegido el hospital correcto. Los padres cuyo hijo muere son muy vulnerables a estos sentimientos, que se centran en el hecho de que no pudieron evitar que el hijo dejara de sufrir o que muriera. Algunos se sienten culpables por no experimentar la cantidad de tristeza que consideran

apropiada. Este sentimiento es, en su mayor parte, irracional y se centra en las circunstancias de la muerte. “El asesor puede ayudar aquí porque la culpa irracional se rinde ante la confrontación con la realidad. Si alguien dice: “no hice suficiente”, yo pregunto: “¿qué hiciste?” y ellos responden “hice tal” entonces digo “¿qué más hiciste?”. “bueno, hice esto”, “¿qué más?” “bueno hice aquello”. Entonces se le ocurren más cosas y dicen “hice esto y esto y esto”. Después de un tiempo llegan a la conclusión: “quizá hice todo lo que pude en esas circunstancias”. Sin embargo, existe una culpabilidad real y ésta es más difícil de trabajar.”⁴ En algunas ocasiones se han usado técnicas de psicodrama en terapia de grupo para ayudar a la persona a superar este tipo de culpa.

Ansiedad e impotencia

Las personas que sobreviven a una muerte se sienten muy ansiosas y con miedo. Gran parte de esta ansiedad proviene de la impotencia de pensar que no pueden continuar y sobrevivir solos. Ésta es una experiencia regresiva que mejora con el tiempo, cuando se dan cuenta de que, aunque es difícil, se las pueden arreglar solos. El papel del asesor es ayudarles a reconocer, mediante la reestructuración cognitiva, las estrategias que usaban para funcionar solo antes de la pérdida, y esto les ayuda a dar a estos sentimientos algún tipo de perspectiva. Una segunda fuente de ansiedad proviene de la conciencia cada vez mayor de la muerte personal. Esto es algo que todos tenemos y que permanece en el fondo de nuestra conciencia. De vez en cuando se vuelve más real. Para la mayoría de nosotros, la conciencia de nuestra propia muerte existe a un nivel muy bajo. Sin embargo, con la pérdida de un ser significativo, ya sea un amigo íntimo o un miembro de la familia, esta conciencia aumenta y produce una ansiedad existencial. El asesor puede tomar varias direcciones, dependiendo del cliente. Para algunos es mejor no tratar esta cuestión directamente sino dejarla pasar y suponer que se mitigará y se desvanecerá con el paso del tiempo. Con otros es útil tratar esta cuestión directamente y conseguir que hablen de sus miedos y

⁴ Pérez Sales, Pau, Trauma, Culpa y Duelo, 1,992, p.p. 263.

aprensiones. Hablar de esto con el asesor puede ayudar a los clientes a sentir alivio al desahogarse de sus preocupaciones y explorar otras opciones. En cualquier caso, el asesor debería usar su mejor juicio para decidir qué elección es la más apropiada.

Enfado

Cuando alguien a quien se quiere muere es muy normal sentirse enfadado. Probablemente el enfado proviene de dos fuentes. Una la frustración, y una sensación de impotencia regresiva. Es cierto que muchas personas lo experimentan pero no siempre lo asocian con el fallecido. Este enfado es real y debe ir a algún lugar, de manera que si no se dirige hacia el fallecido, que es el objetivo real, se puede desviar a otras personas como el médico, el personal hospitalario, el director de la funeraria, el clero o un miembro de la familia. Si el enfado no se dirige hacia el fallecido ni se desplaza hacia alguna persona, se puede volver hacia uno mismo (dirigirse hacia dentro y experimentarse como depresión, culpa, o disminución de autoestima). En casos extremos una conducta suicida, ya sea en pensamiento o en acción. El asesor psicológico que trabaje en situaciones de duelo y sea competente, investigará siempre la ideación suicida. Una pregunta simple como “¿has sido tan malo que has pensado en autolesionarte?” es más probable que tenga resultados positivos que mueva a alguien a emprender una acción autodestructiva. Los pensamientos suicidas no siempre representan un enfado dirigido hacia uno mismo, también pueden provenir del deseo de reunirse con el fallecido. Alguno de los sentimientos de enfado son consecuencia del dolor tan intenso que se experimenta en esos momentos, y el asesor puede ayudar al cliente a contactar con ellos. Sin embargo, la mayoría de las veces no es útil tratar el tema del enfado directamente. Una técnica indirecta que a mí me ha resultado beneficiosa es la expresión moderada “echar de menos”. A veces pregunto al superviviente “¿qué echas de menos en él?” y la persona responde con una lista que muchas veces le produce tristeza y lágrimas. Un poco después le pregunto: “¿qué es lo que no echas de menos de

él?”. Normalmente hay una pausa y una mirada de espanto y la persona dice algo como “bien, nunca lo había pensado de esta manera, pero ahora que lo menciona no echó de menos que dejara la ropa en el suelo, que no viniera a cenar a la hora” y muchas otras. Entonces empieza a reconocer algunos de los sentimientos más negativos. Es importante no dejar a los clientes con dichos sentimientos sino que hay que ayudarlos a equilibrar los sentimientos positivos y los negativos. Es importante no dejar a los clientes con dichos sentimientos positivos y los negativos, para que vean que los unos no excluyen a los otros y viceversa. Aquí el terapeuta juega un papel activo. En algunos casos todo lo que la persona tiene son sentimientos negativos y es importante ayudarla a entrar en contacto con los positivos que seguro existen, aunque sean pocos en número. Recordar sólo lo negativo puede ser una manera de evitar la tristeza que se experimenta cuando se admite que una pérdida es significativa. Admitir los sentimientos positivos es una parte adecuada y sana. Aquí el problema no es la represión de un sentimiento histórico como el enfado, sino la represión de los sentimientos de afecto.

Tristeza

Existen algunas ocasiones en las que el asesor debería estimular la tristeza y el llanto. Es frecuente que la personas se nieguen a llorar delante de los amigos por miedo a abusar de su amistad o a perderla y sufrir así otra pérdida. Llorar en una situación social se puede suprimir para evitar la crítica de los otros. Algunas personas temen que llorar abiertamente no parezca digno o que incomode a los demás. Llorar sólo puede ser útil, pero no suele ser tan eficaz como llorar con alguien y recibir su apoyo. Sin embargo, simplemente llorar no es, suficiente. Se necesita ayuda para identificar el significado de las lágrimas y este significado cambiará a medida que se avanza en la elaboración del duelo. Es importante que el asesor no esté satisfecho con la simple expresión de emociones. Es esencial centrarse, la tristeza debe ir acompañada de la conciencia de lo que se ha perdido; el enfado se ha de dirigir de manera apropiada y eficaz; se ha de evaluar y resolver la culpa; se ha de identificar y manejar la ansiedad. Si el asesor no tiene

estos objetivos no es eficaz, a pesar de la cantidad de sentimientos que se estén evocando. Las personas en duelo han de alcanzar cierto equilibrio que les permita experimentar dolor, sensación de pérdida, soledad miedo, enfado, culpa y tristeza; dejar entrar la angustia y dejar salir las expresiones de dicha angustia; saber y sentir en el fondo de su alma lo que les ha ocurrido; y sin embargo, hacerlo en dosis, para que dichos sentimientos no les desborden.

Pérdida de un ser querido

Reacciones ante la pérdida:

Sensaciones:

Trabajar con las sensaciones es primordial para establecer una buena resignificación de vida en las personas que han perdido a un ser querido, debemos tomar muy en cuenta que las sensaciones es la información cruda que el doliente tiene para llegar al sentimiento.

Las sensaciones básicas son el placer y el dolor; algunas adicionales son las siguientes.

- Vacío Calor
- Debilidad Tensión
- Sequedad Inconformidad
- Satisfacción Ligereza
- Insatisfacción Suavidad
- Opresión Excitación
- Fatiga Frío
- Palpitaciones Nerviosismo

Regularmente los dolientes ni siquiera pueden detectar cuáles son sus sensaciones y tenemos que realizar un trabajo de sensibilización, ya de que de

otra manera será muy difícil iniciar el proceso de duelo, pues las sensaciones son el primer paso para conocer el sentimiento que se encuentra detrás.

Las sensaciones más comunes con las que podemos encontrarnos son:

- Vacío en el estomago Tensión y debilidad muscular
- Opresión en pecho Sequedad de boca
- Opresión en garganta Fatiga
- Falta de energía Palpitaciones
- Incomodidad ante el ruido Oleadas de calor
- Falta de aire Tensión en alguna parte del cuerpo

Sentimientos:

Estos manifiestan el dolor psicoafectivo de los pacientes, y son los siguientes:

Tristeza. Sentimiento muy común en el duelo y en todas las personas. Es por el cual nos unimos y nos reconocemos. No necesariamente se manifiesta a través del llanto.

Soledad. Sentimiento muy socorrido por los dolientes, sobre todo si su convivencia con el ausente era frecuente y cercana, como en el caso de los cónyuges. La viuda o viudo podría decidir no salir de casa ya que ahí se siente más protegido.

Fatiga. Las personas que están en duelo pueden experimentar gran fatiga, la que puede manifestarse como apatía e indiferencia. En el duelo, los sentimientos son tan fuertes que producen gran fatiga emocional.

Impotencia. Los dolientes perciben que no pueden hacer nada y que necesitan ayuda de otros para salir avantes.

Shock. Este sentimiento es muy frecuente en las muertes repentinas, violentas e inesperadas. Aunque también puede presentarse ante una muerte anunciada en el

momento en que recibimos la noticia. Corresponde a la fase de negación que menciona la doctora Kubler-Ross.

Alivio. Se puede presentar ante una muerte cuya agonía fue dolorosa y prolongada. Paradójicamente, este sentimiento puede producir culpa.

Insensibilidad. Ante una noticia tan fuerte, la persona puede manifestar no sentir nada. Es muy natural durante unos días. Si la inestabilidad se prolonga, puede caerse en un duelo crónico o patológico.

A esta lista (de Lindemann) se puede agregar:

Miedo: hacia la vida, preguntas como “¿Qué voy a hacer ahora?”.

Enojo, Hacia todo y todos lo que le rodea y quizá con la persona que ya no está.

Culpa. Por lo que se hizo o se dejó de hacer.

A pesar de que estos sentimientos sean normales en un proceso de duelo debe presentarse atención a su duración e intensidad.

Recordemos que si se hace referencia a un sentimiento de manera exagerada o disminuida puede deberse a:

- Que la persona esté tapando un sentimiento con otro.
- Que tenga algún asunto pendiente o inconcluso.
- O por un mal hábito.

Si esto ocurriera se debe dar a la persona ayuda psicológica especializada.

Cogniciones

Los pensamientos que aparecen durante el duelo son diversos. Existen ciertos pensamientos naturales en el proceso, sobre todo en las primeras fases del duelo, y después desaparecen, aunque pueden prolongarse y generar ansiedad, angustia y, probablemente, depresión. Los pensamientos más comunes son:

Incredulidad: Es el primer pensamiento que se tiene al conocer la noticia de la muerte de un ser amado: “No puede ser, lo acabo de ver”, “debe haber una equivocación”.

Confusión: Las personas pueden manifestar desorganización en sus pensamientos, olvidos y distracciones.

Preocupación. Se puede tratar de una obsesión con el difunto; todo el tiempo se piensa cómo volver a verlo o se manifiestan ideas intrusas o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo.

Sentido de presencia. Se manifiesta al experimentar la sensación de que el fallecido aún se encuentra entre los vivos. Expresan frases como “aún siento que está junto a mi cama”.

Alucinaciones. Son normales tanto las auditivas como las visuales en el duelo, y pueden manifestarse días o semanas después del fallecimiento. Esto no debe preocuparnos ya que desaparecerán en corto tiempo.

Todas estas cogniciones pueden llevar a pensar al doliente y a quienes le rodean a tener la sensación de que se están volviendo loco. Pero son normales al inicio del proceso; sin embargo, debe prestarse atención si se prolongan; de ser así, es necesario pedir ayuda profesional.

Conductas

Existen conductas específicas que se presentan en un duelo normal, todas son naturales ante el evento pero tienden a desaparecer con el tiempo, éstas pueden ser:

Trastornos del sueño. Las personas no pueden conciliar el sueño, o se despiertan a media noche, no consiguen volver a dormir. En algunos casos puede ocurrir lo contrario y duermen en exceso. Esto es normal media vez no se prolongue demasiado.

Trastornos alimentarios. La persona no come o come en exceso, todo es normal durante un tiempo corto pero de no ser así se debe pedir ayuda ya que puede ser un síntoma de depresión.

Conducta distraída. Las personas que han tenido una pérdida reciente se encuentran repentinamente ante situaciones en las cuales no recuerdan datos que antes del duelo recordaban perfectamente.

