

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

**“ EL PROCESO DE DUELO Y SU ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO
EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS EN LA UNIDAD
NACIONAL DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL
ROOSEVELT”**

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



POR

JOSÉ ERNESTO RAMÍREZ OVALLE

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGO**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2010

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 675-2010
DIR. 443-2010

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

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

02 de noviembre de 2010

Estudiante
José Ernesto Ramírez Ovalle
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN CIENTO TREINTA Y OCHO
GUIÓN DOS MIL DIEZ (138-2010), que literalmente dice:

"CIENTO TREINTA Y OCHO: Se conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"EL PROCESO DE DUELO Y SU ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS EN LA UNIDAD NACIONAL DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

JOSÉ ERNESTO RAMÍREZ OVALLE

CARNÉ No.200416257

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Claudia Rivera y revisado por la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez. Con base en lo anterior, se **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 ENSEÑAD A TODOS"



Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Melveth S.



CIEPs 675-2010
REG 153-2009
REG 153-2009

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

INFORME FINAL

Guatemala, 21 de octubre de 2010

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Suhelen Jiménez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"EL PROCESO DE DUELO Y SU ACOMPAÑAMIENTO
PSICOLÓGICO EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS EN
LA UNIDAD NACIONAL DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL
HOSPITAL ROOSEVELT."**

ESTUDIANTE:
José Ernesto Ramírez Ovalle

CARNÉ No.
2004-16257

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 15 de octubre de 2010, y se recibieron documentos originales completos el día 19 de octubre de 2010, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESION**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Mayra Frine Luna de Alvarez
COORDINADORA



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

/Velveth S.
c.c archivo



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 676-2010
REG: 153-2009
REG. 153-2009

Guatemala, 21 de octubre de 2010

Licenciada Mayra Friné 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:

**"EL PROCESO DE DUELO Y SU ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO
EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS EN LA UNIDAD
NACIONAL DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL
ROOSEVELT."**

ESTUDIANTE:
José Ernesto Ramírez Ovalle


CARNE No.
2004-16257

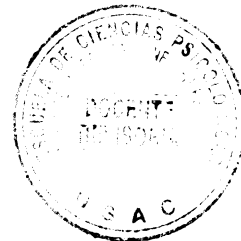
CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 04 de octubre de 2010, por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Suhelen Patricia Jiménez
DOCENTE REVISOR



/Velveth S.
c.c. Archivo

Guatemala 28 de Agosto de 2,010

**Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de Investigaciones
En Psicología - CIEPs-
Centro Universitario Metropolitano CUM
Presente**

Licencia Luna:

Le informo que tuve a la vista el Informe Final de Tesis para Licenciatura en Psicología realizado por el estudiante **José Ernesto Ramírez Ovalle** con número de carné **200416257**.

Con título **“El Proceso de duelo y su acompañamiento psicológico en familiares de pacientes fallecidos en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica del Hospital Roosevelt”**, Por lo cual autorizo y apruebo, dando por terminada la asesoría de contenido por considerar que cumple con los requisitos exigidos y autorizo que sea ingresado al departamento a su cargo para la revisión correspondiente.

Por lo que solicito someterlo a corrección y arreglos del caso o bien aprobación final de modo que el estudiante continúe con los tramites de graduación

Atentamente;



**Licda. Claudia Rivera
Psicóloga General
Colegiado No. 3573**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 415-10

REG 153-09

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 14 de Julio 2010

ESTUDIANTE:

José Ernesto Ramírez Ovalle

CARNÉ No.

2004-16257

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

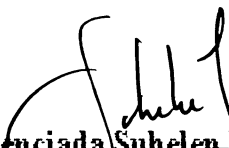
"EL PROCESO DE DUELO Y SU ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO EN FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS EN LA UNIDAD NACIONAL DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT."

ASESORADO POR: Licenciada Claudia Rivera

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigación, el día 12 de Julio 2010 y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

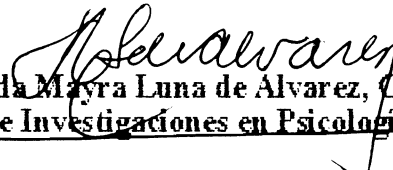
Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada ~~Suhelen Patricia~~ Jiménez
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo.


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

Sandra
cc: archivo





UNIDAD NACIONAL DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

9ave. 8-00 zona 11, Guatemala, Guatemala.

Guatemala 07 de Agosto de 2,010

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de Investigaciones
En Psicología – CIEPs-
Centro Universitario Metropolitano CUM
Presente

Respetable Licenciada:

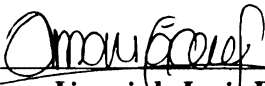
Por este medio, hago de su conocimiento que se ha realizado el trabajo de campo asignado al Proyecto de Investigación titulado “El Proceso de duelo y su acompañamiento psicológico en familiares de pacientes fallecidos en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica del Hospital Roosevelt”, elaborado por el estudiante **José Ernesto Ramírez Ovalle** con número de carné **200416257**. Dicho trabajo de campo se realizó en las instalaciones de la Unidad de Oncología Pediátrica en periodo del día miércoles 07 de Julio al día Jueves 05 de agosto del presente año.

Por lo cual autorizo que se continúe con los trámites correspondientes al proceso.

Sin otro particular, agradezco su colaboración.

Atentamente;




Licenciada Lucia Fuentes C.
Jefe Departamento de Psicología
Unidad Nacional de Oncología Pediátrica
Teléfono: 23289600 ext. 226

DEDICATORIA

A Dios; por la oportunidad de llegar hasta este gran momento tan esperado y anhelado en mí vida.

“No se inquieten por cosa alguna, sino que en todo, por oración y ruego junto con acción de gracias, dense a conocer sus peticiones a Dios; y la paz de Dios que supera a todo pensamiento guardará sus corazones y sus facultades mentales mediante Cristo Jesús.” Filipenses 4: 6-7

A mis padres; por moldear cada uno de mis actos y ser el motor de empuje en cada uno de los momentos de la vida.

“Nada hay más hermoso que un padre llegue a convertirse en un amigo de sus hijos, cuando éstos llegan a perderle el temor, pero no el respeto.”

A mi hermano; quien es la persona a quien amo con todo mi corazón y al cual agradezco creer y compartir conmigo los sueños de la vida.

“La amistad perfecta es la de los buenos y de aquellos que se asemejan por la virtud. Ellos se desean mutuamente el bien en el mismo sentido.”

Tíos, Primos y demás Familia; Por ser el apoyo efusivo a distancia que logro motivar cada momento de mi vida.

“El vínculo que te une a tu verdadera familia no es el de la sangre, es el del respeto y la alegría que tú sientes por las vidas de ellos, y ellos por la tuya. Muy raramente los miembros de una familia crecen bajo el mismo techo.”

A mis amigos de Infancia; Maríajosé (majo), Astrid (China) y Edwin (Niño Edwin). Por creer siempre en nuestros sueños y juntos echarlos a andar, esperando cada momento para compartirlo como éxito de todos.

“Los amigos nunca especulan sobre tus intenciones. Nunca necesitan una razón para quedar contigo. Los amigos solo esperan que seas tú, y se alegran por ello.”

A mis amigos y Compañeros; Claudia (Clu), Rita, Jimena, David (Davicho), Gaby, Maite, Mi GAM (Sergio (Checho), Manuel (Eke), Carlos (Chino) y Juan Rafael (Rafa)). Con los que comparto grandes y únicas experiencias, momentos que nunca olvidare y llevare en mi corazón por lo que me resta de vida.

“Amigo no es solo quien está a tu diestra en los buenos momentos, es también aquel que logra que florezca un sonrisa de tus labios en momentos de aflicción.”

(Giselle)

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad San Carlos de Guatemala.

Por ser mi magna casa de estudio y permitirme egresar como profesional.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas, Docentes y CUM.

Por abrir sus puertas para mi enseñanza y lograr hacer de mi una persona y profesional comprometido.

A la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP).

Por permitirme llegar a culminar mi meta, por creer, confiar en mí y apoyarme en todo momento sin duda alguna. En especial a: Licenciada Lucia Fuentes, Doctora Silvia Rivas y Doctora Marisol Bustamante.

A los Padres de Familia.

Como muestra de gratitud por abrir sus corazones a pesar de la molestia que puede ocasionar el revivir acontecimientos de dolor en ellos.

A la Licencia Claudia Rivera.

Por compartir, confiar, creer y demostrar que los lazos de amistad entre alumno y catedrático se logran con esfuerzo y compromiso mutuo.

A la Licenciada Suhelen Jiménez.

Por su tiempo, dedicación y enseñanza para lograr el culmen del proceso, teniendo en cuenta el compartir y hacer crecer una gran amistad.

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Licenciada Elva Esperanza Castillo

Abogada y Notaria

No. Colegiado 2570

Licenciada Claudia Rivera

Psicóloga General

No. Colegiado 3573

INDICE

RESUMEN	
PROLOGO	5
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	
TANATOLOGÍA	9
• Muertes Eróticas	10
• Muertes Tanáticas	11
CANCER	13
ONCOLOGÍA	14
• Oncología Pediátrica	15
• Tipos de Cáncer en Niños	16
• Cuidados Paliativos en Casa. Impacto para las Familias	17
• Provisiones para Cuidados Paliativos en Casa	18
• Familia del Paciente Oncológico	20
DUELO	21
• El Duelo Anticipado	21
• Proceso de Duelo	23
• Fenomenología del Duelo	26
• Etapas del Duelo	26
• Tratamiento del Duelo: Acompañamiento Psicológico	29

LA MUERTE DE UN HIJO: EL DOLOR DE LOS PADRES	36
CAPÍTULO II	
Técnicas e Instrumentos o Procedimientos	39
CAPÍTULO III	
Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados	42
CAPÍTULO IV	
Conclusiones	49
Recomendaciones	51
Referencias Bibliográficas	53
Anexo	
Testimonios	56
Instrumentos de Competición de Frases	80
Guía de Observación	81
Guía de Testimonio	82
Programa de Acompañamiento Psicosocial	83

RESUMEN

Debido al escaso manejo del tema de la muerte, el miedo a poder pasar por el proceso en el que la pérdida de una persona es conocido como un fuerte impacto psicológico y teniendo en cuenta que la muerte de un niño es mucho más significativo que la muerte de un padre o un adulto, surge la necesidad de poder evaluar, describir y trabajar sobre puntos específicos como lo es la Tanatología, la resiliencia y el proceso de duelo que se maneja en la pérdida o fallecimiento de un hijo principalmente siendo el motivo la enfermedad del cáncer siendo este un proceso en el cual se involucran muchos esfuerzos, tanto físico, emocional y económico.

Dentro de la sociedad guatemalteca desconocemos el tema de Tanatología, proceso que es de mucha importancia ya que se conoce como el proceso del bien morir en el cual todos los encargados de la salud tendrían por obligación conocer el tema y ser capacitados para el mejor manejo de todo el proceso de duelo en familiares y allegado.

Conociendo y sabiendo que estamos ligados a un acontecimiento impactante como lo puede ser la muerte es necesario que toda la población guatemalteca este "empapado" de los puntos importantes o relevantes de todo lo que simboliza la muerte, cuáles son sus etapas y cuál es la importancia de tener un duelo sano o un duelo resuelto al tener una relación íntima con la pérdida o muerte de un ser cercano.

Dentro de la investigación se trabajó sobre la Tanatología, los puntos que se abordaron dentro de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica se utiliza, mas no a su cabalidad. Conociendo problemáticas de duelo se trabajó por medio de testimonios los cuales son enriquecedores al unificarse el trabajo de los psicólogos y doctores de la Unidad por el manejo de dicho tema. El manejo y seguimiento del duelo en los padres logra un proceso de

Tanatología más favorable, en el cual surgen temas tan interesantes y relatos que impactan.

La sociedad guatemalteca tiene un mal manejo del tema “la muerte”, tema que muchas veces no es visto ni por los profesionales, los cuales dentro de todo el proceso todavía es un tema aislado y de poca importancia para su aprendizaje, motivo por el cual será de gran aporte el desarrollo del tema que a continuación se presente.

La muerte sólo se presenta una vez, pero se anuncia en todos los momentos de la vida; es más cruel temerla que sufrirla.

La Bruyère

PRÓLOGO

La primera vez que escuche a José Ernesto hablar sobre el tema de proceso de duelo supe que en algún momento de su carrera profesional iba a involucrarse más en el tema.

Me dio gusto enterarme que estaba desarrollando una investigación relacionada a el proceso de duelo y su acompañamiento psicológico en familiares de pacientes fallecidos, cuando me lo contó pude ver la inmensa pasión por su investigación, tuve el privilegio de acompañar muy de cerca el desarrollo de su tesis, y observar como se fue involucrando, me conmovió el inmenso amor que se desprendía de sus palabras pero más allá de este sentimiento me impresionó su entrega y determinación por proporcionar un aporte a la sociedad.

Conocí a José en mi adolescencia, quien me ha acompañado en varios procesos de duelo, uno de ellos el más impactante para mi vida hasta el momento, la muerte un sobrino muy cercano a mí. Antes de la lectura de esta tesis yo estaba convencida de haber trabajado mi duelo perfectamente.

Tras los primeros meses de dolor desgarrador, de desear simplemente diluirme en la nada para dejar de sentir, empecé a ponerme en marcha. Tenía claro que no podía, y no quería permanecer en aquél estado para siempre, aunque por otra parte he de reconocer que sentía algo parecido a una especie de necesidad de gritarle al mundo toda la impotencia, la rabia, el desconsuelo y la sensación de venganza que me invadían por lo que entonces consideraba una total injusticia. No podía soportar el hecho de que la vida continuara sin él, las calles llenas de gente bulliciosa, las cadenas de televisión emitiendo su programación y sus insufribles spots publicitarios de "Vuelve a casa por Navidad", ¿Por qué no se paraba el mundo si yo me estaba rompiendo en pedazos?

Con el paso del tiempo sentí en lo más profundo de mi interior que debía ponerme en marcha, reinventándome si esto fuera necesario, se lo debía a mi

familia y a todos lo que me querían, también me lo debía a mí misma, pero sobre todo, se lo debía a él. Entonces empecé a recordar momento que tuvimos juntos, un ritual de vida que tuvimos durante doce años, y no pude sino jurarme a mi misma que, algún día, iba poder contarle que había recuperado el sentido de mi vida y volvía a ser feliz, tal como él lo hubiera querido.

Después de leer esta tesis pude darme cuenta que en realidad creía que había avanzado e incluso superado mi proceso de duelo, sin embargo lo único que había hecho era reprimir el sentimiento hacia ese acontecimiento de vida.

Descubrí que tenía que dejar de renegar sobre la forma en que murió, y dejar mi sentimiento de enfado con la vida. A partir de esta lectura decido plantear mi vida como un homenaje hacia él, por todo lo que hizo en mi vida, y representó para mí. Ahora puedo dar gracias y transformar mi dolor, y desconsuelo en un amor profundo e indestructible, que a pesar de los tropiezos me alienta y acompaña cada día para compartirlo con los que me rodean. Esta tesis comunica y sintetiza el significado más hondo y global de la experiencia límite del sufrir y el morir de los humanos. Con este documento el futuro psicólogo José Ernesto Ramírez Ovalle no sólo hace ciencia, sino que provee los datos objetivos que explican porque es importante que el duelo tenga una buena resolución, que la Tanatología esté implícita en todo el proceso, y que la resiliencia sea tomada como el puente entre el dolor y la superación de duelo.

