

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Efectos conductuales causados como consecuencia del duelo no resuelto en
niños de la segunda infancia del Centro de Salud de San Andrés Itzapa,
Chimaltenango**
(Tesis de Licenciatura)

Ana Patricia Buezo Recinos

Chimaltenango, junio de 2019

**Efectos conductuales causados como consecuencia del duelo no resuelto en
niños de la segunda infancia del Centro de Salud de San Andrés Itzapa,
Chimaltenango**

(Tesis de Licenciatura)

Ana Patricia Buezo Recinos

Lic. Juan José Reyes Rodríguez, (Asesor)

Licda. María Gabriela Aceituno Méndez, (Revisor)

Chimaltenango, junio de 2019

Autoridades Universidad Panamericana


Rector	M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Hc. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vicedecano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes diciembre año 2018.

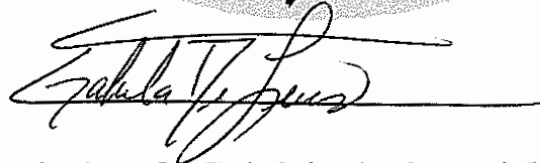
*En virtud de que la presente Tesis con el tema: **“Efectos conductuales causados como consecuencia del duelo no resuelto en niños de la segunda infancia del Centro de Salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango.”** Presentada por la estudiante: **Ana Patricia Buezo Recinos** previo a optar al grado Académico Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


Lic. Juan José Reyes Rodríguez
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mayo de 2019.-----

En virtud de que la Tesis con el tema: “Efectos conductuales causados como consecuencia del duelo no resuelto en niños de la segunda infancia del Centro de Salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango”. Presentada por el (la) estudiante: Ana Patricia Buezo Recinos, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. María Gabriela Aceituno Méndez
Revisor



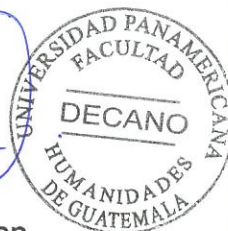
UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de junio del 2019. -----

En virtud de que la presente Tesis, con el tema: **"Efectos conductuales causados como consecuencia del duelo no resuelto en niños de la segunda infancia del Centro de Salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango"** Presentado por el (la) estudiante: **Ana Patricia Buezo Recinos** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para **que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



Nota: Para efectos legales únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Dedicatoria

A Dios

Porque jamás me ha dejado sola y me dio un sueño y con él los recursos para lograrlo.

A mi familia

En especial a mis dos hijos quienes a mi lado se han sacrificado durante estos cinco años para que yo pudiera lograr llegar hasta este momento.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1: Marco Contextual	
1.1 Antecedentes del Problema	1
1.2 Planteamiento del Problema	1
1.2.1 Pregunta de investigación	1
1.3 Justificación del estudio	2
1.4 Alcances, límites y limitantes	2
1.5 Objetivos	2
1.5.1 Objetivo General	2
1.5.2 Objetivos Específicos	3
Capítulo 2: Marco Teórico	
2.1 Niños de la segunda infancia	4
2.2 Manifestación del duelo	7
2.2.1 Duelo no resuelto en niños de la segunda infancia	9
2.2.2 Efectos conductuales por el duelo no resuelto en niños de la segunda infancia	11
2.3 Trastorno depresivo en niños de la segunda infancia a causa del duelo no resuelto	12
2.3.1 Efectos conductuales por trastorno depresivo en niños de la segunda infancia	15
Capítulo 3: Marco Metodológico	
3.1 Método	18
3.2 Tipo de investigación	18
3.3 Niveles y Técnicas de investigación	18
3.4 Pregunta de investigación	19
3.5 Variables de la investigación	19
3.5.1 Variable independiente	19

3.5.2 Variables dependientes	19
3.6 Análisis de factibilidad y viabilidad	19
3.7 Muestreo	20
3.8 Sujetos de la investigación	20
3.9 Instrumentos de investigación	20
3.10 Procedimiento	21
3.11 Cronograma	21

Capítulo 4: Presentación y discusión de la investigación

4.1 Presentación de resultados	22
4.1.1 Resultados de observación sistemática mediante lista de cotejo	22
4.1.2 Resultados de entrevista con padres o encargados	30
4.2 Discusión de resultados	35
Conclusiones	37
Recomendaciones	38
Referencias	39
Anexos	41

Lista de Gráficas

Cuadro No.1 Cronograma	21
Grafica No.1 Agresividad e irritabilidad	22
Grafica No.2 Autolesión y excoriaciones	23
Grafica No.3 Inapetencia	23
Grafica No.4 Aumento de Apetito	24
Grafica No.5 Agitación	24
Grafica No.6 Entrecimiento	25
Grafica No.7 Alteraciones del sueño	25
Grafica No.8 Insomnio	26
Grafica No.9 Anhedonia o desánimo	26

Grafica No.10 Retraimiento	27
Grafica No.11 Llanto continuo	27
Grafica No.12 Llanto discontinuo	28
Grafica No.13 Añoranza	28
Grafica No.14 Negación del fallecimiento	29
Grafica No.15 Evitación	29
Grafica No.16Hijo/a cansado al iniciar del día	30
Grafica No.17 Cambio en el apetito	31
Grafica No.18 Permiso generalizado	31
Grafica No.19 Comportamiento de negación	32
Grafica No.20 Preocupación relacionada con la muerte propia o de miliares	32
Grafica No.21 Experiencias alucinatorias	33
Grafica No.22 Tics o movimientos involuntarios	33
Grafica No.23 Preocupaciones y molestias somáticas	34
Grafica No.24 Temor y resistencia	34
Grafica No.25 Niños con berrinches repentinos	35

Resumen

El presente trabajo de tesis de grado se realizó con la finalidad de analizar los efectos conductuales del duelo en niños de la segunda infancia. En el primer capítulo se encuentran los antecedentes como el planteamiento de problema enmarcado en la pregunta de investigación, también se encuentran descritos los alcances y objetivos de la investigación.

Para ello en el capítulo dos se encuentra el marco teórico, en el cual se describen las características de los niños de la segunda infancia, así como los posibles cambios en el comportamiento que pueden presentarse por la pérdida de un familiar o ser querido. Se definen algunos de los efectos conductuales, el trastorno depresivo en niños y las conductas de duelo patológico o no resuelto.

En el siguiente capítulo se encuentra el marco metodológico, en el cual se describe el método, tipo y nivel de la investigación, se describen las variables, se analiza la factibilidad y viabilidad del estudio tomando en cuenta el muestreo y los sujetos de la investigación, describiendo los instrumentos y procedimiento a utilizar.

Finalmente en el capítulo cuatro se encuentra la presentación de resultados y discusión de resultados incluyendo los efectos conductuales, datos de frecuencia de algunas conductas registradas por los padres o cuidadores mediante una guía de observación sistemática, y que se reportaran en una entrevista con los cuidadores.

Introducción

El duelo por el fallecimiento de un ser querido es uno de los acontecimientos que pueden tener impacto significativo en la vida de un niño. Sin embargo, este problema no es atendido comúnmente por los servicios de salud, y puede continuar teniendo otras repercusiones en el desarrollo del infante y en su vida adulta. Es por ello que el presente estudio pretende aportar información para detectar los cambios conductuales de este tipo de suceso en una población infantil del Centro de Salud, de San Andrés Itzapa, Chimaltenango.

La información obtenida puede ser muy valiosa para planear intervenciones grupales, que faciliten y hagan más efectivo el trabajo terapéutico, o bien puede servir para realizar monitoreo de las conductas a lo largo del tiempo, siendo esta una primera medición.

Los cambios conductuales que pueden presentarse en niños luego del fallecimiento de un ser querido pueden ser muy distintos. El presente estudio tiene por objetivos describir los cambios conductuales y síntomas por duelo no resuelto como dos grandes grupos en los que se pueden englobar los efectos patológicos del duelo en el sujeto.

La investigación pretende medir por medio de herramientas de investigación cuales son los efectos conductuales que están relacionados con la depresión o duelo no resuelto o complicado. Esto quiere decir que los cambios registrados servirán para identificar los efectos conductuales causados como consecuencia del duelo no resuelto en niños de la segunda infancia del centro de salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, una problemática frecuente que es poco atendida y comprendida.

Capítulo 1

Marco Contextual

1.1 Antecedentes

La falta de atención y tratamiento al duelo en este país es un factor de problemática y los efectos conductuales que se desencadenan a causa de esto no son prioridad para las instituciones de salud, según los estudios que ha realizado el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-V) confirma que: Algunos autores como Muñoz (2010) quien afirma que: “las características de la relación y de la identificación con el padre, inciden en la reacción frente a su muerte derivando en duelo no resuelto” (p.245)

El duelo responde a un proceso adaptativo por el que pasa el ser humano para asumir la pérdida de algo, bien sea un objeto, una persona o una situación: Wolden, (2013) lo describe como un proceso que:

Nos permite sanar, recordar con amor y no con dolor. Es un proceso de clasificación. Una por una, nos desprendemos de las cosas que se han ido y las lloramos. Una por una, tomamos las cosas que han pasado a formar parte de quienes somos y seguimos adelante. (p. 4).

1.2 Planteamiento del problema

La investigación pretende con elementos psicológicos, científicos y metodológicos estudiar los efectos conductuales en la vida de los niños de segunda infancia del Centro de salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango por el duelo que no ha sido resuelto.

1.2.1 Pregunta de investigación

¿Qué efectos conductuales son causados como consecuencia del duelo no resuelto en niños de la segunda infancia?

1.3 Justificación del estudio

El interés que la presente investigación tiene es analizar los efectos conductuales causados como consecuencia del duelo no resuelto en niños de la segunda infancia (2 a 7 años), ya que dichos factores pueden afectar al desarrollo óptimo del niño tanto en lo psicológico, conductual y emocional siendo importante analizar los efectos conductuales causados en los niños luego de la pérdida de un ser querido, y los factores que desencadenan en su conducta luego del suceso.

1.4 Alcance, límites y limitantes

El alcance de la investigación será descriptiva ya que se ciñe a ser observaciones sobre niños que han sufrido una pérdida en su familia y no lo han logrado superar, de tal forma que se trata de describir las consecuencias conductuales del duelo no resuelto en niños de la segunda infancia, haciendo uso de algunas herramientas como lo son: observación sistemática, entrevistas a padres de familia, y lista de cotejo, que faciliten el proceso para describir los efectos conductuales causados como consecuencia de la pérdida no resuelta del centro de salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, del 18 de septiembre al 02 de octubre del 2018.

Dentro de los posibles limitantes están, la distancia del centro de salud y las reparaciones que se están llevando a cabo en la carretera hacia el municipio de Itzapa, el reducido número de pacientes que asisten a consulta con esta problemática.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivos generales

Analizar los efectos conductuales causados como consecuencia del duelo no resuelto en niños de la segunda infancia.

1.5.2 Objetivos específicos

Determinar los aspectos biopsicosociales de la segunda infancia.

Identificar los efectos conductuales causados por duelo en niños.

Describir la depresión como consecuencia del duelo no resuelto en niños de la segunda infancia

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Niños de la segunda infancia

La etapa de segunda infancia abarca de los dos a los cinco primeros años del niño. En esta fase, el pensamiento, el procesamiento de información y las actitudes relacionales poseen ciertas características (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009).

En la segunda infancia se produce la activación del área cognitiva: es el periodo de operaciones concretas, el pensamiento se vuelve menos intuitivo y egocéntrico y más lógico. Antes de los 7 años, el niño concibe el mundo de una manera simplista y unidimensional: se enfoca en el aquí y ahora y en la evidencia de la percepción más que en el pensamiento lógico. Su capacidad de establecer relaciones entre las cosas que lo rodean también es limitada. A partir de los 7 años el pensamiento se vuelve más flexible y complejo. El paso del periodo sensomotriz a este segundo periodo se produce fundamentalmente a través de la imitación, que de forma individualizada el niño asume, y que produce la llamada imagen mental.

Esta perspectiva comienza cuando se ha comprendido la permanencia de un objeto, y se extiende desde los dos hasta los siete años. Durante esta etapa, los niños aprenden cómo interactuar con su ambiente de una manera más compleja mediante el uso de palabras y de imágenes mentales ya que esta etapa está marcada por el egocentrismo, o la creencia de que todas las personas ven el mundo de la misma manera que él o ella, al igual ellos creen que los objetos inanimados tienen las mismas percepciones y pueden ver, sentir y escuchar, lo mismo que ellos.

