



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA EL MANEJO DE LAS  
PÉRDIDAS EN HIJOS DE MUJERES CON CÁNCER EN FASE  
TERMINAL.***

**T E S I N A**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A:**  
**BEATRIZ RODRIGUEZ QUIJANO**

**DIRECTORA DE LA TESINA:**  
**MTRA. PATRICIA ROMERO SÁNCHEZ**



Ciudad Universitaria, D.F.

Octubre , 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

*Caer en la más profunda desesperación  
nos ofrece la oportunidad de descubrir  
nuestra verdadera naturaleza.*

*Del mismo modo que los sueños se cumplen  
cuando menos lo esperamos,  
hallarás inopinadamente las respuestas  
a las preguntas que te haces.*

*Deja que tu intuición construya  
un sendero de sabiduría,  
y que la esperanza borre tus temores.*

## ***AGRADECIMIENTOS***

A las joyas que iluminan mi vida y son mi razón de ser,  
mis hijas Zoar y Zaira por su paciencia y su amor.

A mi esposo Arturo por su apoyo incondicional.

A mis padres por darme la vida.

A mis hermanos Enrique, Héctor, Juan Manuel,  
Verónica y Eduardo por la vida que hemos compartido juntos.

A la Dra. Dolores Gallardo R. por creer en mí y  
por impulsarme a seguir mis sueños.

Al Psic. Onc. Salvador Alvarado A. por ser mi maestro y  
por compartir conmigo sus conocimientos,  
experiencias, tiempo y por su vocación para la docencia.

A la Profa. Patricia Romero S. por su confianza,  
su paciencia y el gran apoyo que me  
brindo durante la realización de este trabajo.

A mis Sinodales por los conocimientos aportados  
para el enriquecimiento de este trabajo.

A todos mis amigos por compartir mi historia de vida,  
por permitirme ser parte de la suya y  
por estar conmigo aún en la distancia y tiempo.

# ÍNDICE

Resumen .....	6
INTRODUCCIÓN .....	7
Capítulo 1. La psicooncología	
1.1 La psicooncología .....	12
1.1.1. La psicooncología como herramienta terapéutica.....	14
1.1.2. Modelos de actualidad.....	15
1.2 La psicooncología a nivel mundial.....	16
1.3 La psicooncología en México.....	17
1.4 La psicooncología en Latinoamérica.....	18
1.5 Campo de acción de la psicooncología.....	19
1.6 Psicooncología y Gestalt.....	22
Capítulo 2. El cáncer	
2.1 Características de la enfermedad.....	24
2.1.1. Índices de mortalidad por cáncer.....	26
2.2 Tipos de cáncer más frecuentes en la mujer.....	28
2.2.1. Cáncer cérvico-uterino.....	28
2.2.2. Cáncer mamario.....	29
2.2.3. Cáncer Gástrico.....	30
2.2.4. Cuidados paliativos y calidad de vida.....	33
2.4 Aspectos psicológicos de la paciente con cáncer.....	34
2.5 Estilos de afrontamiento ante la enfermedad.....	35
2.6 Implicaciones en los hijos en edad infantil.....	36
Capítulo 3. Duelo en la infancia	
3.1 Desarrollo infantil.....	40
3.1.1. Teoría del apego.....	44
3.2 Las emociones.....	46
3.2.1. Teoría evolutiva de las emociones.....	47
3.2.2. Teorías cognitivas de las emociones.....	48
3.3 Muerte y duelo.....	52
3.3.1. Definición de duelo y su proceso en los niños.....	53
3.3.2. Mecanismos de defensa ante el duelo.....	57
3.3.3. Duelo patológico.....	58
3.3.4. Actitudes de los niños ante la muerte.....	59
3.3.5. Comunicación sobre la muerte con los niños.....	62

Capítulo 4.- Psicoterapia Gestalt	
4.1 Antecedentes.....	66
4.2 Psicoterapia Gestalt.....	67
4.2.1. Algunos conceptos básicos.....	68
4.2.2. El ciclo de la experiencia.....	72
4.2.3. Técnicas en Gestalt.....	76
4.2.4. Relaciones de objeto y duelo en Gestalt.....	80
4.2.5. Elaboración de la pérdida.....	83
4.3 Psicoterapia Gestalt en niños.....	85
4.3.1. Técnicas en psicoterapia Gestalt en niños.....	87
4.3.2. Consideraciones finales.....	89
Capítulo 5.- Propuesta de intervención del psicooncólogo	
5.1 Propuesta del Taller “Manejo de las pérdidas en el niño”.....	92
Referencias.....	108
Anexo 1. ....	113
Anexo 2. Cartas descriptivas.....	116

## Resumen

El afecto y la emociones son elementos importantes en las relaciones humanas, en virtud de lo cual la pérdida de un ser querido representa una condición de mucho dolor y confusión. El llamado proceso de duelo constituye un período difícil, por lo que para salir adelante en este proceso, es necesario pasar por una serie de etapas. El objetivo de este trabajo es describir el impacto emocional que genera en niños de 6 a 11 años, la pérdida de la madre por una enfermedad en fase terminal, como es el cáncer. Se describe la importancia del psicooncólogo como profesional en el manejo de la pérdida y de las emociones que surgen como el miedo, la tristeza, la culpa y la ira.

El cáncer ocasiona un gran deterioro físico, emocional y social, en ocasiones largos periodos de hospitalización, esto genera que el niño pueda experimentar ansiedad de separación, por lo anterior es importante ofrecerle información clara sobre la enfermedad de la madre, su proceso y desenlace, permitirle participar en todas las fases de la enfermedad, con la finalidad de que vaya integrando gradualmente esta información, con base en su desarrollo cognitivo. De lo contrario la ausencia de información puede ocasionar en el niño confusión, incertidumbre sobre lo que está pasando y ansiedad, que llegan a provocar bajo rendimiento escolar, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, regresión a etapas anteriores del desarrollo, entre otras.

Como cierre del presente trabajo se expone una propuesta de taller para el “Manejo de las pérdidas en los niños”, con un enfoque Gestalt, considerando que este enfoque posibilita el uso de una gama de técnicas que ayudan al niño a darse cuenta de los que está pasando y sintiendo, así como la forma de expresar y asimilar la experiencia.

## 1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se hace una revisión sobre el surgimiento y desarrollo de la Psicooncología como apoyo terapéutico a las pacientes con cáncer y a sus familias, este trabajo abordará principalmente el manejo de las pérdidas en los niños, específicamente en los hijos de mujeres con expectativas de vida a corto plazo.

Desde los años cincuenta se inició una nueva disciplina en las ciencias de la salud, cuya finalidad era investigar la correlación entre los factores psicológicos y el desarrollo de algunas enfermedades, es así que la escuela psicoanalítica introduce el término **psicosomático** para describir algunos trastornos orgánicos cuya etiología puede ser atribuible a causas psicosociales.

Posteriormente la fisiología experimental estudia las relaciones entre las emociones y el funcionamiento del organismo; la escuela soviética también realiza estudios que abordan el condicionamiento de la conducta, así sobre las aportaciones de otras ciencias como la sociología, la medicina, la epidemiología y la antropología médica, toda esta acumulación de conocimientos permite el surgimiento de una nueva disciplina: la Medicina Comportamental, término acuñado por Lee Birk (1973), citado en Luzoro (1992).

Diferentes investigaciones han mostrado la importancia de los factores sociales en el origen, desarrollo, control y consecuencias de los trastornos y enfermedades, permitiendo la aparición de nuevas áreas de estudio que se engloban específicamente en el área de la Psicología de la Salud, descrita por la *Academy of Behavioral Medicine Research* como "el área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamental y biomédica que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Bayés, 1979, citado en Luzoro 1992, p. 27).

En 1978, *The American Psychological Association* crea la División 38 a la que denominó *Health Psychology* (Psicología de la Salud), cuyo objetivo básico consiste en fomentar y difundir la contribución profesional de los psicólogos a un



mejor conocimiento de la salud y la enfermedad. En el marco de esta nueva disciplina surge la **Psicooncología**.

Como una especialidad de la psicología, la psicooncología genera herramientas de apoyo terapéutico para brindar soporte a los pacientes afectados de cáncer y a sus familiares, así como a los profesionales de la salud, ayudando a manejar los cambios que se generan a lo largo de la enfermedad. Sus principales funciones son: la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, así como apoyar en el desarrollo de competencias comunicativas y de interacción del personal médico.

Dentro de las funciones del psicooncólogo también está, en general, el apoyo en el manejo del duelo del paciente y sus familiares, y en lo particular, el manejo de las pérdidas en hijos de mujeres con cáncer. En este trabajo se tiene como objetivo plantear la problemática a la que se enfrenta el niño por la pérdida de un ser querido, especialmente la madre por causa de la enfermedad terminal.

La Fundación MISS, de Peoria , Arizona, en Estados Unidos en su programa de atención a niños que sufren una pérdida, reporta que existen aproximadamente 1.2 millones de niños que pierden a alguno de sus padres antes de cumplir los 15 años, por tal razón, la literatura reporta, que algunas de las manifestaciones que se pueden presentar en el proceso de duelo están asociadas a la enfermedad terminal. Por otra parte el INEGI reporta un incremento en la incidencia del cáncer que ocasiona la muerte a 68,815 personas, para el caso de México (INEGI, 2008).

Sipos y Solano en 2002, realizaron una investigación retrospectiva basada en historias clínicas de pacientes de entre 6 y 15 años de edad, con un total de 20 pacientes. Los participantes habían perdido a uno de sus progenitores. Dentro de los resultados que encontraron fue que sólo tres de los casos el motivo de consulta era la pérdida del padre o madre, en donde de ellos la intervención inicio antes del fallecimiento y en 6 de ellos la fallecida era la madre a consecuencia de una enfermedad que no se especifica. Se confirmó que los niños recibieron información respecto al desenlace cuando se trataba de una enfermedad crónica, se les permitió participar de los rituales funerarios y la manifestación de sus

emociones, todo esto de acuerdo a su edad y etapa evolutiva, sin embargo, se encontró que posteriormente se mantuvieron al margen de la elaboración del duelo en la familia.

Este estudio mostró que aunque el motivo de consulta inicial no fue por síntomas característicos de un proceso de duelo podrían asociarse a éste y que pese a que se considera que la muerte de un progenitor no es un factor determinante durante la evaluación y tratamiento de los niños adquiere relevancia significativa, al igual que la dinámica familiar. Sin embargo, no se toma como concluyente y se considera importante realizar más estudios de investigación en este campo para poder determinar la correlación entre la sintomatología presentada por los niños posteriores (meses o años) al fallecimiento y su origen durante este proceso.