La fuerza de su amor, un amor que trasciende a la muerte, está siempre conmigo, descubriéndome y regalándome el significado más auténtico de la palabra paz y plenitud. Muchas gracias.

Licda. Astrid Pamela Chew Chávez

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace presencia y desarrollo del tema “El proceso de duelo y su acompañamiento psicológico en familiares de pacientes fallecidos en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica” se tocan varios temas de importancia pero uno de los temas principales es la Tanatología que es la disciplina que estudia todos los fenómenos de la muerte en los seres humanos, más conocida como “La ciencia del bien morir”, se trata de resolver las situaciones conflictivas que suceden en torno a esta problemática. Se demuestra también la presencia de tratamiento psicológico a los familiares que son los principales afectados después de la muerte de un niño por cáncer, enfermedad que trata la oncología, especializada en el estudio y tratamientos de tumores malignos y benignos y es la encargada de los tratamientos, cirugías y terapias no quirúrgicas como quimioterapias y radioterapias.

Conociendo que el impacto que se tiene a raíz de esta enfermedad en niños, se trabajara todo el proceso de duelo, según sus fases y cada una de las etapas de estas fases que son importantes para el tratamiento psicológico que cada persona afectada necesite. Existen distintos tipos de muertes de los que se conoce la muerte tanática que abarca y se entrelaza con la necesidad directa de evaluar y trabajar sobre la problemática que nos da la enfermedad y sus complicaciones por medio del proceso completo de dicha enfermedad.

Teniendo en cuenta que la muerte de un niño es mucho más impactante, se tratan temas que describen las problemática, cuestionantes y sentimientos que surgen al momento del fallecimiento de infante, lo que causa reacciones muy fuertes que se deben de tomar muy en cuenta dentro de todo el proceso para un mejor manejo del duelo. Como las familias pueden entender todo este proceso y cómo afrontarlo de una forma sana, y como todo el proceso se puede estar llevando a cabo en la normalidad necesaria para un mejor

entendimiento y reconocimiento sin ningún sentimiento de culpa hacia las personas que quedan con vida después de este lamentable suceso.

Haciendo énfasis en que los familiares que sufren dentro de toda la agonía tanto emocional, física y económica son las que tienen que afrontar a futuro todo sentimiento surgido en todo este evento el cual es muy desgastante y puede llegarse a tener el acomodamiento de ver a la persona sufrir.

MARCO TEÓRICO

El cáncer infantil tiene cada vez más importancia en el ámbito de la pediatría; entre otras razones por ser la segunda causa de mortalidad en la infancia. Las tasas de mortalidad afecta grandemente en la relaciones de las familias al momento de la pérdida de un menor el que represente una gran parte del futuro en cada persona que está involucrada dentro de la familia del fallecido, de este punto se desarrolla gran parte de la problemática del proceso del duelo el que desarrolla grandes formas de aceptar y llevar el duelo. Los sentimientos son de gran magnitud y de gran impacto por ser sentimientos fuertes que se desarrollan conforme va pasando todo el proceso de tratamiento de la enfermedad en este caso el cáncer.

Después del gran impacto que tiene el paciente como la familia por la noticia del cáncer, se desligan grandes incógnitas, tanto por ser una enfermedad poco conocida como el hecho de ser en un niño lo cual hace más profundo todo este proceso.

1. TANATOLOGÍA

“Es la disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos, tratando de resolver las situaciones conflictivas que suceden en torno a ella, desde distintos ámbitos del saber, como son la medicina, la psicología, la religión y el derecho fundamentalmente”¹.

Desde la perspectiva psicológica, está enfocada, a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal médico que lo atiende, un lazo de confianza, seguridad y bienestar, además de propiciar en el enfermo terminal, los cuidados necesarios que le aseguren una muerte digna y en paz.

¹Castro González, María del Carmen, Tanatología, La inteligencia Emocional y el Proceso del Duelo. Editorial Trillas S.A. de C.V. , México D.F. 2008, Página 78.

Los objetivos de la Tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo terminal, evitando la prolongación innecesaria de la vida, así como su acortamiento prematuro, propiciando una "muerte adecuada", que se caracteriza por las siguientes acciones:

- Atención al sufrimiento psicológico.
- Atención a las relaciones significativas del enfermo.
- Atención del dolor físico.
- Atención al sufrimiento espiritual.
- Atención a las últimas voluntades.
- Atención a los aspectos legales.

Una característica importante de la Tanatología como rama de la medicina, consiste en facilitar al enfermo terminal, todos los cuidados paliativos necesarios en cualquier ámbito de acción, y ayudar a la familia del enfermo, a sobrellevar y elaborar el proceso de duelo producido por la muerte de éste.

1.1. MUERTES ERÓTICAS

La muerte erótica es muerte viva. Se vive la muerte, se la piensa y trabaja en los tiempos de la pre-muerte, cuando la persona siente la cercanía del fin y se prepara a atravesar esa experiencia. Se disipa la negación, se sabe desde la raíz del propio cuerpo que la muerte se avecina, y, en medio de ansiedades y tristezas, vence el acto de vida. La muerte erótica se juega en la entereza.

La persona que trabaja su muerte le quita a la muerte el poder de la sorpresa. La mortandad se ha convertido en un pensamiento amigo. Los caminos asociativos llevan a cabo una cierta elaboración de la muerte. Los eslabones principales para pronosticar las reacciones psíquicas de una persona determinada frente a la enfermedad grave, al accidente, a la inminencia de la muerte son la madurez alcanzada y el manejo del narcisismo.

" Ese ser erótico deja una impronta de vida y una orden de persistir en la alegría de vivir en sus sobrevivientes amados. El muerto erótico ayuda a los sobrevivientes a duelarlo, y así recuperarse posteriormente para los placeres de la vida... El muerto en su cultivo de la pulsión de vida da su ejemplo de vida y de muerte. La muerte ha hecho de broche final a una vida para la vida. La muerte también fue para la vida".²

La muerte erótica es una muerte abierta. Una entrega mansa del soma, un despliegue de continuidad entre el viviente y su cadáver. Existe un sentimiento de confianza en la travesía hacia lo desconocido.

La familia es incorporada al acto de la muerte. El moribundo acepta su cercanía y establece poco antes un intenso intercambio empático verbal y metaverbal de acuerdo con las características de la enfermedad que lo aqueja. La transmisión profunda, sin palabras o con pocas palabras alusivas, marca a sus seres queridos, les confiere huellas privilegiadas, recuerdos maravillosos antes del último estertor. El duelo será descrito sobre estas experiencias vivenciales póstumas.

1.2. MUERTES TANÁTICAS

En primer lugar, quiero reiterar el respeto por todo moribundo y no abrir juicio que pueda parecer peyorativo. Morir es siempre un acto difícil. **“La naturaleza, al quitar fuerzas al moribundo e impregnar su soma con los vapores de la descomposición, lo somete a una aceptación por propio peso del accionar de la enfermedad en su etapa terminal. El embotamiento mental envuelve al paciente en expresiones que lo alejan del mundo de los vivos: retraimiento, indiferencia, etc.”³**

² Asesoramiento psicológico y terapia. El tratamiento del duelo. Paidós. 2a. Edición. 2,004. Página 34

³ Castro González, María del Carmen, Tanatología, La inteligencia Emocional y el Proceso del Duelo. Editorial Trillas S.A. de C.V. , México D.F. 2008. Página 169

Llamamos muertes tanáticas a aquellas en las cuales la persona ' por morir' expresa sentimientos negativos que siembran sufrimiento en el medio familiar. Están desprovistas de grandeza y de preocupación por los semejantes. Es una muerte a muerte. El egoísmo excesivo, el narcisismo invencible, el apego a la vida en desmedida, la negación de la muerte, son factores que, a la hora de la verdad, obstaculizan la buena despedida. La sabiduría y la transformación del narcisismo desaparecen de la escena. La muerte se convierte en una injusticia y la amargura furiosa puede alcanzar gran intensidad.

El sentimiento de envidia hacia los sanos suele ocupar un importante lugar. Perpetúa la omnipotencia al proyectarla imaginariamente en los sobrevivientes: jóvenes, felices, inmortales. La persona aquejada de muerte se rebela contra su destino. Envidia la suerte ajena y lo expresa abiertamente o en forma solapada.

Una paciente terminal con un cáncer tendrá siempre el motivo perfecto para poder recomendar a sus familiares a hacerse algún chequeo previo a cualquier problema de cáncer que pueda tener por si acaso ellos llegan a tener este problema que aqueja en este momento al paciente. No siempre es tan manifiesto el mensaje y muchas veces queda encubierto en lamentos interminables que victimizan a la familia. El paciente se convierte en un paciente difícil de tratar, cuando no imposible, y hace de su muerte próxima un drama con el cual contamina el ambiente. La pulsión de muerte se expresa como pulsión destructiva.

Estos pacientes inyectan culpa y pueden promover duelos interminables en sus parientes cercanos por la descarga psicológica que dan en dichos mensajes, los cuales son muy fuertes. Se producen en éstos identificaciones destructivas con mandatos de sobrevivir sí, pero a costa de no disfrutar de la vida.

“A la hora de morir suele observarse lo que denominamos muerte cerrada o muerte en caparazón”⁴. Es una muerte retraída, solitaria. Puede haber rechazo a ver a los seres queridos y una necesidad imperiosa de retraerse sobre sí mismos para olvidados del mundo, dirigirse al certero aniquilamiento. Quisiera insistir en que muerte erótica o muerte tanática, ambas son simples muertes. Lo que varía es la calidad de la persona en el despliegue de gestos y actos previos a su muerte, y en esa calidad radica una sustancial diferencia a la hora de enfrentar la muerte total. Lo cual hace la diferencia en pocas palabras es la descarga de actos, actitudes y palabras que marcan al familiar y entorno.

2. CANCER

“El Cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.”⁵

El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Existen varios cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y próstata. Los

⁴ Parkes, C.M., Fallecimiento Estudios del Proceso de Duelo en la Vida de los Adultos. Internacional Universities Press, 3ª. Edición, Londres 1998, Página 49.

⁵ Wayne M. Becker, Lewis J. Kleinsmith El Mundo de la Célula. Jeff Harin Editorial Pearson Educación, S.A Madrid España 2007. Página 478.

carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras. El cáncer no es una enfermedad contagiosa.

El cáncer puede afectar a todas las edades, incluso a fetos, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad. El cáncer causa cerca del 13% de todas las muertes.

3. ONCOLOGÍA

“La oncología es la especialidad médica que se encarga del estudio y tratamiento de los tumores benignos y malignos. El termino tiene su origen en la lengua griega y está compuesto por los vocablos onkos (“masa”, “tumor”) y logos (“estudio”).”⁶

La oncología, por lo tanto, se encarga del diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de todo proceso del cáncer. En el caso del tratamiento, incluye la cirugía y las terapias no quirúrgicas, como la quimioterapia y la radioterapia. Por otra parte, la oncología se ocupa de los cuidados paliativos de pacientes con enfermedades en estado terminal, los aspectos éticos relacionados con la atención a los enfermos con cáncer y los estudios genéticos relacionados a los tumores. Es posible distinguir entre distintos tipos de oncólogos (los especialistas en oncología). De esta forma, podemos mencionar a los cirujanos oncológicos (especializados en la extracción de tumores), los oncólogos médicos (quienes utilizan fármacos antineoplásicos,

⁶ Wayne M. Becker, Lewis J. Kleinsmith El Mundo de la Célula. Jeff Harin Editorial Pearson Educación, S.A Madrid España 2007. Página 443.

como la quimioterapia y la inmunoterapia) y los oncólogos radioterápicos (que apelan a los tratamientos con radiaciones).

Por otra parte, de acuerdo a los pacientes que atienden, los oncólogos pueden ser ginecólogos oncológicos (tratan el cáncer en mujeres) u oncólogos pediátricos (especializados en el cuidado de niños con algún tipo de cáncer), entre otros.

En cuanto a la quimioterapia, uno de los tratamientos más usados por los oncólogos, puede diferenciarse entre poliquimioterapia (la asociación de varios citotóxicos que actúan con diferentes mecanismos de acción), la quimioterapia adyuvante (se administra después de un tratamiento principal como la cirugía), la quimioterapia neoadyuvante o de inducción (se inicia antes de cualquier tratamiento quirúrgico o de radioterapia) y la radioquimioterapia concomitante (también llamada quimioradioterapia, se administra de forma concurrente o a la vez con la radioterapia).

3.1 ONCOLOGÍA PEDIATRICA

“La aparición de la Oncología Pediátrica como especialidad nace como respuesta a una demanda de la profesión médica y de la sociedad en general para cubrir una necesidad evidente, como es la de proporcionar asistencia médica a un grupo de niños que padecen enfermedades malignas El cáncer infantil en los últimos años ha ido adquiriendo gran importancia en el ámbito de la pediatría”⁷.

Hasta hace algunos años, el cáncer infantil era considerado una rareza por los médicos generales e incluso por muchos pediatras sobre todo a nivel de asistencia primaria. En ese momento, las causas de mortalidad infantil diferían bastante de las actuales En los países desarrollados, los avances

⁷ <http://www.ayuvi.org.gt/modulos.php?modulo=contenido&operacion>

sanitarios, económicos, sociales y culturales han motivado una importante disminución de la mortalidad por estas causas y que otras adquieran mayor relevancia.

Actualmente, el cáncer es la segunda causa de muerte en niños mayores de un año, superada sólo por los accidentes. En el primer año de vida ocupa el tercer lugar, superada también por la mortalidad derivada de las malformaciones congénitas. La incidencia anual para todos los tumores malignos en niños menores de 15 años es de 12,45 por cien mil niños. En niños y adultos el cáncer afecta a un mayor número de niños que de niñas, y esta proporción se mantiene de forma constante en todos los países de nuestro entorno. La mayor parte de los tumores que afectan a los niños menores de 5 años son de naturaleza embrionaria.

3.2. TIPO DE CANCER EN NIÑOS

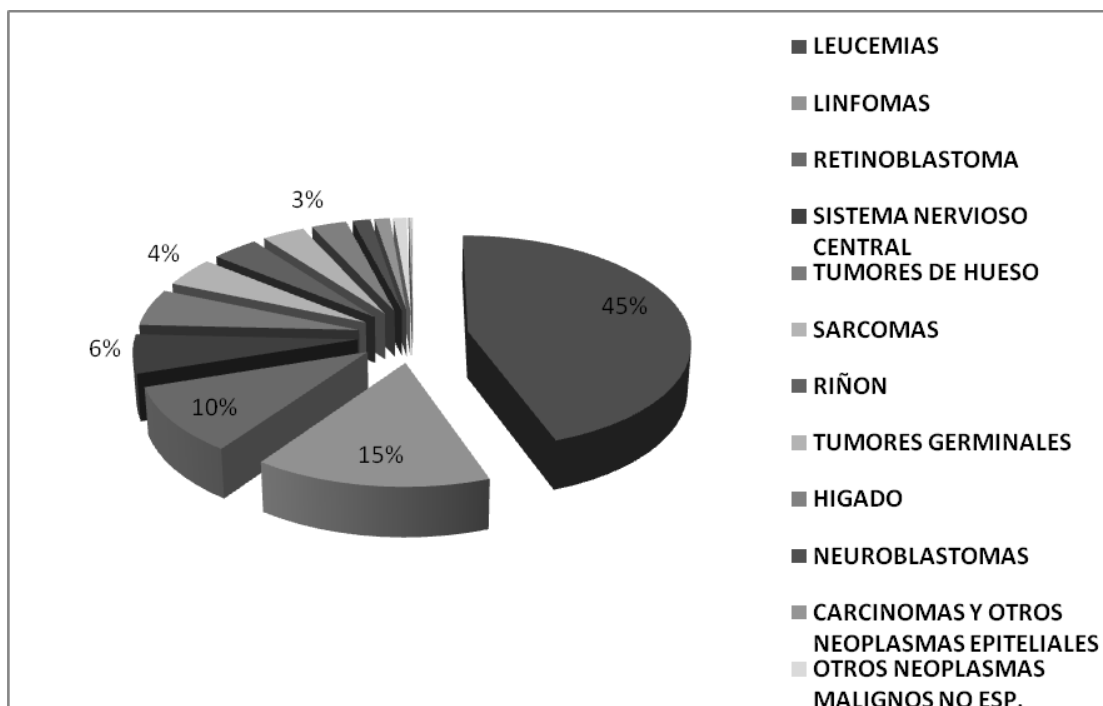
“El cáncer en niños es una enfermedad tratable y sus tasas de curación han mejorado desde un 30% en 2000, al 70% en el año 2008..”⁸

Los niños tienden a tener tipos de cáncer que se originan de células muy primitivas, relativamente simples e indiferenciadas (embrionarias) estas células pueden originar cáncer en niños debido a que pueden sufrir mutaciones (transformaciones) espontáneas, o sea que estas alteraciones no son el resultado de interacciones con el medio ambiente, sino que son resultado de un accidente genético.