Otro factor importante en esta etapa es la conservación, que es la capacidad para entender que la cantidad no cambia cuando la forma cambia, es decir, si el agua contenida en un vaso corto y ancho se vierte en un vaso alto y fino, los niños en esta etapa creerán que el vaso más alto contiene más agua debido solamente a su altura, esto es debido a la incapacidad de los niños de

entender la reversibilidad y debido a que se centran en sólo un aspecto del estímulo, por ejemplo la altura, sin tener en cuenta otros aspectos como la anchura.

Psicosocialmente, infante mantiene una postura egocéntrica, que le incapacita para adoptar el mismo punto de vista de los demás, aún si se observa que los niños son capaces de utilizar el pensamiento simbólico. Que: El lenguaje simbólico es comprendido por el niño, sin embargo, este pensamiento es todavía un pensamiento egocéntrico, el niño entiende el mundo desde su perspectiva.

Todas las características antes mencionadas se prolongan hasta los siete años (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009). Este punto se caracteriza porque el niño es capaz de pensar las cosas a través del establecimiento de clases, relaciones y del uso de números, todo esto se desarrollade forma intuitiva, sin tener conciencia del procedimiento empleado.

Es importante notar que el desarrollo tiene factores endógenos como exógenos. El desarrollo es más que la evolución psicobiológica, las culturas y entorno del individuo de vida de manera aislada. Los individuos comparten características y dimensiones similares pero su desarrollo es distinto por el entorno en el que crecen, y va a estar marcado por la cultura y educación con las que se desenvuelvan y crezcan.

En esto entra también las posibilidades de sobrevivencia de un niño antes de llegar a su quinto cumpleaños y si a eso le agregamos que en el mundo más de 17 millones de niños mueren antes de llegar a los cinco años, este dato según la Unicef Press Center (2007), es impresionante como la violencia a madres solteras y viudas afecta a que los niños no llegan a los cinco años de edad; los niños sin vivienda viven en las calles y por lo que tienen más problemas de salud y por lo mismo están propensos a que su estabilidad emocional sea menos tolerante que niños en hogares estables.

En la necesidad de lidiar con la culpa encontramos que el aporte de Erickson (1950) está en contradicción del yo cerca de la tercera etapa del desarrollo de la personalidad del niño y es

donde se da la iniciativa frente a la culpa esto surge de la necesidad de planificar actividades y de los remordimientos de conciencia ante este deseo por lo que los niños en esta etapa están propensos a sentir más culpa y a poder evaluar la necesidad de estar con quienes los aman y apoyan a realizar sus proyectos imaginarios por lo que ellos están experimentando que la aprobación social es algo que llena su estado de ánimo a algo satisfactorio.

Otro factor que es importante en esta edad es la identidad de género es decir la conciencia que se tiene y se va teniendo de lo que es la masculinidad, feminidad y las implicaciones que esto tiene en la sociedad de origen, donde se va construyendo un aspecto importante del autoconcepto en desarrollo y el efecto que esto tiene en sus comportamientos.

En cuenta esta que los criterios de la teoría evolutiva sugieren que la sociedad y la cultura son tan importantes como la biología para determinar los roles de género y de ahí empieza el niño a absorber lo que es la sociedad donde vive y aprenderlo que su entorno le va enseñando sobre lo que está bien y que está mal.

El enfoque psicoanalítico en esta edad tiene una perspectiva de identificación donde las preguntas del niño son de acuerdo a lo que su entorno le presenta por lo que adopta conductas, actitudes y valores del padre de su mismo sexo, Freud considera que la identificación es una etapa sumamente importante para el desarrollo de la personalidad del niño.

El enfoque del aprendizaje social en esta teoría los niños obtienen los roles según el aprendizaje de la observación de modelos, y tienden a elegir modelos de consideración cariñoso y poderoso, es común que sea el padre del mismo sexo en ocasiones también la conducta de otros adultos que les parecen fuertes; siendoun refuerzo a la educación y enseñanza.

De acuerdo con la teoría cognitiva social, esta una aplicación de teoría del aprendizaje que es la observación la que le permite al niño aprender sobre las conductas típicas de género antes de adoptarlas, así combinando varios modelos mentalmente y poder adoptar un modelo típico de género.

Es importante el aprendizaje de la familia en las primeras etapas de la niñez, ya que es más la influencia típica de la familia y el niño opta por lo que en realidad le gustaría ser; un ejemplo que se puede valorar es cómo los niños crecen con el aprendizaje de las acciones de sus padres, lo que sus padres hacen es bueno y correcto; cuando surge una catástrofe los niños toman ese aprendizaje para reproducirlo.

La influencia cultural en países como Nepal existe creencias que el trabajo de los hombres no lo pueden realizar las mujeres y desde niños es una prohibición tocar los instrumentos de los hombres y viceversa, caso contrario en Estados Unidos de Norteamérica hay igualdad de género y es algo que se puede elegir a libre criterio y gustos donde los niños y niñas tienen las mismas oportunidades de poder ser quien desean ser y elegir sus preferencias culturales y sociales.

La crianza de los hijos es una de las herramientas que se puede tomar como factor determinante ante niños que desafían a los adultos a lidiar con criterio de pensamiento y voluntad propia, por ello el aprendizaje de lo que la sociedad considera aceptable es una responsabilidad de los padres, cuidadores, y maestros.

2.2 Manifestación del duelo

La muerte es parte inevitable de un proceso natural, es inherente a la vida y cuando se produce el fallecimiento de una persona cercana, esto tiene como resultado para quien se queda con vida efectos como aflicción y confusión. Respecto a esto, Madoz (2015) expresa:

La muerte de un ser querido es un proceso natural que hay que mantener en su estado originario y no debe ser medicalizado. Conlleva mucha aflicción, estado doloroso expresado de forma más o menos ostensible, y provoca una situación de duelo, un desarrollo y transformación, en parte consciente y en parte inconsciente, cuyo objetivo es lograr una readaptación existencial de la persona que lo experimenta. Por eso la muerte es, siempre, para el humano un misterio que cuando se acerca le provoca angustia y que, cuando la vive de cerca, le remueve y le deja confundido, intentando construir una explicación lógica y coherente de lo vivido. (p.1)

El proceso del duelo, como adaptación a esta nueva realidad, puede ser también algo natural, sin embargo, pueden presentarse algunas complicaciones como el duelo patológico, la depresión o el estrés post traumático, las cuales hay que definir y distinguir.

El duelo patológico o complicado se distingue de la depresión en que la tristeza y el desánimo están relacionados más específicamente con el fallecimiento, mientras que, en la depresión, el pesimismo y la desesperanza son rasgos más generalizados. Según la American Psychiatric Association (2013) los comportamientos también son distintos en el duelo se relacionan más con la pérdida y no son por un desánimo generalizado por la vida.

La American Psychiatric Association (2013) también menciona que el duelo tiene relación con el trauma pues el fallecimiento de la persona puede ocurrir por un evento de extremo sufrimiento o violencia, puede conceptualizarse como una impresión de una vivencia, una fuerte conmoción emocional por un evento externo, y su conocimiento puede dejar secuelas psicológicas de reviviscencias, cambios emocionales y de comportamiento.

Es importante distinguir los traumas o trastornos de estrés post traumático, los cuales también pueden deberse a diferentes razones: naturales como, por ejemplo: terremotos, catástrofes humanas asesinato, violación, accidentales. Asimismo, el estado emocional post traumático es vivido como una sensación de aumento de la activación o estrés relacionado al suceso traumático, y no como un estado de profunda tristeza y anhelo relacionado con la pérdida.

Otra complicación puede ser que la manifestación del duelo sea retardada u ocultada, por ejemplo, por la imposibilidad de que el doliente reconozca abiertamente la pérdida y mantenga la negación ante la pérdida de su ser querido.

2.2.1 Duelo no resuelto en niños de la segunda infancia

Moreno (2016) aporta que el duelo puede pasar de una forma óptima de evolución y se caracteriza por el duelo normalizado donde el niño evoluciona por las fases del duelo de una manera positiva, adaptándose a su nueva vida ya sin la persona fallecida, pero qué pasa cuando esto no es así y se convierte en un duelo complicado el niño recurre a conductas des adaptativas y en esto se compromete su salud y comienzan las dificultades de su funcionamiento en general, pudiendo quedar no resuelto y que esto se cronifique y estalle en episodios de intensidad emocional.

Para que el duelo no quede sin resolver se debe estar pendiente de las actitudes del niño luego de la pérdida, ya que la evolución del niño es lo que va indicando si está siendo de forma positiva o si no lo está tomando bien. Entre los posibles síntomas que puede presentar un niño ante un duelo no resuelto están la irritabilidad constante, miedo a quedarse solo, alteraciones del sueño, anhelo y añoranza por la pérdida, problemas somáticos parecidos a los que tenía la persona fallecida y sueños recurrentes con el suceso que pasó.

En lo que referente al estudio del duelo Sandra Aguado Linares del Centro de Psicología de Madrid menciona un estudio de Bolwby (1982), el cual describe que en los niños de la segunda infancia se han presentado cuatro fases del duelo, las cuales Aguado (2018) describe:

Fase de entumecimiento o shock: en esta primera fase nos encontramos ante una fuerte desesperación. Las reacciones son de negación, no aceptación y a menudo turbación.

Fase de anhelo y búsqueda: se caracteriza por la búsqueda de la persona fallecida y un período de nostalgia y melancolía. El niño puede sentirse apático e indiferente, presentar agitación y pensamientos continuos sobre la persona que falta.

Fase de desorganización y desesperanza: en esta tercera fase, la realidad empieza a asentarse y el niño puede sentirse arrastrado por los acontecimientos. Suelen presentarse sentimientos de desesperanza, relacionados con pensamientos frecuentes acerca de recuerdos y momentos compartidos con el fallecido.

Fase de reorganización: en esta fase los aspectos más incapacitantes del duelo comienzan a remitir y la persona empieza a experimentar una mejora en su día a día, siendo progresivamente más capaz de lidiar con sus emociones. Puede aparecer una sensación combinada de alegría y tristeza. (p. 1)

El duelo en los niños puede resultar especialmente delicado debido a que puede dificultar el sano desarrollo emocional e integral del individuo cuando las necesidades de atención, de cuidado y protección no son satisfechas.

Otros factores importantes en el duelo, de acuerdo con Furman (2015), son los factores vinculantes, es decir que la relación con la persona fallecida puede haber sido necesaria para el desarrollo normal del individuo, en otras palabras, habría un vínculo de dependencia, lo cual es algo determinante, y dificultaría el proceso del duelo. En el caso de los niños que sufren la pérdida de un ser querido importante, los cambios en la vida y las relaciones de cuidado o soporte pueden ser significativos, lo cual representa una mayor amenaza para el desarrollo emocional del infante.

En el duelo patológico al principio predominan los síntomas físicos, como trastornos del sueño, del apetito, cefaleas, etc. Sin embargo, conforme avanza el tiempo estos pueden pasar a ser de carácter psicológico. Martín (2010) describe la sintomatología como un miedo exagerado a morir también o a sufrir otra pérdida, esperanzas de encuentro y deseos de morir, persistencia en culpar o culparse, euforia, irritabilidad inhabitual contra terceras personas pudiendo complicarse en forma de aislamiento social, falta de cuidado personal, etc.

Una pregunta frecuente en procesos del duelo es: ¿Cuándo finaliza el duelo? Y Aunque no exista un período de tiempo claro establecido, desde 1980 Bowlby menciona que normalmente oscila entre los seis meses y los dos años. Sin embargo, en años más recientes Worden (2013) señala que hay personas que defienden que nunca se acaba o que vuelve a aparecer, como casos registrados de niños que cumplen la edad en la que alguno de sus padres falleció y vuelven a sentir síntomas de duelo.