Aislamiento social. Es común que las personas con una pérdida reciente quieran aislarse de su medio social, no desean visitar ni visitas de familiares, muestran desinterés por lo que acontece en el mundo.

Soñar con el fallecido. Es usual soñar con el fallecido, tanto con sueños normales como en pesadillas. Los sueños pueden proporcionarnos información acerca del proceso de duelo de la persona.

Evitar recordatorios del fallecido. Es natural que la persona tienda a evitar los lugares que compartió con el fallecido, que evite ver sus objetos personales, ya que esto le produce sentimientos dolorosos.

Desinterés por el sexo. Esta conducta es más frecuente en las mujeres.

Buscar y llamar en voz alta. Puede ser que a la persona se le sorprenda llamando al fallecido en voz alta.

Suspirar. Normal en las personas que se encuentran en duelo.

Hiperactividad frenética. Quizá el doliente quiere distraerse de sus sentimientos y realice actividades para evitar establecer contacto con éstos. Si esta actividad es excesiva, la persona puede caer en el activismo.

Llorar. Es el mejor medio para lograr el equilibrio del organismo. Varios estudios refieren el poder curativo de las lágrimas, y demuestran que el llanto va acompañado de la liberación tras un llanto intenso, lo que genera sentimientos de liberación.

Visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerdan al fallecido. Esta conducta es contraria a la de evitar los recuerdos. Generalmente lo que está detrás es el miedo a olvidar al fallecido, y entonces su recuerdo se refuerza con fotografías, anillos, u otro objeto que pertenecía al ser amado.

Atesorar objetos del fallecido. Sobrevaloran los objetos que pertenecían al difunto, por insignificantes que parezcan.

Estas conductas se presentan en un duelo normal, aunque no debemos olvidar que los duelos se viven de una manera personalizada. Esto se presenta como normal pero esto no quiere decir que si no lo viven no sea normal. Es conveniente realizar observación sobre la duración e intensidad ya que si es mucho puede convertirse en patológico.

No debemos dejar fuera de este proceso algunos factores influyentes en dificultar o facilitar el proceso de duelo. Por ejemplo:

- **Tipo de muerte** no se vive el mismo proceso ante un fallecimiento natural como ante un accidental y/o violento.
- **Tipo de Enfermedad.** No es lo mismo morir de cáncer que de sida; socialmente está mejor visto morir de cáncer que de sida.

- **Relación afectiva con el fallecido.** Si la relación fue muy cercana o fue mala. El duelo se dificulta; en el segundo caso, por la culpa que surge.
- **Edad.** Es más traumático que fallezca un niño o adolescente a que fallezca un adulto mayor.
- **Cultura.** Existen distintos puntos de vista dependiendo del lugar, en algunas ven la muerte de forma natural pero en otra en donde no se permiten expresar los sentimientos, y bloquean el proceso del duelo.
- **Situación económica.** No es la misma vivencia para una persona que tiene su situación económica solucionada, como la de alguien que tiene problemas financieros.
- **Sexo.** Según nuestra cultura es más fácil para la mujer la elaboración del duelo, ya que es más aceptado que llore, al hombre se le reprime más.
- **Etapas evolutivas del duelo.** El más fácil cerrar el duelo cuando se es adulto y se tenga una familia propia a cuando se es pequeño.
- **Espiritualidad.** Si se posee, favorecerá el enfrentamiento con el dolor y el sufrimiento.
- **Circunstancias.** Vivir el duelo anticipado ayuda en el proceso cuando la persona no está.
- **Fe.** Si se tiene, facilita el proceso ya que la muerte tiene un sentido de esperanza ante la muerte.
- **Tipo de personalidad.** Hay personas que tienen la capacidad de afrontar situaciones difíciles, otras se hunden fácilmente ante estas situaciones de frustración.

La combinación de todos estos factores favorece o dificulta el duelo.

Reacciones comunes en los niños

El rango de reacciones emocionales, físicas y de comportamiento que los niños pueden exhibir en respuesta a la muerte de una persona significativa puede incluir:

Síntomas Físicos: Jaquecas, dolores de estómago, fatiga, cambios en los hábitos alimenticios, falta de concentración.

Conmoción Emocional: Creer que la muerte no ocurrió, por lo general, ya que darse cuenta es abrumador; pueden no demostrar ningún sentimiento.

Curiosidad: Pueden querer conocer los hechos acerca de la muerte (por qué, cuándo, cómo, dónde, etc.)

Tristeza: Puede ser expresada verbalmente, a través de lágrimas o a través del retraimiento. El niño o niña puede sentirse solitario/a.

Ira: Puede sentir que él o ella ha sido "abandonado/a". La ira puede estar dirigida hacia la persona que falleció, hacia otros, hacia Dios, hacia el doctor.

Actuar: El comportamiento externo puede reflejar sentimientos internos de ira hacia la muerte, frustración por no saber qué hacer con los abrumadores sentimientos e impotencia al saber que la situación no puede ser modificada.

Comportamientos Regresivos: Ejemplos incluyen: necesitar ser sujetados en brazos o mecidos, dificultad para separarse de personas importantes, necesidad de dormir en la cama de los padres, dificultad para realizar tareas apropiadas a su etapa de maduración, orinarse en la cama y chuparse el pulgar.

Alivio: Puede ocurrir si el ser querido había estado sufriendo o si el niño o niña tenía una relación difícil con la persona fallecida.

Temor: Puede tener miedo de enfermarse o de morir, de la oscuridad o de la separación y abandono de parte de un ser querido.

Culpa: Si el niño o niña se siente responsable por la muerte porque dijo o hizo algo "malo" antes que la persona falleciera, si el niño o niña siente alivio por la muerte o si el niño o niña "deseó" que la persona falleciera.

Aceptación: Comprender que la muerte es definitiva.

Reacciones ante distintas situaciones de pérdidas

Muerte natural

Sucede en el momento adecuado, está sustentada por la racionalización que hacemos de ella. Generalmente se relaciona con pérdidas esperadas, como las de las personas ancianas con múltiples padecimientos.

Muerte de un infante

Esta despierta una sensación abrumadora de injusticia; por el potencial perdido, los sueños incumplidos y el sufrimiento sin sentido. Los padres pueden sentirse responsables de la muerte del niño, no importa lo irracional que esto pueda parecer. También pueden tener la sensación de que han perdido una parte vital de su propia identidad.

Muerte traumática

Ante este tipo de muerte pueden surgir complicaciones:

La capacidad de adaptación del doliente disminuye como consecuencia del evento traumático; este hace que aparezcan múltiples factores estresantes.

Nuestra presunción del mundo seguro y predecible se estremece sin preaviso y se alteran o invalidan nuestras creencias y noción de invulnerabilidad.

Este tipo de muertes inesperadas no permite realizar un cierre en la relación, es decir, despedirse, resolver algún asunto pendiente, etc.

Los síntomas agudos del duelo y choque emocional físico perduran por más tiempo.

El doliente reconstruye obsesivamente los eventos y el escenario en que sucedieron, buscando entender esa muerte y obtener control sobre ella.

Este tipo de muertes genera grandes culpas y auto-reproches en el doliente, ya que muchas veces quedan discusiones sin resolver o peleas, y se culpan por haber estado lejos del ser querido.

Las reacciones emocionales suelen ser más intensas. Aparece el estrés post-traumático que se manifiesta a través de la intrusión repetida de imágenes y recuerdos trágicos y del incremento de respuestas psicológicas.

Muerte accidental

Cuando la muerte ocurre en accidentes ya sean de índole natural como son huracanes, derrumbes, terremotos, o los causados por fallas humanas, como son accidentes aéreos, automovilísticos, en barco, etc. Producen en el doliente una serie de reacciones que pueden complicar el proceso de duelo por lo inesperado y traumático del suceso. En muchos casos la muerte accidental, la desfiguración o la ausencia del cuerpo lleva a los dolientes a no querer o no poder ver el cuerpo, sin embargo, se ha comprobado que ver el cuerpo o una parte del mismo ayudará a iniciar el proceso del duelo porque significa la irreversibilidad de la pérdida.

Muerte por homicidio

La muerte de un ser querido en un homicidio o asesinato intencional produce en el doliente una serie de sentimientos encontrados. Se experimenta una mayor disonancia cognoscitiva, negación e impulsos asesinos; conflicto con el sistema de valores y de creencias y un distanciamiento del apoyo por el estigma del homicidio. Los supervivientes deben manejar sentimientos de miedo, vulnerabilidad, ira, rabia, vergüenza, culpa, remordimiento y recogimiento emocional.

La falta de apoyo por la ley y el sistema de justicia criminal y la intromisión de los medios de comunicación también complican el duelo. Los retrasos en la sentencia del asesino, la falta de castigo adecuado para el crimen incrementa los sentimientos de pérdida de control. Cada uno de estos aspectos debe ser trabajado con el superviviente del homicidio.

Muerte por suicidio

El tema del suicidio es visto como un tabú en nuestra sociedad y cuando éste ocurre estigmatiza no solo a la víctima sino a toda la familia. Los sobrevivientes de un suicidio experimentan una fuerte culpa, reciben menos apoyo de la sociedad y tienen una mayor necesidad de entender porqué su ser querido decidió quitarse la vida. Se experimenta una larga búsqueda de los motivos de la víctima para quitarse la vida, muchas veces se niega la causa de la muerte, se hacen preguntas religiosas sobre la vida después de la muerte de la víctima.

El duelo y la salud mental

El duelo, el luto y el sentimiento de pérdida, son términos que se refieren a las reacciones psicológicas de los que sobreviven a una pérdida significativa. El duelo es el sentimiento subjetivo provocado por la muerte de un ser querido. Suele utilizarse como sinónimo de luto, aunque en sentido estricto, el luto se refiere al proceso mediante el cual se resuelve el duelo, a la expresión social de la conducta

y las prácticas posteriores a la pérdida. El sentimiento de pérdida es el estado de sentirse privado de alguien a consecuencia de la muerte. En general, es preferible hablar del luto para referirnos a los aspectos y manifestaciones socioculturales y socio-religiosas de los procesos psicológicos del duelo y reservar el término de duelo y procesos de duelo para los componentes psicológicos, psicosociales y asistenciales del fenómeno.

Por elaboración del duelo o trabajo de duelo se entiende la serie de procesos psicológicos que, comenzando con la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad. Es un proceso psicológico complejo para deshacer los vínculos establecidos y elaborar el dolor de la pérdida.

Sigmund Freud en su texto de 1915 (Duelo y Melancolía) introdujo el término de duelo para referirse a un afecto normal que se presenta en los seres humanos como "reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. "En este sentido el duelo no solo se presentaría frente a la muerte de un ser querido, sino también con relación a situaciones que impliquen la evidencia para el sujeto de una falta, o de algo que ha de dejar atrás y que no volverá a recuperar, pero que deja siempre un recuerdo". ." Esta definición corresponde a lo que hoy conocemos como duelo normal, sin embargo existe una forma particular de vivir el duelo que S. Freud llamó melancolía, en este caso el deudo se siente empobrecido y la pérdida es experimentada en el propio Yo.

Etimológicamente duelo viene del latín dolus que significa dolor. Es la respuesta a una pérdida o separación.

“Al ser humano le duelo lo que ama y cuando pierde ese objeto, situación o sujeto de su amor, elabora un proceso doloroso; el Duelo duele, por tanto, la manera de salir adelante es viviendo ese proceso; no se trata de evadirlo sino de enfrentar el

dolor y sufrimiento que esto conlleva...” (Tanatología, la inteligencia emocional y ..., Pág. 83)

Concepciones del duelo

Duelo no complicado

La función del duelo es restituir o sanar; y para ello se deben llevar a cabo todas las etapas (shock, protesta, desesperanza, resignificación) del proceso, sin “atorarse” en ninguna de ellas.

Los duelos pueden ser:

- Anticipados o anticipatorios, que es el que se inicia y después llega la pérdida.
- Continuo, hasta cerrar el ciclo.
- El duelo que se inicia en el momento en que se presenta la pérdida.

Duelo complicado (patológico)

El duelo complicado, anormal o patológico es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que no van hacia la asimilación o acomodación sino que, en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación.

Tipos de duelo patológico

Duelo crónico

Es aquel que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Las reacciones el día del aniversario son normales durante diez años o más, pero en sí mismas no indican un duelo crónico. La persona que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo.