Por su parte, Jiménez (2009), destaca la importancia del trabajo terapéutico en niños y su familia en el proceso de duelo, con la finalidad de prevenir cualquier manifestación de psicopatología en la vida adulta. Favoreciendo la adaptación al medio ambiente, con el reajuste requerido de acuerdo a las funciones que desempeñaba el fallecido, así como la conceptualización de este medio sin el ser querido, incluyendo la redefinición de roles en la familia. Este proceso produce *distrés*, que se puede expresar a través de las emociones, somática y socialmente.

El proceso de duelo significa un enorme gasto de energía física y emocional. Las reacciones emocionales que se producen son muy intensas, por lo que es necesario expresarlas y aceptarlas para poder adaptarse a la ausencia del ser querido. Cada niño experimenta este proceso de forma particular, ya que en él interviene su capacidad de adaptación a nuevas situaciones, la edad, su desarrollo psicológico, la educación, la religión que se profesa en la familia y la forma en que se observa por los miembros de la familia, especialmente los niños, la cultura, la sociedad y todo aquello que lo rodea. Todos estos factores deben ser considerados para la evaluación del duelo en los menores, así como en la forma en cómo se interviene a nivel terapéutico. El programa que aquí se propone,

tendrá como base la psicoterapia Gestalt, que precisamente engloba los factores antes señalados.

Comúnmente se cae en el error de creer que los niños, no deben participar en los ritos del funeral, el entierro y el dolor asociado con la pérdida de un ser querido, especialmente si es la madre; no se acepta que ellos saben, comprenden y especialmente captan mucho más de lo que suele reconocerse, a todo esto se le denomina proceso de elaboración del duelo.

La sobreprotección de familiares y amigos, es aparentemente útil en un comienzo, pero aísla al niño de la realidad. La información debe ser fraccionada y comprensible, se debe evitar generar en el niño la creencia de que se le miente.

La intervención del psicooncólogo en el manejo del duelo permitirá el reajuste psicológico del niño a su nueva circunstancia de vida, con un adecuado manejo de la pérdida para su integración a la nueva estructura familiar.

El presente trabajo incluye cuatro capítulos de revisión, encaminados a presentar los aspectos conceptuales acerca del duelo, las características del manejo de las emociones y del duelo en los niños y los lineamientos teóricos sobre la psicooncología y un capítulo dedicado a la descripción de una propuesta teórica sobre la Psicología de la Gestalt como modelo de intervención en el manejo de las pérdidas en hijos de mujeres con de cáncer en fase terminal.

En el capítulo 1 se hablará sobre la psicooncología, su estado actual en México y el mundo, incluyendo Latinoamérica, con la finalidad de exponer el campo de acción de la psicooncología, así como la amplia gama de oportunidades que ofrece para brindar al paciente un mejor afrontamiento de la enfermedad, un mejor soporte terapéutico al paciente y su familia, desde un enfoque gestalt.

En el capítulo 2 se revisan los conceptos de enfermedad, las características de los tres principales tipos de cáncer que se presenta en las mujeres, así como los estilos de afrontamiento y sus implicaciones en la familia, principalmente en los niños, el propósito de esta documentación será contextualizar el impacto psicológico y emocional inmediato y a mediano plazo que sufre la paciente, la familia y en particular, el niño.

En el capítulo 3 el objetivo de la revisión de esta información es poder identificar el desarrollo evolutivo y emocional en la etapa infantil o niñez intermedia, según Papalia (2005), de niños de 6 a 11 años, la formación del apego y vínculos afectivos, así como las etapas del duelo, su manifestación y finalización, bases necesarias para plantear el abordaje terapéutico y la forma de hacerlo, de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentra el menor.

En el capítulo 4 se describe el enfoque Gestalt, las técnicas de abordaje así como su metodología de intervención en niños. Esta investigación tiene como objetivo identificar las bases conceptuales y metodológicas para el diseño de un programa de apoyo psicológico acorde a la etapa de desarrollo del menor, que permita utilizar y optimizar las estrategias de intervención desde este enfoque.

En el capítulo 5 se presenta la propuesta de trabajo para el psicooncólogo en el manejo de las pérdidas en los hijos de mujeres con cáncer, con expectativa de vida a corto plazo, que permita brindar un apoyo psicológico a los hijos de estas pacientes, con la finalidad de favorecer el proceso de duelo, de tal forma que les permita reajustarse a la nueva situación familiar y se logre el desarrollo evolutivo que implicará un mejor desempeño en la edad adulta.

## **CAPÍTULO 1. LA PSICOONCOLOGÍA**

Una de las disciplinas de gran impacto en el área de la Psicología de la Salud, es la Psicooncología, a través de la cual se brinda soporte a los pacientes afectados de cáncer, a los familiares y profesionales de la salud, ayudando a manejar los cambios que se generan a lo largo de la enfermedad. Sus principales funciones son: la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, la investigación, la docencia y etiología del cáncer, así como apoyar en el desarrollo de competencias comunicativas y de interacción del personal médico.

La psicooncología inició en los años 50's del siglo XX, donde los estudios se enfocaban en detectar un perfil de personalidad de los diferentes tipos de cánceres; otros sobre la relación entre personalidad y rapidez o rechazo en la búsqueda de atención médica. De los primeros trabajos publicados relacionados con la psicooncología podemos citar los estudios de Arthur Sutherland (1952) y Morton Bard (1952), citados en Gil (2000), quienes investigaron sobre la adaptación psicológica a la mastectomía y la colostomía.

Durá e Ibáñez (2000), realizaron una investigación sobre el desarrollo histórico, las principales líneas de investigación y aplicación de la psico-oncología, de esta revisión se obtuvieron las siguientes conclusiones: en los años 60's el centro de la investigación se ubicó en entender el proceso por el que atraviesa el paciente con cáncer durante el transcurso de la enfermedad, así como establecer programas de atención que le permitieran tener una buena muerte. También se planteó la interrogante de dar o no información al paciente con cáncer.

Posteriormente, en los años 70's el cáncer deja de considerarse como enfermedad local y se convierte en una enfermedad sistémica crónica, en donde la quimioterapia es el tratamiento que logra elevar la supervivencia. Esto generó un cambio en las investigaciones psicooncológicas, en virtud de la necesidad de generar herramientas que permitan brindar ayuda al paciente para adaptarse a su enfermedad y al proceso de rehabilitación, así como a crear programas dedicados a disminuir los efectos de la quimioterapia y favorecer la adherencia terapéutica.

Durante el Congreso Estadounidense, en 1977, se aprueba la Ley de Derecho a la Información, situación que obliga al personal médico a informar al paciente de cáncer sobre su diagnóstico, esto pone en evidencia la complejidad que implica, pues no todos desean ser informados, ni es positivo para algunos recibir información sobre su padecimiento, se requiere determinar en primer lugar “a quien hay que informar, y cómo o cuándo, así como también quién debe informarle” (Durá e Ibáñez, 2000 p. 29).

En los años 80's, son los aspectos sociales los que generaron más interés en el campo psicooncológico, estas investigaciones ponen de manifiesto la correlación entre los factores ambientales y comportamentales en la etiogénesis del cáncer, derivado de esto surge el concepto de “apoyo social y su relación con la adaptación del paciente oncológico a su enfermedad” (Durá e Ibáñez, 2000, p. 29)

También se inicia la promoción de la salud a través de la adaptación de conductas saludables que ayudan a prevenir el desarrollo del cáncer, generando un nuevo concepto: la “calidad de vida” como factor relacionado.

En las investigaciones realizadas sobre los factores que pueden contribuir a la carcinogénesis, se manifiesta como causa probable a la ruptura del apoyo social, se ha encontrado que la ausencia o pérdida de buenas relaciones con los padres puede ser un predictor de cáncer (Shaffer *et al*, 1982, citado en Durá e Ibáñez, 2000) o bien que los enfermos con recidiva o recurrencia de la enfermedad presentan un mayor número de pérdidas recientes.

En los años 90's se sigue investigando la relación entre personalidad y cáncer sin que hasta este momento se puedan establecer afirmaciones claras y rotundas, considerándose las conclusiones planteadas por Da-Shih y Silberfarb (1988), citados en Durá e Ibáñez (2000), como válidas, éstas se citan a continuación:

1.- Los factores psicológicos probablemente actúan –si es que lo hacen– como potenciadores del cáncer, más que como iniciadores del mismo.

2.- El estrés, como acelerador de la enfermedad, puede jugar un papel importante en la manifestación clínica del cáncer.

3.- La variabilidad de la enfermedad implica que es posible que los factores psicológicos afecten únicamente a una parte de la población de enfermos.

4.- Cualquier factor que se considere relevante en la aparición del cáncer, tendría que analizarse durante un número importante de años antes de que el cáncer se manifieste clínicamente y durante un periodo considerable de años dependiendo del tipo de cáncer y del tiempo que se necesita para que la multiplicación celular de lugar a manifestaciones clínicas.

Y en Gil (2000), se menciona que actualmente las investigaciones están centradas en “la repercusión del cáncer en las familias, la intervención psicológica y su impacto en la adaptación, en el posible aumento de la supervivencia, el papel social, la disfunción sexual relacionada con el cáncer y su tratamiento, los problemas que enfrentan los supervivientes, la intervención psicofarmacológica, la intervención conductual a fin de reducir las conductas de riesgo, aspectos relacionados con el riesgo genético, las dimensiones psiquiátricas del control de síntomas y los cuidados paliativos”.

#### **1.1.1. La psicooncología como herramienta terapéutica**

La psicooncología está conformada por psicólogos y psiquiatras, cuya función principal es atender las demandas de atención o apoyo psicológico que otros especialistas en oncología les solicitan; sus objetivos son: valorar y tratar las alteraciones psicopatológicas o trastornos mentales que presenta el paciente, así como brindar las herramientas necesarias para un buen afrontamiento a la enfermedad para el paciente y su familia, favorecer una buena adherencia terapéutica a los tratamientos oncológicos, y el manejo del duelo.