Al hablar de la resolución del duelo no quiere decir que todo vuelva a ser como antes, sino aprender a vivir con la ausencia del fallecido, dejar de estar anclado al pasado y ser capaz de recordarlo sin sentir angustia y desesperación, a pesar de que pueda quedar un atisbo de tristeza. Esta idea la define Freud (1961) en una carta a un amigo cuyo hijo había fallecido:

Hallamos un lugar para lo que perdemos. Aunque sabemos que después de la pérdida la fase aguda del duelo se calmará, también sabemos que seguiremos inconsolables y que nunca habrá nada que la sustituya. Sea lo que sea lo que llene el vacío, y aunque lo llene por completo, siempre será otra cosa. (p. 386)

2.2.2 Efectos conductuales por el duelo no resuelto en niños de la segunda infancia.

De acuerdo con Cortez (2008) el duelo es uno de los factores que afecta a las familias en Guatemala, desafortunadamente la inseguridad y los accidentes entre otros, propician el riesgo de muerte prematura lo cual produce un vacío en las funciones familiares.

El duelo por la muerte de un ser querido puede manifestarse en síntomas somáticos como lo son la pérdida de apetito, insomnio, síntomas hipocondriacos, cefaleas, etc.

Paz (2004) asegura que uno de los elementos que puede surgir producto de la pérdida afectiva temprana o separación prologada de la madre es la aparición del síndrome hipercinesia. Este tipo de síndrome se considera por la posible privación de cuidados y de atención efectiva maternal. El duelo es otro factor que conduce a la hipercinesia en el niño, por los efectos producidos a causa de la pérdida de un familiar, esta consecuencia puede aparecer como reacción a la desorganización familiar o estrés en el menor producto de un acontecimiento o percepción por este, instalado como un mecanismo de defensa ante la angustia y los problemas afectivos.

La hipercinesia parece ser la característica común en los niños, en la hipercinesia los niños pasan la mayor parte del tiempo en actividad, es decir en un ir y venir sin parar, esto puede dar como resultado la consecuencia de perder el control en momentos inadecuados; en ocasiones puede ser preocupante al ver que realizan actividades sin objeto y sin finalidad. En la hipercinesia se

manifiestan otros elementos importantes, como lo es la incoherencia en la coordinación dinámica en general, esta incoherencia perjudica a la organización de las actividades, la estructuración y la orientación espacial, también puede haber problemas en la motricidad fina, de forma tal que debe ser monitoreado el desarrollo del niño afectado, tomando en cuenta que está sufriendo cambios y dificultades al mismo tiempo.

2.3 Trastorno depresivo en niños de la segunda infancia a causa del duelo no resuelto

Rodríguez (2014) argumenta sobre el interés que se debe tener en la depresión infantil por varias razones, entre ellas la frecuencia, el autor menciona que un 10% de los niños puede sufrir algún episodio depresivo y esto puede ser en forma asintomática, es decir que no llega a ser detectada fácilmente como enfermedad depresiva, sin embargo su detección temprana resulta muy importante por las consecuencias, por lo que podría hipotecar su futuro dejando secuelas impredecibles que pueden afectar al niño en su crecimiento y desarrollo.

Para poder dar un diagnóstico adecuado y saber que el niño sufre de algún tipo de depresión, es ideal contar con un protocolo en el que se incluyen elementos como una buena historia clínica, anamnesis y la adecuada valoración de los síntomas que presenta el niño según los criterios diagnósticos.

Martínez (2014) asegura que el trastorno depresivo es clínico y que se debe realizar un diagnóstico mediante una historia detallada para que el niño y los padres tengan una exploración de estado mental, así poder llegar a saber si es o no un trastorno, teniendo en cuenta que es de gran utilidad la información aportada por la maestra de la escuela, por lo que en la entrevista clínica se debe valorar.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados clínicamente son los incluidos en Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (2015), publicada por la Organización

Mundial de la Salud, y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014), a continuación, se presenta algunos de los elementos o criterios a evaluar:

- Humor triste deprimido o irritable la mayor parte del día
- Disminución importante del interés o del placer por todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día.
- Cambios de apetito y peso, o dificultad para alcanzar el peso esperado en el niño según la edad.
- Alteraciones del sueño.
- Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
- Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para toma decisiones.
- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrente.

Barreto (2012) aporta que el duelo puede llegar a ser complicado o patológico por lo que en la actualidad existen instrumentos útiles y confiables de detección y apoyo terapéutico para la práctica clínica, estos instrumentos resultan de utilidad en la pronta detección del duelo, ya que pueden evaluar así las actitudes emocionales y comportamentales de pensamientos sentimientos y acciones que el niño puede enfrentar ante la pérdida de un ser amado.

Entre los predictores del desarrollo del duelo, la residencia es un factor que se genera luego de enfrentar la pérdida de un ser amado y de manera adaptativa se llega a enfrentar esta situación de forma natural en las emociones y se produce un proceso adaptativo del cual la muerte forma parte de la vida. Todo padre desea que sus hijos crezcan sanos emocionalmente por lo que al igual que los adultos, los niños también deben afrontar en algún momento de la vida la pérdida y con ello situaciones traumática, de esta forma es necesario que los niños aprendan a reconocer y a expresar sus sentimientos para encontrarle sentido a lo ocurrido, y es importante que en su entorno se pueda desenvolver con naturalidad y confianza para desarrollar habilidades que los capaciten a sobreponerse de las situaciones difíciles y adversidades que la vida les presente.

Los familiares de pacientes en situación de duelo deben estar con ellos a lo largo de la recuperación o al menos contar con el acompañamiento y recursos de la familia como parte de lo que se necesita en ese momento; ya que una vez producida la pérdida viene el proceso del duelo donde aparecen las manifestaciones cognitivas, emocionales, comportamentales y físicas, y cada persona tiene diferente reacción a manifestar síntomas de duelo, de la misma manera los niños según sea su educación y su apoyo familiar van a poder tratar y sobreponerse a situaciones de duelo y pérdida.

La investigación de la aparición del duelo en su proceso natural ha dado a lo largo de los años avances y por ello se puede mencionar el duelo complicado con el objetivo de ampliar el suceso de este fenómeno multidimensional, en este cabe destacar que entre algunos de los factores de riesgo que se identifican están los relacionados con la edad del doliente, el tipo de reacción que se tenía con el que fallecido, circunstancias en que se dio la muerte en esto se relaciona con duelos que no hayan sido resueltos y están aún en proceso de sanación.

Siguiendo en la misma línea se puede mencionar que están identificados varios criterios diagnósticos, algunos centrados en lo que es el aspecto cualitativo y en el corte de lo psicopatológico como lo son los incluidos en el DSM-5 (2014), también están los de aspectos cuantitativos y asociados con la ansiedad y lo que las manifestaciones del duelo representan como Prigersony Worden (2013), mencionan en relación al uso de los instrumentos de medida para la detención del mismo.

Cada vez el duelo ha tomado un interés más significativo para los profesionales de la salud, y con la llegada del DSM-5 se ha tenido un diagnóstico claramente definido, y el apoyo a los dolientes es algo que se ve como un factor de bienestar en el desarrollo de los niños afectados.

A pesar de que el duelo complicado no está en una categoría diagnóstica en el DSM-5 (2014), se puede agregar que los numerosos debates llevados a cabo para la elaboración de este manual de diagnóstico han planteado un trastorno por el duelo complejo persistente.

2.3.1 Efectos conductuales ocasionados por trastorno depresivo en niños de la segunda infancia

Según el DSM-5 (2014), Los efectos conductuales del trastorno depresivo en niños afectados pueden variar según su entorno, sus costumbres, la ideología de la familia y de cómo ellos entienden el duelo y la muerte. Sin embargo, las alteraciones conductuales están relacionadas básicamente con el sueño, la alimentación, la falta de interés en las actividades, el comportamiento irritable, la agitación o el enlentecimiento, entre los especificadores que el trastorno depresivo puede presentar tenemos, que si este viene con ansiedad puede ser grave, leve, moderado, moderado grave.

Además, pueden tener características atípicas, características melancólicas entre otras, a esto también le podemos sumar que el rasgo común en los trastornos depresivos es la presencia de un ánimo triste, sentimiento de vacío o simplemente irritable, esto acompañado de cambios somáticos y cognitivos lo que afecta a los niños de manera que sus relaciones familiares y sociales se ven afectadas.

Según el Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, se puede decir que evitar el dolor de un niño que atraviesa el duelo por la pérdida de un ser querido es algo que no se puede hacer, pero si se puede ayudar a sobrepasar ese duelo y ese dolor, tomando en cuenta que, si para un adulto es difícil la pérdida de un ser querido, para un niño lo es mucho más.

Dicha revista indica que hasta un 40% de los niños pueden padecer trastornos luego de una pérdida y lo importante que es tratar el duelo con un plan terapéutico, debido a la importancia de este proceso y las consecuencias que surgen en la actitud del niño y su entorno.

Los seres humanos experimentan luego de una pérdida sentimientos como tristeza, enojo e incertidumbre, asimilando el suceso como les sea posible. En el caso de los niños, ellos lo hacen de la manera en la que su entorno se los ha enseñado, frecuentemente copiando las actitudes y

emociones de sus padres, entonces viene la pregunta ¿Cómo le explicamos a un niño sobre la pérdida y el duelo?

Se pueden poner ejemplos de los que ellos ven en la televisión o en los videojuegos, pero para el niño no es tan fácil entender que no se verá más al ser querido. Algo muy distinto al suceso de pérdida de una mascota que podría ser reemplazada, de esta forma olvidan el dolor del mismo. Algo muy diferente pasa cuando un padre muere, ya que no hay manera de reponer esa ausencia, es allí en donde la terapia y la asistencia de un profesional es necesaria, ya que el profesional cuenta con técnicas adecuadas, entrenamiento y conocimiento que ayudará a entender y superar lo que está pasando.

Proporcionarle ayuda y contención de emociones es algo que puede funcionar en el duelo infantil, de esta manera se pueda ayudar a evitar que la pérdida sea un impedimento en el desarrollo emocional, social, psicosexual, donde los niños puedan tener una experiencia cálida y afectiva luego de perder a un ser amado, máximo si es un miembro de sus figuras paternas.

Cuando se sufre la pérdida de un familiar en la segunda infancia, los niños pasan por varias etapas de sufrimiento y aflicción a causa del duelo, la primera es dominada por el impacto y la crisis que conlleva aflicción sobre algo que aún no entiende, pero sabe que le duele y que le afecta directamente, es muy importante tomar en cuenta que en ocasiones por el hecho de ser niños se les aísla de la situación y no se les explica de manera adecuada sobre el suceso, por lo que es recomendable que al momento de la pérdida, al niño se le explique de manera abierta y clara con un lenguaje adecuado y comprensible.

Rodríguez (2014) aporta que la depresión infantil fue identificada y diagnosticada hasta en los años setenta, ya que en su mayoría de casos se presenta encubierta y lentamente con síntomas inespecíficos y siempre pueden ser típicos y de la depresión suelen confundirse, se puede caracterizar en tristeza, afectando la psicomotricidad mostrándose inhibida, distorsiones cognitivas suelen ser frecuentes en la baja autoestima, también suelen ser afectados con trastornos de sueño y de expresión social entre esto el retraimiento.

Cuando se habla de conductas de desánimo se puede decir que la sintomatología típica que suelen presentar los niños luego de una pérdida de un ser querido y cercano resalta el desinterés que ellos muestran ante actividades cotidianas y la empatía comienza a llamar la atención de los padres o cuidadores ya que es notable el comportamiento que tengan al estar presentando estos síntomas por pérdida y no pueden atravesar esta situación solo necesita ayuda y atenciones por quienes son su apoyo inmediato va a depender mucho de la manera y la madurez en que sus cuidadores le trasladen los hechos ya que se les debe tratar con responsabilidad a la hora de darles las noticias y no mentirles porque esto solo traslada confusión a los niños que quieren aclarar el porqué de la situación que se está viviendo.

Es de mencionar los síntomas depresivos que se pueden presentar, esto para poder tener un panorama de lo que son los efectos conductuales que surgen del duelo no resuelto en los niños, entre los más frecuentes se encuentra la tristeza, el cual es uno de los más visibles y que se notan al momento que el niño está cambiando conductas no cotidianas y que son irregulares en su comportamientos., la inhibición de actividades motoras, el insomnio entre otros problemas del sueño. También se puede mencionar la irritabilidad, cambios de humor y problemas de conducta en los que cabe recalcar que en la escuela y en el hogar estos cambios se vuelven significativos y de alerta, ya que se convierten en algo evidente en el niño, este comportamiento es un esfuerzo inconsciente para llamar la atención.