Para algunos el tratamiento requerirá que afronten el hecho de que la persona se ha ido y no volverá nunca. Para otros puede ser una ayuda para aclarar y afrontar los sentimientos confusos y ambivalentes hacia el fallecido. Algunas personas con duelo crónico pueden anhelar una relación que nunca fue pero que podría haber sido. Para aquellos que tenían una relación muy dependiente con el fallecido, parte de la intervención puede consistir en ayudarles a adaptarse a la ausencia del ser querido y a desarrollar sus propias habilidades. Los que tienen muchas necesidades de apego, la pérdida les hace sentir inseguros e incapaces de elaborarla solos. Un duelo crónico o prolongado requiere que el terapeuta y el cliente evalúen qué tareas no se han resuelto y por qué. La intervención se centra en la resolución de dichas tareas.

Duelo retrasado

Se llaman a veces inhibidos, suprimidos o pospuestos. La persona puede haber tenido una reacción emocional en el momento de la pérdida, pero no fue suficiente. En un momento del futuro la persona puede experimentar los síntomas del duelo respecto a una pérdida posterior e inmediata, pero la intensidad del duelo parece excesiva. La persona generalmente tiene la impresión clara de que la respuesta que experimenta es exagerada respecto a la situación.

Los sentimientos desbordantes que se tienen en el momento de la pérdida pueden hacer que la persona retrase su duelo. Esto se produce en casos de muerte por suicidio. Otro tipo de pérdidas también pueden estimular el duelo retrasado.

Las reacciones retrasadas no sólo se pueden desencadenar con una pérdida, sino que también viendo a otra persona que ha sufrido una pérdida o viendo una película, la televisión o cualquier otro acontecimiento en un medio de comunicación en el que el tema principal sea la pérdida.

Duelo exagerado

La persona que experimenta la intensificación de un duelo normal se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa. Es consciente de que los síntomas y las conductas que está experimentando están relacionadas con la pérdida y busca terapia porque su experiencia es excesiva e incapacitante. Los duelos exagerados incluyen los trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida.

La depresión clínica posterior a una pérdida es un claro ejemplo. Si esos sentimientos de desesperanza se transforman en desesperación irracional y van acompañados por otras características depresivas, pueden dar lugar a un diagnóstico de depresión clínica.

La ansiedad si se experimenta en forma de ataques de pánico o de conductas fóbicas, se incluiría en el duelo exagerado, así mismo, el abuso de alcohol u otras sustancias, producido o exacerbado por una muerte.

Hay algunos que sufren una pérdida, normalmente de naturaleza catastrófica, que desarrollan signos y síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEP). Este trastorno se incluye en el duelo exagerado.

La manía después de una pérdida se puede producir en personas con una historia de trastornos afectivos. Si ocurre esto, se debería considerar la posibilidad de que se trate de una forma de duelo complicado.

Duelo enmascarado

Las reacciones de duelo enmascarado son interesantes en aquellos pacientes que experimentan síntomas y conductas que les causan dificultades pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida. Desarrollan síntomas no afectivos o síntomas que se ven como los equivalentes afectivos del duelo.

Aparece de una de las dos maneras siguientes: enmascarado como síntoma físico o a través de algún tipo de conducta aberrante o desadaptativa. Las personas que no se permiten a sí mismas experimentar el duelo directamente pueden desarrollar síntomas médicos similares a los que exhibía el fallecido o algún otro tipo de queja psicósomática. Por ejemplo, el dolor puede ser un símbolo de duelo reprimido, al igual que los trastornos somatoforme.

Los síntomas físicos puede que no sean la única manifestación del duelo reprimido, también se pueden enmascarar como un síntoma psiquiátrico, como una depresión inexplicable, hiperactividad u otra conducta desadaptativa. Algunos estudios sugieren que la conducta delincuente se puede ver como una adaptación equivalente en el caso de un duelo enmascarado.

Fases del Duelo

Fase de shock

“El desconcierto es profundo y el sujeto atraviesa una situación durante la cual la tarea más importante es la de “aceptar la realidad” de lo que esta ocurriendo. Se caracteriza por una activación, ansiedad e incluso pánico.”⁵

- Bloqueo en la capacidad de pensamiento (no entender que ha pasado, embotamiento) o acción (inmovilidad).
- Reacciones de sensación de pérdida de control, estar viviendo la situación como si fuese un sueño o le estuviera pasando a otra persona Reacciones de negación del hecho y de la pérdida de un ser querido, e incluso mantenimiento de la esperanza aún teniendo la certeza del fallecimiento.
- Falta de sentido en las acciones: incoordinación por la ansiedad, desplazarse sin rumbo, e incluso realizar acciones ilógicas, agresivas y/o peligrosas para la propia persona.

⁵ Parkes, C.M., Fallecimiento: Estudios del Proceso de Duelo en la Vida de los Adultos, 1,998.

- Reacciones fisiológicas o corporales: ojos vidriosos, palidez, temblores, vómitos, diarrea, sensación de asfixia (hiperventilación), vértigos, calambres, rigidez corporal.

¿Qué se debe hacer?

- Acompañar en todo momento.
- Permitir expresión de emociones (dejar llorar, gritar, etc.)
- Favorecer el desahogo emocional (preguntar, escuchar, no interrumpir, aceptar que la situación desborda.)
- Sugerir que se busque apoyos en otras personas y en su propio entorno.
- Controlar la inquietud excesiva y los comportamientos que puedan ser peligrosos para la propia persona y para los demás.
- Actuar con calma (hablar despacio, en un tono de voz suave, mirar a los ojos.)
- Mostrarse cercano a la persona (contacto físico como mano en el hombro, en el antebrazo o incluso abrazar.)
- Reconocer la importancia del suceso.
- No juzgar ni minimizar (no hacer comentarios del estilo: “no te preocupes, no pasa nada”, “podía haber sido peor”, “entiendo cómo te sientes”, “ya verás como lo superas”)
- No dar excesivos consejos, fundamentalmente escucharle.
- No decir cosas de las que no estamos seguros, o que no sean ciertas (“ya verás como los acogen”, “esto no va a volver a pasar”, “todo saldrá bien”, “con el tiempo todo se pasa”)
- Intentar disminuir las reacciones excesivas (respirar más despacio, movimientos más tranquilos, animar a que se mueva o hable si está paralizado)
- Transmitir seguridad (tranquilo ya ha pasado, estás a salvo, estamos teniendo ayuda de mucha gente)

- Atender a sus dudas y ofrecer alternativas (¿dónde está mi mujer? Ya la están buscando, como se llama)
- Atender a posibles necesidades espirituales (por ejemplo si la persona quiere un sacerdote.)

Fase de protesta

El doliente realiza esfuerzos intensos por mantener contacto con el fallecido.

Se niega la muerte de la persona. La gente parece querer convencerse a sí mismo que su negación es legítima y que la muerte de su ser querido realmente no ha ocurrido.

Esta negación se puede practicar a varios niveles.

- Negar la realidad de la pérdida, puede variar en el grado, desde una ligera distorsión a un engaño total.
- Negar el significado la perdida. De esta manera, la pérdida se puede ver como menos significativa de lo que realmente es. Afirmaciones como “no era un buen padre”, “no estábamos tan unidos” o “no le echo de menos”.
- Negar que la muerte sea irreversible.

Otra estrategia usada para negar la finitud de la muerte es el espiritismo. La esperanza de reunirse con la persona es un sentimiento normal, sobre todo en los primeros días o semanas después de la pérdida. Sin embargo la esperanza crónica de dicha reunión no es normal.

Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. La persona en duelo puede ser intelectualmente consciente de la finalidad de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la información como verdadera.

Fase de desesperanza

Es frecuente la conducta desorganizada, con un sentimiento de indefensión y depresión, hasta que el superviviente se consigue adaptar a la realidad de la pérdida.

Se caracteriza por la aparición de sentimientos fuertes, tales como:

- Temor, pena, sentimientos de culpa recurrentes, vergüenza por haber sobrevivido, júbilo por no haber resultado herido.
- Posibles formas de afrontar los sentimientos, que resultarían inadecuadas, como:
 - Represión (callar u ocultar aquello que estamos sintiendo).
 - Aislamiento (querer estar sólo y no compartir con otros nuestra vivencia).
 - Reacciones infantiles y conductas agresivas.

¿Qué se debe hacer?

- Además de todo lo anterior ir ofreciendo información veraz según nos pregunten.
- Dar las malas noticias poco a poco. En caso de fallecimiento o de extrema gravedad de un ser querido mostrarnos cercanos, cálidos, expresar nuestro sentir hasta confirmar la mala noticia.
- Ofrecer ayuda orientada a resolver cuestiones que le preocupen como: llamar a familiares, recoger hijos del colegio, tareas pendientes, etc.)
- Procurar ayuda material (comida, ropa, etc.)
- Mantener la ayuda médica oportuna aunque la persona no lo considere necesario.
- Procurar que esté permanentemente acompañada, incluso si se va a casa.
- Permitir que narre los hechos para facilitar que reordene todo lo sucedido, siendo así menos probable que mantenga imágenes terroríficas.

- Permitir momentos puntuales de distracción y escape sin incitar a la negación del suceso (por ejemplo: hablar de otros temas, salir del lugar, etc.)
- Preguntar y favorecer la expresión de sentimientos acerca de lo ocurrido sin agobiar o interrogar.

Fase de resignificación

En esta última fase se da la reorganización que tiene como consecuencia el reestablecimiento de nuevas relaciones. Supone un intento de volver poco a poco a la normalidad y aceptar e integrar el suceso traumático.

- Puede ocurrir y es normal que durante un tiempo aparezcan síntomas de los estados anteriores (nerviosismo intenso tristeza, llanto pesadillas, recuerdos invasivos de lo sucedido, sentimientos de culpa, rabia, etc.)
- Además pueden aparecer pensamientos y recuerdos de la actuación que hizo la persona en el momento del suceso.
- Es frecuente evitar situaciones, conversaciones, personas, que recuerden de algún modo los hechos.

Todas estas reacciones son normales, pero es importante hacer cosas para no quedarnos estancados en este estado. Cada persona tiene su propio ritmo y tiempo necesario para la aceptación total de lo ocurrido.

¿Qué se debe hacer?

- Es muy recomendable participar en todos los actos organizados en torno al apoyo social a víctimas, y familiares (misas, funerales, manifestaciones, homenajes, etc.) Esto favorece la adecuada elaboración del duelo.
- Recuperar paulatinamente la rutina diaria (trabajo, relaciones sociales, familia, etc.)

- Normalizar, en la medida de lo posible, los hábitos cotidianos de sueño, comidas, cuidado personal, etc.
- Retomar actividades agradables (ocio y tiempo libre).
- No evitar situaciones, conversaciones, o elementos que nos recuerden el hecho traumático dado que esto hace que no terminemos de aceptar y afrontar lo sucedido.
- Respecto a las reacciones emocionales adversas (ansiedad, recuerdos, sentimientos de culpa, rabia, etc.) puede ser recomendable el utilizar algunas estrategias para disminuirlas, tales como técnicas de relajación, distracción, respiración, etc.
- Es muchos casos es necesario buscar ayuda profesional.
- Puede resultar de utilidad el compartir nuestra experiencia con personas en la misma situación, por ejemplo, acudiendo a grupos, asociaciones, etc.

Intervención

Principios de Intervención:

Ayudar al superviviente a hacer real la pérdida

Cuando alguien pierde a un ser importante, aunque la muerte sea esperada, siempre hay una cierta sensación de irrealidad, de que no ocurrió realmente. Además, la primera tarea es llegar a tener una conciencia más clara de que la pérdida ha ocurrido de verdad: la persona está muerta y no volverá. Los supervivientes deben aceptar esta realidad para poder afrontar el impacto emocional de la pérdida.

El asesor puede fomentar en los supervivientes el hablar de la pérdida mediante preguntas: “¿dónde se produjo la muerte? ¿Cómo ocurrió? ¿Quién te lo dijo a ti? ¿Dónde estabas cuando te enteraste? ¿Cómo fue el funeral? ¿Qué se dijo en el

servicio religioso?” todas estas preguntas se enlazan para ayudar a la persona a que hable, específicamente, de las circunstancias que rodearon a la muerte. Mucha gente necesita repasarlo una y otra vez en su mente, revisar los acontecimientos de que ha ocurrido. Para esto se puede necesitar algún tiempo.

Visitar el cementerio o el lugar en el que reposan o están esparcidos los restos, también puede hacer que se dé cuenta de la realidad de la pérdida. Explorar con los dolientes si visitan alguna vez la tumba y qué supone eso para ellos. Si no la visitan, preguntar cuál es su fantasía respecto a ir. Las visitas al cementerio tienen sus raíces en las expectativas y prácticas culturales y pueden dar también alguna pista respecto a cómo está elaborando la persona la tarea I. A algunas personas hay que animarlas a visitar la tumba como parte del trabajo del duelo. Esto se puede hacer con amabilidad, de una manera sensible, y teniendo cuidado con el momento en que se hace la sugerencia.