A continuación estadísticas presentadas hasta Julio del año 2010 de casos con cáncer atendidos en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica.

⁸http://www.ayuvi.org.gt/modulos.php?modulo=contenido&operacion=lectura&id_con=37&identificador=4&cont_ti=C%EF%BF%BDncer%20Pedi%EF%BF%BDtrico

GRAFICA #1
Unidad Nacional de Oncología Pediátrica
Estadística y Registro de Cáncer



Fuente: Unidad Nacional de Oncología Pediátrica

Descripción: Consolidado de casos diagnósticos con cáncer (nuevos) + previamente tratados. Abril 2000 / Julio 2010.

(N.= 2907)

3.3. CUIDADOS PALIATIVOS EN CASA. IMPACTO PARA LAS FAMILIAS

La mayoría de los pacientes con cáncer mueren en una institución, el vivir con un cáncer avanzado ocurre generalmente en el hogar. El cuidado paliativo es definido como **“El activo y total cuidado de pacientes cuya enfermedad está fuera de tratamiento curativo”**⁹. El objetivo es brindar la mejor calidad de vida posible para el paciente y la familia en un lugar en el cual sea cómodo

⁹

http://www.ayuvi.org.gt/modulos.php?modulo=contenido&operacion=lectura&identificador=1&id_con=12

para el paciente al igual que para la familia, recordando que el hogar es el mejor lugar para que el paciente pueda vivir sus últimos momentos.

En el último siglo ha variado considerablemente el lugar donde los pacientes mueren. Los datos indican un incremento de la proporción de muertes hospitalarias, comenzando al final de la década del 40 y continuando hasta el final de la década del 70. Aunque la mayoría de las muertes continúan ocurriendo en el hospital, el hogar es donde más cuidado se provee al paciente en fase terminal y por un mayor período de tiempo.

El incremento de las muertes domiciliarias es el resultado de muchos factores médicos y sociales. El reciente y rápido avance de la tecnología médica ha prolongado la vida, disminuyendo la calidad. Para algunos el conocimiento de esto es visto con ambivalencia porque evoca miedos a la dependencia y a la pérdida de autonomía ya que en el hospital se tiene toda la atención necesaria y no hay problema alguno al momento de una complicación.

Las personas en fase final de la vida, en su casa, con su familia, se sienten que pueden controlar mejor las decisiones. La creación de un mayor número de programas de hospitalarios y cuidados domiciliarios crearía un sistema de soporte para aquellos individuos que quieren morir en su casa. Como resultados de estos factores, la opción del cuidado en casa al final de la vida contribuiría a que la muerte vuelva a formar parte de las tradiciones que nuestra cultura ha perdido, lo cual nos lleva a la pertenencia psicológica dentro de un ambiente conocido por toda la vida del paciente.

3.4. PROVICIONES PARA CUIDADOS PALIATIVOS EN CASA

Buscando una fórmula para los pacientes y las familias con el conocimiento que no hay una manera correcta o un lugar apropiado para morir, es donde comienza la discusión acerca del cuidado paliativo en casa al final de la vida. Las comunicaciones claras, sencillas y abiertas son herramientas potentes para iniciar y mantener intervenciones efectivas. La búsqueda y

entendimiento de las preocupaciones del paciente y la familia, tratar honestamente con ellos es primordial.

Un alto nivel de flexibilidad clínica, una escucha cuidadosa y ofrecerles un sentido de cooperación con ellos los ayuda a tomar decisiones. Se espera que las familias estén ahí para el paciente y poder dar cuidados concretos y soporte para llevar de una buena forma la enfermedad como podría ser llevada dentro del centro hospitalario . Ellos están en la línea de fuego, siendo testigos del sufrimiento o el confort de los otros miembros de la familia, la efectividad del control de los síntomas y cuidados paliativos son reforzados por ellos, por ejemplo, si algún miembro identifica que otro miembro no puede con algo, podrá tomar su lugar corriendo distintos roles como podemos poner el caso de un doctor o una enfermera.

Conocer el entorno del paciente, la familia y los profesionales de salud, es muy necesario para identificar temas no resueltos o problemas y en revisar el plan de cuidado.

El programa del hospital sería la pieza fundamental para ayudar a las familias que tienen personas muriendo en casa. Estos programas administran cuidados paliativos y de soporte proveyendo cuidado físico, psicológico y espiritual para personas que están en fase final de la vida y sus familias. Estos servicios son provistos por un equipo profesional interdisciplinario que deberán incluir médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, clérigos y voluntarios. Más allá que el programa de Hospicio esté disponible para pacientes internados o externos, se prefiere que el cuidado se dé primeramente en el hogar. Así mismo períodos de hospitalización podrían ser utilizados para el control de los síntomas y el descanso de la familia.

3.5. FAMILIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

En las últimas décadas fue evolucionando el enfoque acerca del cáncer. A fines del siglo XX se habla abiertamente del tema pero, aún así, la familia del paciente oncológico no es tenida en cuenta suficientemente en todas sus circunstancias; a menudo se sienten excluidos del mundo, ya que existe poco conocimiento sobre lo que puede hacer la familia del paciente en su vida cotidiana.

Esta enfermedad resulta de gran impacto para el paciente y todo su grupo familiar, ya que grandes cambios psicológicos suceden rápidamente. Actualmente, por los grandes avances científicos, el curso de la enfermedad es más prolongado y consecuentemente más agotador y desgastante para todas las personas que se encuentran alrededor del paciente enfermo terminal.

Muchas familias quedan marcadas por el costo, no sólo emocional, sino también económico y social. Estas familias suelen mostrar una marca, una huella de la enfermedad que se puede prolongar durante un tiempo. Durante años pasados crecieron los estudios sobre el trabajo con las familias, asociados con conceptos analíticos. Al mismo tiempo, diversas investigaciones sobre los efectos del soporte emocional han contribuido al mejor entendimiento y tratamiento profesional de la familia, durante la evolución de la enfermedad y el duelo posterior.

La reacción de la familia frente al diagnóstico, puede llegar a ser de crisis, lo cual requiere de una adecuada adaptación. La noticia de la existencia de una enfermedad oncológica en un integrante de la familia, provoca distintas reacciones de los miembros, que va de lo particular en cada uno a lo general de acuerdo a cada sistema familiar.

El impacto emocional puede causar resistencia, falta de credibilidad, llegar a pensar que el médico o el laboratorio se han equivocado, que ese resultado debe pertenecer a otra persona. Muchos no pueden creer. Niegan la posibilidad de que exista esta enfermedad en la familia y realizan consultas

con médicos, adivinos y curanderos. Otras veces, tratan de mantener el secreto levantando una barrera que dificulta la comunicación y el dolor preparatorio tanto para el paciente como para ellos mismos. Superado el impacto inicial, comienza una búsqueda de información que puede resultar útil para lograr un mejor procesamiento psíquico de la situación.

4. DUELO

- “Duelo: pérdida debida a una muerte
- Reacciones de duelo: respuestas psicológicas, fisiológicas o conductuales al duelo
- Proceso de duelo: - término que abarca las reacciones de duelo en el transcurso del tiempo.
- Aflicción: sentimientos (afectos) y conductas asociadas como llorar, que acompañan al duelo
- Luto: expresiones sociales de pesar, como funerales, visitas y rituales”.¹⁰

4.1. EL DUELO ANTICIPADO

“El duelo anticipado se caracteriza por la aparición de toda la sintomatología del duelo, antes de la pérdida real del ser querido”¹¹. Se vive la muerte del ser amado como si ésta hubiera ocurrido cuando, en realidad, todavía no acaeció. Los casos más frecuentes de duelo anticipado se dan cuando una persona ve a su allegado amenazado de muerte por un

¹⁰ <http://www.rae.es/rae.html>

¹¹ 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 2000. Página 24, 25.

diagnóstico revelado en forma violenta, cuando un miembro de su familia agoniza o es portador de una afección letal a mediano plazo. Algunos cambios físicos mayores también pueden dar lugar a un duelo anticipado: discapacidad, pérdida de un órgano o de una parte estética del cuerpo o modificación del aspecto externo.

La idea de amenaza de muerte es fundamental en el diagnóstico del duelo anticipado. Ésta no desencadena la depresión clásica del trabajo de duelo, sino más bien un desapego, una anestesia emocional, una indiferencia total hacia la persona enferma, sin embargo antes amada.

La depresión del duelo no existe. No hay tristeza, no hay llantos, no hay desesperación. Las visitas al enfermo se reducen en número y en tiempo. Las preguntas a los terapeutas desaparecen. El paciente no recibe ayuda ni afecto. Se trata de un rechazo de vida temporaria que evoluciona calladamente. El psiquiatra a quien se confiaría esta paciente se vería perturbado. En efecto, los psicofármacos parecen ineficaces para este problema. En cuanto a la escucha psicológica, ésta tropieza con una negación detallada, la persona justifica que está bien y que no presenta ningún signo de depresión o de ansiedad. Sólo su comportamiento con respecto al otro se ve significativamente cambiado: disminución de la frecuencia de las visitas, indiferencia hacia el estado del paciente. Son, sobre todo, los indicadores psicosociales los que nos van a hacer tomar consciencia de un duelo anticipado.

Es primordial diferenciar duelo anticipado de pre-duelo. El duelo anticipado incluye elementos de despersonalización. Es el duelo anticipatorio de la muerte. El familiar muchas veces se impresiona, se asusta y pone distancia psíquica con el paciente, se genera un cerco de silencio. No quiere confundirse ni creer que eso que le pasa a su pariente también le sucederá un día a él.

“En el pre-duelo los familiares y el propio paciente deben realizar el duelo de la irreversibilidad de su estado de salud”¹². El pre-duelo es un duelo completo en si mismo, en algunos casos al enfermo ya no se lo reconoce, ya no es el de antes, ha sido transformado por la enfermedad, ha perdido sus atributos positivos. El pre-duelo se da en un contexto de intercambio entre el paciente y sus seres queridos. Así el enfermo logra sustraerse a su propia muerte ordenando situaciones pendientes, atendiendo a las personas de su entorno, transmitiendo experiencias vividas, dando algún consejo, una advertencia, siendo estas todas formas posibles de combatir la "piedad patógena"

4.2. PROCESO DE DUELO

Para Freud la labor de duelo consiste en que el individuo al realizar un examen de la realidad comprueba que el objeto amado ya no existe y esta realidad demanda que la libido abandone todas las ligaduras existentes con el objeto amado. Contra esta demanda surge una oposición intensa aun cuando se le haya encontrado sustitución al objeto. La intensidad de la oposición puede ser tal, comenta Freud que el individuo se aparte de la realidad y se logre la conservación del objeto por medio de una **“psicosis desiderativa alucinatoria”¹³**. Una paciente que perdió a su hijo de 25 años en un accidente con el que tenía una relación muy estrecha manifestaba que cuatro años después de su muerte lo seguía viendo llegar a la seis de la tarde del trabajo y abrir la verja del jardín. La evolución normal del duelo sería que la realidad obtenga la victoria.

Modelos teóricos más actuales influenciados por la teoría del vínculo afectivo o del apego, proponen que la elaboración del duelo comprende dos instancias la de apego y la de separación. El ser humano posee la característica de

¹²Asesoramiento psicológico y terapia. El tratamiento del duelo. Paidós. 2a. Edición. 2,004. Página 45.

¹³ Objeto representado por multitud de asociaciones, que puede ser desde dolorosamente desconstruido en el duelo hasta alucinado en la psicosis.

formar vínculos afectivos sólidos y persistentes. De hecho sabemos que sin el primer vínculo afectivo que realiza con la madre es imposible la supervivencia, más allá que se lo provea de nutrición, un bebe sin afecto irremediabilmente muere.

La respuesta directa a la pérdida de un vínculo es la ansiedad por separación que va a generar comportamientos de gran intensidad emocional destinados a recuperar o revivir la relación perdida. Estas etapas son predecibles y las podríamos enumerar por orden de aparición de la siguiente manera:

1. Etapa de protesta. (porqué a mí, porqué al él /ella)
2. Etapa de búsqueda. Esta en general es más prolongada en el tiempo
3. Etapa de desesperación y separación
4. Etapa de reorganización

En este marco la aflicción se considera como una serie de conductas de apego en las cuales el individuo llora, busca, se enoja con todos los que le ponen trabas a su búsqueda hasta que finalmente encuentra la forma de mantener vivo al ser querido, reformula la relación con éste y forma nuevos vínculos estables y duraderos. Demás está decir que cuando la formación de vínculos ha sido problemática ya que hay muchos tipos de apegos podemos encontrarnos con la producción de un duelo patológico. De todas maneras tanto la perspectiva vieja como las nuevas no son excluyentes por un lado existe los hechos que el individuo debe resolver el dilema separación vs. Apego y por otro caer en la realidad que el ser amado dejo de existir.

Durante la transición del duelo las emociones del individuo van a oscilar antes de llegar a un equilibrio entra la angustia y el bienestar. La primera esta enlazada con la exigencia de aceptar la perdida y la segunda con la necesidad de sostener la relación aunque sea ilusoria ya que para el sujeto no deja de ser real.

Es importante tener en cuenta la diferencia entre duelo y melancolía si bien en ocasiones y cuando el duelo no se resuelve por sus causas normales pudiendo continuar el individuo su vida puede caer en este cuadro. En principio el duelo siempre es una pérdida consiente a diferencia de la melancolía, en la cual, él la pérdida de objeto es sustraída a la conciencia es decir el sujeto puede saber a quien ha perdido pero no lo que ha perdido. Por ejemplo cuando una mujer o un hombre han sido dejados por su pareja no se ha muerto nadie pero estos han quedado perdidos como objetos eróticos. En la melancolía el sujeto presenta además una disminución de su amor propio un considerable empobrecimiento del yo, el paciente se insulta, se reprocha, todo es culpa de él, no vale nada, no merece nada etc. En el duelo no es el yo sino el mundo el que aparece empobrecido ante los ojos del individuo “ya nada será igual sin él o sin ella”.