Por otra parte, su lenguaje verbal no le permite decir lo que siente, pero su lenguaje corporal grita que algo está mal, teniendo manifestaciones visibles como lo es la falta de apetito, lo cual es algo que suele suceder. Esta falta de apetito se relaciona con la tristeza que el niño está viviendo, a esto se le suma el aislamiento social, el cual es un factor que notan las maestras y los cuidadores, en este el niño ya no muestra interés en actividades cotidianas y que anteriormente solían ser agradables y de interés el, a eso le sumamos el fracaso escolar, dolores de cabeza de estómago sin fundamentación orgánico.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Método

La presente investigación utiliza el método cuantitativo, ya que se trabajan datos de frecuencia, para luego analizarlos de manera estadística. En este caso, se estudiará la frecuencia y presencia de algunos comportamientos que podrían llegar a ser patológicos, como lo es la presencia de conductas que concuerdan con los correspondientes al duelo complicado en los sujetos de estudio.

El método cuantitativo como lo menciona Hernández, Fernández y Baptista (2014) se define como una medición o estimación de magnitudes o frecuencias con que se presentan determinados fenómenos observables y medibles. Los datos obtenidos son analizados numéricamente o estadísticamente.

3.2 Tipo de investigación

El presente trabajo consiste en una investigación de campo, pues su finalidad es medir una variable en determinado sitio tal como se presenta, sin ningún tipo de manipulación experimental, y su interés es únicamente describir los resultados predominantes para la población estudiada. En este caso, la investigación describirá comportamientos patológicos en niños, con el fin de analizar los efectos del duelo no resuelto en niños de la segunda infancia.

3.3 Niveles y Técnicas de investigación

La investigación es de tipo descriptivo ya que su propósito es describir y representar estadísticamente los comportamientos patológicos causados como consecuencia del duelo no resuelto en un conjunto de niños de la segunda infancia.

Los estudios descriptivos como lo menciona Hernández, Fernández y Baptista (2014) buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de los fenómenos analizados; describen tendencias de un grupo o población.

Para ello, las técnicas de investigación utilizadas serán la observación sistemática y la entrevista estructurada, con las cuales se recolectarán datos de frecuencia y presentación de las conductas de interés.

3.4 Pregunta de investigación

¿Qué efectos conductuales se presentan como consecuencia del duelo en niños de la segunda infancia?

3.5 Variables de la investigación

3.5.1 Variable independiente

Duelo no resuelto

3.5.2 Variables dependientes

Niños de la segunda infancia (aspectos biopsicosociales)

Efectos conductuales

Depresión en niños

3.6 Análisis de factibilidad y viabilidad

Se ha determinado que la investigación es factible y viable, pues se cuenta con los recursos financieros y materiales para llevar a cabo todo el proceso de recolección y análisis de datos,

hasta su presentación final. El ámbito geográfico es un lugar accesible dentro del alcance de la investigadora, y cuenta con disponibilidad de tiempo para realizar las diligencias necesarias. Los recursos bibliográficos necesarios para dar soporte a la investigación se encuentran al alcance de la investigadora, y se cuenta con la autorización del centro de salud para poder llevar a cabo dicha investigación.

3.7 Muestreo

Para la presente investigación será seleccionada una muestra representativa de todos los casos de niños relacionados con el duelo no resuelto que asistan al centro de salud de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, durante el periodo comprendido entre el 13 de agosto y el 19 de octubre del 2018.

3.8 Sujetos de la investigación

Los sujetos de la investigación serán 5 niños de ambos géneros de la segunda infancia, los cuales han sufrido la muerte de un ser querido cercano o cuidador en los últimos 2 años, los cuales deberán estar asistiendo a tratamiento psicológico durante el mes de octubre de 2018, en el centro de salud del municipio de San Andrés Itzapa, del departamento de Chimaltenango.

3.9 Instrumentos de investigación

Para la presente investigación se estarán utilizando como instrumentos, en primer lugar, una guía de observación sistemática la cual consiste en una lista de cotejo que se entrega a padres o encargados y maestros, para registrar la presentación de conductas patológicas de tres tipos durante todos los días en el periodo de una semana de observación. En segundo lugar, se utilizará una entrevista semiestructurada para padres la cual constará de 10 preguntas que deben aplicarse a los padres o encargados de los sujetos de estudio para determinar la presentación de conductas ocasionadas directamente por el duelo complicado o no resuelto.

3.10 Procedimiento

El procediendo a seguir en la presente investigación será en primer lugar la identificación de los sujetos de estudio en el centro de salud de San Andrés Iztapa, Chimaltenango, los cuales deberán llenar los requisitos planteados en la presente investigación haciendo contacto con los padres o encargados y solicitar su consentimiento para tener respaldo legal los padres o encargados deberán llenar un Consentimiento Informado para su participación y la de sus hijos o sujetos menores en el estudio.

Seguidamente realizar la observación respondiendo la lista de cotejo de observación sistemática, la cual mostraría algunos datos comportamentales de los niños. Posteriormente se entrevistará a los padres o encargados, utilizando la entrevista semiestructurada para totalizar las conductas registradas en las listas de cotejo y en la entrevista, contrastando ambas fuentes de información para discriminar en una tabla dichos datos para su presentación final.

3.11 Cronograma

Cuadro No. 1

Cronograma

No.	ACTIVIDADES POR FECHAS SEMANA	INICIO	FIN	Agosto							Septiembre				Octubre			
				8	17	20	21	24	27	31	15	20	22	27	10			
1	Identificación de los sujetos de estudio	8/09/2018	8/17/2018															
2	Firma de consentimiento	20/08/2018	20/08/2018															
3	Observacion sistematica	21/08/2018	24/08/2018															
4	Entrevista con padres o encargados	27/08/2018	31/08/2018															
5	Tabulacion en las listas de cotejo	15/09/2018	20/09/2018															
6	Tabulacion de las respuestas obtenidas	22/09/2018	27/09/2017															
7	Presentacion de resultados	19/10/2018	19/10/2018															

Fuente: elaboración propia año 2018

Capítulo 4

Presentación y discusión de Resultados

4.1 Presentación de resultados

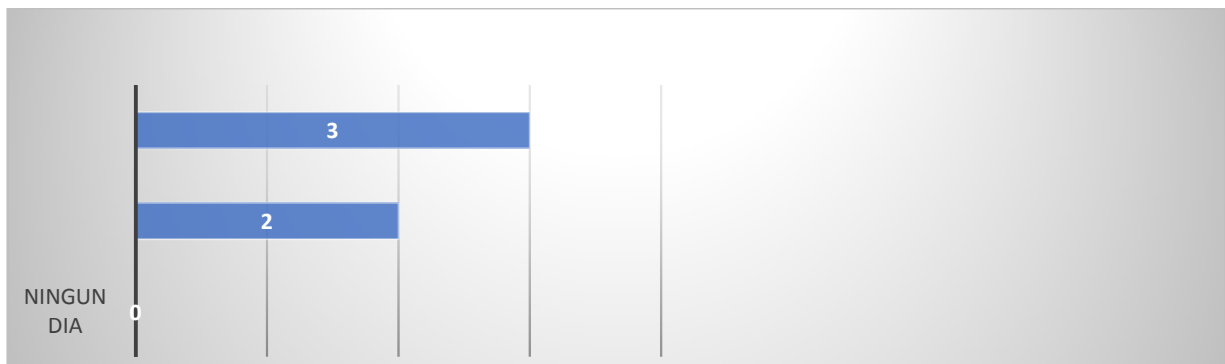
La información que a continuación se muestra es el resultado de toda la investigación, en la cual se incluyen los datos obtenidos a través de los instrumentos de investigación complementada por datos bibliográficos que dan sustento a la misma.

4.1.1 Resultados de observación sistemática mediante lista de cotejo

Pregunta No. 1

Grita, patalea, hace berrinches, dice insultos o es ofensivo, discute o riñe con compañeros, destruye objetos o daña material.

Gráfica No. 1
Agresividad e irritabilidad



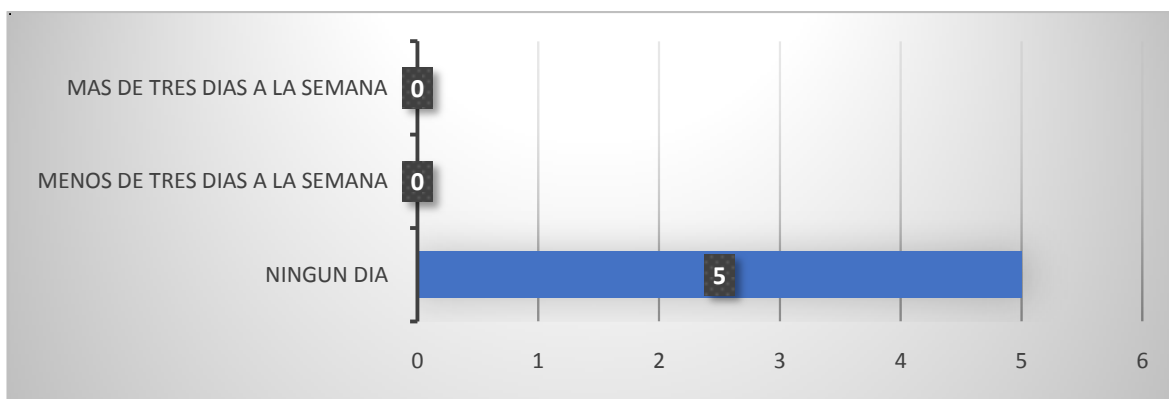
Fuente: elaboración propia año 2018

El 60% de los niños presentó estos síntomas más de tres días de la semana durante el período de observación, 40% de los niños solamente presentó los síntomas menos de tres días a la semana.

Pregunta No. 2

Se golpea a sí mismo, o se hace daño físicamente, se quita costras o partes de la piel

Gráfica No. 2
Autolesión y excoriaciones



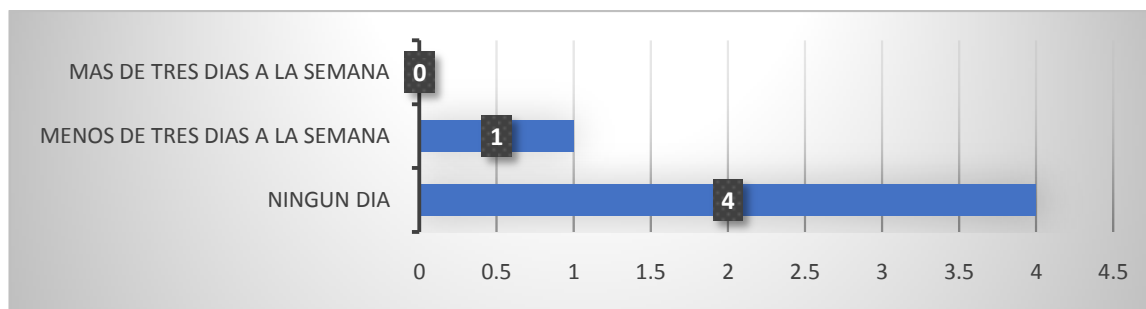
Fuente: elaboración propia año 2018

El 100% de los niños no presentó estos comportamientos durante la semana.

Pregunta No. 3

Evita o rechaza comer en algún tiempo de comida (desayuno, almuerzo, cena)

Gráfica No. 3
Inapetencia



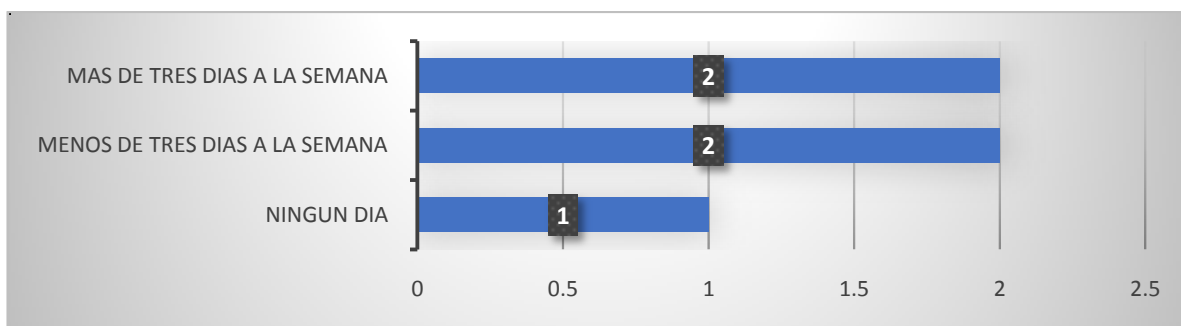
Fuente: elaboración propia año 2018

El 80% de los niños evitó comer en algún tiempo de comida por más de tres días a la semana y el 20% de los niños lo presentó menos de tres días por semana.