Dentro de esta disciplina se cuenta con diferentes modelos de intervención que permiten el apoyo psicológico al paciente y su familia, al menor costo emocional posible, una de ellas es el *Counselling*, recurso terapéutico basado en la equidad, el respeto y la autonomía del paciente, lo que permite una comunicación más efectiva con el paciente, el médico tratante y la familia. Además le permite tomar mejores decisiones y la búsqueda de opciones, a partir de sus

propios recursos, sin imposiciones, a través de la pregunta y del confrontamiento de la situación (Gil, 2000)

Otros modelos de intervención basados en la evidencia mostrada en las investigaciones efectuadas en ésta área son: la Intervención psico-educativa y terapia de grupo, el uso de psicofármacos, intervención psicológica en familias de enfermos oncológicos, atención psicológica del enfermo oncológico en fase terminal, evaluación e intervención en dolor, entre otras.

### **1.1.2. Modelos teóricos de actualidad**

Matalobos, Montecinos, Yelamos y Clavero (2007), mencionan los diferentes trabajos de investigación que se están realizando para el manejo de los aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer y sus familias, dentro de los cuales se encuentran los de Pilar Barreto (Univ. de Valencia) que destaca “la eficacia de la intervención psicológica a través de técnicas de relajación, terapia cognitiva, procedimientos de imaginación, técnicas grupales y manejo de estrategias de afrontamiento”. Actualmente las áreas de interés han cambiado con base en las demandas de los propios pacientes, quienes participan activamente en la toma de decisiones de sus tratamientos. Estos temas son: calidad de vida, consejo genético, uso de terapias complementarias.

Dentro de los modelos teóricos de atención se han propuesto las técnicas de hipnosis clínica, para el control del dolor, náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia, ansiedad y depresión asociadas a la evolución de la enfermedad. La Desensibilización y Reprocesamiento por medio del movimiento ocular (EMDR, estudiado por la Dra. Shapiro) en dolor crónico, la pérdida y el duelo, los trastornos de ansiedad y los disociativos.

También se proponen nuevos abordajes terapéuticos desde los diferentes modelos de intervención como son el cognitivo-conductual; la Psicoterapia Integrativa de Richard Erskine; abordaje psicodinámico en el ámbito de los cuidados paliativos; la técnica proyectiva del dibujo como herramienta de detección de conflictos emocionales en niños con neoplasias; y la terapia Gestalt.



La psicooncología se desarrolla en varios países del mundo, donde se han establecido programas de capacitación a través de postgrados y maestrías, con la finalidad de brindar a los psicólogos herramientas y estrategias de intervención en pacientes con cáncer y sus familiares, basados en los resultados de las investigaciones realizadas.

La Dra. Jimmie Holland y su equipo, en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, creó el primer programa de formación en Psicooncología e Investigación, con una duración de dos años cuyos objetivos principales fueron: la formación en la atención psicooncológica del paciente y su familia y la adquisición de habilidades y conocimientos para la realización de proyectos de investigación en el mismo campo.

## **1.2 La Psicooncología a nivel mundial**

El surgimiento de nuevos tratamientos produjo un considerable incremento en la sobrevivencia de los pacientes, lo que ha favorecido el crecimiento en esta disciplina. Koch y Mehert (2003), citados en Steggle y Mackiernan (2007), realizaron una investigación para establecer el estatus de la psicooncología; observaron que en 38 países se establecieron servicios de psicooncología durante 1980, dirigidos a las pacientes con cáncer de mama, por ser el de mayor incidencia, y en menor escala, a los pacientes con cáncer de pulmón, tumores gastrointestinales, ginecológicos, hematológicos y de próstata. En el 60% de estos países existen sociedades o grupos de trabajo, que favorecen la investigación y la exposición de la misma a través de foros, congresos y talleres, entre otros.

En el mundo existen varias sociedades que han logrado un gran avance en sus investigaciones, así como en los modelos de formación especializada para psicólogos. Dentro estas organizaciones destacan: El International Psycho-Oncology Society (IPOS), la American Society for Psychosocial and Behavioral Oncology and AIDS/ASPBOA, la Sociedad Europea de Psicooncología, la Agrupación de Psicooncología de Argentina, La Asociación Latinoamericana de Psicooncología, la Sociedad Mexicana de Psicooncología, por mencionar algunas. (Steggles y Mackiernan, 2007)

España tiene un gran desarrollo en esta disciplina a través de sus programas de formación académica presencial y en línea, así como de las unidades de investigación creadas dentro de los hospitales de salud en lugares como Madrid, Barcelona, Valencia, la Universidad Complutense y de Navarra, entre otras.

Irlandés Psycho-Oncology Group (IPOG) es uno de los grupos de más reciente creación en abril de 2007, con la finalidad de establecer programas de formación especializada, que le permitan al país cubrir más ampliamente las necesidades de los pacientes con cáncer (Steggles y Mckiernan, 2007)

### **1.3 La psicooncología en México**

En México la psicooncología está en proceso de desarrollo, actualmente sólo existen algunas universidades que imparten posgrados de formación en psicooncología y generalmente son sucursales de universidades extranjeras, en el Instituto Nacional de Cancerología se estableció el Servicio de Psicooncología desde hace casi 28 años, por iniciativa del Dr. Juan Ignacio Romero Romo (Médico Psiquiatra), después de haberse formado como psicooncólogo en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, con el apoyo del entonces Director General del Instituto, Dr. Arturo Beltrán Ortega y la colaboración de distinguidos oncólogos, paliativistas y psiquiatras, brindando atención psicooncológica a los pacientes, también se firmaron convenios con otras instituciones educativas para implementar programas de servicio social, prácticas clínicas y elaboración de tesis, entre otras. (Alvarado y Méndez, 2006; Plancarte, 2006)

Actualmente el Instituto tiene un curso de Formación en Psicooncología, con duración de un año, recibe alumnos de algunos programas de maestría de la UNAM y alumnos de servicio social y prácticas profesionales de diferentes escuelas.

En 1987 se funda la Sociedad Mexicana de Psicooncología, que reinicia actividades hasta el 2001, siendo nombrado Presidente el Psic. Onc. Salvador Alvarado Aguilar, primer egresado de esta especialidad después de tres años de formación, y con los objetivos de desarrollar el conocimiento de las características

y necesidades de los pacientes con cáncer, proponer alternativas de tratamiento con base en la detección de las alteraciones y disfunciones que se presentan en los pacientes durante todo el proceso de la enfermedad y favorecer la formación de psicólogos clínicos en el ámbito de la psicooncología (clínica, de investigación y docencia).

En febrero de 2004 se integra un Comité de Psicooncología en la Sociedad Mexicana de Oncología, con la finalidad de establecer un modelo de investigación que incluya a todas las disciplinas relacionadas con la oncología.

Actualmente la Sociedad Mexicana de Psicooncología tiene estructurado un programa de actividades académicas, basado en conferencias, talleres y un congreso anual. (Alvarado y Méndez, 2006)

#### **1.4 La psicooncología en Latinoamérica**

En Argentina, el pionero de la psicooncología fue el Dr. José Schavelzon, esta especialidad inició sus trabajos desde 1952/53, generando un libro derivado de las investigaciones realizadas, *Psicología y cáncer* editado en 1956, desde entonces se han realizado investigaciones y se han desarrollado proyectos de formación que iniciaron en el 2000 (Gatto y Marino, 1998).

En una entrevista realizada al autor, éste señala cómo los diferentes especialistas visualizan la enfermedad y por tanto su modo de acción. Para el cancerólogo, la enfermedad comienza con el primer síntoma o signo o cuando es detectada. Para el biólogo, es un proceso de años de evolución, mientras que para el psicooncólogo es un capítulo más de una biografía psico-social (Schavelzon, 2004).

En Chile, durante el año 2004 se creó la Subcomisión de Psicooncología, en el marco del Programa de Cáncer del Niño, del Adulto y Cuidados Paliativos, con el propósito central de definir la participación del psicólogo o el psiquiatra como especialistas en psicooncología para el cuidado integral de las personas con cáncer y sus familias. Específicamente las acciones de dicha subcomisión se encaminan: a) elaborar el diagnóstico de la situación, b) especificar el rol del psicooncólogo, c) describir las actividades del psicooncólogo, y d) unificar las

funciones del psicooncólogo dentro del programa nacional de cáncer del ministerio de salud. Lo anterior con la finalidad de establecer un programa de formación en psicooncología en las unidades de salud, como especialidad de posgrado (Orfali, 2009).

Además de la mencionada, en varios países de Latinoamérica existen asociaciones, universidades y sociedades que se dedican al desarrollo e investigación en psicooncología.

José Schavelzon en entrevista comenta: ...”el psicooncólogo no proporciona más información al paciente, sino aclara la que tenga el enfermo, así mismo participa en la psicoterapia adaptándose a donde y como se pueda hacer, buscando siempre el reforzamiento de los aspectos del “yo”, generando la modificación de las razones o circunstancias por las que el enfermo cree que se manifestó la enfermedad. Evaluar el yo considerando el “mis” (mis cosas, mis lugares, mis afectos, mis opiniones), que le permiten sentirse parte activa en la toma de decisiones en su tratamiento”.

“...se debe considerar la influencia de los tratamientos alternativos como parte de sus creencias, en investigaciones se ha comprobado que en Francia, Noruega e Inglaterra el 70-80% de los pacientes con cáncer utilizan tratamientos alternativos, en Latinoamérica se considera que existe un porcentaje semejante, es decir, el paciente requiere información amplia y clara sobre su enfermedad, tratamientos, efectos secundarios y objetivos, desea ser reconocido como persona y por ello con derecho a decidir sobre esto, lo que además es un aspecto importante en la bioética” (Conferencia dictada por José Schavelzon, Septiembre 3, 2004).

### **1.5 Campos de acción de la psicooncología**

La psicooncología tiene como principal objetivo brindar apoyo psicológico al paciente con cáncer y su familia a través de la creación de modelos de intervención específicos que favorezcan un adecuado afrontamiento a la enfermedad del enfermo y su familia, una buena adherencia terapéutica a los

tratamientos y el manejo del duelo, en las diferentes fases por las que atraviesa el enfermo y su familia; así como fomentar la docencia y la investigación.

De acuerdo con Franco (2006) y Malca (2005), estos son los campos de acción de la psicooncología:

**PREVENCIÓN:** a través de la promoción de estilos de vida saludable, comportamientos de detección precoz y la detección del perfil genético de las familias, considerando la enfermedad oncológica, el estado físico y el tratamiento como factores influyentes en dichas evaluaciones. La prevención cobra mayor importancia en el control de hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida.

**EVALUACIÓN CLÍNICA:** Realizar una exploración inicial de las funciones cognitivas, búsqueda de trastornos psicopatológicos, adaptación a la enfermedad y su tratamiento, satisfacción de información, participación activa del paciente en la toma de decisiones, confianza en el equipo médico, afrontamiento del diagnóstico, estado emocional, calidad de vida, apoyo familiar y social, conformando el informe psicológico y diagnóstico.