No solo la muerte nos ubica ante la posición de duelo, un divorcio, la ida de los hijos de casa, la jubilación etc. Son situaciones de pérdida que en realidad no cuentan con criterios para definir que es una aflicción normal o aceptada. Las personas van a afrontar sus pérdidas de diversas maneras por lo cual es importante identificar el potencial individual de cada una para enfrentar estas situaciones.

Otro aspecto a considerar es el luto y las diferentes ceremonias de despedidas de nuestros muertos esto implica parte de la elaboración del duelo. En la actualidad hay una tendencia por un lado a comercializar el luto con ceremonias costosas, cementerios privados todo un marketing lujoso para un sector poblacional que en cierta forma disfraza como dijimos antes a la muerte y por otro lado una tendencia a ignorarla no hacer velatorios, ninguna ceremonia terminar con todo rápidamente. Ambas situaciones en algún miembro de la familia pueden generar dificultades para la elaboración del duelo, es importante no tomar decisiones por fuera de lo que desea la persona más próxima al difunto más allá de lo que a uno le parezca bueno, en una palabra no adueñarse de la aflicción ni de la pérdida del otro en nombre de lo que va a ser mejor para él.

4.3. FENOMENOLOGIA DEL DUELO

En el duelo los estados afectivos se comprometen intensamente. Las manifestaciones de esta aflicción van a reflejar la personalidad del sujeto que está sufriendo la pérdida, sus experiencias vitales previas y antecedentes psicológicos, la importancia de la pérdida y su relación con el ser que ha fallecido, las redes sociales con las que cuenta, acontecimientos vitales intercurrentes, salud y otros recursos.

4.4. ETAPAS DEL DUELO

Más allá de las variaciones individuales se distinguen tres fases:

1. Shock y negación (minutos, días , semanas)
 - a. Incredulidad
 - b. Adormecimiento
 - c. Conductas de búsqueda: sujeción , anhelo, protesta
2. Angustia Aguda (semanas o meses)
 - a. Perturbación somática fluctuante
 - b. Alejamiento
 - c. Preocupación
 - d. Ira
 - e. Culpa
 - f. Pérdida de los patrones de conducta
 - i. Inquietud y agitación
 - ii. Falta de intencionalidad y motivación
 - g. Identificación con el difunto
3. Resolución (meses o años)
 - a. Aflicción
 - b. Retorno al trabajo

- c. Reanudación de antiguos roles
- d. Adquisición de nuevos roles
- e. Volver a experimentar placer
- f. Búsqueda de compañía y amor

- Primera Fase Shock y Negación

Denominada “de impacto” por Silverman o de “impasividad” por Parkes y Clayton, que dura de pocas horas a una semana después del deceso, que puede cursar mostrando una conducta semi-automática. Al principio puede haber una reacción de shock, de rechazo de la realidad, de sensación de negación.

- Segunda Fase Angustia Aguda

Clasificada de “repliegue” (Silverman) o depresiva (Clayton), dura varias semanas o meses, que se inicia con síntomas de depresión reprimida, seguida de irritación y aislamiento. Después de unos días o sin que la segunda fase se presente, el individuo acepta que la muerte ha ocurrido y por consiguiente empieza a invadirle un intenso sentimiento de pena y que le puede producir síntomas físicos.

En esta fase se tienen sensaciones de angustia e impotencia, de depresión, trastornos del sueño, desaparece el interés por las cosas de la vida cotidiana, como el trabajo o las relaciones sociales. Frecuentemente se establecen largas conversaciones mentales con el difunto, que está presente a todas horas, hasta el punto de que piensan verlo por la calle o hasta que sienten su presencia, etc. Todos estos sentimientos pueden ser normales si no son exagerados. Es conveniente que se pase esta fase, para que luego llegue la fase del restablecimiento.

- Tercera Fase Resolución

O de recuperación o restitución, se produce al cabo de seis meses o un año. Se puede sentir nuevamente bienestar y placer, todo parece

normalizarse aunque, si el fallecido era importante, queda una sensación de vacío que nunca se llega a llenar del todo.

Freud, postula que el duelo hace referencia a la **“pérdida del objeto amado”**¹⁴, incluyéndose como pérdidas objétales, tanto la muerte de un ser querido como la ruptura sentimental o la pérdida de empleo. Este mismo autor establece la diferencia entre aflicción y melancolía, al señalar que el afligido cumple el “duelo”, al admitir la irreversible desaparición del objeto amado y liberar el deseo para buscar nuevos objetos de amor. El melancólico rechaza la idea de la pérdida, se identifica con el objeto y retira su deseo del mundo.

“Freud menciona que el duelo patológico es el que dura más de un año y no es posible superar la pérdida para la persona; además estaría en relación con el amor-odio hacia el objeto perdido (la excesiva culpa sería un deseo inconsciente del aniquilamiento del ser querido)”¹⁵. Puede estar provocado por un retraso en la reacción o por manifestaciones desproporcionadas. El duelo no patológico es cuando la persona logra resolver en un tiempo prudencial el duelo y vuelve a retomar su vida cotidiana normal.

¹⁴ Lee, C. La muerte de los seres queridos: cómo afrontarla y superarla. Plaza & Janés. México 2005, Página 79.

¹⁵ <http://es.wikipedia.org/wiki/Tanatolog%C3%ADa>

4.5. TRATAMIENTO DEL DUELO: (ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO)

Normalmente, quienes atraviesan la penosa situación de tener que afrontar un duelo significativo, cuentan con sus propios recursos psicológicos como para intentar superar la dramática realidad que les ha tocado vivir. Seguramente necesitarán evitar el aislamiento, relacionarse con su entorno afectivo, y quizá con otras personas, que habiendo sufrido situaciones igualmente dolorosas, suelen reunirse en los muy beneficiosos grupos de autoayuda para pérdidas de seres queridos.

La elaboración del duelo es un largo proceso al que no podemos fijarle un tiempo cronológico, pero es evidente que ese tiempo no puede perpetuarse. También es necesario tener en claro, y advertir a quien solicite nuestra ayuda, que el duelo es un proceso activo que requiere de su participación, expresada a través de aceptaciones y cambios personales, y que sería un error caer en la pasividad de adjudicarle sólo al tiempo la resolución del sufrimiento.

El proceso en sí, pese al lacerante dolor, no reviste ninguna patología ni requiere la administración de psicofármacos durante su transcurso. Tampoco sugiere inicialmente la necesidad de ninguna intervención psicoterapéutica. Pero en los casos que el duelo se hace más crónico en el tiempo, se encuentra detenido frente a alguno de los obstáculos que suelen presentarse en el camino de su elaboración, o se inserte el mismo sobre una personalidad que presente patologías previas, entonces sí, la intervención terapéutica puede ser necesaria.

Algunas características diferencian al duelo de quien acompaña el curso de una enfermedad terminal, del duelo inesperado provocado en general por accidentes de variada índole, que terminan abruptamente con la vida del ser querido.

Para el primero, los equipos de profesionales dedicados a asistir a pacientes en fase final de la vida, disponen en las últimas décadas, de variados

recursos terapéuticos para con el paciente y su entorno afectivo íntimo, recursos que proveen enormes beneficios en torno a estos prolongados padecimientos, que involucran desde luego no sólo a un ser humano que debe afrontar su propia muerte, sino a toda una estructura familiar que corre el riesgo de desmoronarse.

Quien ha perdido a un ser querido luego de soportar el largo padecimiento provocado por una enfermedad incurable, presenta junto al auténtico pesar, una sensación de alivio, no siempre confesada, ante la finalización de tanto deterioro y sufrimiento. Debemos ocuparnos de atender en ellos, los sentimientos ambivalentes que suelen mortificarlos y ayudarlos a verbalizar las fantasías que acompañaron el largo proceso, y que oscilaron entre el apego y el desapego, es decir entre la necesidad de involucrarse o de tomar distancia del paciente y de su cotidiano deterioro, como penosa estrategia frente a tanto dolor, y también entre el deseo de prolongarle la vida o de acortar el sufrimiento del ser amado, disyuntivas que son vividas con una alta cuota de culpa.

Este es el aspecto prioritario a tener en cuenta en estos casos. Quien consulta necesita recuperar su paz y su autoestima. Tener la convicción que ha hecho todo cuanto estaba a su alcance, y que esas fantasías que hoy puede comentar, con hondo pesar, son absolutamente habituales en estos duelos. Luego ya veremos que en los demás aspectos, estos duelistas no difieren en cuanto al camino a recorrer, con el transcurso de los hechos que se enumeran al ocuparnos de los duelos inesperados, ya que el haber acompañado tan largo proceso, no ha agotado su cuota de dolor, dolor que se actualiza finalmente cuando la muerte sucede. No es igual saber racionalmente que algo va a ocurrir, que el inevitable desconsuelo frente al hecho consumado.

En el duelo inesperado en cambio, el dramatismo frente a los hechos es mayor al momento del desenlace. No existió desde luego ese tiempo en que la muerte se preanuncia, no hubo despedidas ni posibilidad de reparación

vincular, las defensas del yo, sobrepasadas, no han podido implementar ninguna advertencia emocional, como para paliar el enorme desconcierto inicial.

Deberá el terapeuta plantearse objetivos muy claros, si quien requiere sus servicios se encuentra inundado por el dolor y el desconcierto que ocasiona todo duelo significativo. Quien lo consulta en estos casos, suele ser alguien abrumado por su pena, sin experiencias terapéuticas previas, que no está dispuesto a embarcarse en prolongados tratamientos convencionales. Quizá aceptando la sugerencia de un familiar, amigo, o del médico de familia se acerca a la terapia, sin tener en claro cuál pueda ser la utilidad de las entrevistas, quizá con la única convicción de que solo, no puede continuar: Lo trae la urgencia, la desazón, el desconcierto frente a lo irremediable.

Necesita hablar y ser escuchado, necesita volcar su problema y su dolor.

En estos casos el Yo de quien nos consulta ya está atravesado por el dolor, por lo que no es necesario hacer un trabajo terapéutico con las defensas, aquí se evidencia la función primaria del terapeuta frente al duelo: su condición de escucha.

Todo esto puede ocurrir de manera abrupta, con cierto descontrol que enfrentará al terapeuta con sensaciones de impotencia, de no poder contener tanto dolor, de sentir que su encuadre terapéutico es sobrepasado por las circunstancias.

Entonces sólo escuchar, pero tratando de preservarse de la inundación emocional a la que invita lo dramático del suceso. Ceder a este desborde no beneficia a quien consulta. Ya tiene seguramente personas que pueden llorar con él, de nosotros requiere otro tipo de contención, aunque en principio no lo comprenda. Sólo escuchar y asentir, casi sin hablar ya que en esta etapa de catarsis, el paciente tiene muy poca capacidad de escuchar explicaciones o sugerencias complicadas. A lo largo de sucesivos encuentros irá cediendo la angustia y el diálogo podrá encauzarse mejor. Será posible entonces plantear

ciertas reglas mínimas para conducir las entrevistas, reglas que en un principio hemos debido obviar. Esta supuesta entrevista inicial, no siempre se desarrolla con el perfil dramático relatado, pero es necesario estar preparado para que ello ocurra si vamos a asistir a duelos significativos.

Las diferencias teóricas entre ambos duelos mencionados se minimizan en el comienzo de una terapia de esta índole, ya que en ambos casos es finalmente la muerte reciente de un ser entrañablemente querido el punto de partida que origina la necesidad de desahogo.

Debemos conocer desde ya, los lineamientos teóricos disponibles sobre el proceso del duelo y haberlos analizado, disponer del suficiente entrenamiento, no movernos en soledad, participar de un equipo o estar vinculado con otros profesionales afines, con quien podamos reflexionar y analizar nuestros estados emocionales, y haber podido afrontar y sobrellevar nuestros propios duelos personales.

Al paciente le interesará saber que no sólo hemos estudiado el duelo, sino que también hemos sufrido duelos. Esta condición nos hará confiable para él y aceptará entonces que somos capaces de manejar un lenguaje común.

La catarsis o etapa testimonial deberá agotarse, no importa el tiempo cronológico que ello implique. Debemos escuchar pacientemente, solicitar alguna mínima ampliación de los comentarios si fuera necesario, pero evitando, ya que nada aportan, los pormenores más dolorosos, vinculados comprensivamente, a las instancias finales que rodearon a la muerte, ver fotografías y escritos que seguramente nos acercará el paciente, pero concluido los testimonios, como si fuera un largo y resignado suspiro de alivio, debemos pasar a una segunda fase de la terapia, invitándolo a adentrarse en la etapa de su propio análisis existencial.

Debemos ahora examinar de qué modo afronta el paciente los diversos obstáculos que normalmente complican el proceso de un duelo.

Indagar su relación con la culpa, con el resentimiento, con la idealización, con su tendencia a victimarse frente a los demás, con la negación, con el apego que le impide relacionarse con su propio proyecto de vida, al someterlo a la tiranía del pasado, con las escenas temidas, con la inútil comparación con otros duelos, con su sentimiento de discapacidad, con la tendencia a hacer el duelo que la familia o la sociedad le imponga, alejándolo de la autenticidad de su propio dolor, con un inútil sentimiento de fidelidad hacia el ausente, con su concepción de la muerte como algo que está fuera de la vida o que forma parte de la vida misma.

Cada uno de estos obstáculos deberá ser cuidadosamente examinado, invitándolo, en la medida en que aumente su confiabilidad y su entrega, a que nos pueda hablar, más allá de su dolor, también de sus miedos, de sus aprehensiones y de sus fantasías acompañantes. Si logramos transitar este camino, entraremos entonces en la etapa más beneficiosa de la terapia del duelo; la etapa relacionada con la aceptación del desapego y la reflexión sobre un probable proyecto de vida.

El desapego, como posible y saludable camino, no significa olvido ni tampoco desamor, es en cambio la posibilidad de crear un espacio entre el dolor por la pérdida y el seguir llevando adelante nuestro propio proyecto de vida. La superación del duelo se manifiesta por; 1) la capacidad de recordar sin caer en el sufrimiento y la queja permanente, y 2) el poder abrirse a nuevas relaciones y aceptar el desafío al que la vida nos enfrenta. Entramos ahora en pleno análisis existencial. Desde luego que el común denominador de nuestros encuentros seguirá siendo la ausencia, pero ya el paciente se permitirá ocupar algunas entrevistas, con reflexiones que si bien están conexas con su dolor, se referirán a él mismo y a su probable proyecto futuro. Estaremos hablando entonces de la posibilidad de trascender el dolor.

Se trata de una crisis vital. Nadie es el mismo luego de haber perdido un hijo, se produce una ruptura epistemológica donde todo nuestro sistema de creencias se siente modificado. Es la oportunidad, no buscada, de revisar

nuestros objetivos y nuestra espiritualidad para poder primero incorporar el dolor de haber sufrido tanto, y luego trascenderlo ,enfrentando los desafíos a los que la vida nos somete y llegando con nuestra ayuda al dolor ajeno.

Hemos superado la crisis. Hemos ayudado a un semejante a transitar las etapas más difíciles y dolientes de un duelo, hemos colaborado a guiar un proyecto de vida en quien no creía poder lograrlo. Hemos encausado un duelo normal, si bien sería más apropiado decir, hemos evitado un duelo patológico.

Con respecto a esta temible palabra “duelo”, sugeriría adoptar esta definición: **“todo duelo es el proceso normal que sigue a la pérdida de lo inmensamente querido”**¹⁶

De este modo diferenciamos el duelo, que es una crisis existencial, de la depresión, que es una entidad patológica. De este modo evitaremos prescribir inicialmente antidepresivos en quien no los necesite. Prescripción que sumaría en el paciente, a su inmenso dolor, la sensación de padecer una enfermedad que apriorísticamente no existe.