Pregunta No. 4

Busca pide o desea más comida, aunque ya haya comido suficiente.

GráficaNo. 4
Aumento de Apetito



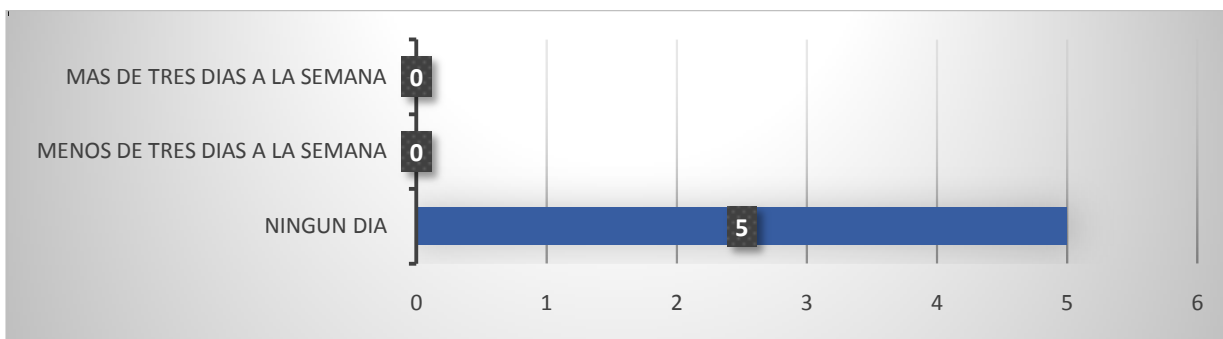
Fuente: elaboración propia año 2018

El 40% de los niños presentó los síntomas más de tres días por semana, otro 40% de los pacientes los presentó menos de dos días a la semana y solamente el 20% no presentó estos síntomas ningún día de la semana.

Pregunta No. 5

Se agita, se mueve de forma brusca o acelerada.

GráficaNo. 5
Agitación



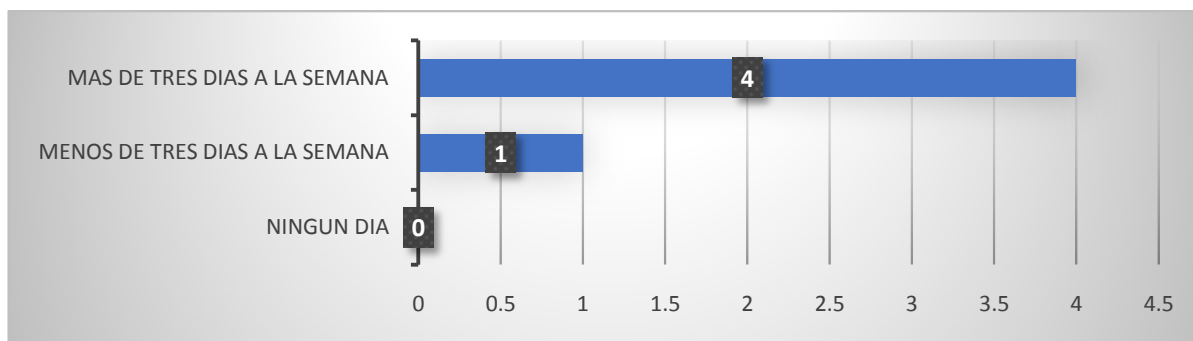
Fuente: elaboración propia año 2018

El 100% de los niños no presentó en la semana ninguna de estos síntomas.

Pregunta No. 6

Se mueve o habla de forma lenta.

Gráfica No. 6
Enlentecimiento



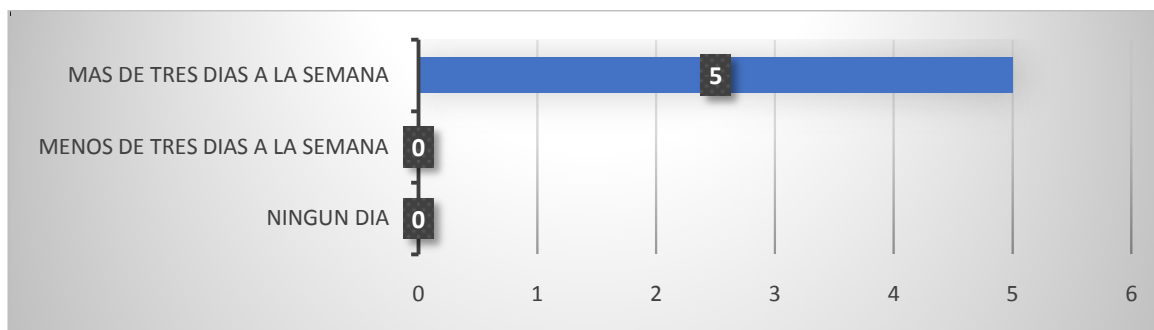
Fuente: elaboración propia año 2018

El 80% por ciento presentó los síntomas más de tres días a la semana, esto en comparación a su forma habitual de comportarse antes del fallecimiento del familiar, mientras que el 20% los presentó menos de dos días a la semana.

Pregunta No. 7

Duerme más de 9 horas, duerme en clase o se mantiene con sueño la mayor parte del día.

Gráfica No. 7
Alteraciones del sueño



Fuente: elaboración propia año 2018

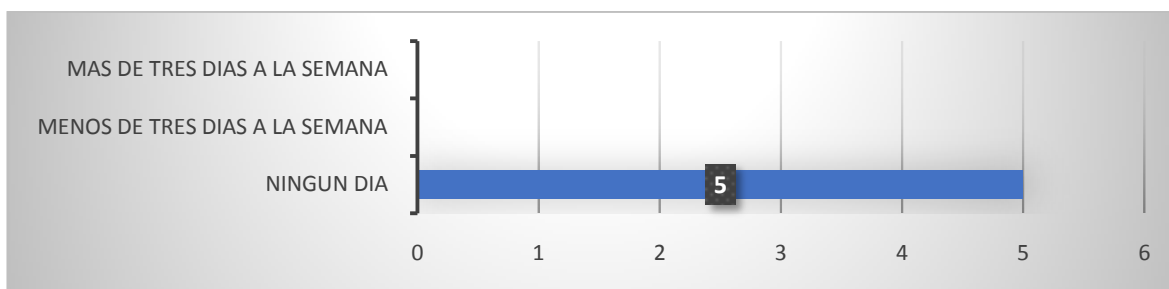
El 100% de los niños presentó estos síntomas más de tres días a la semana, esto comparado con el estado habitual del niño antes del fallecimiento del niño.

Pregunta No. 8

No logra quedarse dormido, se despierta y no puede dormir.

Gráfica No. 8

Insomnio



Fuente: elaboración propia año 2018

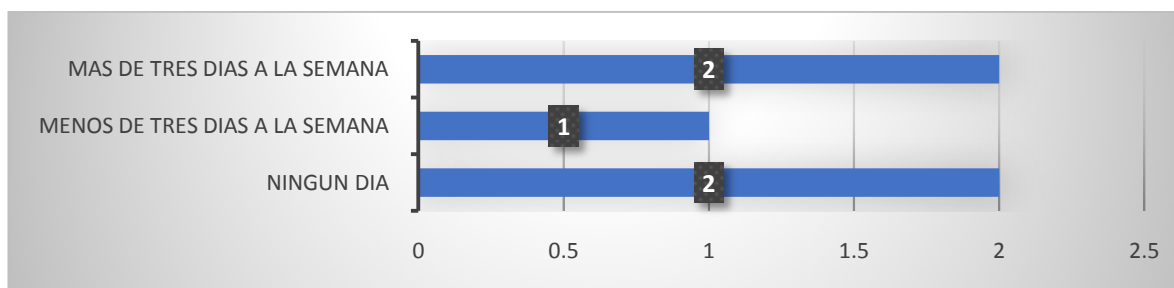
La totalidad de los niños evaluados no presentó dificultades para dormir.

Pregunta No. 9

No se interesa en hacer actividades que antes le gustaban.

Gráfica No. 9

Anhedonia o desánimo



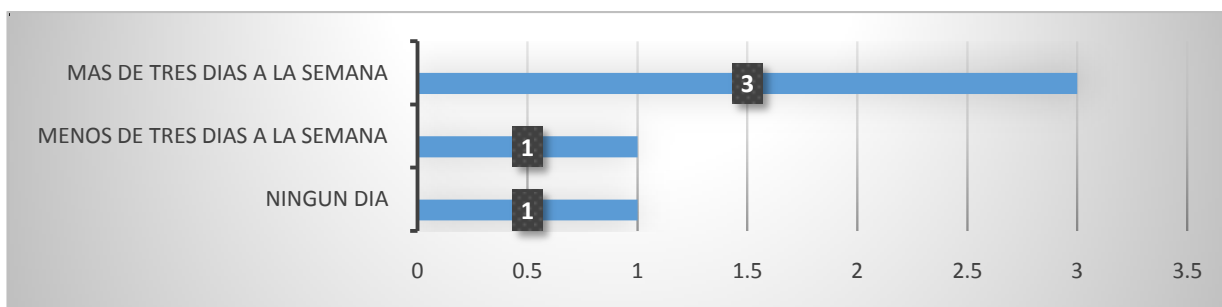
Fuente: elaboración propia año 2018

El 40% de los niños perdió el interés en cosas que antes le gustaban por más de tres días a la semana, otro 20% perdió el interés menos de tres días, mientras que el 40% no presentó cambios en sus intereses.

Pregunta No. 10

Evita hablar, interactuar o relacionarse con las personas.

Gráfica 10
Retraimiento



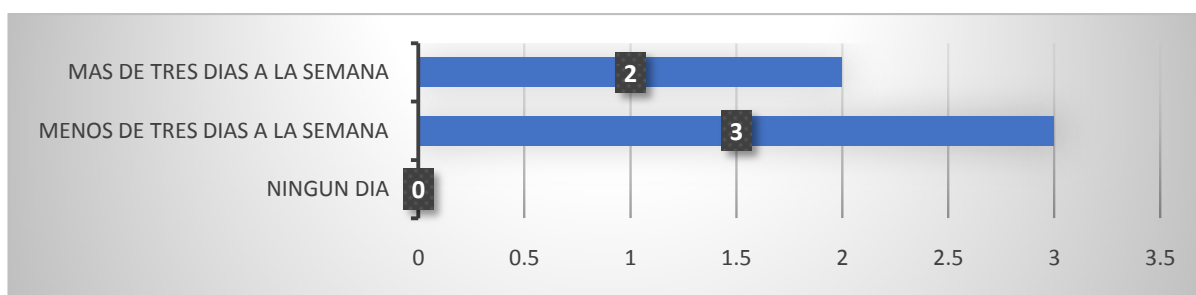
Fuente: elaboración propia año 2018

Se puede observar que el 60% de los niños presentó estos síntomas más de tres días a la semana, mientras que 20% de ellos los presentó menos de tres días y 20% no los presentó.

Pregunta No. 11

Llora en algunos momentos y no se tranquiliza.