El asesor puede escuchar con paciencia y puede continuar animando a la persona a hablar. Puede incluir hablar de recuerdos del fallecido, tanto actuales como pasados.

Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos

Debido a su dolor y su disgusto, puede que el superviviente no reconozca muchos de sus sentimientos, o puede que no los sienta en el grado necesario. Algunos de los sentimientos más problemáticos son el enfado, la culpa, la ansiedad y la impotencia.

Ayudar a vivir sin el fallecido

Este principio implica ayudar a las personas a adaptarse a una pérdida y facilitar su capacidad para vivir sin el fallecido y para tomar decisiones de manera independiente. Para lograrlo, el asesor puede usar un enfoque de solución de

problemas, es decir, cuáles son los problemas que ha de afrontar el superviviente y cómo se pueden resolver. El fallecido desempeñaba diversos roles. Un rol importante en las familias es el de toma de decisiones, y a veces esto causa problemas después de la muerte de un cónyuge. El asesor le puede ayudar a que aprenda habilidades de afrontamiento y de toma de decisiones para poder asumir el papel que antes desempeñaba su marido y reducir así su malestar emocional.

Otro aspecto importante a tratar cuando se trabaja con la pérdida de un cónyuge es la pérdida de la pareja sexual. Es importante ser capaz de comentar los sentimientos sexuales que surgen, incluida la necesidad de ser tocado/a y abrazado/a. El asesor puede sugerir diferentes maneras de tratar estas necesidades según la personalidad y sistema de valores del cliente.

Como principio general, a la persona que ha sufrido una pérdida reciente se le debería recomendar que no tomara decisiones que produzcan cambios importantes en su vida, como vender propiedades, cambiar de trabajo o de carrera o adoptar hijos, inmediatamente después de la muerte. Es difícil tener un buen juicio en la fase aguda del duelo, en la que existe un riesgo elevado de reaccionar de manera desadaptada. Es mejor elaborar el duelo donde las cosas sean familiares.

Al disuadir a las personas en duelo de que tomen decisiones que produzcan cambios importantes en su vida de manera precipitada hay que tener cuidado de no provocar una sensación de impotencia. Por el contrario, hay que decirles que serán capaces de tomar decisiones y de llevar a cabo acciones cuando estén preparados pero que no lo hagan simplemente para reducir el dolor.

Facilitar la recolocación emocional del fallecido

Al facilitar la recolocación emocional, el asesor puede ayudar a los supervivientes a encontrar un lugar nuevo en su vida para el ser querido que han perdido, lo cual les permitirá seguir adelante con su vida y establecer nuevas relaciones. Recordar es una manera de despojarse de la energía emocional relacionada con el fallecido. A algunas personas no hay que animarlas pero a otras sí, sobre todo a los que han perdido al cónyuge. Algunos vacilan a la hora de establecer relaciones nuevas porque creen que esto deshonrará la memoria del difunto. Otros dudan porque sienten que nadie podrá ocupar el lugar de la persona que han perdido. Hasta cierto punto esto es cierto, pero el asesor puede ayudarles a darse cuenta de que, aunque nunca podrán reemplazarla, no hay nada de malo en intentar llenar el vacío con una nueva relación.

También existen aquellos que, en vez de vacilar, se lanzan rápidamente a nuevas relaciones, y el asesor les puede ayudar a interpretar hasta qué punto es esto apropiado. Si uno se precipita en reemplazar rápidamente al fallecido, se puede sentir bien durante un tiempo, pero esto le impide experimentar la intensidad y la profundidad de la pérdida. Esta intensidad se ha de experimentar antes de acabar el duelo. Además, para que la relación funcione a la nueva persona se le ha de reconocer y apreciar por si misma.

Dar tiempo para elaborar el duelo

La elaboración del duelo requiere tiempo. Algunos miembros de la familia pueden impacientarse por superar la pérdida y el dolor, y por volver a una rutina normal y eso puede suponer un obstáculo.

Se necesita tiempo para acomodarse a la pérdida y a todas sus ramificaciones. El asesor puede ayudar a la familia a entender esto, algo que puede parecer obvio pero que sorprendentemente no siempre lo es para los miembros de la familia.

Ciertos momentos son particularmente difíciles. Los asesores deben tener claros estos períodos críticos y contactar con la persona si no hay contacto regular. Entre los períodos críticos están el tercer mes y el primer aniversario de la muerte.

Para muchos, las vacaciones son lo más duro. Una intervención eficaz es ayudar al cliente a anticiparlas y prepararse por adelantado.

La frecuencia con que se contacta con el superviviente depende de la relación que se tiene con él y del contrato del asesoramiento, ya sea éste formal o informal.

La elaboración del duelo lleva tiempo y el asesor ha de tener en cuenta que la intervención se puede alargar durante algún tiempo en caso de necesidad, aunque los contactos reales puede que no sean frecuentes.

Interpretar la conducta “normal”

La comprensión e interpretación de las conductas normales en un duelo. Después de una pérdida significativa muchas personas tienen la sensación de que se están volviendo locas. Esto se puede intensificar cuando se distraen y experimentan cosas que normalmente no forman parte de su vida. Si el asesor tiene una idea clara de lo que es una conducta normal, puede tranquilizar a la persona y decirle que estas experiencias nuevas son normales.

Es raro que alguien se descompense y se convierta en sicóticos previos o cuando hay un diagnóstico de trastorno de personalidad borderline. Sin embargo, es bastante normal sentir que uno se está volviendo loco, sobre todo en las personas que han sufrido una pérdida importante anterior. Y sin un asesor sabe que, por ejemplo, las alucinaciones, la sensación intensa de aturdimiento, o la preocupación por el fallecido son conductas normales, puede tranquilizar bastante a la persona.

Permitir las diferencias individuales

Existe un amplio rango de respuestas conductuales en el duelo. De la misma manera que es importante no esperar que todas las personas que están muriendo lo hagan de manera similar, también es importante no esperar que todas elaboren el duelo de la misma manera. Sin embargo, esto es difícil de entender para las familias. Se sienten incómodos cuando un miembro se desvía de la conducta del resto, o el mismo miembro que experimenta algo diferente está intranquilo respecto a su propia conducta.

Dar apoyo continuo

A diferencia de la terapia, que se centra más en un período de tiempo específico, en el asesoramiento los profesionales han de estar disponibles para el superviviente y la familia a lo largo de los períodos más críticos, al menos durante el primer año. El papel del asesor aquí es dar esperanza y una perspectiva amplia. Una buena manera de ofrecer apoyo continuado es a través de la participación en grupos.

Examinar defensas y estilos de afrontamiento

Implica ayudar a los clientes a examinar sus defensas y sus estilos de afrontamiento porque se intensificarán después de una pérdida significativa. Cuando se ha establecido un vínculo de confianza entre el cliente y el asesor, es más fácil que los clientes acepten comentar aspectos de su comportamiento presagian una conducta competente y otros no. Por ejemplo, una persona que afronta las situaciones usando un exceso de alcohol o drogas es probable que no se esté ajustando de manera eficaz a la pérdida.

El asesor ha de estar alerta e investigar sobre el uso y/o abuso de drogas o alcohol. El abuso de estas sustancias puede intensificar la experiencia de dolor y

depresión y perjudicar el proceso de duelo. Si existe o se sospecha que hay un problema, el asesor haría bien en seguir un tratamiento activo que incluyera recurrir a grupos como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos.

Alguien que evita ver fotos del fallecido o tener algo a la vista que se lo recuerde puede tener un estilo de afrontamiento poco sano. El asesor puede subrayar estos estilos de afrontamiento y ayudar al cliente a valorar su eficacia. Luego pueden explorar juntos otras avenidas de afrontamiento posible, más eficaces para reducir el malestar y resolver problemas.

Identificar patologías y derivar

Un asesor que trabaja en situaciones de duelo es capaz de identificar la existencia de patologías desencadenadas por la pérdida y el duelo posterior y, en tal caso, de hacer una derivación profesional.

Algunos tópicos que todavía dispensan los amigos bienintencionados y de vez en cuando algún asesor, no son útiles. Muchas de las mujeres en los estudios dicen “cuando alguien se me acerca y me dice: sé como te sientes, siento ganas de chillar y gritarles: tú no sabes cómo me siento, no es posible que lo sepas, tú nunca has perdido a un marido”.

Comentarios como “sé un muchacho valiente, la vida es para los vivos, esto acabará pronto, resistirás bien, estará superado en un año, estarás bien, al mal tiempo buena cara” generalmente no son nada útiles. Incluso “lo siento” puede ser un comentario que cierre cualquier comentario posterior. Y existen aquellos que intentando que alguien se sienta mejor, empiezan a soltar una retahíla sobre las pérdidas y tragedias que han tenido en su propia vida, quizá sin darse cuenta de que comparar tragedias no es un procedimiento útil.

Las personas con dolor nos hacen sentir impotentes. Esta impotencia se puede reconocer con una simple afirmación como “no sé qué decirte”.

Estrategias de intervención

Lo anteriormente expuesto puede concretarse en una estrategia en la que el doliente y el asesor se embarcan en una serie de tareas. Así lo hacen Klerman y colaboradores (Psicoterapia Interpersonal de Depresión –ITP-, New York, Basic Books, 1984) cuyo esquema desarrollaremos a continuación.

Facilitar la expresión de los sentimientos y explorar sin emitir juicios

La persona que pretende ayudar puede facilitar esto, animando al paciente a pensar en la pérdida, facilitándole con el manejo de los silencios y de las señales de que se le está escuchando, tiempo y espacio para ello, y pudiéndole que relate la secuencia de hechos que se organizaron alrededor de la misma y las emociones asociadas a ellos (“¿Cómo se enteró?, ¿Qué estaba usted haciendo entonces?, ¿Cómo se sintió?, ¿Qué le vino a la cabeza,¿Qué hizo?,¿Cuénteme sobre cómo era?, ¿Qué hacían juntos?, ¿Cómo se siente sobre todo esto?”).

Tranquilizar

El doliente puede experimentar miedo a muchas cosas. En primer lugar, al significado de algunas de las manifestaciones del proceso de duelo. La persona de ayuda puede aplicar los principios anteriormente reseñados sobre interpretar como normal el comportamiento normal y permitir las diferencias individuales. Pero también puede manifestar miedo a hablar de la pérdida o recordar determinados hechos. En este caso quien pretenda ayudar puede manifestar su disposición a ayudarlo y su idea de que tal expresión no suele dar lugar a problemas incontrolables.

Reconstruir la relación

La labor de construcción de nuevas narrativas a la que estamos refiriéndonos se ve facilitada por la reconsideración de la historia de la relación con lo perdido. Por ello es de utilidad animar al doliente a que nos narre su relación, y facilitarle que lo haga, haciendo hincapié en los efectos (positivos o negativos) puestos en juego por cada uno de los acontecimientos narrados.

“Cuénteme cómo fue su vida con...” “¿Cómo ha cambiado su vida desde que murió?” “Toda relación tiene sus altos y sus bajos. ¿Cuáles fueron los suyos?”.

Esclarecer

Se trata aquí de ayudar al paciente a desarrollar un nuevo modo de ver los hechos, para lo que deben explorarse respuestas tanto afectivas como actuales. Conviene evitar el refugio en sobreentendidos como “ya se puede usted imaginar”, “lo normal”, “como todos los matrimonios”, “como cualquier padre”, y pedir al doliente que concrete, porque nos interesa precisamente el modo en el que esto le sucedía a él o ella personalmente. En cualquier caso ayudan preguntas como las siguientes:

“¿Cuáles eran las cosas que le gustaban de...? ¿Y cuáles las que no?”.

Explorar los cambios de comportamiento

La exploración de los cambios experimentados tras la pérdida puede señalar dificultades en la realización de alguna de las tareas o procedimientos de afrontamiento problemáticos.

“¿Cómo es su vida ahora? ¿Cómo ha intentado compensar la pérdida? ¿Quiénes son sus amigos? ¿Con qué actividades disfruta?”.

Técnicas(Worden, J.W., 2,000)

Lenguaje evocador

El asesor puede usar palabras duras que evoquen sentimientos, como por ejemplo, “tu hijo murió” versus “perdiste a tu hijo”. Este lenguaje ayuda a la gente aceptar la realidad que rodea a la pérdida y puede estimular algunos de sus sentimientos dolorosos. También puede ser útil hablar del fallecido en pasado: “su marido era...”.