A menos que el nivel de angustia desorganice la personalidad, al punto de hacer imposible todo tipo de comunicación, tampoco son recomendables los ansiolíticos, y en el caso de necesitar de ellos, deben ser prescritos en mínimas dosis.

Quien nos consulta necesita confrontar su dolor con lucidez y no adormecido artificialmente. El camino del duelo está lleno de “primeras veces” que no pueden ser evitadas ni postergadas indefinidamente. Si bien para llevar adelante un análisis existencial, la terapia individual es adecuada, podrá el terapeuta en un principio sugerir al mismo tiempo, la participación del paciente en un grupo terapéutico centrado en los duelos, o en un grupo de autoayuda para quienes hayan perdido seres queridos.

¹⁶ <http://www.psicologia-positiva.com/resiliencia.html>

En los casos en que la entrevista inicial sucede cuando el duelo es lejano (un año o más) el cuadro difiere sustancialmente. Es probable que quien consulta no se manifieste con la dramaticidad antes descrita, y sí en cambio con una sensación de tristeza y abatimiento, al haber quedado detenido en la dolorosa nostalgia que le impide reinsertarse en la vida. En estos casos suelen ser más conscientes de la necesidad de iniciar una terapia individual, un tratamiento, ya que se consideran enfermos. El duelo a sido más negado que asumido, y ahora la sensación es de invalidez y vulnerabilidad frente a las exigencias de la vida. La terapia a realizar debe seguir los lineamientos ya relatados.

Puede ocurrir también que debamos asistir a un nuevo paciente que nos consulta por algún trastorno psicológico: problemas laborales, conflicto de pareja o síntomas psicofísicos, y que en el curso de las primeras entrevistas nos enteremos con cierta sorpresa, que tiempo atrás, a sufrido la pérdida de un hijo, aunque no sea éste el motivo actual de la consulta. En estos casos, no podemos empezar por el final, la terapia del duelo es prioritaria y debemos sugerir empezar por ella, aunque el paciente, amparándose en la negación e intentando evitar nuevos sufrimientos, se muestre renuente a ello.

Ser psiquiatra o psicólogo, psicoanalista o psicoterapeuta, referido sobre todo a quienes decidan intervenir en las terapias del duelo, no significa solamente disponer de un manejo de interpretaciones más o menos ingeniosas, para distribuir entre nuestros pacientes en el afán de ayudarlos o tal vez confundirlos, el profesional necesita saber que quien consulta lo hace con un estado de conciencia infeliz, o conciencia desgarrada, utilizando adjetivos de la dialéctica Hegeliana, y que su angustia la genera el no tener respuestas frente a su crisis existencial, frente al sentido trascendente de su vida.

Toda intervención terapéutica que evite indagar la esencia misma de esta angustia existencial, será sólo medicina sintomática y por lo mismo provisoria a la hora de los resultados. De todos modos, y asumiendo nuestras

imperfecciones, es probable que no lleguemos al final del camino, pero es posible que viajemos con esperanza, que es mejor que llegar.

Finalmente algunas sugerencias en cuanto a la preservación del terapeuta que asista procesos de duelo:

“Como cuidarnos cuando ayudamos:

1) Precisar y delimitar nuestra función.

2) ocuparnos de adquirir la capacitación, formación y entrenamiento adecuado.

3) conocer nuestros propios límites.

4) evitar trabajar en soledad, formando parte de un equipo de trabajo.

5) revisar nuestros estados emocionales y tener con quien hablarlos.

6) necesidad de sentir, dado lo voluntario de nuestra tarea, el reconocimiento y el apoyo afectivo por parte del paciente o del grupo.”¹⁷

5. LA MUERTE DE UN HIJO: EL DOLOR DE LOS PADRES.

“Se supone que los hijos no deberían de morir.... Los padres esperan ver a sus hijos crecer y madurar. En última instancia, los padres esperan morir y dejar a sus hijos... este es el curso natural de la vida, el ciclo de la vida continuando como debería de ser. La pérdida de un hijo es la pérdida de la inocencia, la muerte de lo más vulnerable y dependiente. La muerte de un hijo significa la pérdida del futuro, de esperanza y sueños, de fuerzas nuevas y de la perfección. Cuando se muere un padre, uno pierde su pasado pero cuando se muere un hijo, se pierde el futuro.”¹⁸

¹⁷ Parkes, C.M., Fallecimiento Estudios del Proceso de Duelo en la Vida de los Adultos. Internacional Universities Press, 3ª. Edición, Londres 1998, Página 23.

¹⁸ Publicaciones, Tanatología, La muerte de un Hijo, El dolor de los padres, un proceso de VIDA. Páginas 2 -6

El tema de dolor de los padres ha sido un tema universal a lo largo de los siglos. El tema a repetirse sobre la muerte, pensamientos y reflexiones; ellos hablan de las poderosas y a veces conflictivas emociones relacionadas con la aflicción del duelo y el espiral del mismo a la congoja en el centro de las actitudes , como las contradicciones del duelo.

Se dice frecuentemente que el dolor de un padre en duelo es el dolor más intenso que se conoce. Cuando muere un hijo, los padres sienten que se murió también una parte de ellos, que les arrancaron una parte vital y fundamental. De hecho los padres en duelo sienten que la muerte de sus hijos es la peor penuria. En duelo que causa la muerte de un hijo no es tan solo doloroso, sino profundamente desorientador, se supone que los hijos no deberían morir. Estos padres están obligados a enfrentarse con una paradoja extremadamente dolorosa y estresante, ellos enfrentan una situación en la que deberían lidiar con el dolor provocado por la muerte de su hijo y con su propia necesidad inherente de vivir sus vidas lo más plenamente posible. Entonces, los padres en duelo deben lidiar con la carga contradictoria de querer liberarse de este dolor abrumador, sin embargo, necesítandolo como recordatorio del hijo que murió.

Los padres en duelo siguen siendo los padres del hijo que murió. Siempre sentirán ese lugar vacío en sus corazones a raíz de la muerte del hijo; ellos eran y siempre serán los amorosos padres y madres de ese niño. Sin embargo estos padres tienen que aceptar que nunca podrán vivir su vida o compartir abiertamente su amor con ese hijo. Por lo tanto, deben encontrar maneras de conservar los recuerdos. Muchos padres en duelo logran aprender que **“los recuerdos son los precisos regalos del corazón.....estos recuerdos y susurros para crear una sensación de paz interna, una cercanía”**¹⁹.

Los sociólogos y psicólogos describen el dolor de los padres como complejo y con muchos matices y concuerdan que la muerte de un hijo es un evento

¹⁹ A, Johann Chistroph , **Tanatología, No tengas Miedo, Como superar el temor a la muerte.** 2004, Farmington, USA. Página 38.

increíblemente traumático que deja a los padres con necesidades emocionales abrumadoras. Ellos además concuerdan que este dolor debe ser reconocido y sentido en su toda intensidad.

Los padres que sufren dicen que su duelo es un proceso de por vida, un proceso largo y doloroso... **“un proceso en el que intentan sacar y guardar algún significado de la pérdida y de la vida sin el hijo”²⁰**.

²⁰ 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 2000 Página 49.

CAPÍTULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS O PROCEDIMIENTOS

Los instrumentos de recolección de datos utilizados dentro de la investigación fueron:

- La Observación: que consistió en el registro sistemático de comportamientos y conductas manifiestas dentro del campo de acción. Se utilizó la observación participativa. Con estos instrumentos se logró recabar información de indicadores como: desánimo, temor, llanto, inquietud, gestos, movimientos, dudas, problemáticas, acontecimientos que lograron marcar puntos específicos que desarrollan malestar y sentimientos.

Dentro de esta técnica se observó más no se participó dentro de los sucesos de la vida del padre, sino solamente se observaban todos los gestos y ademanes los que ayudaron luego en la entrevista participativa. Este instrumento ayudó cuando no se tuvo durante el proceso o no se podía tener un acercamiento con el padre o con la familia y por lo tanto se recabó los indicadores necesarios.

- La Entrevista: que consistió en una conversación, de forma oral, entre dos seres humanos (paciente y terapeuta). Casi todas las entrevistas tuvieron como finalidad obtener información sobre duelo. 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. Esta, al igual que el testimonio fue de gran ayuda, ya que por este medio se pudo recolectar datos de los indicadores que se necesitaron.
- Testimonio: fue una de las herramientas terapéuticas principales dentro de este proceso en las personas que nos ayudaron, en este tipo de investigación cualitativa fue de suma importancia su utilización ya que de ella obtuvimos mucha información, se puede decir que es

catártico; ya que al realizar relatos de eventos vivenciales nos permitieron revivir acontecimientos, aseveraciones o vivencias emocionales, físicas y/o espirituales que fueron importantes de conocer para trabajar de forma adecuada la terapia que ayudo a encontrar los factores necesarios para elaborar un duelo sano. Fue un modo de hacer un recuerdo sistemático de hechos y con ello se logro una resignificación de lo que sucedió.

Se requirió 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 indicadores que se requieren.

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

La investigación que se presenta se realizo utilizando una muestra dada por los psicólogos encargados de los distintos procesos que se llevan a cabo en el seguimiento a los padres de los niños fallecidos dentro de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica para poder recabar la información que se necesitaba.

Sabiendo que es una investigación cualitativa se utilizo el método fenomenológico el cual no parte del diseño de una teoría, sino del mundo conocido, del cual hace un análisis descriptivo en base a las experiencias compartidas. Del mundo conocido y de las experiencias intersubjetivas se obtienen las señales, indicaciones para interpretar la diversidad de símbolos. El énfasis no se encuentra en el sistema social ni en las interrelaciones funcionales, sino en la interpretación de los significados del mundo y las acciones de los sujetos. Estas nociones epistemológicas inducen al empleo de métodos cualitativos de investigación.

También se utilizó el muestreo intencional, este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante el incluir en la muestra de grupos que será de participación para el desarrollo de la investigación.

Al momento del trabajo se observaron grandes cambios según temporalidad de muerte, edad de los padres, que fueron comprendidas en edades entre 30 y 40 años de edad, con distintas creencias religiosas, que residen en área guatemalteca (ciudad).

También se trabajó con La Resiliencia que es la **“capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”**²¹. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad lo cual es un motivo por el cual se podrá utilizar de una forma muy buena dentro de todo el proceso de duelo en los padres, trabajándolo en forma grupal o individual

²¹ <http://www.psicologia-positiva.com/resiliencia.html>

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La muerte y todo lo que conlleva tener un proceso de duelo “sano” se liga a la Tanatología que se conoce como el arte del bien morir, que permite observar puntos en los que estamos ciegos o intentamos ocultar, tantos sentimientos que encasillamos e intentamos ignorar con el que se pueda evadir nuestra situación logrando así el lento proceso de salir de nuestro duelo y se convierte en un proceso natural de nuestras vidas que podemos sobrellevar durante el resto de ella creyendo que es normal, y la temporalidad será dada según la relación o sentimientos que se tuvieron a esa persona fallecida.

Todo proceso nos obliga a tener cambios que van en contra de nuestro pensar, ser y actuar, motivo que hace difícil el proceso de duelo y el poder rescatar lo que en el pasado fuimos.

La muerte es un tema que tiene un gran impacto en nuestra sociedad por el simple hecho de ser perdida y toma más valor o énfasis de ser criticado o señalado cuando cambia el orden que tenemos señalado o visto de morir, en muchos casos como lo puede ser la pérdida de un hijo o un niño **“se me cambió el trayecto, no morí yo antes (t. 11)”** lo cual da paso a la crítica, la frustración y todo lo que nuestro entorno puede adherir a este tema. Cuando la muerte ataca a un niño todos los ideales, los lineamientos, las visiones, las formas de educar, los valores, que los padres querían inculcar mueren y son enterradas con el cuerpo mortuorio de este pequeño. Entonces el ¿por qué? Sale a relucir de una forma rápida y sin tela de duda **“por que a mí me pasan estas cosas?, la muerte llegó prontamente a mí y no fui yo (t. 10)”**

Cuando el porqué llega, también surgen las preguntas hacia Dios y la fe sale a relucir, sabiendo que el soporte más cercano para poder afrontar la situación será la oración o la cercanía que se tenga con la fe **“tenemos que salir adelante primero Dios que nos ayuda todos los días (t.4)”**, sabiendo

también que Dios es el que puede realizar cosas grandes en las vidas de las personas dolidas como lo son los padres y los hermanos. Las frustraciones son puestas en manos de su fe **“lo dejo en manos de Dios (t. 4)”** logrando así poder entender el camino que todos tenemos que llevar y evadir de alguna forma todo el proceso de la muerte y la pérdida pronta que se tiene lo que trunca pensamientos de superación. La fe logra componer como por arte de magia poder solventar todo poniendo esta carga en manos de este ser místico y supremo **“mi futuro solo Dios lo sabe y nadie mas (t.8)”**.

Cuando la pérdida de un niño llega a las vidas de las personas adultas surgen infinidad de sentimientos y entre ellos está el evadir o no querer aceptar la muerte de las criaturas, creyendo en el proceso de la reencarnación que puede ser un alivio que llega a sus corazones **“es cuidar al perrito que le conté por que el me da vida, es mi hijo (t.4)”** **“quedo vivo mi hijo (t.11)”** por lo cual este proceso puede ser llevado a largas temporadas, por la poca aprobación que se puede dar a la muerte, al no querer saber que el ser querido esta muerto o con el simple hecho de no querer pero ni tocar el tema de ese niño con la familia **“procuramos no hablar de los sucedido (t. 1)”**. Lo que puede hacer que la comunicación sea muy débil y no se sepan los sentimientos en los mismos miembros de la familia pero cuando se trabaja una buena comunicación **“no tenemos problema de hablar de nada con mi hijo vivo y mi esposo (t. 4)”** permite ese conocimiento de cuán grande puede ser todavía el proceso de aceptación o cómo es que se maneja el tema. Todo proceso de duelo está unido a grandes acontecimientos familiares que marcan de gran manera todo el proceso y dan un giro fuerte a las vidas que desde el día de la pérdida quedaron, puede pasar que las familias logran la unidad para fortalecerse uno a otro **“como nos apoyamos después de esta muerte (t.4)”** lo cual podría ser lo más sano para la mejor resolución del duelo, pero lamentablemente no en todos los casos se puede lograr esto, ya que la relación fue siendo decadente según pasaba el proceso de muerte del niño. También podemos notar que las atenciones son más

profundas con las personas que continúan su vida **“ahora les demuestro más cuanto los quiero y les pongo más atención (t. 1)”**

La sociedad en la que nos desenvolvemos demuestra con críticas la poca información que se tiene de un proceso de muerte, de lo que surge el sentimiento en un padre el cual acaba de sufrir una pérdida lo que se convierte en algo complicado para los allegados de la persona fallecida por que el proceso se convierte en un constante interrogatorio **“las personas que nos rodean son muy críticas y por lo mismo intento evadir toda clase de cosas (t.7)”** que permite la superación continua de la persona siendo en gran cantidad las críticas y no formas de mantener un duelo “sano ” y de recuerdos bellos que se pudieron tener con su hijo. Cuando la persona dolida sufre este proceso logra manifestar momentos de inferioridad que puede tener mal entendidos con miradas, gestos, palabras, etc. Creyendo que todo lo expresado por las personas que están a su alrededor son hirientes y con afán de hacer daño **“siento que las personas me ven con lastima por la pérdida de mi hijo (t.1)”**.