**INTERVENCIÓN:** El tipo de intervención dependerá de la fase de la enfermedad:

*Fase de diagnóstico:* el impacto psicológico que se ocasiona produce un intenso choque en el paciente y su familia, generando sentimientos de ira, negación, culpa y desesperación, entre otras. En esta fase es importante detectar las necesidades emocionales, sociales y espirituales, para brindar estrategias de afrontamiento que les permitan encarar a la enfermedad.

*Fase de tratamiento:* Los diferentes tratamientos que se aplican a los pacientes ocasionan efectos secundarios que demeritan la calidad de vida del paciente, aquéllos varían en intensidad, dependiendo del tipo de tratamiento utilizado, de la evolución de la enfermedad, el tipo de cáncer y las características propias del paciente. Algunas de estas alteraciones son: deterioro de la imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los instrumentos utilizados, dolor, ansiedad, malestar físico entre otros. Aquí el paciente y su familia requieren estrategias de afrontamiento y manejo de la ansiedad.

*Fase de intervalo libre de la enfermedad:* Esta fase incrementa la ansiedad y el temor del paciente y su familia ante la posibilidad de recurrencia de la enfermedad, la intervención en esta fase debe basarse en la aclaración de los temores, la expresión de los miedos, proporcionando estrategias que permitan la realización de planes.

*Fase de supervivencia:* El paciente y su familia requieren en esta fase apoyo en la rehabilitación de las secuelas físicas, sociales y psicológicas generadas por la enfermedad, así como en la reincorporación a su vida diaria.

*Fase de recidiva:* Está caracterizada por estados de ansiedad y depresión del paciente y su familia e incluso en algunos casos del personal de salud por el regreso de la enfermedad. El abordaje en esta fase requiere dirigir los tratamientos al manejo de la depresión y el apoyo en la adaptación del nuevo estado patológico.

*Fase al final de la vida:* el objetivo en esta fase cambia de curar a cuidar, las reacciones emocionales que se presentan son más intensas que en la fase del diagnóstico, se debe ofrecer calidad de vida al paciente y sus familiares, control de dolor y los síntomas físicos. Es importante favorecer las necesidades espirituales que se soliciten, acompañar al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo, para evitar un duelo patológico.

El psicooncólogo utiliza la aplicación de estrategias como la psicoeducación, para favorecer la orientación en la superación de problemas de información, desarrollar las habilidades de comunicación, manejo de emociones, control de estados de ánimo negativos, identificación de emociones negativas, su expresión y estrategias para afrontarlas, del tratamiento de trastornos asociados al cambio en la imagen corporal, solución de problemas y planificación de actividades, intervención familiar, estrategias de ayuda y comunicación con el paciente, resolución de problemas de la vida diaria, afrontamiento de los tratamientos oncológicos y sus efectos colaterales, así como en los problemas sexuales que se manifiesten.

A través de la consulta psicológica, psicoterapia individual, intervenciones familiares, intervención y psicoterapia de duelo, visitas domiciliarias, visitas a

hospitalizados, entrevistas de seguimiento, participación en comités oncológicos y reuniones clínicas.

También tiene áreas de oportunidad con el personal de Salud para capacitarlo en habilidades de comunicación con el enfermo y su familia, afrontamiento del estrés, ayuda al manejo de sus propias emociones ante los pacientes y familiares, habilidades de comunicación con el equipo y la prevención del *burnout*.

Es fundamental la participación del psicooncólogo para el manejo integral del paciente y sus familiares, así como su constante capacitación en nuevas modalidades terapéuticas, que le permitan incrementar su participación en el área de la salud (clínica, investigación y docencia)

**INVESTIGACIÓN:** Realización de estudios dirigidos a identificar cuáles son las necesidades psicológicas y sociales de pacientes y familiares. Factores psicológicos y sociales asociados al cáncer, valoración de calidad de la evaluación y tratamientos aplicados, específicos para la población que atiende. Así como su sexualidad, el impacto cognitivo pre-tratamiento y post cirugía.

**DOCENCIA:** Cursos de formación (especialidad, posgrado, master, doctorado), dirigidos a psicólogos, profesionales de la salud, personal de enfermería, trabajadores sociales y población en general. Ejemplos: Talleres de duelo para la familia, Intervención de pareja y familiar, las asesorías en relación con la sexualidad, entrenamiento en imaginería, visualización, relajación, arte terapia, consejería telefónica, intervención psicoeducativa y psicogeriatría

El apoyo al paciente con cáncer que brinda la psicooncología es desde su diagnóstico hasta su recuperación o muerte, de igual forma a la familia se le debe acompañar durante todo este proceso e incluso en la elaboración del duelo, y al equipo oncológico, favoreciendo una mayor coordinación e integración (Holland & Rowland 1998, citado en Gil, 2000).

## **1.6 Psicooncología y Gestalt.**

La Terapia Gestalt es un enfoque terapéutico, encuadrado en el Movimiento de la Psicología Humanista o de Desarrollo del Potencial Humano que surgió en

California en los años 60, con las investigaciones de Abraham Maslow, Alan Watts y Carl Rogers, entre otros.

La Terapia Gestalt no es sólo un abordaje terapéutico, es un estilo de vida y una filosofía de vida basada en el *awareness* (darse cuenta), es reconocer la propia responsabilidad de los procesos en curso y tener fe en la sabiduría intrínseca del organismo (la persona total como somos) para auto-regularse de forma adecuada con un medio cambiante

Antepone la espontaneidad al control; la vivencia, a la evitación de lo molesto y doloroso; el sentir, a la racionalización; la comprensión global de los procesos, a la dicotomía de los aparentes opuestos y requiere del terapeuta un uso de sí como instrumento (emocional, corporal, intelectual) que transmita una determinada actitud vital.

Es así que Fitz Perls estuvo muy vinculado al movimiento psicoanalítico en Alemania. Fue analizado y recibió formación en psicoterapia analítica con los principales freudianos de su época (Karen Horney, Helen Deutsch, Wilhelm Reich, etc.); incluso conoció al propio Freud, en un breve encuentro y fue fundador del Instituto Psicoanalítico de Sudáfrica, país al que viajó huyendo de los nazis en 1933.

Del psicoanálisis se explica su interés por los mecanismos de defensa y por el tema de los sueños. La Psicoterapia Gestalt surge con la creación del Instituto Gestalt en Nueva York en 1950, sin embargo, en 1942 ya se había escrito el libro "Ego, hombre y agresión" por Fritz y Laura Perls con este tipo de enfoque.

Posteriormente en 1954 se crea el Gestalt Institute de Cleveland dirigido por Laura Perls, Goodman, y Paul Weisz. Se considera que existen 3 escuelas de Gestalt por su abordaje terapéutico conocidas como: la escuela de la mente originada en Boston, la escuela del corazón creada en Cleveland y la escuela de las emociones en California, todas en E.U.A.

Desde 1955 hasta la actualidad este enfoque ha favorecido la creación de decenas de Institutos Gestálticos en el mundo. En México es el Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt el primero en implementar la Maestría en Psicoterapia Gestalt (1991) 8 especializaciones y un Doctorado de Investigación en Gestalt.



## **CAPÍTULO 2. EL CÁNCER**

El cáncer es un problema de salud que inquieta a la medicina del último siglo, por su gran morbimortalidad. En México representa el segundo lugar como causa de muerte. Su incidencia varía según la edad, género, grupo étnico, país y/o región y tiempo. Otro factor importante en la incidencia del cáncer es el envejecimiento de la población. Los grupos de edad avanzada sufren de mayor vulnerabilidad a determinadas enfermedades por el desgaste ocasionado a través de los años, mismo que puede derivar en enfermedades crónico-degenerativas (Herrera, 2000; Pérez, 2003; Plancarte, 2006).

### **2.1 Características de la enfermedad**

Todas las neoplasias malignas son denominadas como cáncer, el cáncer es una enfermedad que pueden padecer los animales y el ser humano, ésta puede desarrollarse desde la formación del feto y a lo largo de toda la vida, sin embargo es menos frecuente en niños que en adultos, afecta por igual a ambos sexos.

Las neoplasias malignas se originan en los epitelios y derivado de la ubicación del epitelio se dividen en: carcinomas, carcinomas epidermoides, adenocarcinomas, sarcomas y gliomas.

Las neoplasias malignas o cáncer es el crecimiento anormal e incontrolado de células, por la pérdida de los mecanismos normales de control en la división celular, esto es transmitido de una generación a otra a través del material genético, originando mutaciones, se requiere de dos o más mutaciones para transformar a la célula normal en una cancerosa. Esta degeneración celular puede surgir en diferentes partes del cuerpo.

Normalmente el cuerpo forma células nuevas a medida que se necesitan para reemplazar a las células envejecidas que mueren (Pérez, 2003).

Algunas veces, este proceso no resulta ser el esperado. Crecen células nuevas que no son necesarias y las células envejecidas no mueren cuando deberían. Estas células adicionales pueden formar una masa llamada tumor. Los tumores pueden ser benignos, en el sentido de que no generan cáncer, o

malignos, que ocasionan cáncer y pueden invadir los tejidos cercanos. También pueden desprenderse y diseminarse a otras partes del cuerpo.

La mayoría de los cánceres se nombran por su lugar de origen, por ejemplo, el cáncer de pulmón comienza en ese órgano. La diseminación de un cáncer desde una parte del cuerpo a otra se denomina metástasis. Los síntomas y el tratamiento dependen del tipo de cáncer y de lo avanzada que esté la enfermedad, y puede incluir la cirugía, radiación y/o quimioterapia. El avance del cáncer se mide en las siguientes etapas según su desarrollo:

- Etapa 0.** El cáncer se encuentra en las primeras fases de desarrollo. Esto significa que está concentrado en un área específica.
- Etapa I.** El cáncer se ha extendido a otras áreas cercanas, pero sigue estando concentrado dentro del tejido u órgano de origen.
- Etapa II.** El cáncer se ha extendido a otros tejidos u órganos cercanos, pero no ha atacado nodos de linfa cercanos.
- Etapa III.** El cáncer ha atacado nodos de linfa cercanos pero aún no ha afectando otras áreas del cuerpo.
- Etapa IV.** El cáncer ha avanzado y está atacando áreas más remotas del cuerpo y órganos lejanos al punto de origen.
- Recurrente.** El cáncer se vuelve a desarrollar después del tratamiento.