Uso de símbolos

Hacer que el cliente traiga fotos del fallecido a las sesiones. Esto no sólo ayuda al asesor a tener una sensación más clara de quién era dicha persona sino que, además, crea una sensación de inmediatez y un enfoque concreto para hablar al fallecido en vez de hablar de él. Otros símbolos que han resultado útiles son cartas escritas por el fallecido, cintas de casete o de vídeos suyos y artículos de ropa y joyería.

Escritos

Hacer que el superviviente escriba una o varias cartas al fallecido expresando sus pensamientos y sentimientos. Esto le puede ayudar a arreglar los asuntos pendientes y a expresar las cosas que necesite decirle. Llevar un diario explicando la experiencia del duelo o escribir poesía también puede facilitar la expresión de sentimientos y dar significado personal a la experiencia de la pérdida.

Dibujos

Al igual que la escritura, hacer dibujos que reflejen los propios sentimientos y experiencias con el fallecido son también útiles. Ésta es una técnica muy buena para usar con niños, pero también funciona con adultos.

Role playing

Ayudar a las personas a representar diferentes situaciones que temen o sobre las que se sienten molestas es una manera de desarrollar sus habilidades, algo que es muy útil al trabajar con la tarea III. El asesor puede participar en el role playing ya sea como facilitador o para modelar posibles conductas nuevas en el cliente.

Reestructuración cognitiva

Aquí el supuesto subyacente es que nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos, sobre todo los pensamientos encubiertos y el habla interna que fluye constantemente en nuestra mente. Al ayudar al paciente a identificar estos pensamientos y contrastarlos con la realidad para ver su precisión y sobregeneralización, el asesor puede ayudar a reducir los sentimientos disfóricos que provocan ciertos pensamientos irracionales, como “nadie me volverá a querer de nuevo”, un pensamiento que ciertamente no es probable en el presente.

Libro de memorias

Una actividad que puede realizar la familia conjuntamente es hacer un libro de recuerdos sobre el fallecido. Este libro puede incluir historias sobre los acontecimientos familiares, cosas memorables como instantáneas y otras fotografías y poemas y dibujos realizados por diferentes miembros, incluidos los niños.

Esta actividad puede ayudar a la familia a recordar viejas historias y finalmente, a elaborar el duelo con una imagen más realista de la persona muerta. Además, los niños pueden volver a revisarlo para reintegrar la pérdida en su vida de crecimiento y cambios.

Imaginación guiada

Ayudar a la persona a imaginar al fallecido, ya sea con los ojos cerrados o visualizando su presencia en una silla vacía, y animarle a decirle las cosas que siente necesidad de decirle, es una técnica muy poderosa. El poder viene, no de la imaginación sino de estar en el presente, y de nuevo, hablar con la persona en vez de hablar de la persona.

Psicofármacos

El consenso general es que la medicación se debería usar con moderación y simplemente para aliviar la ansiedad o el insomnio no para aliviar los síntomas depresivos. Sin embargo, cuando se administra algún fármaco a pacientes en la fase aguda del duelo es muy importante mantener fuera del alcance cantidad de medicamentos potencialmente letal.

Es desaconsejable dar medicación antidepresiva a personas en fase aguda del duelo. Estos antidepresivos tardan mucho tiempo en hacer efecto, en raras ocasiones alivian síntomas normales del duelo y podrían preparar el terreno para un duelo anormal, aunque esto no se ha demostrado en estudios controlados. Se haría una excepción en casos de episodios depresivos mayores.

Tareas familiares de adaptación

Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte y experiencia compartida de la pérdida

Bowen apoya la inclusión de los niños diciendo que él nunca ha visto a un niño dañado por la exposición a la muerte, lo que si ha visto son niños dañados por la ansiedad de los supervivientes.

Los ritos funerarios ayudan en esa confrontación.

La comunicación familiar es vital en este proceso. Un clima de confianza, empatía y tolerancia hacia las distintas respuestas es importante. El proceso de duelo también implica intentos compartidos para colocar la pérdida en una perspectiva significativa que encaja coherentemente con el resto de la experiencia familiar y sistema de creencias.

Surgen sentimientos de gran intensidad y es preciso afrontar sentimientos negativos, que, en nuestra cultura tienden a producir malestar en el otro, por lo que con frecuencia son callados y la comunicación bloqueada.

Es precisa la tolerancia ante las distintas respuestas emocionales y estar preparados para que los miembros de la familia puedan estar en distintas fases, reflejando la individualidad de las respuestas de afrontamiento.

En las familias donde ciertos sentimientos, pensamientos o recuerdos, son evitados en base a lealtades familiares o tabúes sociales, el bloqueo de la comunicación puede contribuir la conducta sintomática o sentimientos sintomáticos que pueden surgir a la superficie, en otros contextos desconectados de su fuente. Cuando la familia es incapaz de tolerar sentimientos, el miembro que expresa lo inexpresable puede ser excluido.

Reorganización del sistema familiar y reinversión de otras relaciones y metas vitales

La muerte de un miembro familiar trastorna el equilibrio familiar y los patrones de interacción establecidos. El proceso de recuperación implica un realineamiento de relaciones y redistribución de las funciones del rol necesarias para compensar la pérdida y continuar con la vida familiar. Promover la cohesión y la flexibilidad en el sistema familiar es crucial para la reestabilización. La experiencia de desorganización inmediatamente después de la pérdida puede llevar a las familias a hacer movimientos precipitantes hacia nuevos matrimonios y hogares.

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

La investigación se realizó utilizando una muestra seleccionada de forma intencional, la cual consiste en una estrategia no probabilística válida para la recolección de datos, en especial para muestras pequeñas y muy específicas. El muestreo intencional es un procedimiento que permite seleccionar los casos característicos de la población limitando la muestra a estos casos. Se utiliza en situaciones en las que la población es muy variable. Dicha muestra estuvo conformada por población de ambos sexos, en edades comprendidas entre 17 y 50 años, de distintas creencias religiosas, de una posición económica media y que su condición de salud sea estable por lo menos antes de que se de la pérdida del ser querido. La población estuvo constituida por familias que posean propiedad en El Cementerio Privado el Campanario, S.A., ubicado en la Colonia Colinas de Minerva, zona 11 de Mixco.

Los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron fueron:

La Observación: Esta consiste en el registro sistemático de comportamientos y conductas manifiestas dentro del campo de acción. Se utilizó la observación participativa y no participativa. Con estos instrumentos logramos encontrar y recabar información de indicadores como: somnolencia, conducta distraída, aislamiento, suspiros, llanto, agresividad, aprehensión, fatiga y temor.

Observación participativa: En esta técnica, el observador es parte de la situación que observa. Una de las premisas del investigador que opta por tal técnica es que debe estar el mayor tiempo en la situación que se observa, con el propósito de conocer de forma directa todo aquello que a su juicio puede constituirse en información para el estudio. Con este instrumento logramos encontrar y recabar información de los siguientes indicadores: somnolencia,

conducta distraída, aislamiento, suspiros, llanto, agresividad, aprehensión, fatiga, temor.

Observación no participativa: En esta técnica el observador no participa o no es parte de la situación que observa. El investigador no participa en los sucesos de la vida del objeto de estudio. Simplemente observa el ambiente en el cual se desarrolla el suceso. Este instrumento lo utilizamos cuando no se logró ningún acercamiento inicial con la familia y por lo tanto recabamos información de los siguientes indicadores: aislamiento, suspiros, llanto, agresividad, aprehensión.

La Entrevista: Consiste en una conversación, generalmente oral, entre dos seres humanos, de los cuales uno es el entrevistador y el otro el entrevistado. Casi todas las entrevistas tienen como finalidad obtener alguna información. Para los fines precisos de esta investigación se utilizó una entrevista abierta, que permitió a las personas entrevistadas expresarse libremente y dar a conocer sus sentimientos y emociones ante la pérdida de un ser querido. Ésta, al igual que el testimonio fue de gran ayuda, ya que por este medio se pudieron recolectar datos de los siguientes indicadores: somnolencia, trastornos del sueño, trastornos alimenticios, conducta distraída (retramiento), llanto, agresividad, fatiga, falta de concentración, ira, temor, auto reproche, aprehensión.

Testimonio: Es una herramienta terapéutica básica en aquellas personas motivadas para ello, en este tipo de investigación cualitativa es de suma importancia su utilización ya que de ella se puede obtener mucha información. Inicialmente podemos decir que es **catártico**; ya que al realizar relatos de eventos vivenciales nos permite revivir el acontecimiento, consiste en aseveraciones o vivencias emocionales, físicas y/o espirituales que son importantes de conocer para trabajar de forma adecuada la terapia que ayude a encontrar los **factores necesarios para elaborar un duelo sano**. Es un modo de hacer un recuento sistemático de hechos y con ello lograr una **resignificación de lo que sucedió**. Se requiere hacer un trabajo de dignificación, de recuperación de la confianza en

sí mismo y de recuperación de la sensación de control. Este instrumento nos fue de gran valor ya que con él se descubrieron y analizaron los siguientes indicadores: somnolencia, trastornos del sueño, trastornos alimenticios, conducta distraída (retramiento), suspiros, llanto, agresividad, fatiga, falta de concentración, ira, temor, auto reproche, aprehensión.

La investigación que se realizó, es de carácter cualitativo, por lo cual nos permitió conocer e identificar por medio de los indicadores planteados con anterioridad, las diferentes reacciones que tenemos o podamos llegar a presentar al momento del fallecimiento de un ser querido.

Nos apoyamos en un instrumento planteado por González Rey, en el que se explora de una manera subjetiva las formas de pensamiento, reacciones y vivencias de las personas que atraviesan la pérdida de un ser querido (ver anexo).

Lo anterior permitió elaborar lineamientos para crear la propuesta de implementación de un programa de acompañamiento Psicosocial para las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido (ver anexo). Esto, con el fin de darlo a conocer dentro del Cementerio, para que puedan crear un departamento de apoyo para dichas personas. En dicho departamento se deberá buscar personas que llenen un perfil adecuado y estable, lo cual podrá conocerse a través de observaciones, entrevistas y aplicación de tests.

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

TESTIMONIOS

Caso No. 1

Buenas tardes, me llamo T.R., tengo 31 años, vivo en la ciudad capital, soy casado, tengo 2 hijos. Trabajo en una empresa de productos comerciales, soy el contador. Trabajo de lunes a sábado, muchas veces me siento cansado por tanto trabajo y eso hace que no pueda compartir mucho con mi familia, pero trato de que el tiempo que pasamos juntos sea grato. Cuando yo era niño íbamos a una finca que tenía mi abuelo, me gustaba mucho ir porque podía montar a caballo con mi primo. Cuando estábamos en una casa que mi abuelo tenía en la orilla del lago de Amatitlán, solíamos pescar juntos juilines (pescado con bigotes), le gustaba contarme historias junto con mi abuela, pues yo me crié con ellos, para mí eran mis papás. Era un poco severo, pero yo lo veía como un hombre muy sabio, correcto, con muchos principios de los cuales a nosotros nos hablaba siempre. Nos inculcó el valor de compartir y prestar ayuda a los demás. Yo estaba trabajando en la oficina cuando mi mamá llamó a mi jefa para avisarle que mi abuelo había fallecido, fue ella quien me dio la mala y terrible noticia de la muerte de mi abuelo. Mi esposa llegó a traerme a la oficina y me acompañó a la casa de mis abuelos, fue muy difícil para mí enfrentarme a verlo ya muerto, ver la cama y verlo allí tendido, pues cuando llegué aún no lo habían tapado. Me sentí muy triste porque no pude despedirme de él como me hubiera gustado, pues fue una muerte repentina, ya que murió de un ataque al corazón. Yo tenía como una semana de no verlo ni hablarle, por lo que me quedé con ganas de decirle cuánto lo quería y cuánto necesitaba de sus consejos. Estuve allí presente cuando mi mamá lo vistió y cuando la funeraria llegó a traerlo, fue muy duro ver que lo metían en la caja y saber que nunca volvería a verlo ni a escucharlo, mi familia entraba y salía de la casa para hacer todos los arreglos para el velorio y el entierro. El entierro fue horrible, fue lo peor, tanto para mí, como para mi primo, pues yo no había podido llorar durante todo el velorio, pero cuando lo empezaron a meter al hoyo sentí una opresión en el pecho, horrible, sentí que me hacía falta el aire y ya no podía respirar, entonces fue cuando solté a llorar, me siento inconforme con su partida, he culpado a mucha gente de no haber estado pendientes de lo que necesitaba mi abuelo y de su cuidado, y también yo me siento culpable por haber estado tan ocupado en mi trabajo y no compartir con él más tiempo. Me duele ver el sufrimiento de mi abuela y la soledad en la que se quedó, a veces no puedo dormir y me siento intranquilo, mi familia trata de apoyarme y ayudarme, pero me cuesta mucho resignarme a no ver más a mi abuelito, este tiempo ha sido muy difícil para mí, voy a la casa de ellos y empiezo a recordar todo lo que pasé junto a ellos y me pongo a llorar y hasta me reprocho por no haber estado junto a él en ese momento del ataque, no sé si sufrió o qué

dolor pudo sentir y eso hace que me sienta muy intranquilo, siento que me hizo falta darle más cosas y tiempo.