Cuando se entra en ese momento de duelo lo cual pensamos que no es permitido es necesario saber que en todo momento se tendrán esos recuerdos lindos de la persona pero también se podrán tener los pensamientos en los cuales se “bajan revoluciones” en todo sentido, son eventos por los que no se está preparado sabiendo que la muerte nos debe de tocar en algún momento no importando la edad, pero cuando nos adentramos no solo en el tema de la muerte sino que le agregamos enfermedades como lo puede ser el cáncer se torna de una forma extraña, con incógnitas, dudas, arrebatos **“me da cólera conmigo misma (t. 3)”** en los cuales ni la misma persona sabe el porqué de estos sentimientos y los sobrellevan como esa interrogante ¿fui yo?, no debí haber permitido esto!!, pude haber pasado más tiempo con él o ella!!, etc. El observar y tener una carga la cual no se decide si no se impone de una forma emocional, económica, física, **“como me costó ese patojo (t.3)”**, expresión en la cual

se involucran tantos puntos específicos que únicamente el dolido sabe que involucra dichas palabras, que sentimientos llevan implícitos.

Cuando la muerte llega por medio de el cáncer es difícil el proceso que en vida se tiene por qué se está en todo, desde el diagnostico, exámenes, procesos como quimioterapias, preceso medico que tiene un avance fuerte en el niño; dolencias, gritos, quejas, medicinas, doctores, etc. y el poder notar como el niño se desvanece en las manos de los padres **“como mi hija se acababa con el pasar de los días (t. 11)”** son golpes que se juntan en ese proceso pero que luego es liberación; sentimientos encontrados como el poder saber que ya no ay mas dolores, pero que la persona ya no está entre ellos, el no poder compartir, pero el no tener más desvelos por la enfermedad.

Los ámbitos económicos, físicos se vuelven obligatorios en todo el proceso de la enfermedad de los cuales no se puede tener escases por que se tiene que hacer hasta lo último para poder lograr al niño y que cuando una decisión tomada cambia lo que se piensa se convierte en una culpa que se puede llevar por el resto de la vida como lo puede ser una necropsia ya sabiendo que la niña no revivirá en ningún momento porque ya está muerta, **“pensar que yo pude haber matado a mi hija permitiendo que le hicieran esa autopsia (t.9) ”** o el pensar que se puede revivir a una persona con darle más tiempo del que le pudieron haber dado **“sentimiento feos solo ese que siento todavía de no poderle dar el tiempo para poder revivir (t.9)”** motivos que no se razonan para sanidad sino al contrario complican día con día sin ningún pretexto posible para la superación.

Dentro de todo este proceso se descubren infinidad de sentimientos, procesos, actos, manifestaciones que se dan, pero en especial se puede hacer referencia a un tema muy importante que se trataba durante todo el proceso como lo puede ser el cáncer y este término es la resiliencia que es la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones, que permiten avanzar en contra de la corriente y superarlas. Dicha

capacidad se adquiere durante todo el tratamiento en el cual los padres, familiares tienen que mantener un estado de ánimo para hacer que el niño sea fuerte, el poder tener una sonrisa a cualquier pregunta que el niño puede hacer, el saber que el diagnóstico demuestra momentos fatales dentro de la familia pero que a pesar de esto tiene que continuar con el mantenimiento de sentimientos que ayuden en todo el proceso a su hijo, **“lo consolaba siempre (t.4)”** el poder brindar una sonrisa, el jugar, el permanecer firme ante cualquier adversidad, cualquier cambio físico, cualquier reacción alérgica, cualquier momento de estrés que se presentara.

Cuando la fortaleza del padre cae la actitud del hijo puede ser confortante dentro de todo este proceso **“siempre me decía cuando me miraba llorar, que yo estaba loca (t.4)”** que hace dar vida a ese momento de desesperación, en el cual el camino se termina y las fuerzas caen hasta el suelo y sin poderse levantar.

La resiliencia se presenta en ese proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad como lo puede ser una inyección en el niño, una quimioterapia, la caída del pelo por reacción al tratamiento, los bracitos morados de tanto “pinchón” para poder encontrar las venas. En estos casos la resiliencia se vuelve el proceso más adecuado, el amigo de los padres para poder sobrellevar la carga emocional que pueden dar todas las actividades, todos estos procesos. Aquí en este punto todo lo vivido con el niño se convierte en algo fuerte para poder aguantar sin desvanecerse a lo largo de lo que es el proceso del cáncer.

Después de todo este largo camino recorrido viene el acompañamiento psicológico que como lo presenta la Tanatología es un punto esencial dentro de ese proceso de duelo que se debe de empezar, llevar y terminar de la mejor forma posible, en el que el doliente es acompañado para poder recordar, concretar y superar cada uno de los eventos y pasos a los cuales pudieron resistir pero que hoy son el más fuerte problema, la pérdida. Cuando la persona se siente sola, no sabe cómo se encuentra física ni

emocionalmente **“estoy bien físicamente, pero dolida por dentro (t.1)”**, y sienten que todo se termina para ellos por ser esa personita el futuro de su vida **“tenía que aprender a jugar bien porque él tenía que ser el que me relevara cuando yo me muriera (t.8)”**.

Cuando el trabajo de un profesional de la psicología es realizado de una forma correcta, con amor, con pasión y entrega se logran tantas cosas como lo que se logra dentro de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica, también logrando empatía, rapport, comunicación bilateran en el cual se trabaja la realidad de una forma normal, abierta y puesta en manos de los mismos padres para la pronta superación de todos los sentimientos de negación que puedan existir. **“en realidad esto sí me ha ayudado mucho desde que se me dijo que mi hijo estaba con esa enfermedad (t.8)”**

Cuando un padre demuestra en su diario vivir el trabajo de una aceptación a pesar de todo las adversidades presentadas se muestra que la Tanatología convive diariamente en el trabajo de los psicólogos quienes tratan de resolver las situaciones conflictivas que suceden en torno a la enfermedad logrando que los padres de familia miren el acompañamiento no como una carga sino como un desahogo constante **“son cosas que ya sé pero las refuerzo (t. 5)”** un aprendizaje el cual enseña que no están solos, se evidencia que cada día que pasa es una oportunidad de enseñanza, de afrontamiento **“poder sobrellevar este problema de mi hijo (t. 6)”** de alegría para una liberación en el cual la culpa se convierte en el sentimiento pasado que tiene que ser motivo de entender que no están solos en este caminar después de la pérdida, y que entiendan que tantas personas como ellos han logrado superar este duro golpe que la vida les ha dado **“me doy cuenta que hay muchos igual que yo (t. 4)”**.

Ese seguimiento continua a pesar de la demanda, del cansancio, del diario vivir como lo es el ser acompañante, amigo, consejero. El demostrar que el apoyo psicológico es más valioso de lo que pudieron pensar en algún momento **“no sabía que existía ese tipo de apoyo (t. 2)”** y saber que en

cualquier momento podrán contar con ellos, así el niño ya no esté físicamente dentro del hospital **“y porque en realidad y hasta el día de hoy todavía están (t.9)”**. Dicho proceso debe de darse continuamente, para lograr un proceso y una conclusión de la mejor forma para la iniciación de una vida sana.

EL QUE A MI HIJO QUIERE, MI LABIO ENDULZA “T. 7”

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Trabajar con el tema de Tanatología siendo un tema en el cual la enseñanza es escasa en nuestra Guatemala, nos damos cuenta que todo proceso de muerte puede llegar a ser dolorosa por el hecho de la pérdida de esa persona con la cual compartimos grandes cosas, pero es más dolorosa por todos los sentimientos que en ningún momento logramos superar, sino que solamente evadimos o escondemos para poder olvidar o evitar comentarios, recuerdos o momentos. Dentro del proceso se pudieron evidenciar los distintos roles que juega un terapeuta en el acompañamiento del proceso de duelo, máximo sabiendo que es la pérdida de un niño. Los procesos que por largos periodos son trabajados con padres, madres, hermanos y familiares son la evidencia que dentro de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica se hace el mejor papel de Tanatología sin ser este el punto esencial de tratamiento puesto en práctica, pero que es realizado con el mayor énfasis para poder lograr en ellos un mejor manejo de emociones.

La pérdida de un hijo logra cortar sueños, frustrar futuros, mover sentimientos, romper relaciones pero el proceso y seguimiento que fue plasmado por cada uno de los padres da fe que todo esto es cambiado a una visión prometedora y con fuerza para sobrellevar la vida de la mejor forma posible, logrando un proceso de duelo sano, con sentimientos negativos, pero con soluciones fuertes y firmes.

La utilización de herramientas, charlas, dinámicas, juegos, pláticas, eventos, hace de la Tanatología un proceso fuerte en el que el padre logra lo que la misma Tanatología expresa, “el bien morir del ser querido”, por ser los padres esos personajes de pensamientos fuera de lo normal para la sociedad pero que lograron que esos niños tuvieran los últimos mejores momentos de su vida, el compartir con su enfermedad y aceptarla tal y como es.

Definitivamente el proceso de Tanatología sin ser vista a profundidad así, logra su objetivo por medio de psicólogos y médicos de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica, los sentimientos bien manejados, las etapas en su preciso momento, la utilización de la resiliencia y principalmente la base teórica para el apoyo de los padres.

Lamentablemente estas entidades como lo es la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica debería de tener por apoyo de la misma sociedad, padres de familia, conocedores del tema, para poder desarrollar y enfatizar sobre toda Guatemala la utilización de dicho tema y el mejor proceso de duelo, lo cual muchos guatemaltecos al momento de ser participes de la muerte, no importando que edad tenía la persona que se perdió, no logran entender por el simple hecho de tener miedo a la muerte y no conocer de ella cuando aún vivía.

Así como una jornada bien empleada produce un dulce sueño, así una vida bien usada causa una dulce muerte.

Leonardo Da Vinci

RECOMENDACIONES

A la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica:

- Lograr la mayor exteriorización de sentimientos de los padres de familia dentro de las actividades de duelo que se realizan para así lograr una mejor resolución de duelo y fortalecimiento en todo momento de ese YO herido por la pérdida.
- Lograr trabajar sobre sentimientos centrales provenientes del duelo, para poder así canalizar emociones y sanar ámbitos por medio del compartir y comprensión grupal.
- Poder trabajar todas las actividades de duelo enfocadas a una sola corriente psicológica para lograr un proceso lineal y tener mejores resultados.
- Quedan abiertos muchos temas a trabajar los cuales son necesarios.
- El proceso de duelo en reuniones periódicas para así lograr concretar mejor resolución de duelo.
- Intentar la realización de trabajo personalizado con cada uno de los padres ayudados dentro de la Unidad.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas

- Implementar dentro del pensum de estudio cátedras relacionadas con la muerte como lo puede ser la Tanatología para una mejor preparación y mejor desempeño en ámbitos relacionados con la salud.

A los Estudiantes de Psicología

- Dar continuidad y trabajo a profundidad a los temas tratados en esta investigación como Tanatología y Resiliencia.
- Dar importancia al tema de la muerte en todo proceso psicológico como aprendizaje en la carrera.

- Hacer del tema de Tanatología una nueva corriente a tratar en Guatemala para el mejor manejo del duelo y resoluciones sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bowlby, John; **El Vínculo Afectivo.**
Editorial Piidos; Impreso en Barcelona
España 1993; 538 paginas
- Bowlby, John; **Formación y Pérdida de Vínculos Afectivos.**
Editorial Morata; Impreso en Madrid
España 1986; 410 paginas
- Castro González, María del Carmen; **Tanatología, La inteligencia Emocional y el Proceso del Duelo.**
Editorial Trillas S.A. de C.V.
México D.F. 2008; 180 paginas
- Lorraine, Scher; **Agonía, Muerte y Duelo, Manual Moderno, Traducción Sra. Sonia Flores**
Editorial El Manual S.A de C.V
México D.F 1992, 273 páginas
- Parkes, C.M.; **Fallecimiento, Estudios del Proceso de Duelo en la Vida de los Adultos.**
Internacional Universities Press; 3ª. Edición
Londres 1998
- Pérez Sales, Pau; **Trauma, Culpa y Duelo, Hacia una Psicoterapia Integradora.**
Editorial Desclee de Brouwer S.A.; Bilbao
España 2006; 291 paginas

- 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 2000
- Asesoramiento psicológico y terapia. ;**El tratamiento del duelo**
Paidós. 2a. Edición. 2,004.
240 paginas
- Lee, C. ; **La muerte de los seres queridos: cómo afrontarla y superarla.**
Plaza & Janés.
México 2005; 392 paginas
- Belderrain L.; **Bioética y la Falacia Naturista. CD. Psicosociooncología. Abordaje integral del paciente con cáncer.**
Ed: Biblioteca Médica Digital Data Visión.
España 1998
- Wayne M. Becker, Lewis J. Kleinsmith; **El Mundo de la Célula**
Jeff Harin.
Editorial Pearson Educación, S.A ; Madrid
España 2007; 970 paginas
- <http://www.psicologia-positiva.com/resiliencia.html>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Tanatolog%C3%ADa>
- http://www.ayuvi.org.gt/modulos.php?modulo=contenido&operacion=lectura&identificador=1&id_con=12

ANEXOS

TESTIMONIOS

TESTIMONIO 1 (t.1)

32 años

Femenino

Católico (No comprometido)

Hijo Fallecido

En mi día normal Me levanto temprano para preparar a los niños para el colegio, los dejo temprano y me voy al trabajo. A las cinco los paso trayendo a la casa de mi mama, y nos vamos a la casa, mientras ellos hacen tareas yo preparo cena, y alisto cosas para el otro día, uniformes, refacciones y eso.

Dentro de las actividades que me gusta es estar en la oficina, es un ambiente muy agradable, mis compañeros de trabajo son alegres. Desagrado levantarme tan temprano, desde que yo estudiaba me costaba mucho, y ahora pues es levantarme y levantar a los niños, es difícil.

Fíjese que en mi vida ay muchas cosas que me agradan pero me gusta mucho cuando a mis hijos los felicitan en el colegio, me llena de satisfacción porque siento que mi esfuerzo vale la pena, las maestras siempre me dicen que son unos niños muy inteligentes. El nacimiento de mis hijos, han sido una bendición par a mi vida a pesar de todo. Otra cosa también es mi gradación del colegio, fue un logro, para mi y mi familia.

Pues mire que la verdad es que si desagrado que el papa de los niños se fuera a los Estados Unidos, nunca volví a saber de él y se suponía que estaríamos mejor, no esperaba que eso pasara, mi vida cambio porque me ha tocado sola educar, corregir, y mantener todos los gastos sola.

Mi relación con mi familia pues gracias a Dios, mis hijos son muy tranquilos, “adoro eso”, han aprendido a ser responsables a pesar de que yo no puedo estar siempre con ellos. No tenemos mucho tiempo para nosotros, diversión, solo hablamos del colegio y cosas así.

En la relación con los que me rodean creo que es buena, aunque a veces siento que las personas me ven con lastima por la pérdida de mi hijo.

Los cumpleaños, el mío y el de mis hijos, siempre procuramos celebrarlo de alguna manera, no importa el dinero, algo se nos ocurre.

Nos encantan las fiestas de fin de año, y también la semana santa, son épocas de compartir y vemos personas que no podemos ver durante todo el año.