Gráfica No. 11
Llanto continuo



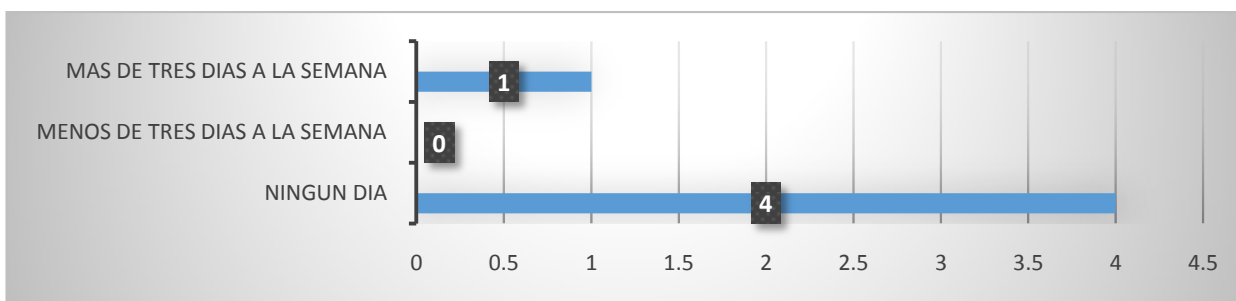
Fuente: elaboración propia año 2018

El 40% de los niños lloró en algunos momentos sin poderse tranquilizar por más de tres días a la semana, el 60% restante de los niños mostró el comportamiento menos de tres días a la semana.

Pregunta No. 12

Llora y vuelve a la normalidad fácilmente.

GráficaNo. 12
Llanto discontinuo



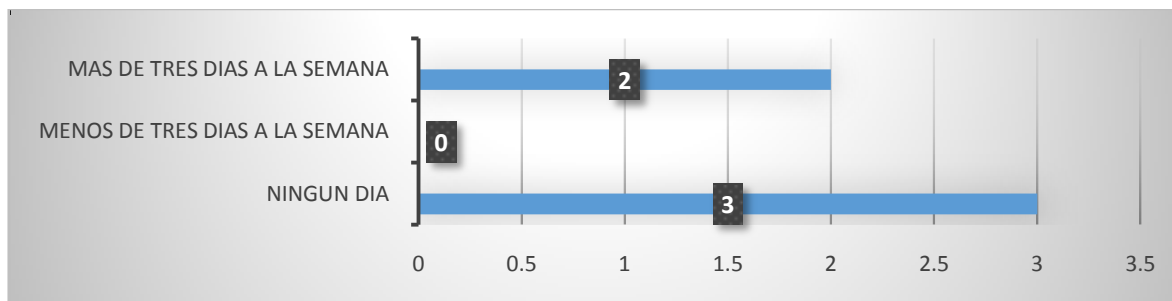
Fuente: elaboración propia año 2018

Solamente uno de los niños pudo controlarse fácilmente más de tres días a la semana mientras lloraba.

Pregunta No. 13

Habla de la persona fallecida y expresa su deseo de que viva nuevamente.

GráficaNo.13
Añoranza



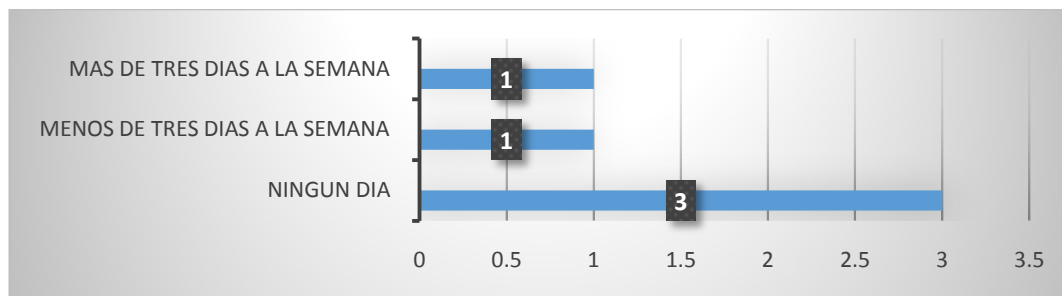
Fuente: elaboración propia año 2018

El 40% de los niños habla de la persona fallecida y expresa su deseo de que viva nuevamente más de tres veces por semana y el 60% no tuvo síntomas de esta categoría.

Pregunta No. 14

Actúa como si la persona no hubiera fallecido, continúa esperándole.

GráficaNo. 14
Negación del fallecimiento



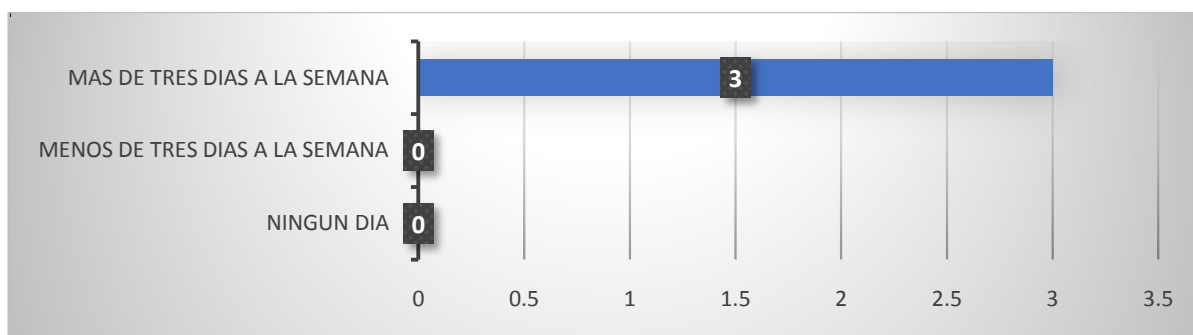
Fuente: elaboración propia año 2018

20% de los niños actúa como si la persona no hubiera fallecido, continúa esperándole más de tres días a la semana y otro 20% lo hace menos de tres días a la semana.

Pregunta No. 15

Evita situaciones que le recuerden a la persona fallecida.

GráficaNo. 15
Evitación



Fuente: elaboración propia año 2018

La gráfica muestra que el 100% de los niños evita situaciones que le recuerden a la persona fallecida más de tres veces por semana.

4.1.2 Resultados de entrevista con padres o encargados

Pregunta No. 1

¿(Nombre del sujeto) se muestra desanimado o cansado al iniciar el día o la mayor parte del día?



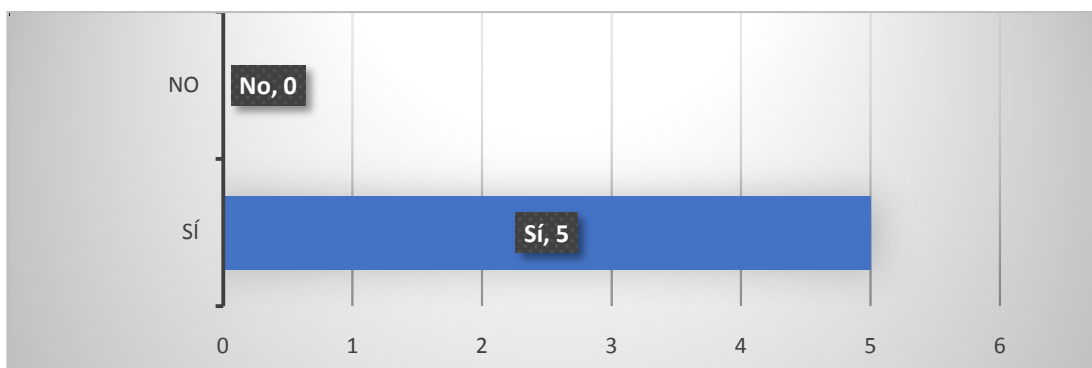
Fuente: elaboración propia año 2018

La gráfica muestra que el 100% de las madres reporta que su hijo/ase muestra desanimado o cansado al iniciar el día o la mayor parte del día.

Pregunta No. 2

¿Ha tenido cambios en el sueño o en el apetito?

GráficaNo. 17
Cambio en el apetito



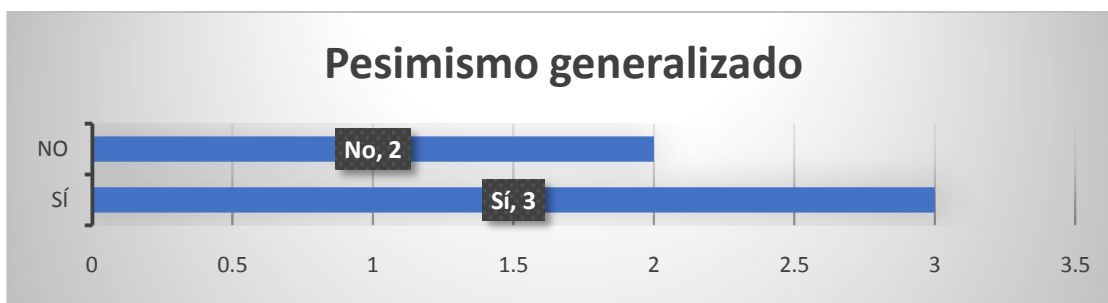
Fuente: elaboración propia año 2018

El 100% de las madres reporta que su hijo/a ha tenido cambios en el sueño o en el apetito.

Pregunta No. 3

¿Se muestra pesimista, o se enfoca en el lado negativo de las cosas?

GráficaNo. 18
Permiso generalizado



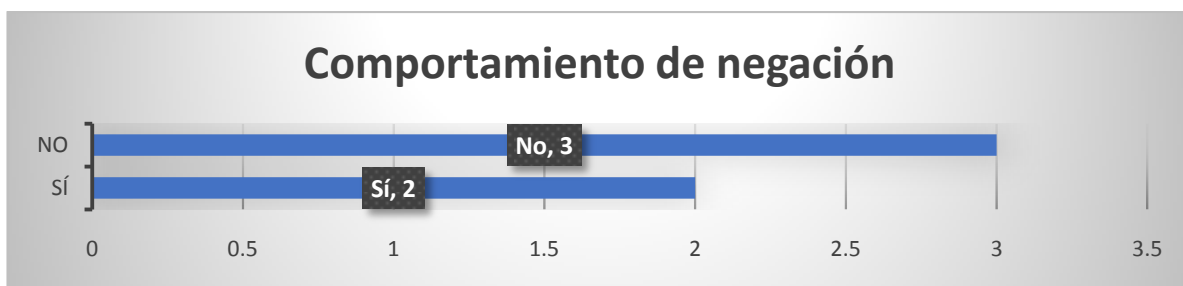
Fuente: elaboración propia año 2018

La gráfica muestra que el 60% de las madres reporta que se muestra pesimista, o se enfoca en el lado negativo de las cosas, mientras que el 40% no lo hace.

Pregunta No. 4

¿(Nombre del sujeto) actúa a veces como si (nombre de la persona fallecida) estuviera vivo(a)?

GráficaNo. 19
Comportamiento de negación



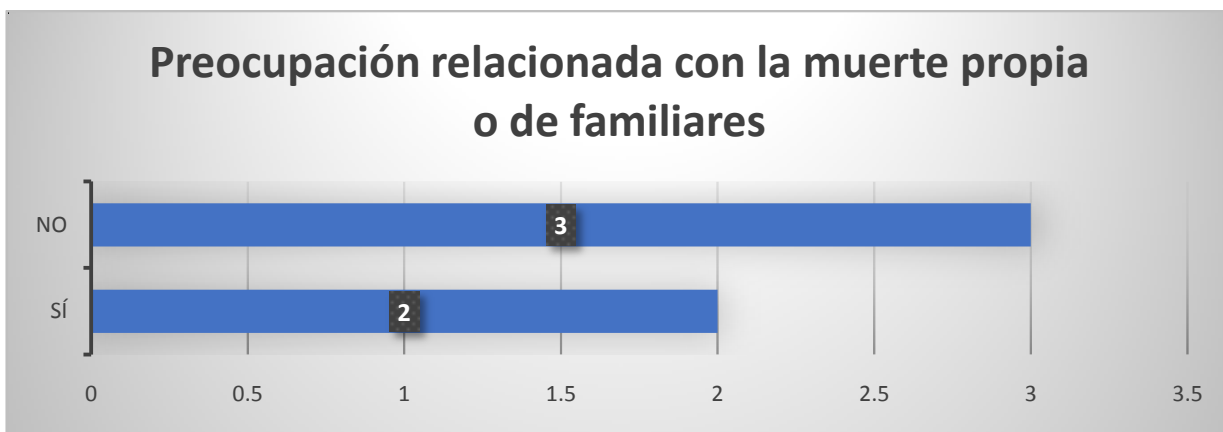
Fuente: elaboración propia año 2018

La gráfica muestra que el 40% de las madres reporta que el niño si actúa como si el familiar fallecido aún siguiera con vida.