Análisis:

Entre la principal reacción emocional durante el sepelio se manifestó represión del llanto, lo que originó alteraciones fisiológicas tales como opresión en el pecho, disnea. La culpa se presentó como una s reacción cognitivas ante el evento, así mismo, mostró ira ante los miembros de su familia, auto reproche. Todas estas reacciones fueron originadas debido a la ausencia de él tanto al momento del fallecimiento como en días anteriores.

Caso No. 2

Buenas tardes, soy M. L., tengo 50 años, vivo aquí en Planes de Minerva, zona 11 de Mixco, estuve casada con mi esposo 30 años, tengo 3 hijos hombres y una hija mujer que vive en los Estados Unidos, también uno de mis hijos vive allá, los dos más pequeños son los que están aquí conmigo. Tengo un negocio propio que es con lo que me ayudo para vivir, pues cuando mi esposo estaba vivo él era quien nos mandaba dinero para todas nuestras necesidades, porque él estaba también en Estados Unidos desde hacía ya 15 años. Ahora que mi esposo falleció las cosas con mis hijos pequeños se han complicado un poco, son adolescentes y se han puesto un poco rebeldes, no quieren estudiar, ellos dicen que nos les afecta tanto la muerte de su papá, pero yo creo que sí, se mantienen de malas, discuten entre ellos, trato de hablarles y de que me cuenten que sienten pero no me dicen nada, me da miedo que dejen sus estudios o que puedan empezar a andar sólo en la calle, no convivieron mucho con su papá pero siempre tenían el respaldo de él, además de lo económico, porque nunca nos faltó nada y él vino varias veces. Mi esposo se llamaba Roberto Marín De León y murió el 10 de octubre del 2,008 de un paro cardíaco, fue un día viernes, él había venido de los Estados Unidos el día miércoles 8 y sólo pude tenerlo un día, el jueves él me dijo que no se sentía muy bien, que sentía como una opresión en el pecho, no le di la importancia que debí y le dije que al otro día íbamos a ir al Doctor para que lo revisara, pero ese día no llegó porque murió. Muchas veces no creo que mi esposo esté muerto, siento que todo es un sueño, que no es verdad, yo amo a mi esposo y sufro mucho al pensar que no puedo volver a tenerlo conmigo, ya hace casi 10 meses que murió y no encuentro consuelo, lloro a cada momento y pienso en que debí haberlo llevado al Doctor cuando me dijo que no se sentía bien. Al principio venía cada 8 días a visitarlo, ahora vengo cada 15 días, vengo a ponerle sus rosas y a quemarle incienso y a platicar con él, me gusta sentarme en la grama frente a su tumba y platicarle de todo, decirle la falta que me hace y que me ayude con los patojos, me cuesta mucho despedirme, irme del Cementerio me cuesta, a veces me despido y empiezo a caminar hacia fuera y siento la

necesidad de regresar y vuelvo a la tumba, es muy difícil conformarme y aceptar esto, ahora que él venía a quedarse con nosotros. A veces vengo con mis hijos o con alguno de ellos, a veces no quieren venir porque se desesperan o dicen que me tardo mucho, pero de verdad me cuesta mucho despedirme, quisiera que esto no hubiera pasado. Estoy agradecida con ustedes y con el Cementerio por escucharme y platicar de lo que me pasa, quiero que también mis hijos participen y que puedan sacar todo lo que sienten, talvez están enojados y tristes pero no lo expresan, no lloran como yo, siento que al platicar de esto me tranquilizo un poco, pero son muchas cosas las que siento, ojalá que esto vaya pasando poco a poco y pueda resignarme a no tenerlo con nosotros, tengo que seguir luchando por mis hijos que aún no han terminado de estudiar, tengo que ayudarlos a que no dejen sus estudios y sean hombres de bien. Gracias, ojalá podamos platicar junto con mis hijos pronto, que ellos quieran y hablen es todo.

Análisis:

En este caso, la principal reacción es emocional, debido a que la señora aún se encuentra en la fase shock, ya que no logra aceptar la muerte de su esposo, está incrédula ante el fallecimiento. Se manifiesta mucha tristeza y soledad, por lo cual durante la realización del testimonio se hizo énfasis en la sensibilización de estas sensaciones para que exista un autoconocimiento del sentimiento que se encuentra detrás. A esto aunamos los sentimientos agregados por Lindemann, tales como: miedo, ya que ella manifiesta que no sabe qué va a ser de su vida y culpa por lo que dejó de hacer al momento de que su esposo le dijo que se sentía mal. Estos sentimientos que manifiesta la señora, se dan con mucha intensidad y ya tienen una duración un poco prolongada, por lo que se le recomendó asista a una atención más personalizada y profesional, a fin de lograr darle un nuevo sentido a su vida a través de la realización de actividades de su interés. Parte de lo que le ha afectado a la señora, para no poder llevar su proceso de duelo de una forma más sana, es la desintegración familiar que ha surgido después de la inhumación de su esposo.

Caso No. 3

Buenas tardes, ¿Cómo le va? Soy S.R., tengo 30 años, vivo aquí en Colinas de Minerva, zona 11 de Mixco, somos cristianos evangélicos. Estoy casada, aún no tengo hijos, trabajo de secretaria con unos abogados. Yo vivía con mi mamá y con mi hermano pequeño, que es adolescente y aún está estudiando, ahora mi hermana menor vive con mi papá, pues mis padres estaban ya separados y mi hermano grande que vive aparte. Mi mamá se llamaba Cecilia Lucila soto Martínez, falleció el 15 de julio del 2,009. Todos nos llevamos bien, aunque por la separación de mis padres, siempre se da un cierto distanciamiento entre toda la familia, son como heriditas que quedan. Con mi esposo pues gracias a Dios todo camina bien, es mi apoyo y quien me ha ayudado a llevar esta

pena y este dolor de la pérdida de mi mamá. Mi mamá ya tenía tiempo de estar enferma, estaba hospitalizada y estaba consciente de lo que le esperaba, al igual que nosotros, ella decía que se sentía preparada para estar ante la presencia de Dios, el Pastor y los hermanos de la iglesia siempre iban a verla al hospital y a orar por ella, estaba sufriendo con su padecimiento, pues tenía cáncer y ese es un mal muy doloroso, ahora ya está descansando y en la presencia de Dios. Es difícil aceptar la pérdida de una madre, hace mucha falta, a pesar de que sabíamos que este momento iba a llegar por lo de su enfermedad, pero la conformidad cuesta que llegue, aunque sufría mucho, sabíamos que allí estaba y que de una u otra forma podíamos contar con sus consejos y las palabras de amor que nunca le faltaron para todos nosotros, ella estaba pendiente de toda la gente y de los hermanos de la iglesia, trataba de servir lo más que podía y asistía a orar o a ayudar a quien lo necesitaba, le gustaba cantar los coritos de la iglesia, era muy entusiasta y dispuesta a servir siempre. Cuando fue el sepelio estábamos conmovidos aunque de cierto modo serenos, mi hermana pequeña, que es la que vive con mi papá era la que estaba llorando más, yo siento que estaba muy triste pero tranquila, quizá porque mi madre ya no estaba sufriendo, creo que me contuve durante el velorio y el entierro, mi esposo también estaba afectado, por lo mismo de la convivencia que teníamos con mi mamá. Mi hermano grande, siento que se reprimió mucho, no lloraba y aparentaba estar tranquilo, pero creo que eso no es bueno porque también sufre, tal vez trataba y trata de darnos fuerza y valor. Lo más difícil fue el momento en que los pastores le dieron el último adiós a mi mamá y nos dijeron que le dijéramos a ella "hasta pronto", fue entonces cuando todos soltamos a llorar, mis hermanos pequeños se abrazaron, yo me hiqué y sentía que el aire me faltaba, mi hermano grande era el que guardaba la calma y tomaba fotos de la caja cuando bajaba. El resto de mi familia estaba serena, mi papá estaba de cierto modo triste, pero como ya tenían muchos años separados, estaba contenido y actuando con calma. La que estaba muy afectada, porque creció junto con mi mamá, era una su amiga, aunque ellas se veían como si fueran hermanas, lloraba mucho y a gritos, no encontraba consuelo, se lamentaba porque la había dejado sola. Ha sido difícil, pero vamos tratando de llevar esta ausencia apoyándonos entre todos los de la familia y con la ayuda de los pastores y los hermanos de la iglesia, asistimos a los servicios y escuchamos las palabras que nos dan de ánimo y aliento y tratamos de entender que esto es un momento por el que todos tenemos que pasar y que mi mamá está descansando ya en presencia de Jesús, gozando de la paz, salud, tranquilidad y gracia que aquí nos hace falta. Gracias por preocuparse por nosotros y escuchar nuestro sentir y lo que pensamos, esto nos sirve para ir aceptando mejor todo este dolor y tristeza que tenemos, poco a poco iremos aceptando la pérdida de mi mamá esperando en Dios poder volverla a ver algún día.

Análisis:

En este caso, se marca de gran manera la vivencia del duelo anticipado que se describió con anterioridad, ya que la persona fallecida permaneció enferma por algún tiempo y por ser una

enfermedad termina, vivieron el deterioro de salud que se dio paulatinamente en su ser querido, lo que originó la racionalización de la muerte que llegaría en determinado momento. En este caso se evidencia que un factor determinante para la elaboración de un duelo sano son las creencias religiosas y el apoyo tanto familiar, como de la comunidad a la que asisten. En el momento de la inhumación, se manifestó el llanto como una reacción emocional, principalmente en los familiares de sexo femenino, ya que los hombres estuvieron más contenidos y reprimieron el llanto.

Caso No. 4

¡Buena tarde! Me llamo E.U. Usualmente me levanto muy temprano, como a la 5:30 de la mañana, cuando mi nieta aún no estaba tan enferma, solía acompañar a mi hija a dejar a la nena al colegio. Cuando la nena regresaba del colegio, procuraba que ya estuviera su almuerzo listo y se lo servía, luego la acompañaba a hacer sus tareas y después jugaba con ella mientras mi hija regresaba del trabajo, yo era quien la cuidaba y la atendía por las tardes. Ahora todo es muy difícil y duro para mí, porque mi nena ya no está, siento que nada tiene sentido, nada es igual, es un dolor y una desolación muy grande no tenerla, escucho sus risas, su vocecita llamándome o contando todo lo que le sucedía en el colegio. Me pongo a llorar desconsolada durante horas, no encuentro consuelo, recuerdo su carita, sus gracias y sus cariños, no sé como continuar sin ella. Para mi hija también ha sido muy difícil, no se repone, la escucho llorando desconsoladamente y no sé como ayudarla, porque para mí es igual de duro, no entiendo por qué le tenía que pasar esto a mi nievecita, si era un angelito que no había vivido nada y tampoco puedo entender cómo le pudo pasar este sufrimiento tan grande a mi hija que ha sido buena y que esperó con tanta ilusión a su bebé. La nena pasó un buen tiempo enferma, estuvo hospitalizada, tratamos por todos los medios de que se recuperara pero no pudieron hacer nada, luego la tuvimos en la casa y la veíamos sufrir y desmejorarse lentamente, la estábamos perdiendo un poco cada día, y a pesar de que sabíamos que sufría y no lo deseábamos, ahora tampoco aceptamos no tenerla. Quisiera que ustedes pudieran hablar con mi hija también y la ayudaran a salir adelante y a resignarse por todo este sufrimiento que tiene, muchas veces sentimos cólera y renegamos de lo que nos ha pasado, no creo que sea justo que esas cosas, esas enfermedades acaben con la vida de niños inocentes, no es justo que sufran así. Estoy preocupada porque veo que mi hija también se ha desmejorado mucho, no quiere comer, duerme poco y llora, se encierra en el cuarto de la nena y se aferra a sus cosas, tengo miedo de que se enferme y le pase algo, no podría soportar otro dolor como ese. Le voy a pedir que me acompañe a las pláticas que tengo con ustedes para que les escuche y ella pueda sacar todo lo que siente y esa cólera que tiene, me gustaría verla sonreír nuevamente, aunque ya nada volverá a ser igual, pero por lo menos que pueda salir adelante y continuemos con nuestra vida, quiero apoyarla en todo, ojalá acepte y puedan ayudarla aquí. Gracias por su tiempo

y espero verlos junto con mi hija, siento que el hablar de todo esto me ha ayudado a desahogarme un poco.