Pues ahora ya no tengo proyectos personales, mi mayor anhelo es ver a mis hijos realizarse, que logren alcanzar las cosas que yo por mis decisiones no pude. “Y después de la perdida de mi hijo no tengo mayor proyecto de vida”

Pues de puntuación para mi vida es 7, se que estoy bien físicamente, pero “dolida por dentro”.

“Mi hijo amado” Pues era el mayor, platicábamos mucho, por mucho tiempo fue mi única compañía, así que lo trataba como un amigo de mi edad y no como a un niño. Cuando su papá se fue a los Estados Unidos, a él le gustaba quedarse conmigo en las noches, así que teníamos muchos momentos para compartir, más que con los otros.

En mi relación con los demás después de la muerte de mi hijo pienso que sí ha cambiado mi relación, ahora les demuestro más cuanto los quiero y les pongo más atención. Además cuanto me enteré de la enfermedad de mi hijo, me dedique demasiado a él y le perdí más la atención a los otros. Trato de recompensarles ese tiempo perdido.

Procuramos no hablar de lo sucedido, cuando alguien lo saca a conversación, rápidamente cambio el tema. Generalmente hablamos mucho durante la cena, y si alguien está molesto lo dice en ese momento.

Mi pensamiento sobre el futuro, creo que No me veo a mí, más bien veo el futuro de mis hijos. Y el futuro para mi es incierto, vivo el presente. Siento que ya no puedo alcanzar ninguna meta, mí tiempo ya paso.

El tratamiento de los doctores Pues, al principio me sirvió mucho, para superar y aceptar la pérdida, pero ahora me he alejado un poco del hospital, procuro no tener ningún contacto porque eso me recuerda a mi hijo.

TESTIMONIO 2 (t.2)

31 AÑOS

FEMENINO

CRISTIANA

HIJA FALLECIDA

En mi vida cotidiana me levanto temprano para prepararme para ir a trabajar, mi esposo me pasa dejando a la oficina, en las tardes me voy para la universidad y mi esposo me llega a recoger. Bueno estudio tres días a la semana. Generalmente cenamos fuera de casa.

Dentro de mi día normal me encanta el momento en que mi esposo llega por mí y pasamos a cenar, platicamos mucho, sobre nuestras cosas y hacemos planes.

Siento pesado cuando salgo de la oficina para la universidad, porque siempre voy corriendo, generalmente mi jefe me pone trabajo extra, y llego muy nerviosa a las clases, o con cansancio.

Los hechos que me han agradado pues volver a empezar a estudiar después de la muerte de mi nena. El momento en que me case, porque fue un noviazgo largo y un anhelo de mi corazón. De hecho agradezco a Dios también por haberme prestado a la nena por esos 9 maravillosos años, no me arrepiento.

La muerte de la nena, bueno no tanto la muerte sino como aceptar que la iba a perder, y verla lentamente desvanecerse. No es el orden natural de las cosas, siempre pensé que un hijo debía enterrar a sus padres.

Mi relación con mi familia Pues por el momento solo somos mi esposo y yo. Así es que tratamos de que la relación sea suficiente. Además visitamos a mis hermanos y los hermanos de mi esposo los fines de semana, para mantenernos activos.

Con las personas que me rodean no soy muy sociable la verdad, siempre he sido un poco tímida, y pues mi esposo es suficiente para mí. Pero soy amable y solidaria, al menos eso procuro.

Dentro de las festividades le puedo decir que soy cristiana, entonces, más que todo disfrutamos de nuestras vacaciones una vez al año, procuramos hacer algún viaje. Y en nuestros cumpleaños procuramos consentirnos de alguna manera.

En mis proyectos de vida yo estoy contenta porque volví a la Universidad, pensé que nunca volvería, ahora mi proyecto es graduarme en 3 años más.

Además sigo anhelando una familia, así es que más adelante intentaremos nuevamente tener hijos, por el momento es sólo un proyecto, aún no estoy lista y mi esposo opina lo mismo.

En el punteo me daría un 9, Sé que recordar para usted ha de ser muy difícil, pero como en todo proceso vamos a hablar de lo ocurrido para poder comprender mejor sus emociones, sentimientos y reacciones que se han experimentado para ello.

Mi relación con la nena “era mi princesa”, yo me veía reflejada en ella, no solo por que físicamente se parecía mucho, sino por su forma de ser, le encantaban las artes, hacer dibujos y pintar. Así es que nos poníamos a pintar juntas, y a hacer manualidades. Yo no trabajaba ni estudiaba, desde que resulte embarazada deje de hacerlo, así es que me dedicaba tiempo completo a ella. Cocinaba cosas que a ella le gustaban y ya empezaba ella a ayudarme con algunas cosas en la cocina, nos la pasábamos bien.

Creo que si ha cambiado mi relación, Pues mi esposo se puso muy alejado a mí al principio, era como si mi presencia le molestara, supongo que se la recordaba mucho. Pero hemos trabajado en eso, y nuestra relación ha vuelto a ser la misma de antes, de hecho mejoró porque pasamos más tiempo juntos y platicamos más.

Con el manejo de emociones Procuramos hablar siempre sobre todo, no tenemos secretos, y tenemos una política de no ir a la cama con ningún problema, bueno casi siempre lo cumplimos.

Pienso que mi futuro de da una esperanza a que es prometedor, creo que aún estoy joven y pues, hay muchas cosas por hacer y tengo un esposo que me ama y me apoya.

El seguimiento de los doctores ah sido maravilloso, no sabía que existía ese tipo de apoyo, han sido de gran utilidad para nosotros durante la enfermedad y tratamiento de la nena, y después también. Esperamos siempre la reunión anual que se hace, tanto porque nos sirve, y además para poder de alguna forma apoyar a otros padres haciéndoles saber que no están solos.

TESTIMONIO 3 (t.3)

32 años

Femenino

Evangélica (no comprometida)

Hijo fallecido

No es normal por que preparaba comida para dos y ahora ya no, la ropa, las cosas y todo era doble, y cuando me recuerdo de él es duro porque ya no está mi niño. Mi día es algo triste, muy duro, terrible y solo el amor a mi otro hijo me hace levantarme.

Ir a comprar, ver televisión, soy a ama de casa y me toca hacer los que haceres de la casa siempre, ver a mi hijo.

No me gusta en mi día hacer oficio, tener que salir por que las camionetas están peligrosas, y salir a las calles y que la gente me pregunte por mi hijo “eso es tremendo, se siente deprimente

Pues me han agradado en mi vida los nacimientos de mis hijos, separarme del papa de mis hijos (risa), verlo ahora y juntarme para el dinero de manutención.

Me ha desagradado mucho la muerte de mi hijo y de mi abuela, vivir con mi padrastro porque en realidad son momentos y experiencias fuertes, “un poquito más que espantosas”

Con mi familia no tenemos nada de qué hablar, y cuando hablamos es para hacer cuentas con mi mamá, o para recordad a mi “chiquito”

Con las personas que me rodean es necesaria (risa), no creo tener nada que decir sobre eso.

Pues las celebraciones..... (Pensativa) esto está muy duro de contestar (lagrimas), el cumpleaños de mis hijos, aunque “el ya no esté” (llanto).

Pues mis proyectos de vida es trabajar para sacar adelante a mi hijo que está conmigo, no puedo olvidar a mi otro hijo, y como recuerde que el niño recuerda a su hermanito y me pregunta que cuando vamos a tener otra vez a su hermanito aquí, que si lo va a volver a ver? “esto es fuerte de contestar”.

Mi puntuación seria de 0 porque siento que ya no tengo fuerzas para seguir, siento que se me fue la mitad de la vida, que ya no tengo nada que hacer, bueno..... tengo que velar por mi otro chiquito, pero ya no es igual.

Mi relación era buena, lo traía al hospital, mi mamá me ayudaba a traerlo al hospital, ella me ayudo mucho porque tuve que dejar de trabajar para poder estar con mi chiquito, acuértese que el papá “le gusta tomar mucho” y entonces creo que no me ayudaría mucho en ese tiempo, si no fuera por ese su problema de que como “chupa” es buen hombre, porque “cuando tiene, da ayuda”.

Mi relación con mi familia si ha cambiado porque mi chiquito, el que tengo ahorita, me pregunta cosas y pues, porque la muerte de mi otro hijo no quiero ni hablarle, y mi mama también me habla “pero siento como odio o no se”

Pues las emociones dentro de mi familia, si es alegría pues nos reímos, platicamos, pero si es tristeza, nos peleamos, nos gritamos, todo se pone tenso y no se puede platicar nada porque nos ponemos de mal humor.

Que ahora que ya no está mi hijito, me quiero ir a vivir a otro lado porque mi mama como me arruina la vida con la muerte de mi otro niño, puede creer eso, “me pregunta cosas que no me gustan”

Yo no puedo aceptar la muerte de mi hijo la verdad es que es muy fuerte esto, me da “cólera conmigo misma”.

Los doctores son buena gente, le dicen a uno que con el tiempo y tal vez si, mire, el dolor nunca se me va a quitar, por que mire cuando murió mi abuelita,

esto se va haciendo callito, creo que tratan de ayudarme pero es mi hijo, yo lo cargue, yo lo crie, "como me costó ese patojo".

TESTIMONIO 4 (t.4)

40 años

Femenino

Católico

Hijo fallecido.

Mi vida normal, en lo que se dice normal creo que desde la muerte de mi hijo ya no la tengo, pero intento tenerla, mi día normal es tranquilo, trabajo, bueno lo intento, llego a la casa, cuido las cositas de mi casa, cuido un perrito que mi niño dejo, se lo regalaron cuando él estaba malito todavía, y en el “quedo mi hijo vivo”.

Las actividades que mas me gustan hacer es cuidar al perrito que le conté por que el me da vida, “es mi hijo”, me gusta mucho cocinar, a mi hijo le gustaba comer dobladas de carne “me salen muy buenas (risa)”, me gusta tejer también, pero no mucho lo hago.

Lo que no me gusta hacer es trapear, eso si me enoja mucho, y me canso, recuerde que ya estoy grande pero lo hago porque no me gusta nada de suciedad en la casa, eso me ayudo mucho cuando la enfermedad de mi hijo, porque todo tenía que estar limpio y lo logre (risa).

Fíjese que dentro de lo que me ha gustado mucho de mi vida es que cuando yo tenía 15 años logre como mi mamá poner un negocio de comida en el que me gusto mucho el atender gente, así fue como conocí a mi esposo. También el día en que tuvimos a mi primer hijo. Y “solo digo yo”.

Lo que me enoja mucho es la perdida de mi nene por que quiera o no me gustaba mucho estar con él cuando estaba en su camita, “lo consolaba siempre”, me gustaba hablar con él. Eso es lo que no me gusta nada de nada.

Mi relación con la familia, bueno solo vivo con mi esposo y mi otro niño va, pero es buena, nos apoyamos mucho desde la nacida de mi primer hijo y ahora como no apoyarnos después de esta muerte, que en realidad marco mucho mi vida y la de mi esposo pero tenemos que salir adelante y primero Dios que nos ayuda todos los días.

Mi relación con mis vecinos es buena, me gusta platicar con la gente, porque si no lo hago “no tengo venta (risa)” y de eso vivo. Me quieren mucho la verdad. Es muy buena la relación con esa gente.

Pues fíjese que la celebración que más me gusta es el día de la virgen del Carmen porque ella nos hizo el milagro de que mi nene pudiera estar bien durante la enfermedad, le compro sus rosas y le hago un altar, le rezo, le pido por mi hijo y por mi suegra que también murió el año pasado, “el año pasado nos toco duro usted”.

Fíjese que ya estoy algo grande como puede ver, pero quiero me mi hijo pequeño salga adelante y tengo que velar por “el perrito”, por que cuando este perrito se me muera no sé que voy a hacer “ya quiero llorar mire pues”.

Mi vida está muy bien, la compañía de ese perrito, me alegra mucho la vida, lo quiero mucho. Puedo compartir mejor con mi hijo, es buena mi vida, algo pesada por el sufrimiento de la perdida pero “amo mi vida”.

Mi relación con mi hijo era muy buena, no tengo nada de qué quejarme, el siempre me decía cuando me miraba llorar, que “yo estaba loca”, y me dacia que no tenía que llorar por nada porque él iba a estar mejor y que algún día nos vamos a encontrar a la par de mi Dios.

Pues fíjese que mi relación ha sido mejor porque como le digo estamos más unidos, nos apoyamos mucho, nos queremos mucho. No tenemos problema de hablar de nada con mi hijo y mi esposo. Los quiero mucho

Cuando queremos llorar, lloramos, cuando queremos reírnos pues nos reímos pero siempre en familia para hacer más ligera la carga como dicen en el

hospital (risa). Mi futuro, pues fíjese que nunca he pensado en eso, pero creo que bien, no me pongo a pensar en eso "lo dejo en manos de Dios".

Fíjese que ese perrito me ha ayudado mucho porque mi hijo está en ese perrito, lo quiero mucho, y no quiero que se aleja de mi lado porque sino si me puedo morir o me puede pasar algo, juega mucho con mi otro niño como que fueran hermanos.

El tratamiento de los doctores ha sido muy bueno, los psicólogos me han ayudado mucho, acabamos de ir a la reunión y me gusta mucho porque me doy cuenta que hay muchos iguales que yo. Gracias a ese bendito hospital.

TESTIMONIO 5 (t.5)

36 años

Masculino

Evangélico (no comprometido)

Hija fallecida

Mmmmm. mi día normal es de trabajo, me levanto temprano y me voy pro que si no me agarra el tiempo y no quiero llegar tarde nunca.

Hago distintas cosas, pero platicar con mi compañeros es lo que más me gusta, bueno no platicamos de nada bueno pero me gusta hacer eso me distrae bastante.

Me desagrada mucho llegar a mi casa, porque estoy solo, no tengo nada que hacer y a mí me gusta estar siempre haciendo algo, me gusta ver tele pero no me gusta por mucho tiempo pro que me aburro, me dan ganas de hacer algo pero muchas veces no tengo nada que hacer.

Me agradan cosas varias, no tengo algo específico, tal vez mi cumpleaños, el cumpleaños de mis hijas aunque estén lejos. Me desagrada la muerte, mi esposa, me desagrada la suciedad, que más? Ya no se que mas, pero eso es lo que no me gusta nada de nada de mi vida.

Mi relación con mi familia pues no le cuento que no tengo familia, tengo a mis nenas pero ellas ya están grandes, la más pequeña se me murió, y era con la que mas contacto tenia, entonces no tengo ningún contacto con nadie, “estoy solo y solo me voy a morir”.

Mi relación con mis amigos es buena, “fregamos cuando se puede”, me la paso bien, no tengo de que quejarme, cuando salimos a “echarnos las copas” también me la paso bien, no es muy seguido pero si es bueno salir de la rutina “¿no cree?”.

Me gusta mucho mi cumpleaños, esa es una celebración que me agrada, pero después nada, porque no estoy acostumbrado a celebrar algo ni nada, eso sería. Mi proyecto de vida, es trabajar por el momento o hasta que la vida me diga lo que pasara con mi vida. No creo tener problemas con nada de mi vida, no sé qué decir (risa).

Mi hija era muy bonita, mi relación con ella era buena, me gustaba mucho compartir con ella, tener conversaciones largas. Ya era toda una señorita, me gustaba verla ir al colegio, pintarse, para verse bonita, pero se murió. Como no tengo familia no sé si ha cambiado la relación, creo que sigue siendo igual.