Ahora bien, existen cinco factores fundamentales de los que depende la frecuencia de los diferentes tipos de cáncer; del lugar en donde se desarrolla, del origen étnico del paciente, del sexo, del medio ambiente y/u ocupación y de la dieta (Pérez, 2003). El conocimiento sobre estos factores muestra que algunos tipos de cáncer son asociados a la forma de vida, como el consumo de tabaco, el alcohol y los estilos de dieta, otros son asociados a la acción hormonal, como el cáncer de mama y el de próstata.

Actualmente se están fomentando cambios en el estilo de vida, como condición para la promoción de la salud y de calidad de vida hasta edades avanzadas. A continuación se presenta el esquema que describe los principales

factores de riesgo que se han determinado a través de la investigación de la enfermedad, la importancia de fortalecer los programas de prevención para detectarla en fases tempranas, lo que permite favorecer el diagnóstico oportuno, atención adecuada y elevar las posibilidades de tratamiento y curación.

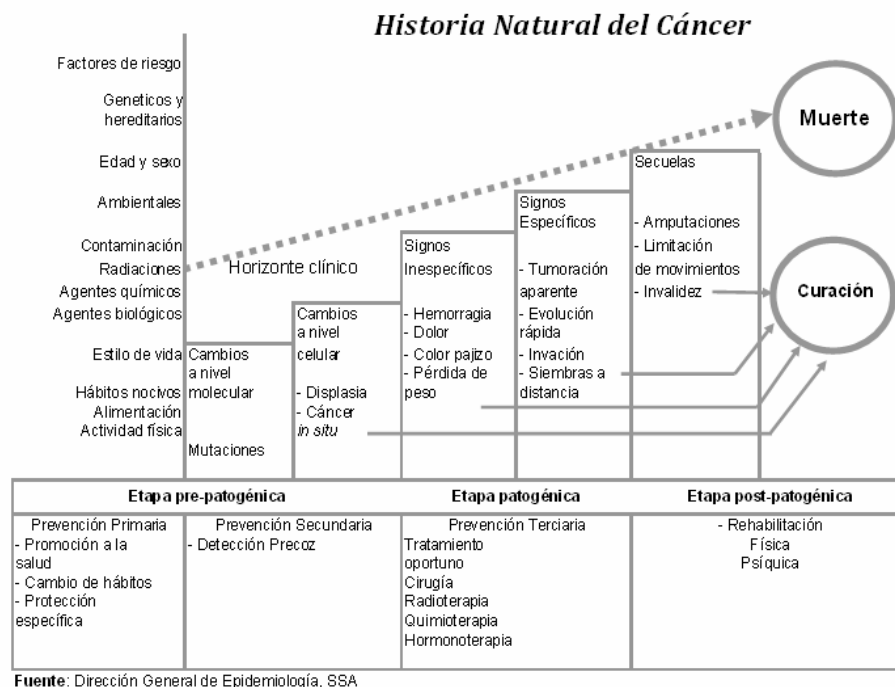
Es necesario hacer conciencia de la importancia de cuidar la salud, buscar información que nos permita conocer más acerca de la enfermedad, participar activamente en la detección oportuna, asistiendo de forma periódica a las revisiones médicas de acuerdo al grupo de edad al que se pertenezca, mejorar los estilos de vida, con dietas balanceadas y ejercicio físico. Evitar el consumo de alcohol y drogas, así como tomar medidas de seguridad al tener relaciones sexuales, para evitar el riesgo de contraer enfermedades infecciosas o VIH y realizar el autoexamen mamario para detectar el cáncer en fases tempranas (ver figura 1, en la página 24).

### **2.1.1. Índices de mortalidad por cáncer**

La frecuencia de aparición del cáncer se mide en incidencia o número de casos registrados, la prevalencia y mortalidad. La incidencia es el número de casos registrados, en un tiempo y población específica. La prevalencia es el número total de casos nuevos y viejos, en un tiempo y población específicos. La mortalidad es el número de muertes ocasionadas por una forma específica de cáncer, en un tipo y población específicos, a través de estas mediciones los epidemiólogos tratan de identificar las causas genéticas y ambientales que los provocan, con la finalidad de establecer el diagnóstico, el tratamiento y su prevención (Pérez, 2003).

En 1992 la tasa general de mortalidad por cáncer fue de 14.2 por cada 100,000 y en 2002 la tasa fue de 57.2 por 100,000 habitantes; los tumores malignos presentan una tendencia ascendente en México, persistiendo como primer factor de riesgo la edad, así como los factores genéticos, nutricionales y ambientales entre otros (Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas [RHNM] Compendio de Cáncer/2000; Herrera, 2000)

Figura.1



De acuerdo al RHNM (2002), la mortalidad fue de 58,612 personas, que corresponden al 12.7% del total de las defunciones, con una tasa de 57.2 por 100,000 habitantes, el 51% en mujeres y los tumores con mayor porcentaje de muertes fueron: bronquios y pulmón (11.4%), de estómago (8.8%), cuello del útero (7.4%), hígado y vías biliares (7.6%) y próstata (7.2%).

Tabla 1. Tasa de mortalidad por tipo de cáncer en mujeres.

<b>TIPO DE CANCER</b>	<b>MUJERES Tasa por cada 100,000 habitantes</b>
Cérvico-uterino	17.3
Mama	15.4
Estómago	4.62

En los grupos de edad se encontraron los siguientes resultados: en hombre y mujeres la tasa más alta se refleja en el grupo de 65 y más años (633.9), seguido por el grupo de 45 a 64 años (133.2); tasa por 100,000 habitantes.

## **2.2 Tipos de cáncer más frecuentes en la mujer**

En relación con la frecuencia en los tipos de cáncer que afectan a las mujeres a continuación se describirá las tres primeras causas de muerte, en el orden de su mortalidad, incluyendo una descripción del tipo de cáncer, síntomas, causalidad y tipos de tratamiento.

### **2.2.1. Cáncer cérvico-uterino**

Es una enfermedad de larga duración ocasionando un gran impacto económico, emocional y en ocasiones la desintegración familiar. El cáncer como tal es una enfermedad crónico degenerativa, que como se ha mencionado anteriormente se presenta principalmente en la edad adulta y que si se diagnóstica a tiempo puede tratarse oportunamente y en algunos casos curarse por completo. Las características principales de este tipo de cáncer en términos de su causalidad, síntomas, tratamiento y prevención, se presentan en la tabla 2.

El cáncer cérvico-uterino se desarrolla en un órgano que por su función y ubicación sufre cambios continuos y se ve afectado por diferentes factores como los relacionados con las hormonas, el embarazo, las infecciones venéreas y recientemente el virus del papiloma humano (VPH), una de sus principales causas es la infección persistente por una de las variedades ongénicas de los virus VPH, que afectan las mucosas genitales.

Inicialmente la lesión sólo se encuentra en una pequeña parte de las células y puede extenderse o profundizarse llegando a generar células cancerígenas, este crecimiento desordenado y continuo de las células puede dar origen a las displasias, carcinoma in situ, neoplasia epitelial, o lesiones intraepiteliales, que pueden identificarse mediante el estudio citológico (Papanicolau), la toma de biopsia y/o examen de la mucosa cervical con lentes de magnificación (colposcopia). Es fundamental la realización de estos exámenes como método de prevención, que permita la detección oportuna en fases tempranas para un mejor tratamiento.

Es difícil detectar el cáncer cérvico-uterino en sus primeras etapas de desarrollo, éstas pueden durar hasta 14 años o más. Sin embargo, conforme avanza se pueden observar algunos síntomas. La lesión primaria se presenta

como una pequeña ulceración o como un aumento de volumen, que va deformando el cuello del útero. Su clasificación es de acuerdo a su extensión y diseminación, se basa en los criterios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, 1985, FIGO. Esta clasificación se utiliza para seleccionar el tratamiento e identificar el pronóstico de la paciente (Pérez, 2003).

Tabla 2. Causalidad, síntomas, tratamiento y prevención de cáncer cérvico-uterino.

<b>Causalidad</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Prevención</b>
Mujeres mayores de 25 años, nunca haberse realizado el estudio de Papanicolaou	Sangrado vaginal después del acto sexual, entre periodos de menstruación o después de la menopausia.	Cirugía	Utiliza condón para prevenir el contagio de enfermedades venéreas.
Inicio de vida sexual activa antes de los 18 años de edad	Flujo vaginal, líquido con sangrado que pudiera ser excesivo y con olor desagradable.	Histerectomía	Aplaza el comienzo de tu vida sexual.
Múltiples parejas sexuales	Dolor en el área de la pelvis y fiebre	Radiación	Evita el cigarro
Infección por (VPH)	Dolor durante el acto sexual.	Quimioterapia	Limita el número de parejas sexuales.
Tabaquismo	Infecciones en varios sitios del organismo		Realiza revisiones periódicas con el ginecólogo. Aunque éstas pueden variar según tu historial médico, lo usual es lo siguiente:
Desnutrición			Un examen anual tras tu primer encuentro sexual o a partir de los 18 años, hasta los 30.
Deficiencia de vitaminas A, C, E y folatos			Una revisión cada dos años al cumplir los 30 y hasta los 70.
Multiparidad			De los 70 años en adelante queda a discreción del ginecólogo determinar la periodicidad del Papanicolaou.
Enfermedades inmunosupresoras			Aplicarte la vacuna contra el cáncer cérvico uterino.
Uso prolongado de anticonceptivos orales			

La prevención permite detectar este tipo de cáncer en fases tempranas lo que facilita su tratamiento y recuperación, es importante realizarse los exámenes de diagnóstico, mantener una dieta balanceada, hacer ejercicio y revisiones periódicas para prevenir la enfermedad.

### 2.2.2. Cáncer mamario

El cáncer mamario afecta el área de los senos y suele manifestarse en forma de nódulos o quistes. Aunque es más común en mujeres, también se da en hombres. No todos los cambios que se observan en esta área son síntomas de

cáncer. Es recomendable detectar los cambios por pequeños que sean, ya que es más fácil tratarlo en las primeras fases de desarrollo. También, si hay historial de cáncer mamario en la familia, es importante hablar con el médico para programar revisiones periódicas. Las características principales de este tipo de cáncer en términos de su causalidad, síntomas, tratamiento y prevención, se presentan en la tabla 3.

La glándula mamaria está compuesta por varios racimos de lóbulos y lobulillos que se interconectan a través de ductos delgados que semejan la estructura de las ramas de un árbol, es en este sitio es donde se desarrolla el cáncer más frecuente denominado cáncer ductal, el otro tipo de cáncer es el cáncer lobular. Se considera que del 5 al 10% de los casos por cáncer de mama son de origen hereditario, otro factor predisponente es el uso de anticonceptivos hormonales. La realización de la autoexploración y revisiones periódicas pueden detectarlo en fases tempranas (Franco, 2006).