Análisis:

Dentro de los casos de fallecimientos, la muerte de un infante es la que despierta una sensación más abrumadora y es manifestada por la señora a través de la inconformidad, ira, agresividad hacia la vida, despierta en ellas un sentimiento de injusticia. Este acontecimiento logra romper los esquemas familiares, manifestándose el dolor, tanto en la abuela como en la madre de la niña fallecida, se muestran trastornos alimenticios y del sueño y se pierde el sentido de vida, lo que crea un aislamiento social y familiar, siendo estas manifestaciones de un principio de depresión. Así mismo, emocionalmente podemos dilucidar que existe un llanto excesivo, aferramiento hacia el ser querido fallecido y a sus cosas personales, ya que no quieren deshacerse de nada que le perteneciera a la niña. Se realizó un autoconocimiento de las sensaciones y emociones a través del testimonio, lo cual le ayudó a descargar parte de la energía negativa y concientizar de la importancia de exteriorizar todos sus pensamientos de ira y autoreproche para lograr encontrar una resignificación a su vida.

Caso No. 5

Mucho gusto, buena tarde. La verdad mi vida no ha vuelto a ser la misma desde que mi hijo se murió. Para mí ningún día tiene sentido, no tengo ganas de nada, me siento tan sola y decepcionada de todo, no me da gusto nada, quiero dormir y dormir, y pensar que esto que me pasa es una pesadilla y que al despertar mi hijo estará conmigo, a mi lado, eso es lo único que quiero, que mi hijo esté conmigo otra vez. Él era un buen muchacho, tenía toda una vida por delante, se acababa de graduar de Arquitecto, se había esforzado mucho, habíamos luchado mucho para que saliera adelante y fuera un hombre de bien y que pudiera tener éxito, esto que le pasó no fue justo, cómo pudo enfermarse así y morir tan rápido, como Dios pudo permitirlo, si hay tanta gente mala por la vida, que sólo hace daño a los demás y él que era honrado y trabajador, buen estudiante y con muchos sueños, le pasó esto y nos dejó a nosotros tan solos e inconformes. No hay nada que pueda hacerme entender que esto tenía que pasar, nada podrá consolarme nunca, es el dolor más grande que una persona puede sentir, perder a un hijo. Por eso es que vengo a verlo todos los martes, que es el día en que él falleció y vengo a la hora en la que murió, para que él sepa que no lo olvido y que siempre estoy pendiente, que lo recuerdo a cada instante y más el día y la hora en la que decidió dejarme tan sola. Lo único que siento que necesito cuando estoy en su tumba es llorar y llorar, preguntarle por qué me dejó, si era yo quien tenía que irse primero, entro a su cuarto y le platico todo lo que me pasa y le digo lo mucho que lo extraño y

cuánto lo quiero, muchas veces hasta me olvido de comer por estar platicándole, porque sé que me escucha, siento un dolor tan grande en el pecho que hasta siento que me ahogo, ya ni los gritos me salen, es un dolor que no se puede describir, siento ganas de morirme para estar nuevamente con él.

Análisis:

Las principales reacciones manifiestas en este caso en particular, son de tipo conductual, ya que hay trastorno del sueño, trastorno alimenticio, aislamiento social, buscar y llamar en voz alta, llanto excesivo, visita lugares y mantiene objetos que le recuerdan al fallecido, perdió totalmente el sentido de vida, y como principales reacciones sentimental, tristeza, soledad e ira. Cognitivamente muestra incredulidad, confusión, sentido de presencia, inconformidad y angustia generalizada. Esto nos proporciona un cuadro bien marcado de signos y síntomas de una depresión moderada, por lo cual se le concientizó de los efectos que esto podría causar a su persona y a nivel familiar y se le recomendó que asistiera lo antes posible con un Psicólogo que le ayude a manejar todo lo que está sintiendo y logre con ello, darle un nuevo sentido a su vida, aceptando los hechos acontecidos.

ANALISIS CUALITATIVO

En la investigación realizada se pretendió tener un acercamiento con familiares y amigos que recientemente perdieron a un ser querido por muerte en distintas circunstancias, con la finalidad de identificar las principales manifestaciones emocionales y físicas de la angustia, depresión y culpa, durante y después de la inhumación de un ser querido.

Se realizó la observación participativa y no participativa y apoyándonos con la entrevista y testimonio se estableció que cada paciente reaccionó de forma diferente ante la pérdida, dependiendo al tipo de muerte de su ser querido: natural o provocada, esperada o repentina. Por lo referido en la entrevista y testimonio, se evidenció que los dolientes que se encontraban viviendo un duelo por la pérdida de un ser querido por muerte natural o esperada, quienes reaccionaron con emociones y sentimientos de tristeza, llanto, en algunos casos llanto reprimido, angustia, aflicción, impotencia, si existía sentimientos de culpa, en otros, se puede decir que se vivió un duelo anticipado por lo que existió aceptación a la pérdida. En los casos de muerte provocada o repentina los dolientes presentaron los sentimientos y emociones mencionadas anteriormente y además manifestaron durante la inhumación, aislamiento, aprehensión, en el contacto posterior se logró identificar: ira, resentimiento, temor y en algunos casos autorreproche.

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.

Se determinó que el padecimiento de depresión era más frecuente en las personas que tuvieron casos de muerte repentina y esto acarrearía problemas

fisiológicos, como trastornos del sueño, trastornos alimenticios, pérdida de peso. También se encontraron problemas de conducta como: aislamiento, retraimiento, agresividad en algunos adolescentes. Se encontraron latentes sentimientos negativos de ira, odio, cólera, incertidumbre, entre otros.

En los casos de muerte natural o esperada se distinguieron características de duelo resulto: aceptación de la pérdida, en algunos casos tuvieron la capacidad de recordar a la persona sin sentir dolor, encontraron la resignificación de su vida en los hijos mayormente y con ello poder invertir toda su energía en las personas que estaban a su alrededor, esto lo lograron las familias en las cuales se mantenía una buena relación y hubo un apoyo familiar, lo que nos muestra que para la resolución de duelo sano se debe contar con un apoyo grupal, la familia en primer lugar.

Dentro de los casos de estudio se trabajó con familiares de dos menores, el primer caso de un niño de 8 años y la segunda, una niña de 11 años, ambos casos tuvieron un padecimiento de una enfermedad terminal. Lo que nos lleva a mencionar estos casos, es el hecho de que en la mayoría de estos familiares no existe una aceptación ante la muerte, lo que nos daba un conflicto en el proceso del duelo, ante este tipo de muerte se dieron muchos sentimientos negativos de odio, cólera, incertidumbre, resentimiento, rechazo entre otros, se encontraron familiares con síntomas de depresión y angustia, en ellos manejaban el sentimiento de culpa, y no pasaron de la etapa de negación.

Las familias que se sustentan sus vidas con bases religiosas, presentaron una aceptación, tanto en el momento de la inhumación como en el proceso del duelo, este fenómeno se dio también en el caso de los menores que se mencionó anteriormente.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El estudio evidenció que los familiares que inhumaron a un ser querido en el Cementerio Privado el Campanario, zona 11 del municipio de Mixco, reaccionaron durante la inhumación y post-inhumación con emociones y sentimientos de: dolor profundo, pena, angustia, tristeza, ansiedad, llanto (en algunos casos reprimido), impotencia, miedo, entre otros. En los distintos casos del proceso de duelo por muerte de un ser querido, se identificaron diferencias y similitudes en las reacciones emocionales, se encontraron en algunos casos síntomas de depresión y sentimientos de culpa cuando el fallecido era un menor de edad.
2. A través de las observaciones, entrevistas y aplicación del testimonio realizadas con cada una de las personas que se encontraban viviendo el proceso del duelo, se pudieron determinar problemas fisiológicos como: malestares gástricos, trastorno del sueño y de alimentación, opresión pectoral, debilidad, cansancio, fatiga muscular. También se determinaron los efectos psicológicos siguientes: dolor, angustia, miedo, ansiedad entre otros.
3. Por los datos recolectados, se determinó que se da una mejor resolución del duelo, en el género femenino, ya que ellas expresan sus sentimientos y emociones, siendo el llanto la principal reacción, lo que hace que el dolor vaya sanando, no como en el caso de los hombres que en muchas oportunidades reprimen su llanto y sentimientos.
4. Según el estudio y manifestaciones de los dolientes, los resultados evidenciaron que la pérdida con la cual existe mayor problema en la

resolución del duelo y en donde se encuentran mayores reacciones emocionales, sentimiento de culpa y depresión es cuando se inhuma a una hija (o) y mayormente si este es menor de edad.

5. En las personas que habían resuelto o se encontraban encaminadas en un proceso de duelo sano, se encontró como principal factor los principios religiosos que sustentaban a toda o algunos miembros de la familia y conjuntamente el apoyo familiar y de amigos cercanos, en algunos casos manifestaron que tuvieron el apoyo de los miembros de la iglesia, y de dirigentes pastorales (sacerdotes o pastores), dependiendo de la religión profesada.
6. Las personas que colaboraron y asistieron a la entrevista y testimonio, encontraron en ello una forma de hacer catarsis, ya que en especial el testimonio es una gran herramienta para ayudar de una manera efectiva a la resolución del duelo.
7. Se deben conocer las diferentes reacciones, tanto emocionales como físicas, que se presenten al momento de la pérdida, esto para poder brindarles la atención necesaria a los dolientes en el momento que se manifieste la crisis y con ello darles el apoyo necesario para que encuentren un foco de resignificación a su vida.
8. Es de suma importancia hacer mención de que cada persona vive a su manera el proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, y que esta aceptación dependerá de las circunstancias en que se dé la pérdida.

RECOMENDACIONES

A las personas que inhumaron o tienen propiedad en el Cementerio Privado el Campanario se les recomienda que, cuando se enfrenten a un proceso de inhumación y posteriormente al duelo por la pérdida de un ser querido, 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 puedan generar una inadecuada elaboración del duelo.

Al Cementerio Privado el Campanario se le recomienda que así como brinda un apoyo material (terreno, nicho y servicio funerario), se cuente con un grupo de apoyo post inhumación, el cual deberá estar conformado de ser posible por Psicólogos profesionales o por estudiantes de los últimos años de Psicología, quienes ejecutarán el programa de acompañamiento.

A la escuela de Ciencias Psicológicas se le recomienda la implementación, dentro del los Centros de Práctica de un programa grupal para la atención de estos casos, para que las personas que se encuentren viviendo un proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, a través de este, logren restaurar el sentido de vida, tomando en cuenta que la muerte es una de las situaciones más dolorosas e inesperadas que todas las personas debemos enfrentar alguna vez en la vida, ya que es un problema inherente a toda la humanidad y una vivencia cotidiana a todo nivel.

A todas la personas que sufren de distintas reacciones ante la pérdida de un ser querido y que afecta el desarrollo normal de su vida, se les recomienda que expresen en un contexto adecuado todas las emociones y sentimientos que son producto de su sentir en ese momento, sin reprimirlos y de esta manera poder elaborar de forma conveniente todo el proceso del duelo para así superarlo sin complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Bowlby, John

El Vínculo Afectivo

Editorial Paidós

Impreso en Barcelona, España 1,993

- Bowlby, John

Formación y Pérdida de Vínculos Afectivos

Editorial Morata

Impreso en Madrid, España 1,986

- Bruno, Frank J.

Diccionario de Términos Psicológicos Frank J. Bruno

Editorial Paidós, 1988

España, 310 pp.

- Castro González, María del Carmen

Tanatología

La Inteligencia Emocional y el Proceso del Duelo

Editorial Trillas S.A. de C.V.

México D.F., 2,008 180 pp.

- Dr. Patrick McKeon

La Depresión y la Euforia, cómo identificarlas y contrarrestarlas

Ediciones Deusto

Madrid / Barcelona / Bilbao. Sin traducción

Impreso en España, 136 pp.

- Goleman, Daniel

Inteligencia Emocional

Editorial Bantam Books

España, 1,998

- González Rey, Fernando

Investigación Cualitativa y Subjetividad

Oficina de Derechos Humanos del
Arzobispado de Guatemala (ODHAG)
Guatemala, 2,006, 254 pp.

- Joseph Mendels

La Depresión

Editorial Herder
Barcelona, 1,982
Impreso en España

- Lorraine, Scher

Agonía, Muerte y Duelo

Manual Moderno. Traducción Sra. Sonia Flores
Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
México D.F., 1,992. 273 pp.

- Parkes, C.M.