El apoyo de parte del hospital ha sido muy bueno porque la verdad es que he aprendido mucho de todo lo que aquí me dicen son cosas, “que ya sé, pero las refuerzo”, gracias a ellos he podido entender la muerte de mi nena.

TESTIMONIO 6 (t.6)

Masculino

34 años

Católico

Hijo fallecido

Mi vida en un día normal, pues algo agitado por mi trabajo pero intento estar lo más tranquilo posible, para no pensar cosas no que no debo. Hago trabajos en la maquila, empaco ropa, me gusta mucho.

Me agrada mucho estar acompañado con mis compañeros de trabajo cuando tengo mis momentos de descanso, el momento de llegar a mi casa, pero desde que se me murió mi hijo ya no tanto.

Me desagradan mucho levantarme temprano para hacer mis cosas de trabajo y el no poder compartir cosas bonitas con esa personita que ya no está conmigo.

Me han agradado en mi vida, el tener un empleo, el poder haber tenido a mi hijo por decirlo así, y tener una vida estable. El día de mi graduación también me gusto mucho porque logre algo que pensé "no lograr nunca".

Me desagrada la perdida de mi hijo, me desagrada el cansancio del trabajo, porque no puedo descansar, el no poder darle a mi familia todo lo que quieren o desean.

Mi relación es normal, muy unida, entre veces nostálgica, pero siempre saliendo adelante juntos.

Mi entorno es muy cerrada la relación, a veces no comparto lo que siento por no molestarlos entonces no quiero acercarme a ellos porque creo que no es lógico, y únicamente sería como una carga para ellos.

Me gusta mucho la navidad, el año nuevo y la semana santa, por que comparto con mi familia y no ay motivos para estar triste por más recuerdos tristes que tengo en la vida. Y por ser momentos de reflexión y arrepentimiento.

Mis proyectos de vida, es intentar mejorar como persona y poder llegar a tener un empleo más estable o más reconocido para poder dar a mi familia lo que necesita.

Daría un 6 por que la perdida de mi hijo fue fuerte, intento salir a delante pero siempre tendré el recuerdo de el dentro de mí.

Mi relación era muy buena, el me tenía mucha confianza, éramos muy buenos amigos, obviamente lo amaba mucho, uno que otro problema pero siempre no pasaba a mayores.

No creo que haya cambiado pero por la ausencia sí, pero intentamos llevar bien las cosas.

Las emociones las manejamos tranquilas intentando ser no muy nostálgicas y como repito siempre saliendo adelante sin ver el pasado porque me causa problemas (risa).

Sobre el futuro, sé que tengo que sacar a mi familia adelante, eso es lo primordial, (pensando), superar el trauma o vacio de mi hijo.

Muy buena, porque me ha ayudado mucho en el ámbito de aceptar las cosas de la vida, y poder sobrellevar este problema de mi hijo.

TESTIMONIO 7 (t.7)

Edad 38

Sexo femenino

Religión católica

Hija fallecida

Un día normal para mí es muy bueno, la verdad es que no sé, pero creo que es bueno. Me gusta mucho saber que cada día que empieza Dios nos da una oportunidad para poder continuar y salir adelante con nuestros que haceres y todo lo que podamos para podre salir adelante.

Dentro de mi día me agrada mucho poder llegar a mi trabajo, bueno, también me gusta mucho hacer los que haceres de la casa, pero me gusta más llegar a mi trabajo, compartir con mis compañeros, trabajar como se debe (risa), me gusta mucho hablar con mi jefe. Llegar a mi casa y platicar con mi esposo y mi hija grande de cómo le fue en el trabajo.

Pues fíjese que no tengo cosas que me desagradan de mi día, tal vez cuando estoy muy cansada, sé que tengo que ponerle muchas ganas a mi día porque si no va a ser muy aburrido y nada fructífero

Me han agradado los hechos en los cuales me supero o tengo algo lindo en mi vida, como mis graduaciones, del colegio, de repostera, porque hice bastantes cursos en el intecap, “me gusta mucho”, el día que me case, cuando tuve a mis dos hijas.

Seria tal vez renegar de la vida, pero sé que el golpe más duro que la vida me ha dado es la muerte de mi hija, porque en realidad “son cosas que uno no espera”, pero así son las cosas de Dios con uno.

Mi relación con la familia es buena, sé que hay días fuertes en los que amanecemos de malas pero sé que sabiéndolo llevar todo sale bien, pero con

mi esposo es buena mi relación y con mi hija ni se diga, es muy pero muy buena.

Las personas que nos rodean son muy críticas y por lo mismo intento evadir toda clase de roses, eso en mis vecinos, pero con mis compañeros de trabajo, mis compañeros mutuos con mi esposo bien, no tengo ningún problema.

Nos gustan mucho las festividades en las cuales compartimos como familia, antes nos gustaban mas porque compartíamos los cuatro, pero ahora solo compartimos tres, pero siempre sabemos que a mi hija le gustaba mucho eso y que así le gustaría vernos ahora.

Pues mis proyectos de vida son continuar siendo una buena madre, sabiendo mis obligaciones y haciéndolas lo mejor posible. Atender a mi familia. Estudiar lo que me gusta, ser una mujer de éxito, que se pueda valer por sí sola.

Hasta el día de hoy me doy un 8, se que los golpes que la vida nos da son muy fuertes y que todo lo que hacemos repercute en algún momento pero estoy intentando sobre llevar las cosas de la mejor forma posible para sentir menor la carga y por eso me doy un ocho.

Mi relación con mi hija, era muy pero muy buena, yo diría que era Excelente, amaba esa niña, era muy inteligente, me gustaba mucho jugar con ella, peinarla, me recuerdo que la peinábamos con mi hija más grande, y todo eso ya se perdió verdad, pero era buena

Al principio la relación se estaba viniendo abajo por motivos de la perdida pero gracias a Dios y al apoyo que da la unidad, hemos logrado recobrar esa familia que éramos cuando mi nena murió.

Las emociones las hemos aprendido a llevar según aprendizajes de la vida, ahora ya no tenemos problemas por emociones fuertes por que en algún momento estaba “fea la cosa”, pero ahora ya está bien, platicamos que es lo importante de nuestra familia, la comunicación

Mi futuro sé que es bueno y lo tengo que saber sobrellevar por que la vida “continua”.

El trabajo de los psicólogos y doctores de la unidad son lo mejor que puede haber, ay un dicho que dice “el que a mi hijo quiere, mi labio endulza” o algo así dice, pero en realidad yo tengo mucho que agradecer pro que en todo el proceso, que en realidad es muy fuerte se han portado de lo mejor, y hasta el día de hoy en el que mi hija ya no esta se siente todavía el seguimiento de ellos, les agradezco infinitamente a ellos por ese apoyo tan grande. Se les quiere mucho.

TESTIMONIO 8 (t.8)

Edad 45

Sexo masculino

Religión católico (no comprometido)

Hijo Fallecido

Mi día normal es trabajando, haciendo las cosas que me piden, teniendo que hacer siempre.

Pues la verdad es que no tengo algo que me agrada mucho pero podría decir que mi trabajo es algo que me libera de gran manera, y eso es lo que me agrada, no es mucho verdad (risas), soy hombre de pocas palabras (risas).

No me gusta llegar a mi casa porque me siento solo, no tengo que hacer, intento pasar a comer para no llegar rápido y eso es lo que me desagrada y haber perdido a mi hijo, la verdad es que era mi campeón.

Pues me gusto mucho cuando conocí a mi esposa, la mama de mi hijo, me gusto también cuando nació el nene, mi cumpleaños (risa), no sé que mas decirle, no me gusta esto. Me desagrada mucho el hecho de que mi hijo ya no esté conmigo porque lo extraño, la vida fue muy injusta conmigo, porque él era mi todo.

No tengo familia entonces no sé qué decirle porque vivo solo, la mama del nene me dejo cuando murió el nene. No me llevo mucho con la gente porque no me gusta platicar mucho, soy hombre de pocas palabras.

No me agrada nada, nunca me habían gustado, ahora menos que me gustan, si estoy solo, que puedo celebrar, nada (risa, enojo).

Seguir trabajando es unos de mis proyectos de vida, porque sin trabajo creo que no tengo vida, imagínese mi vida sin trabajo y metido en la casa, hace ratos me hubiera matada (risa).

Él era el que iba a jugar cuando yo ya no pudiera (risa). siempre le decía yo que tenía que aprender a jugar bien porque él tenía que ser el que me relevara cuando yo me muriera, y mire pues, se me murió antes. La vida no es justa conmigo. Si cambio bastante la relación, nos separamos, y ahora estoy solo, sin nadie por mí. Mi futuro solo Dios la sabe y nadie más.

Fíjese que en realidad esto si me ha ayudado mucho desde que se me dijo que mi hijo estaba con esa enfermedad (ansiedad), me ha ayudado mucho. Siempre intento venir, ay veces que me enojo por qué cosas que pasaron pero sé que no tengo por qué, porque en realidad los doctores no tuvieron la culpa de nada, pero sé que los doctores de aquí y toda la gente que aquí trabaja son persona que se merecen el cielo, pero antes voy yo porque mi hijo me espera (risa).

TESTIMONIO 9 (t.9)

Edad 36

Sexo Masculino

Religión Ninguna

Hija Fallecida

En mi día normal tengo que trabajar mucho porque tengo que llevar el sustento a mi familia, tengo que levantarme temprano, por que entro bien temprano, me gusta eso, me mantengo ocupado, regreso a la casa y ayudo en algo, miro tele, escucho música.

Me gusta en mi día, hacer bien mi trabajo, muchos me felicitan por qué hago bien mi trabajo, no tengo ningún problema.

Me desagrada el hecho que mi familia sea tan desordenada, mi esposa es como desordenada entonces saber ni donde están las cosas cuando uno las quiere, y siempre tenemos problema con eso pero eso es lo que más me desagrada de mi día. Todo lo demás me gusta (risa).

Me han agradado el hecho tener a mi familia, tener a mi hija aunque poco tiempo, pero la tuve, el verla crecer, el tener a mis otros 3 hijos a los cuales los cuido y los amo como nunca.

Me desagrada mucho la muerte de mi hija porque ella ya era una señorita, no me gusto nada una evento que paso en el hospital antes de que mi hija ya muerta saliera del hospital, eso me da cólera, y no me gusta para nada el pensar que yo pude haber matado a mi hija permitiendo que le hicieran la autopsia.

Mi relación con mi familia es bonita, me gusta mucho, tenemos buena comunicación, platico con mis hijos, mire que como está la vida ahora, ay qué hablar mucho con los patojos porque si no se pierden.

Con todas las personas me gusta mucho platicar, soy algo platiconsito (risa), me gusta mucho compartir con la gente, escucharlas, tener tema de conversación, que la gente me tenga confianza para platicar un poquito, porque así se quita uno muchas carga de encima (risa).

Dentro de las celebraciones nos gusta mucho la navidad, porque quemamos cohetes con mi familia, compartimos bonito, jugamos, comemos y les doy lo mejor para pasarla muy bien. Siempre se tiene el recuerdo de mi jovencita pero sé que ella está con nosotros.

No se cuales puedan ser mis proyectos de vida, solo sé que la vida continua y que tengo que hacer las cosas para poder salir adelante, amo mi vida, a pesar de todo lo que me ha pasado.

A mi vida le doy una puntuación alta, sabe por qué? Porque creo que a pesar de todas las cosas, cóleras, enojos, tristezas, arranques feos, todo, todo, sé que estoy bien y que tengo 3 niños más por los cuales luchar y sacar adelante.

Mi relación con mi niña era muy bonita, ella ya estaba grandecita, me recuerdo mucho de su forma de ser, una señorita, ya se pintaba ya iba al colegio como esa jovencita que lucía su cuerpo, sus cositas de jovencita, me gustaba mucho platicar con ella, pero ya está descansando y eso me gusta mucho.

La verdad es que la relación con los de mi familia ha sido más fuerte desde la muerte con mi hija, recordarla ha sido algo muy fuerte dentro de nosotros porque nos da alegría y a la vez nos da tristeza y a mí me da como enojo con la vida, porque siento que al momento que me la dieron yo me la tenía que haber llevado así y como me la dieron, pero para que aguantara el traslado de aquí para Cobán, le tuve que hacer la autopsia, y no sé si ella hubiera podido revivir en ese tiempo de velación.

Pues la verdad es que sentimientos feos solo ese que siento todavía de no poderle dar el tiempo para poder revivir, no sé, creo que ella pudo haber despertado pero no sé.

Agradezco mucho a los doctores y psicólogos por todo el apoyo que nos dieron a mí y a mi familia, porque siempre estuvieron ahí, y porque en realidad y hasta el día de hoy todavía están, gracias a su trabajo, a su labor de día a día, y por que sin ellos no sé si pudiera entender lo que a mi hija le paso, porque son cosas muy fuertes que uno nunca se espera, pero que tienen que pasa, y gracias a ellos por ser tan buenos.

INSTRUMENTO DE COMPLETACION DE FRASES

Instrucciones:

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

Ejemplo:

Mi cariño: sobre pasa todo _____.

Esta perdido _____.

1. Mi vida _____.
2. Me hace falta _____.
3. Me siento _____.
4. Mi futuro lo veo _____.
5. Amo _____.
6. Mi pasado _____.
7. Extraño _____.
8. Me disgusta _____.
9. Siento enojo _____.
10. Mi principal preocupación actual es _____.
11. Me es difícil _____.
12. Mi apoyo _____.

GUIA DE OBSERVACIÓN

Datos Generales

Nombre _____.

Edad: _____. Sexo: _____.

Religión: _____. Fecha: _____.

- Conducta
- Alteraciones Emocionales
- Alteraciones Sentimentales
- Aceptación de la perdida
- Integración del grupo Familiar
- Reacciones de cada miembro del grupo familiar

GUIA DE TESTIMONIO

Datos Generales

Nombre _____.

Edad: _____. Sexo: _____.

Religión: _____. Fecha: _____.

- Cómo es su vida en un día normal?
- Qué actividades son la que más le agradan dentro de su día normal?
- Qué actividades son la que mas desagrada realizar dentro de su día normal?
- Qué hechos de su vida le han agradado? Por qué?
- Que hechos de su vida le ha desagradado? Por qué?
- Cómo es su relación con su familia todos los días?
- Cómo considera su relación con las personas que le rodean?
- Qué festividades o celebraciones dentro de todo el año le agradan más?
- Cuáles son sus proyectos de vida?
- Si diéramos una puntuación de 1 a 10 (1 más bajo, 10 más alto), Que puntuación daría a su vida en este momento? Por qué?
- Como era su relación con su hijo fallecido?
- Ha cambiado la relación dentro de los miembros de la familia a partir de la perdida?
- Como se maneja dentro de su familia las emociones?
- Que pensamiento tiene sobre su futuro?
- Existe sentimientos de negación en usted? Si_____. No_____.

Cuales:

- Como le ha ayudado el tratamiento o seguimiento de los psicólogos y doctores después de la perdida de su hijo?

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
 - Carácter
4. La muerte
 - Religiosa
 - Médico – legal
5. Pérdida de un ser querido
 - Sensaciones
 - Sentimientos
 - Pensamientos
 - Conductas
6. Duelo y salud mental
 - Tipos de duelo
 - Fases del duelo
7. Duelo según la Tanatología
 - Tipos de duelo
 - Muertes tanatológicas
8. Intervención
 - Principios de intervención:
 - Ayudar a vivir sin el fallecido
 - Dar tiempo para elaborar el duelo
 - Examinar defensas y estilos de afrontamiento.