### **2.2.3. Cáncer gástrico**

El cáncer gástrico es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo, su mortalidad está por arriba del medio millón al año. En México es la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres. Hay diferentes tipos de cáncer que pueden ocurrir en el estómago. El más común se denomina adenocarcinoma del estómago, éste predomina en países en desarrollo como Costa Rica, Chile y el este de Asia. En México el porcentaje en las tasas más altas se registran en Zacatecas (7.0), Yucatán (7.2), Oaxaca y Campeche (6.8) y Chiapas (6.4) (Pérez, 2003).

Tabla 3. Causalidad, síntomas, tratamiento y prevención del cáncer de mama.

<b>Causalidad</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Prevención</b>
Edad: las probabilidades de tener un cáncer de mama aumentan a medida que una mujer envejece	Presencia de una masa en la mama	Lumpectomía	Autoexploración mensual
Existen dos genes, BRCA1 y BRCA2, que aumentan el riesgo en gran medida. Las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario deben realizarse pruebas periódicas	Cambio de tamaño o forma de la mama	Mastectomía	Es recomendable que las mujeres comiencen a hacerse exámenes para cáncer de mama a los 40 y que repitan las mamografía cada 1 ó 2 años.
Primera menstruación antes de los 12 años o menopausia después de los 55	Secreciones por el pezón y/o hundimiento	Quimioterapia	Todas las mujeres mayores de 50 años deben hacerse una mamografía cada 1 ó 2 años.
Terapias de reemplazo hormonal	Cambio en el color, textura o formación de la piel del seno	Terapia hormonal	Mantener un peso saludable
Uso de pastillas anticonceptivas		Terapias blanco	Investigar sobre la terapia hormonal
Sobrepeso		Radiación	Evitar el uso innecesario de antibióticos
Consumo de alcohol			Practicar la actividad física
No tener hijos o tener el primer hijo después de los 35 años			Alimentación alta en fibra y limitar el consumo de grasas
Tener mamas densas.			Evitar pesticidas

En los Estados Unidos, la tasa de la mayoría de los tipos de adenocarcinomas gástricos ha disminuido con el pasar de los años. Los expertos piensan que la disminución puede estar relacionada con la reducción de la ingesta de alimentos curados, salados y ahumados. En la tabla 4, se sintetiza la información sobre causalidad, síntomas, tratamiento y prevención del cáncer gástrico.

Su diagnóstico a menudo se retrasa debido a que pueden no presentarse síntomas en las etapas tempranas de la enfermedad o que los pacientes tienden a la automedicación de los síntomas que pueden ser comunes a otros trastornos gastrointestinales (distensión, gases, acidez gástrica y sensación de llenura). Se han clasificados en dos tipos según Laurén (1965), citado en Pérez (2003), el carcinoma de tipo intestinal y el carcinoma de tipo difuso.



Los siguientes exámenes pueden ayudar a diagnosticar el cáncer gástrico:

- Conteo sanguíneo completo (CSC) para verificar si hay anemia
- Esofagogastroduodenoscopia (EGD) con biopsia
- Examen coprológico para ver si hay sangre en las heces
- Tránsito esofagogastroduodenal

#### Expectativas (pronóstico)

El pronóstico varía ampliamente. Los tumores en la parte inferior del estómago suelen curarse más a menudo que los tumores en el área superior (cardias gástrico o la unión gastroesofágica). La profundidad a la cual el tumor invade la pared estomacal y si hay compromiso de los ganglios linfáticos influyen las probabilidades de cura. En circunstancias en las cuales el tumor se ha diseminado por fuera del estómago, la cura no es posible y el tratamiento está dirigido hacia el mejoramiento de los síntomas.

Tabla 4. Causalidad, síntomas, tratamiento y prevención del cáncer gástrico.

<b>Causalidad</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Prevención</b>
Antecedentes familiares de esta enfermedad	Dolor abdominal	Cirugía (Gastrectomía parcial o total)	No fumar
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>	Mal aliento	Radiación	Consumir una alimentación saludable y balanceada rica en frutas y verduras
Grupo sanguíneo tipo A	Inapetencia	Quimioterapia	Evitar el consumo de alcohol
Tabaquismo	Eructos excesivos		
Antecedentes de anemia perniciosa	Exceso de gases (flatulencia)		
Antecedentes de gastritis atrófica crónica	Deterioro de la salud en general		
Una condición de disminución del ácido gástrico	Dificultad para deglutir, en particular cuando se incrementa con el tiempo		
Antecedentes previos de un pólipo gástrico adenomatoso.	Náuseas y vómitos		
	Llenura abdominal prematura después de las comidas		
	Pérdida involuntaria de peso		
	Llenura abdominal vaga		
	Vómitos con sangre		
	Debilidad o fatiga		

## Complicaciones

- Acumulación de líquido en el área abdominal (ascitis)
- Diseminación del cáncer a otros órganos o tejidos
- Pérdida de peso

### **2.2.4. Cuidados paliativos y calidad de vida**

La OMS (1999) propone el control del dolor y los demás síntomas, así como la adecuada atención psicológica y espiritual en los pacientes terminales a través de los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos tienen como principal objetivo brindar una mejor calidad de vida a los pacientes terminales y su familia, cuidando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, este concepto también es aplicable a todos aquellos pacientes que padecen una enfermedad crónica y/o de difícil manejo del dolor, que por su grado de avance están fuera de todo tratamiento médico curativo.

La atención multi-inter y transdisciplinaria del paciente permite elevar la calidad de vida y la ayuda a la familia a facilitar la resolución del duelo. Es importante que se brinde este cuidado al paciente y su familia desde el inicio de la enfermedad, durante el seguimiento del tratamiento y finalizar con su recuperación o muerte (Alvarado, Genovés y Zapata, 2009).

La comunicación abierta, clara, el buen control de los síntomas, la percepción de apoyo, cariño y respeto por parte de su entorno mejora la calidad de vida, aumenta su confianza, hasta llegar a la aceptación de la enfermedad y enfrentarla (Franco, 2006).

El equipo de salud debe poner especial atención en identificar al cuidador primario, es decir, la persona con mayor “responsabilidad” dentro de la familia, que proporcionará los cuidados necesarios al paciente, para capacitarlo, al igual que a la familia para que lo apoye y le dé soporte. También es importante tener una comunicación efectiva entre el equipo de salud-paciente-familia, evitando la conspiración del silencio (ocultamiento o distorsión de la información sobre el estado del paciente, con la finalidad de evitar el sufrimiento), proporcionar

educación para el soporte emocional, evitar la claudicación familiar (incapacidad para responder a las demandas y necesidades del paciente) y favorecer la elaboración del proceso de duelo (Pérez, 2006)

#### **2.4 Aspectos Psicológicos de la paciente con cáncer**

Aproximadamente el 47% de los pacientes con cáncer sufren trastornos psicológicos. Algunos de los más frecuentes son: el trastorno de adaptación y el trastorno depresivo mayor; asimismo, las alteraciones psicológicas manifestadas antes, durante y al final de la enfermedad son: las disfunciones sexuales, la respuesta de la pareja, la influencia de variables de personalidad y culturales, disfuncionalidad sexual, pérdida del deseo sexual, dispareunia, infertilidad, anorgasmia secundaria a la inhibición del deseo sexual, la fase de tumefacción y lubricación disminuida, depresión, ansiedad y angustia, temor a la muerte, temor a la pérdida de autonomía, al abandono, al deterioro de sus relaciones interpersonales, insatisfacción con la imagen corporal externa e interna, dado que la percepción de sí mismo involucra también cómo se conceptualiza internamente, predisponiendo así un impacto emocional, al no sentirse la persona que era antes de la enfermedad. También surgen reacciones de ira, rabia y culpa (Naranjo, Olivares y Alvarado, 2007; Franco, 2006)

En los pacientes en fase terminal también se presentan alteraciones cognoscitivas, dentro de las cuales se diagnostican el delirio o síndromes confusionales, demencias, trastorno amnésico, depresión y ansiedad generalizada. Es importante señalar que en los pacientes en fase terminal los más frecuentes son aquellos que tienen origen orgánico, debido al deterioro ocasionado por la enfermedad. (Gómez, Pascual, López, Arranz y Die, 2003)

Las consideraciones anteriores invitan a replantear las estrategias específicas para el manejo psicooncológico de los pacientes como algo necesario; dada su vulnerabilidad emocional. (Franco, 2006)

## 2.5 Estilos de afrontamiento ante la enfermedad

La forma de afrontar los sucesos como una enfermedad crónica o la muerte depende de la interpretación que hace el individuo, del concepto de calidad de vida que posea, además del apoyo social que perciba en su entorno. El afrontamiento es definido como el comportamiento de una persona ante una crisis (Gaviria, Vinaccia, Rivero y Quinceno, 2007).

Los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja esta situación. El afrontamiento también se puede entender como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que el individuo desarrolla para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas. Como lo refiere Lazarus, (1986) y Mamani, (2008) son de dos tipos:

- 1). El afrontamiento dirigido a la emoción: son los métodos utilizados para regular la respuesta emocional a través de estrategias como el distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social.
- 2). El afrontamiento dirigido al problema: son estrategias utilizadas para el manejo o solución del problema que pueden dirigirse al entorno o al propio sujeto mediante la confrontación, la planificación y/o la búsqueda de apoyo social.

Estos estilos de afrontamientos se influyen mutuamente, pueden potenciarse o interferir entre sí y también dependen de los factores ambientales (físicos y sociales) y de los factores personales (edad, creencias, habilidades personales, inteligencia, entre otras).

Los estilos de afrontamiento en pacientes en fase terminal están dirigidos principalmente a mantener su valía personal, restablecer o mantener sus relaciones significativas y manejar la angustia; sin embargo, este proceso requiere de energía que por el desgaste mismo de la enfermedad ya no les permite mantener adecuadamente. El temor a lo desconocido les genera ansiedad, la reacción que se adopte ante esto, está en proporción a su experiencia de vida, su expresión emocional, relaciones interpersonales; en general aceptarán o negarán

la inminente muerte, la respuesta que tomen será con la finalidad de proteger al yo angustiado y de satisfacer la necesidad emocional en ese momento determinado. (Lazarus, 1984)

## **2.6 Implicaciones en los hijos en edad infantil**

La familia es la primer escuela, el primer escenario, el grupo primario del ser humano que incorpora los valores a cada sociedad según su cultura (Pérez, 2009). El Grupo Metodológico Asesor para estudios de familia del Ministerio de Salud de Cuba, considera a la familia como un “grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla” (colectivo de autores, 2000) citado en Pérez, 2009. La familia se considera como un sistema integral que al sufrir una alteración en uno de sus integrantes, se afecta la dinámica de todo el grupo.