Pregunta No. 5

¿Habla de la muerte, desea o teme morir o que una o más personas mueran?

GráficaNo. 20
Preocupación relacionada con la muerte propia o de miliares



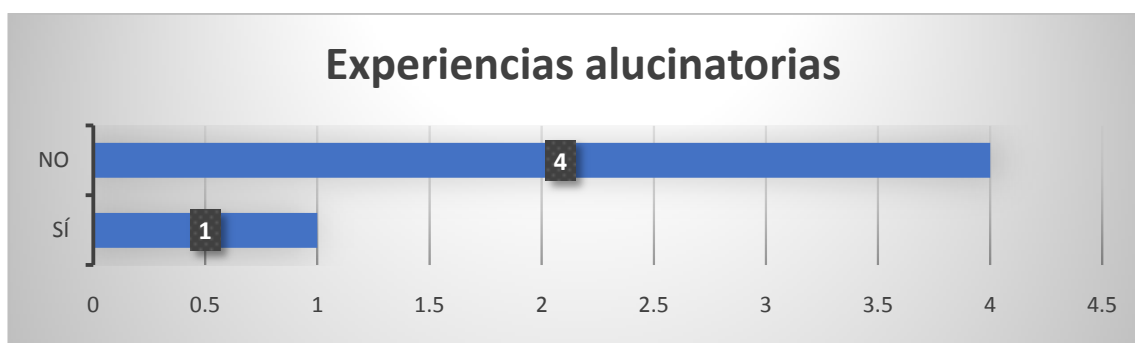
Fuente: elaboración propia año 2018

La gráfica muestra que el 40% si habla de la muerte, desea, teme morir o que una o más personas mueran.

Pregunta No. 6

¿Ha mencionado que ha visto a la persona fallecida, la ha escuchado o ha hablado con ella?

GráficaNo. 21
Experiencias alucinatorias



Fuente: elaboración propia año 2018

La gráfica muestra que el 20% ha mencionado que ha visto a la persona fallecida, la ha escuchado o ha hablado con ella.

Pregunta No. 7

¿Desde el fallecimiento, ha tenido tics, movimientos involuntarios, movimientos súbitos o de sobresalto?

GráficaNo. 22
Tics o movimientos involuntarios



Fuente: elaboración propia año 2018

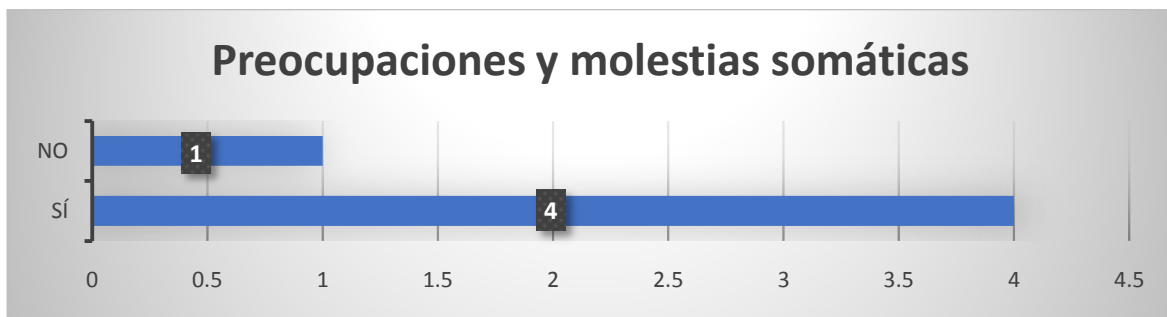
El 100% de los padres respondió que no ha presentado estos síntomas.

Pregunta No. 8

¿Se queja de molestias físicas o enfermedad?

Gráfica No.23

Preocupaciones y molestias somáticas



Fuente: elaboración propia año 2018

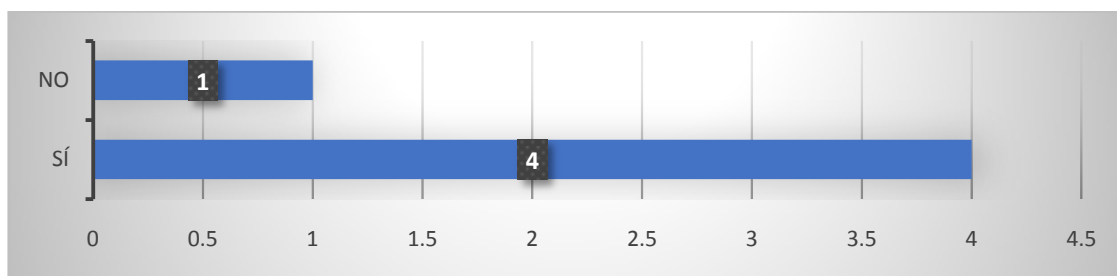
El 80% respondió de los encuestados respondió que no se quejan y el 20% respondió que sí.

Pregunta No. 9

¿Temor o resistencia a separarse de sus cuidadores?

GráficaNo. 24

Temor y resistencia



Fuente: elaboración propia año 2018

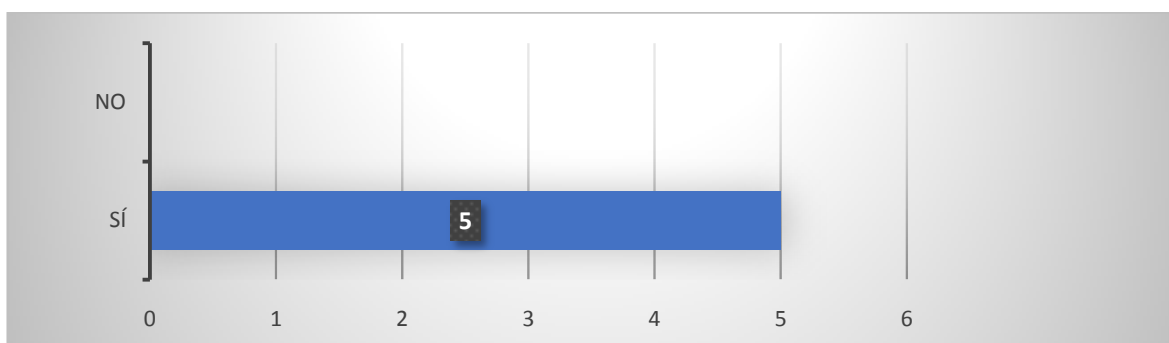
La gráfica muestra que el 80% de los niños presenta temor o resistencia a separarse de sus cuidadores y únicamente el 20% no presentaban esos síntomas.

Pregunta No, 10

¿Notó otro cambio importante en el comportamiento de (nombre del sujeto) que no estuviera en esta lista?

Gráfica No. 25

Niños con berrinches repentinos



Fuente: elaboración propia año 2018

La gráfica muestra que el 100% si tuvo otros comportamientos aparte de los anteriores tales como: berrinches, enojos repentinos y desinterés por actividades comunes.

4.2 Discusión de resultados

Diferentes autores están de acuerdo en que los efectos conductuales causados por el duelo no resuelto en niños deben ser tratados por profesionales y tomados en consideración para el buen desarrollo emocional del niño y que no existan consecuencias en la sociedad y en la propia familia.

Según los resultados de los pacientes del Centro de Salud de San Andrés Itzapa, los cambios en el comportamiento de un niño después del fallecimiento de un ser querido, son con tendencia al desarrollo de disforia y características compatibles con los criterios diagnósticos para duelo no

resuelto. Se pueden presentar conductas de estrés post traumático o patologías psicosomáticas para los cuales sería necesario una evaluación que lleve a un diagnóstico claro y completo.

En la población estudiada, en general y según se ha demostrado por los resultados de las observaciones y entrevistas, se logró identificar los efectos conductuales más relevantes, siendo estos: desánimo o cansancio en la mayor parte del día, cambios en el sueño o en el apetito, temor o resistencia a separarse de sus cuidadores, molestias físicas o enfermedades.

Cabe mencionar que los resultados de la observación también concuerdan con los comportamientos señalados por los padres o encargados al indicar sus motivos de consulta, tales como: grita patalea hace berrinches destruye objetos y daña material, evita comidas o busca desea y pide más comida de lo común, duerme más de 9 horas o se mantiene la mayor parte del día con sueño, se muestra pesimista y habla de la persona fallecida expresando sus deseos que viva nuevamente.

Las alteraciones del sueño resultaron ser efectos conductuales llamativos según la observación, de igual manera también, en la mayoría de los casos se observaron comportamientos de agresividad o irritabilidad, lentecimiento, anemona, desánimo y retraimiento. Dichos síntomas y comportamientos pertenecen al síndrome depresivo, descrito por la American Psychiatric Association (2014), diferenciándose estos síntomas de los encontrados en el duelo no resuelto. Aunque también se registraron comportamientos de evitación de situaciones que recordaran al fallecimiento. Esto último en todos los sujetos y en la totalidad de los días.

Mediante la entrevista con los padres se describieron los siguientes cambios en el comportamiento: desánimo o cansancio en la mayor parte del día, cambios en el sueño o en el apetito, temor o resistencia a separarse de sus cuidadores, molestias físicas o enfermedades.

El temor a la muerte de los cuidadores es un cambio que puede presentarse en los niños después del fallecimiento de un ser querido, tal como se comprobó anteriormente.

Conclusiones

Los principales efectos del duelo no resuelto en niños de la segunda infancia son los cambios de comportamiento de tipo disfórico, también alteraciones del sueño y del apetito, enlentecimiento, agresividad o irritabilidad, retraimiento y pesimismo generalizado. También es frecuente la evitación de situaciones que recordaran a la persona fallecida. Otros cambios son la preocupación por la muerte o separación de los cuidadores, siendo un desencadenante de otros trastornos en el futuro.

En relación con los aspectos biopsicosociales de los niños de la segunda infancia se concluye que en esta etapa presentan cambios en la autodefinición, que pasa de ser una descripción específica a generalizada y autocrítica. En esta etapa surge el conflicto de iniciativa contra culpa, el inicio de la percepción de sí mismo que se vuelve más crítica y detallada, la cual es esencial para el desarrollo de la autoestima. En lo social, influyen principalmente la familia o los círculos culturales del niño que transmiten las ideas y creencias culturales que influyen en la identificación del yo, como un ser individual o social, es la parte evaluativa del auto concepto. Cabe mencionar que en el aspecto emocional los niños empiezan a comprender y autorregular sus emociones, por lo que se convierte en una etapa crítica para su desarrollo.

Los efectos conductuales por el duelo no resuelto son síntomas que afectan la vida y el entorno del niño, la agresividad e irritabilidad, enlentecimiento, anhedonia y desánimo, tristeza, llanto continuo y la incapacidad de controlarse. El comportamiento depresivo en los niños que sufren de duelo en la segunda infancia se presenta principalmente en alteraciones de apetito y descontrol del sueño, enfocándose en lo negativo de forma generalizada, incluyendo dentro de esto la percepción pesimista de sí mismo; sin embargo, no se contó con el tiempo suficiente para poder hacer una evaluación completa que pudiera llevar al diagnóstico de depresión infantil. Los pacientes, aunque estaban siendo evaluados por profesionales aún se encontraban en el proceso de diagnóstico.

Recomendaciones

Se recomienda la evaluación multidisciplinaria de los sujetos de estudio, a efecto que se valore desde distintos ángulos los síntomas y comportamientos observados y descritos en la presente investigación. Así mismo se guía al departamento de psicología del centro de salud de la población estudiada implementar programas de atención para niños, ya que no se le presta la atención adecuada al niño que ha sufrido y se pospone el diagnóstico de infante al verlo como secundario en el sufrimiento.

La familia como red primaria de apoyo y sustento, debe proveer las condiciones para que el duelo pueda ser superado sanamente. Es por ello que se recomienda que los padres de familia o cuidadores de los niños reciban psicoeducación para el manejo adecuado de los cambios que en esta edad los niños presentan, ya que la falta de información sobre el desarrollo biopsicosocial produce un manejo inadecuado de los cambios en esta etapa.

Se recomienda la implementación de programas de educación o terapia grupal para sensibilizar a los familiares de los niños sobre los efectos conductuales del duelo no resuelto, esto con la finalidad de promover el tratamiento de los síntomas y problemas conductuales que se presenten. Es recomendable que se informe adicionalmente sobre trastornos de ansiedad por separación, y síntomas psicosomáticos, o depresión que también pueden estar ligados a un duelo por el fallecimiento de un ser querido.