Fallecimiento:

Estudios del Proceso de Duelo en la Vida de los Adultos
Internacional Universities Press
3ª. Edición
Londres, 1,998,

- Pérez Sales, Pau

Trauma, Culpa y Duelo

Hacia una Psicoterapia Integradora
Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
Bilboa, España 2,006. pp. 261-291

- William C. Kroen

Como Ayudar a los Niños a Afrontar la Pérdida de un Ser Querido

(Un manual para adultos)
Ediciones Oniro, S.A.
Barcelona, 2,002

- Worden J.W.

Servicios de apoyo psicológico ante el dolor y la terapia de dolor.
Manual para el profesional de salud mental
Editorial Springer
New York, 2,000

- A. N., Whitehead

Proceso y Realidad
Buenos Aires, 1,956

- www.es.wikipedia.org/wik

ANEXOS

INSTRUMENTO DE COMPLETACION DE FRASES

Instrucciones:

El siguiente instrumento está orientado a conocer la forma en la que usted está viviendo aspectos importantes de su vida. A continuación encontrará frases iniciales, las cuales deberá completar, escribiendo sobre la línea una oración que tenga relación y que signifiquen algo para usted.

Mi vida _____

Me hace falta _____

Me siento _____

Mi futuro lo veo _____

Amo _____

Mi pasado _____

Extraño _____

Me disgusta _____

Siento cólera _____

Mi principal preocupación actual es _____

Me es difícil _____

Mi apoyo _____

GUÍA DE ENTREVISTA

Datos Generales

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Religión: _____ Fecha: _____

Preguntas generadoras:

1. ¿En qué fecha falleció su ser querido?
2. ¿Cuál era su parentesco con el fallecido?
3. ¿Cómo falleció su ser querido?
4. ¿Cómo está integrada su familia actual?
5. ¿Cómo era su relación con el fallecido?
6. ¿Ha cambiado la relación dentro de los miembros de la familia a partir de la pérdida?
7. ¿Ha tenido alguna alteración a nivel fisiológico o emocional?
8. ¿Qué pensamientos tiene sobre su futuro?

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Datos Generales

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Religión: _____ Fecha: _____

Conducta:

Alteraciones fisiológicas y conductuales:

Alteraciones emocionales:

Alteraciones sentimentales:

Aceptación de la pérdida:

Integración del grupo familiar:

Reacciones ante el servicio religioso:

Reacciones de cada miembro del grupo familiar:

GUÍA DE TESTIMONIO

Datos Generales

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Religión: _____ Fecha: _____

¿Cómo es su vida en un día normal?

¿Puede contarme cómo es la relación con su familia y personas que le rodean o con las que comparte?

Sé que recordar, para usted ha de ser muy difícil, pero vamos a hacerlo paso a paso, puede ser doloroso, pero el hablar de lo ocurrido le permitirá comprender mejor las emociones, sentimientos y reacciones que está experimentando. Para ello, voy a realizarle un par de preguntas y usted me contará todo lo que necesite exteriorizar.

¿Qué recuerdos tiene acerca de la convivencia con su ser querido que falleció?

¿Cómo se siente ante el fallecimiento de su ser querido?

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

Para personas que han sufrido la pérdida de un ser querido

1. Introducción
2. Antecedentes
3. Temperamento, carácter y personalidad
 - Herencia y ambiente – Formación y desarrollo
 - Carácter
4. La muerte
 - Religioso
 - Médico / Legal
5. Pérdida de un ser querido
 - Sensaciones
 - Sentimientos
 - Pensamientos
 - Conductas
6. Reacciones comunes en los niños ante la pérdida de un ser querido
7. Duelo y salud mental
 - Tipos de duelo
 - Fases del duelo
8. Intervención
 - Principios de la intervención
 - Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos
 - Ayudar a vivir sin el fallecido
 - Facilitar la recolocación emocional del fallecido
 - Dar tiempo para elaborar el duelo
 - Interpretar la conducta normal
 - Permitir las diferencias individuales
 - Dar apoyo continuo
 - Examinar las defensas y estilos de afrontamiento
 - Identificar patologías y referir
 - Estrategias de intervención
 - Tareas de Intervención

GLOSARIO

Angustia:

Es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión. Suele estar acompañado por intenso malestar psicológico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire (de hecho, “angustia” se refiere a “angostamiento”). En el sentido y uso vulgares, se lo hace equivalente a ansiedad extrema o miedo.

Ansiedad:

Es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o - por el contrario- ante el temor de perder un bien preciado. La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia.

Carácter:

El carácter es una tendencia hacia un tipo de comportamiento que manifiesta el individuo. Todos los elementos que integran el carácter se organizan en una unidad que se conoce como estabilidad y proporciona al carácter coherencia y cierto grado de uniformidad en sus manifestaciones, con los cambios lógicos que ocurren a lo largo de la vida. El elemento psíquico del carácter: en él intervienen principalmente las funciones psíquicas, así como la acción del ambiente. A partir de esos elementos se desarrollan los factores individuales, que conforman el particular modo de reaccionar y enfrentar la vida que presenta una persona. Es el elemento orgánico del carácter: existe una relación indispensable

entre cuerpo y mente; el carácter posee también una base biológica que depende de elementos orgánicos como la constitución física y el temperamento.

Depresión:

Es un trastorno emocional que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte).

Duelo:

Reacción normal a la pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente. Experiencia de carácter universal, parte natural de la existencia. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con intensidad y duración variable en proporción a la dimensión y significado de la pérdida y en principio no requiere uso de psicofármacos ni intervenciones psicológicas. El cuidado de los que van a morir y de los muertos, que fue una vez un aspecto común de la vida familiar,

ahora se ha convertido en una actividad de profesionales. La gente muere en los hospitales y las funerarias preparan sus cuerpos. Se habla poco de muerte.

Emociones:

Son fenómenos psicofisiológicos que representan modos eficaces de adaptación a ciertos cambios de las demandas ambientales. Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas en la jerarquía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria. Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluyendo expresiones faciales, músculos, voz, actividad del SNA y sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo. Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, impulsándonos hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y alejándonos de otras. Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas, poseyendo ciertas características invariables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas. Las emociones son procesos neuroquímicos y cognitivos relacionados con la arquitectura de la mente (toma de decisiones, memoria, atención, percepción, imaginación) que han sido perfeccionadas por el proceso de selección natural como respuesta a las necesidades de supervivencia y reproducción.

Muerte:

Es el fin de la vida, opuesto al nacimiento. El evento de la muerte es la culminación de la vida de un organismo vivo. En torno a la muerte giran todas las culturas y organizaciones sociales humanas. Así, su concepción de la muerte como fin o como tránsito, su creencia en una vida después de la muerte, en el Juicio Final. Actúan como condicionantes para la actuación de los individuos en un sentido u otro. La idea de inmortalidad y la creencia en el más allá aparecen de una forma u otra en prácticamente todas las sociedades y momentos históricos. Sin embargo, hasta ahora no existen evidencias concluyentes a favor de esa vida

ultraterrena. Usualmente se deja al arbitrio de los individuos, en el marco de los conceptos dados por su sociedad, la decisión de creer o no creer y en qué creer exactamente. La esperanza de vida en el entorno social determina la presencia en la vida de los individuos de la muerte, y su relación con ella.

Pérdida:

Carencia o privación de lo que se poseía. Cantidad, cosa o persona que se ha perdido: su muerte fue una gran pérdida. Una pérdida es la separación, el distanciamiento de algo que a uno -de alguna manera- lo constituye. Uno pierde lo que es propio, lo que a uno lo conforma. Toda pérdida implica un espacio, un lugar, que queda en ausencia. Por ello toda pérdida implica la necesidad de una elaboración tendiente a recomponer en alguna medida este espacio que ha quedado vacío. No todas las pérdidas son comparables, ya que algunas nos constituyen mucho más significativamente y, por lo tanto, generan una demanda de tiempo de resolución. Esta situación, llamada duelo, es el proceso de recomposición de la posición del sujeto luego de la pérdida. Una elaboración que le permita retomar la energía que dedicaba al objeto perdido, para poder dedicarlo a otra cosa.

Personalidad:

Es un constructo psicológico, con el que nos referimos a un conjunto dinámico de características de una persona. También es conocida como un conjunto de características físicas, sociales y genéticas que determinan a un individuo y lo hacen único. La organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio.

Resignificación:

Re-significar quiere decir encontrar un nuevo significado o sentido a una situación, un síntoma, una conducta, etc. Resignificación, en sentido amplio, puede querer decir varias cosas: resignificar el presente en función

del pasado: dar un nuevo sentido a una experiencia actual en función de algo ocurrido en el pasado (un síntoma expresa un conflicto infantil). Resignificar el pasado en función del presente: dar un nuevo sentido a algo del pasado en función de algo ocurrido en el presente (lo que le ocurrió en la infancia adquiere un nuevo sentido que antes no tenía, porque ahora ocurrió algo, una interpretación, que arroja nueva luz sobre aquella situación pretérita, que fue resignificada). La resignificación es el equivalente psicoanalítico de los viajes a través del tiempo de la ciencia-ficción, y ambos pueden expresar el deseo del hombre de rehacer algo mal hecho. Tal vez lo repetitivo del síntoma obedezca a volver ilusoriamente al pasado para revolverlo y resolverlo. En el viaje al pasado se modifica físicamente el acontecimiento pretérito, mientras que en la resignificación se lo modifica psicológicamente. Resignificar el presente en función del futuro: Una situación presente puede ser significada en función de una situación futura.

Sentimiento de culpa:

Es la sensación de pesar que el ser humano psicológicamente equilibrado siente, cuando cree que ha hecho algo mal, o por lo menos que podría haberlo hecho mejor, o cuando sentimos que hemos hecho daño a alguien como resultado de nuestras palabras o de nuestras acciones. Este sentimiento no solamente es sano, sino que es absolutamente necesario, puesto que implica una capacidad de autocritica necesaria para reflexionar sobre nuestros actos, y en la medida de lo posible corregir nuestros errores. Pero no podemos continuar nuestra vida condicionados por ellos.

Temperamento:

El temperamento es la base biológica del carácter y esta determinado por los procesos fisiológicos y factores genéticos que inciden en las manifestaciones conductuales. Es la peculiaridad e intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación. Es la manera natural con que un ser humano interactúa con el entorno. Puede ser hereditario y no influyen factores externos (sólo si esos estímulos fuesen demasiado fuertes y constantes).

Es la capa instintivo-afectiva de la personalidad, sobre la cual la inteligencia y la voluntad modelarán el carácter (en el cual sí influye el ambiente). Ocupa también la habilidad para adaptarse, el estado de ánimo, la intensidad, el nivel de actividad, la accesibilidad, y la regularidad. El temperamento es la naturaleza general de la personalidad de un individuo, basada las características del tipo de sistema nervioso. El temperamento está relacionado con la influencia endocrina (que se debe a los genes, y que se manifiesta en determinados rasgos físicos y psicológicos). El temperamento y el carácter definen la personalidad del ser humano; y la diferente combinación e intensidad que éstos se manifiesten en sus diferentes áreas, nos hacen únicos y humanos.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo el identificar los significados de la muerte en personas que habían inhumado a un ser querido, y con ello encontrar las reacciones emocionales y fisiológicas ante este evento. Las personas objeto de estudio, fueron quienes asistieron al sepelio o a enflorar en un cementerio privado de la zona 11 de Mixco. La recolección de datos se realizó a través de la observación, entrevista y testimonios. La escogencia de la muestra fue intencional, comprendidas por personas entre 17 y 50 años de edad, de ambos sexos, de diversos credos religiosos. Se efectuó un estudio de tipo subjetivo/cualitativo profundizándose en las observaciones, entrevistas y testimonios realizados, en las que se determinaron las reacciones y significados que se dan en las personas ante diversos casos de separación por muerte de un familiar. Estas reacciones se vieron influenciadas por factores tales como: edad, tipo de muerte, cultura, religión, relación con el fallecido, entre otros. Se encontró que la principal reacción cuando se realiza la inhumación, es el llanto. Y que el factor principal que ayuda a realizar un duelo sano para resignificar el sentido de vida, son las creencias religiosas con que cuentan los dolientes, así como el apoyo de la comunidad y la unión familiar. Dentro de los casos estudiados no logramos evidenciar reacciones que nos llevaran a determinar ningún tipo de duelo patológico, pero cuando los fallecidos fueron hijos y en si eran menores de edad, se observaron más reacciones negativas, que originaron algunos síntomas depresivos en los dolientes. No obstante, se puede afirmar que si se les brinda acompañamiento en cada una de las etapas del duelo, pueden lograr resolverlo de manera más efectiva, encontrando en menor tiempo una resignificación a su vida.