El diagnóstico de cáncer en uno de los miembros, provoca el surgimiento del miedo a la muerte del ser querido, el temor a su sufrimiento e incluso al temor de no ser tan fuerte para cuidarlo, estos temores son experimentados de forma diferente por cada uno de los miembros, ya que dependerá de la personalidad de cada uno, la naturaleza y calidad de las relaciones, la reacción del propio paciente, la estructura familiar, su situación actual y las redes de apoyo con que se cuenta.

Comúnmente los integrantes de la familia experimentan diversos sentimientos como la impotencia, tristeza, ansiedad y diferentes temores. Otros factores importantes son la economía, el número de familiares, sus vínculos, su estado de salud, entre otros.

En el entorno de la familia y el enfermo terminal se manifiestan factores que cambian a todos los que conviven con quien sufre la enfermedad, algunos aspectos relevantes son:

1. Preocupación insistente por las consecuencias futuras (soledad-economía familiar- educación de los hijos, entre otras.).
2. Sentimientos de culpa originados en el ir muriéndose.

3. Emociones y reacciones contradictorias derivadas del agotamiento físico y emocional.
4. Colapso de la red de comunicación intra familiar.
5. Aislamiento de los miembros
6. Redistribución de los roles.
7. Confusión personal.
8. Sumado a estos factores, el estrés psicológico cambia la dinámica familiar, dentro de la cual se desarrollan nuevos patrones de afrontamiento y convivencia. (Sánchez, 2008)

Es importante considerar todos estos componentes para poder establecer las estrategias de intervención con el paciente y su familia, para este caso en específico con los niños. Así mismo algunas respuestas encontradas sobre los sentimientos que experimentan los familiares de los enfermos terminales son:

- Sentimientos de culpa asociados a posible participación causal en la enfermedad (pensamiento mágico).
- Congoja por la pérdida de ambos padres (uno por la enfermedad, el otro por dedicarse a cuidar del enfermo).
- Desplazamiento.
- El cambio de atención por parte de los padres puede ser percibido como falta de amor.
- Rechazo al enfermo por su aspecto: vendas, mal olor, entre otras.
- Dificultad para expresar sus sentimientos o encontrar un adulto que lo escuche.
- Vergüenza por la enfermedad ante los otros.
- Ansiedad de separación.
- Rabia, temor y resentimiento por ser abandonados o "dejados a un lado".
- Hostilidad ante una situación incomprensible. (Sánchez, 2008)

El paciente y su familia, incluyendo los niños, se ven afectados en su entorno, por la enfermedad. Es importante explicarles a los niños, en términos simples, las actitudes de los adultos y liberar al niño del pensamiento de que la actitud de rechazo se debe a algo que ellos hicieron. Permitiendo el acceso al proceso de ir muriéndose y a la muerte del familiar enfermo y que está ligado al niño o adolescente. Se debe trabajar en la desmitificación de la muerte, recordando siempre que el niño aprende por imitación.

Otra situación que puede experimentarse en la familia durante este proceso es la claudicación familiar, la cual puede definirse como la incapacidad de los miembros de una familia para ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades del paciente. Reflejándose en la dificultad de mantener una comunicación positiva con el paciente, sus familiares y el equipo. Puede ser individual o grupal, reducirse a un episodio momentáneo, temporal o definitivo y manifestándose por el abandono del paciente.

Pérez (2009) encontró que en algunas familias el fenómeno de claudicación familiar es manifestado principalmente por los hijos de la portadora de la enfermedad oncológica. Esta conducta se vio correlacionada con la relación que existía en la familia, la comunicación y la afectividad de la relación madre e hijo, previo a la enfermedad, aunque estos resultados no pudieron compararse, ya que existe poca literatura sobre el tema.

En esta revisión bibliográfica se muestra el impacto que sufre la familia ante el diagnóstico de cáncer en sus diferentes tipos, todo el sistema se tambalea y requiere una reestructuración para adaptarse a los requerimientos de atención y cuidado que deben proporcionarse al paciente, el desgaste físico, económico y emocional en la familia, ocasiona un desequilibrio total en el ritmo y estilo de vida de la familia, en ocasiones se requiere incluso del apoyo de familiares y amigos para cubrir estas necesidades. Los hijos de estas pacientes sufren como consecuencia de esto el distanciamiento con la madre, en ocasiones son los hermanos mayores los que quedan a cargo de su cuidado, u otros miembros de la familia, esto deriva en un fuerte cambio en las atenciones que reciben los hijos,

como son su cuidado personal, alimentación y apoyo en general que la madre proporcionaba, en ocasiones esto propicia que cuando fallece a estos hijos se les aisle de los ritos funerarios o no tengan demasiada atención, no se les da información adecuada, ya que consideran que no lo entenderán.

En casos en donde la enfermedad, además de las consecuencias negativas antes mencionadas, origina la separación de los padres es aún mayor la afectación a los niños, ya que sufren la pérdida de la madre y la ausencia del padre, por lo que es importante brindar apoyo psicológico a los niños, para favorecer el manejo del duelo por la pérdida de la madre o ambos, si han sido abandonados por el padre, evitando trastornos en su vida adulta y favoreciendo su desarrollo físico y emocional.

Este apoyo puede integrarse en la información que se proporciona a las pacientes y familiares antes, durante y al final del tratamiento, así como posterior a la muerte de la madre, con la finalidad de cerrar este ciclo y favorecer su readaptación al nuevo sistema de vida que se brindará.

### **CAPÍTULO 3. DUELO EN LA INFANCIA**

Jiménez (2009), ha realizado un programa sobre el manejo de duelo en niños, basado en el modelo psicoterapéutico de Kirwin y Hamrin, de la Universidad de Yale, y derivado de la inquietud de que durante el proceso de duelo por un ser querido, los niños se han dejado de lado por considerar que ellos no entienden lo que está pasando, o porque los adultos enrolados en su propio proceso no ponen la atención en él, además de que probablemente no saben cómo explicarle al niño este proceso.

En este capítulo revisaremos el desarrollo evolutivo de la niñez intermedia que abarca de los 6 a los 11 años, cómo se establece el vínculo afectivo con el adulto, basándose en la revisión sobre la “Teoría de apego” de Bowlby, la descripción de algunos aspectos relacionados con las principales teorías sobre las emociones y las que se manifiestan principalmente ante el proceso de duelo en la infancia, finalmente el proceso de duelo en niños.



### **3.1. Desarrollo infantil**

Papalia (2005), divide el desarrollo infantil en el periodo prenatal que va desde la concepción al nacimiento, seguido por la etapa de la infancia que abarca desde el nacimiento y hasta los dos años, posteriormente sigue la niñez a la que divide en dos grandes etapas la niñez temprana (3-5 años) y la niñez intermedia (6-11 años), el desarrollo durante estas etapas se manifiesta en tres campos físico o motor, el cognoscitivo y el psicosocial.

El desarrollo físico durante esta etapa se hace más lento, la estatura y el peso, se ven afectados por la nutrición y el ejercicio. Los problemas de desnutrición pueden afectar todos los aspectos relacionados con el desarrollo, actualmente uno de los principales problemas en este campo es la obesidad, causada por los estilos de alimentación que tienden a ser como los de los adultos. Este problema es un factor de riesgo para que los niños lleguen a presentar enfermedades cardíacas o presión sanguínea alta.

Otro factor de riesgo es la inactividad, ocasionado por la falta de actividad física generada por largas horas sentado frente al televisor. Estos niños a menudo sufren de burlas de sus pares, empeorando los problemas físicos y sociales que sufren. La obesidad también está influida por factores genéticos y ambientales.

Durante este período los niños suelen participar en deportes competitivos organizados y juegos rudos, mientras que las niñas están más preocupadas por su imagen corporal que hacia el final de esta etapa puede derivar en trastornos de alimentación. La tasa de mortalidad en estos años es la más baja en el ciclo de la vida. En algunos casos se llegan a presentar condiciones médicas agudas o crónicas, o lesiones por accidentes. Aumenta su nivel de comprensión cognoscitiva de la salud y la enfermedad.

El desarrollo cognoscitivo está fundamentado principalmente en la teoría de la inteligencia de Piaget, que denomina a esta etapa de las “operaciones concretas”. Disminuye el egocentrismo y aumenta su razonamiento lógico (aquí y ahora), el pensamiento espacial, la comprensión de la causalidad, la

categorización, el razonamiento inductivo y deductivo, así como la conservación. El entorno cultural y el desarrollo neurológico contribuyen al desarrollo de habilidades, estos mismos factores incrementan el procesamiento de la información. También se eleva la capacidad de la memoria de trabajo.

En esta etapa la inteligencia de los niños suele medirse a través de diferentes escalas como: la escala de inteligencia para niños de Wechsler (WISC-III), la Otis Lennon, la prueba de habilidades triárquicas de Sternberg (STAT) o la batería de evaluación para niños de Kaufman (K-ABC). Todas estas pruebas se basan en la investigación neurológica y la teoría del procesamiento de la información. El uso de estas pruebas es controvertido debido a su uso generalizado, ya que existen niños que no se desempeñan bien en las aplicaciones de las mismas. Un factor importante es que son cronometradas y esto puede ser contraproducente para algunos niños, sin embargo, esto no los hace menos inteligentes. Estas pruebas solo evalúan tres tipos de inteligencia que son: la lingüística y la lógica-matemática.

Según Gardner (1993), citado en Papalia (2005) existen ocho tipos de inteligencia, basándose en el hecho de que el cerebro procesa la información en diferentes áreas. Gardner sugiere valorar cada inteligencia observando sus productos, por ejemplo: que tan bien cuenta una historia, recuerda una melodía o como se desplaza en un área desconocida, entre otras. La observación prolongada revela las fortalezas y debilidades que requiere el niño para desarrollar su potencial, esto produce un gran beneficio para los niños. También adquieren habilidades de vocabulario, gramática, sintaxis, escritura, desarrollo de la lectura y principalmente la pragmática. Dentro de estas habilidades la pragmática es la más relevante ya que le permite mejorar sus conversaciones y su narrativa.