Referencias

- Aguado, S. (s.f.), Digital. Recuperado el 02 de 07 de 2018, de Psicólogos Infantiles Madrid-Centro de Psicología Madrid
- American Psychiatric Association (APA). (2014) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Furma, E. (2015.) Cuando muere uno de los padres del niño. A. Ospina. Cali : Programa editorial Universidad del Valle
- García Mantilla, M. G. (2013). El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central de conflicto relacional (CCRT). (Tesis de Doctorado) Facultad de Filosofía.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. (6a. ed.). México: McGraw Hill.
- Martín, M. (2010). Ganar perdiendo: los procesos de duelo y las experiencias de pérdida: muerte-divorcio-migración. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ospina, M. 2014. Cuando Muere un Ser Amado. Cali : Programa Editorial Universidad del Valle.
- Paz, M. Bermúdez, A. (2004.) Manual de psicología clínica infantil. 3ra. Edición. Madrid : Editorial Biblioteca Nueva, S. L., 2004
- Pieschacón, M. (2011.) Trastorno de estrés postraumático. Primera Edición. Bogotá D.C. : Ediciones Uniandes, 2011.

Serret, C. Asensio, M. (2014.)La Humanización del Duerlo. Primera Edición. Beilén :
OCTAEDROM, S.L.

Worden, J.W. (2013). El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona:
Paidós.

Muñoz Vila C. (2010). El difícil trabajo del duelo. Revista de la Sociedad Colombiana de
Psicoanálisis. Segundo Pág. 245-256.

Anexos

Anexo 1

Guía de observación de comportamientos infantiles en el duelo no resuelto

DATOS GENERALES	
Sujeto observado	
Observador(es)	
Duración de la observación	1 semana
Fecha de inicio de la observación	Noviembre, 2018
Días en que se realizará la observación	Todos los días de la semana
Horario en que se realizará la observación	De 6 am a 8 pm
Horario en que se realizará el registro en la lista de cotejo	Al finalizar el día o la jornada
Fenómeno a observar	Comportamientos del sujeto observado

Anexo 2

Lista de cotejo de comportamientos de depresión o duelo

LISTA DE COTEJO DE COMPORTAMIENTOS DE DEPRESIÓN O DUELO				
CATEGORÍA	DEFINICIÓN	OCURRENCIA		
		Ningún día	Menos de tres a la semana	Más de tres veces a la semana
Agresividad e irritabilidad	Grita, patalea, hace berrinches Dice insultos o es ofensivo Discute o riñe con compañeros Destruye objetos o daña material			
Autolesión y excoriaciones	Se golpea a sí mismo, o se hace daño físicamente Se quita costras o partes de la piel			
Inapetencia	Evita o rechaza comer en algún tiempo de comida (desayuno, almuerzo, cena)			
Aumento del apetito	Busca, pide o desea más comida aunque ya haya comido suficiente			
Agitación	Se agita, se mueve de forma brusca o acelerada			
Enlentecimiento	Se mueve o habla de forma lenta			
Alteraciones del	Duerme más de 9 horas, duerme			

sueño	en clase o se mantiene con sueño la mayor parte del día			
Alteraciones del sueño	No logra quedarse dormido, o se despierta y no puede dormir			
Anhedonia o desánimo	No se interesa en hacer actividades que antes le gustaban No intenta participar en juegos			
Retraimiento	Evita hablar, interactuar, participar en clase o relacionarse con las personas			
Tristeza	Llora en algunos momentos y no se tranquiliza.			
Llanto	Cuando llora vuelve a la normalidad fácilmente			
Añoranza	Habla de la persona fallecida y expresa su deseo de que viva nuevamente			
Negación del fallecimiento o	Actúa como si la persona no hubiera fallecido, continúa esperándole			
Evitación	Evita situaciones que le recuerden a la persona fallecida			

Anexo 3

Entrevista con padres o encargados

El entrevistador le dice a los observadores, padres y encargados o maestros, las siguientes preguntas, pudiendo adaptarlas para la comprensión del sujeto entrevistado. El entrevistador anota la respuesta como “sí” o “no”.

(Síntomas o comportamientos de depresión)

1. ¿(Nombre del sujeto) se muestra desanimado o cansado al iniciar el día o la mayor parte del día?
2. ¿Ha tenido cambios en el sueño o en el apetito?
3. ¿Se muestra pesimista, o se enfoca en el lado negativo de las cosas?

(Síntomas de duelo complicado)

4. ¿(Nombre del sujeto) actúa a veces como si (nombre de la persona fallecida) estuviera vivo(a)?
5. ¿Habla de la muerte, desea o teme morir o que una o más personas mueran?
6. ¿Ha mencionado que ha visto a la persona fallecida, la ha escuchado o ha hablado con ella?

Otros síntomas

7. ¿Desde el fallecimiento, ha tenido tics, movimientos involuntarios, movimientos súbitos o de sobresalto?
8. ¿Se queja de molestias físicas o enfermedad?
9. ¿Temor o resistencia a separarse de sus cuidadores?
10. ¿Notó otro cambio importante de comportamiento en (nombre del sujeto) que no estuviera en esta lista?

Anexo 4

Consentimiento informado adultos

El día de hoy ____ de _____ del año 20____; yo: _____
_____, de ____ años de edad, me identifico con el código de Documento de Identidad, DPI / Pasaporte:

_____, declaro que: de forma voluntaria autorizo mi participación en el proceso de *investigación psicológica*, el cual se llevará a cabo por: _____, quien es estudiante de *quinto año* en la Universidad Panamericana, Sede Chimaltenango y se identifica con el número de carné: _____ . El proceso constará de la participación en una entrevista y lista de cotejo que evaluara las siguientes áreas:

_____. El estudiante será supervisado por el _____, quien es catedrático en la institución previamente mencionada.

Reconozco que el estudiante realizará los instrumentos con fines de investigación para su realización colaboraré con cierta información personal. Dicha información será confidencial, y de uso investigativo para la realización de esta tesis de grado.

A continuación, se presentan algunas de las consultas realizadas durante la lectura del presente consentimiento informado, las cuales fueron explicadas por el estudiante:

Ante lo previamente expuesto, informo que yo:

_____, me encuentro enterado de los compromisos, responsabilidades y derechos que conlleva mi participación en el *proceso de investigación*

Reconozco que mi participación es libre y bajo ningún rubro me encuentro obligado a participar.

Con la firma del presente consentimiento eximo de cualquier responsabilidad a los estudiantes,

catedráticos, Autoridades de Universidad Panamericana y Universidad Panamericana. A continuación, procedo a firmar de forma libre y voluntaria:

f. _____

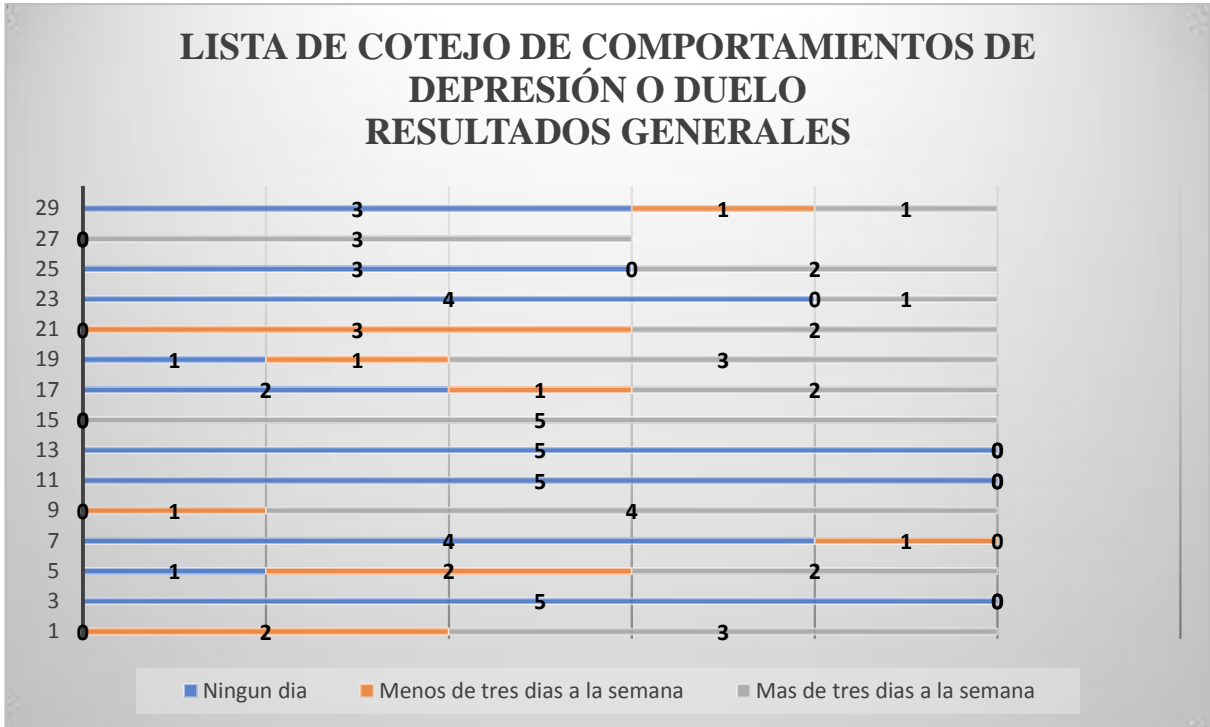
Nombre: _____

Número de DPI/Pasaporte: _____

Número de contacto: _____

Anexo 5

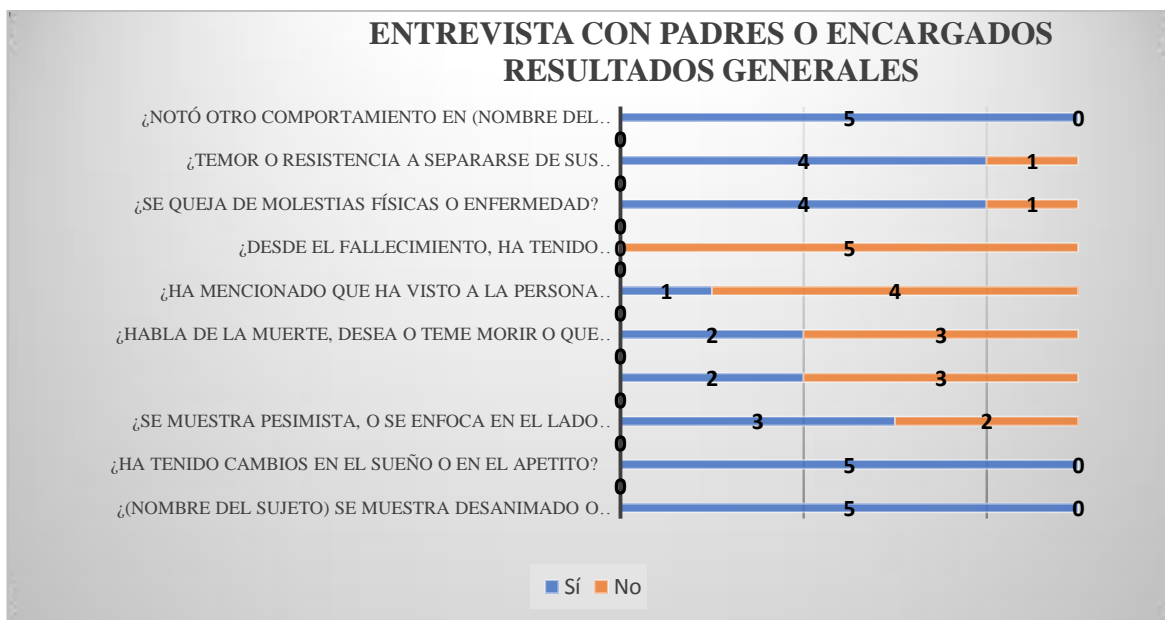
Lista de cotejo de comportamiento de depresión o duelo resultados generales



Fuente: elaboración propia año 2018

Anexo 6

Entrevista con padres o encargados resultados generales



Fuente: elaboración propia año 2018