En esta etapa de desarrollo también se caracteriza por el desempeño escolar que va adquiriendo el niño, los padres le transmiten actitudes de aprendizaje y de logro. La situación económica influye en el estilo de crianzas y a su vez en el aprovechamiento del niño. Es más reflexivo e implementa principios lógicos

El desarrollo de la cognición le permite al niño aumentar su comprensión, su control emocional, visualizar diferentes aspectos de sí mismo y verbaliza mejor su autoconcepto. Es decir, es capaz de comparar su yo real con su yo ideal, desarrollando mejor su autoestima. Aprenden a identificar el origen de sus emoción y su expresión (por ejemplo: sentirse enojados, temerosos, tristes, entre otras) lo que le permite adaptar su conducta a estas manifestaciones.

A esta etapa Piaget le llamó “operaciones concretas”, el niño puede utilizar su pensamiento para resolver problemas, clasificar objetos por grupos, perfecciona su memoria, el almacenamiento de información y su organización. También logra controlar sus emociones negativas, así mismo logra imaginar cómo piensa y siente otra persona, considerando diferentes puntos de vista ya que su egoísmo va disminuyendo.

En la niñez intermedia el niño y sus padres comparten el poder, surgiendo así la corregulación, durante este proceso los padres supervisan y los niños ejercen su autoregulación. Esto basado en una comunicación clara entre padres e hijos, reglas claras, sistemáticas y conscientes. Si esta corregulación no se da en estos términos puede ocasionar conflictos y falta de disciplina.

Es importante considerar el factor económico ya que en la actualidad los dos padres trabajan y su relación con los hijos dependerá del grado de satisfacción que siente en el desempeño del mismo, la remuneración que este genera, así como los acuerdos en el estilo de crianza. Una alteración en este proceso conlleva dificultad en las relaciones, sensación de fracaso ocasionando que los padres se vuelvan menos afectuosos, con poca sensibilidad ante el niño, una disciplina inconsistente, severa y/o arbitraria.

Esta problemática puede ocasionar que los niños desarrollen dificultad para relacionarse con sus pares, no tener confianza en sí mismos, participar en actos antisociales y diversas alteraciones de la conducta.

Uno de los principales riesgos en esta etapa es que el niño se perciba como incapaz o tenga sentimientos de fracaso lo que implicaría, el crecimiento de sentimientos de inferioridad que pueden ir formando parte de su personalidad y consolidarse en su trayectoria hacia la vida adulta.

En cuanto a la estructura familiar está no es lo primordial, es mucho más importante la forma de relacionarse entre padres e hijos. El mejor ambiente es cuando el niño crece con ambos padres, sin embargo en la actualidad las familias enfrentan un gran desafío al tener que trabajar ambos padres esto ha generado que los estilos de crianza se adapten a esto.

Los estudios sobre el impacto del trabajo en los padres mencionan que los efectos de esta situación dependen de la edad del niño, su sexo, su temperamento y personalidad. El tipo de trabajo sobre todo de la madre, el tiempo que se ausenta, que tan satisfecha esta con él, si su pareja la apoya o no y si tiene pareja o no, la posición socioeconómica y los cuidados que el niño recibe antes y o después del tiempo en la escuela.

Los niños van aprendiendo a manejar sus emociones con lo que facilitan su adaptación al entorno social y desarrollan estrategias que les permitan incluso disimular estas expresiones cuando consideran que pueden tener un efecto negativo. Las emociones que inicialmente se manifiestan son las que llamamos básicas como son; miedo, cólera y alegría, las demás aparecerán paulatinamente a lo largo del desarrollo evolutivo. (Izaard, et al, 1980, citado en Del Barrio, 2002).

Esta expresión emocional tiene como objetivo el establecer y mantener las relaciones de los niños con su entorno social, es decir, le permite comunicar los objetivos e intenciones hacía sus padres, amigos, maestros, entre otros.

También expresan las necesidades del niño, además de funcionar como medio de comunicación con su entorno. Según varios autores estas emociones logran un desarrollo muy similar desde el nacimiento hasta casi los cinco años a partir de esta edad se estructura un estilo emocional personal que va a estar influenciado por el entorno socio-cultural.

La última habilidad que los niños adquieren en este proceso es la capacidad de hablar acerca de sus emociones haciéndolas objetivas como producto de su desarrollo intelectual, a esto se le conoce como metacognición, y según Saarni (1984), citado en Del Barrio (2002), se produce entre los 6 y los 10 años. Durante esta etapa incluso pueden enmascararlas cuando consideran que son negativas, o

que pueden afectar a otros o cuando socialmente su expresión no es bien aceptada.

Como se ha descrito es muy importante poder identificar el desarrollo cognitivo del niño, para entender la forma que tiene para manifestar sus emociones, ya que se trata de una etapa en la que el carácter y los recursos personales del niño están en proceso de desarrollo y por tanto tiene una gran dependencia del adulto para afrontar y resolver las situaciones conflictivas.

### **3.1.1. Teoría del apego**

Desde el nacimiento la madre, que generalmente es el cuidador principal del niño, proporciona alimento, limpieza y satisfacción de las primeras necesidades que favorecen la supervivencia, con lo que se establece la primera relación afectiva del menor con dicha persona.

Esta relación se considera de vital importancia ya que constituye el modelo de todas las relaciones afectivas posteriores. John Bowlby partiendo de la teoría psicoanalítica de Freud y apoyado en los estudios sobre formación de vínculos en animales formuló en 1958 la **Teoría del apego**, en donde establece que la relación con los otros, es una necesidad primaria para la supervivencia (Delval, 2002).

Según Bowlby (1973), citado en Delval (2002), el apego tiene gran importancia durante toda la vida, de las relaciones con las figuras de apego, el individuo crea un modelo del mundo y de él mismo, desde el cual actúa, comprende la realidad, construye sus planes y anticipa su futuro. Este apego persiste en el tiempo, se mantiene en la separación y la distancia.

La calidad en esta primera relación va a determinar el sistema de interacción entre el niño y la madre, y afecta el desarrollo del infante en muchos aspectos. Una buena relación permite independencia, mientras que una mala relación puede provocar niños menos activos, menos sociales y una mayor dependencia (Delval, 2002).

Este vínculo se crea en diferentes fases a través del desarrollo evolutivo del niño, al inicio el niño no diferencia a una persona de otra, es hasta los tres o

cuatro meses que el niño diferencia una cara de otra. A partir de esta edad empieza a emerger la persona(s) que lo cuida(n), estableciendo un contacto diferente.

Después de los seis o siete meses, ya trata de mantenerse cerca física o visualmente de la madre, intenta moverse y protesta si se aleja, esta fase dura hasta los tres años, Posteriormente, el apego está construido plenamente, solo falta que conciba a su madre como una persona independiente de él. Inicia el proceso de educación, lo que favorece el establecimiento de un nuevo tipo de relación en la que reconoce a la madre con deseos y necesidades propias diferentes de la suyas. Esta fase puede durar toda la vida.

No es aventurado decir que la formación del vínculo afectivo es uno de los pilares que determinarán la personalidad del niño, por lo anterior cuando ocurre la pérdida de un ser querido se interrumpe el equilibrio personal y el ajuste con el mundo.

Por otro lado, en las diversas investigaciones realizadas por Bolwby (1980), citado en Cantón (2000), también revisa la teoría sobre la ansiedad de Freud y formula un modelo teórico sobre el desarrollo de la personalidad, en el que propone que el niño tiene una predisposición genética para responder con miedo a determinados estímulos, que son básicamente dos: la presencia de señales de peligro y la ausencia de una figura de apego. Bajo esta noción se replantea el concepto de mundo interior desde la perspectiva freudiana utilizando el concepto “modelo interno de trabajo” y conjuntándola con la teoría cognitiva moderna. En este modelo se representan las concepciones que el niño construye de su entorno, incluyendo su propio yo.

En los niños estos modelos de trabajo se construyen a partir de sus figuras de apego (Cantón, 2000), y se fundamentan en tres principios:

- a). Disponibilidad de la figura de apego lo que genera autoconfianza y ausencia de ansiedad.
- b). La confianza, ésta se construye durante la primera infancia, la niñez, y la adolescencia los apegos inseguros pueden causar apegos inseguros.
- c) Las expectativas sobre disponibilidad y respuesta con sus figuras de apego

son el reflejo de sus experiencias.

Así la reacción de un niño frente a situaciones que pueden generar distintas emociones, dependerá de la etapa de desarrollo evolutivo y también de circunstancias externas y en especial de la situación y actitud de los adultos que rodean al niño.

### **3.2 Las emociones**

Como se ha referido anteriormente las emociones son otro factor en el proceso del duelo, este se genera por la manifestación de las emociones que se gestan como consecuencia de la pérdida o de la expectativa acerca de la muerte del familiar enfermo. Comenzaremos describiendo ¿Qué es una emoción?

Las emociones son multidimensionales. Existen como fenómenos subjetivos, biológicos, propositivos y sociales, se consideran también como reacciones biológicas, que alistan al cuerpo para enfrentarse a cualquier situación a través de la movilización de la energía. También son agentes de propósito (hambre) o sociales (protestar contra una injusticia). Comunicamos nuestra emotividad a través de reacciones faciales, posturas o vocalizaciones que indican la calidad de la emoción.

Las emociones involucran sentimientos, fenomenología, bioquímica, musculatura, deseos, propósitos, la comunicación y la interacción con los demás. Sirven también como sistema de lectura para indicar cómo están ocurriendo las cosas, además de energizar y dirigir la conducta.

Desde el punto de vista biológico, las emociones reflejan el estatus de satisfacción o de frustración de los motivos, algunos investigadores afirman que las emociones conforman el sistema motivacional primario (Tomkins, 1962, 1963, 1984; Izard, 1991, citados en Ruano, 2004).

Por su parte, Izard (1989), citado en Ruano (2004), insiste en que el proceso emocional de los sucesos externos no es cognitivo, mientras que Panksepp (1982 y 1994), citado en Ruano (2004), extiende la idea al mencionar que las emociones se generan a partir de los circuitos neuronales genéticamente heredados, que en ocasiones no se pueden verbalizar por lo tanto no son

cognitivos, su experiencia se induce mediante procesos no cognitivos como las estimulaciones eléctricas del cerebro, éstas ocurren en niños y adultos.

También se plantea que las emociones tienen como finalidad la protección, reproducción, reintegración, afiliación, rechazo, destrucción, orientación y exploración, como algunas de sus funciones.

Las emociones tienen diferentes funciones que permiten prepararnos para responder exitosamente a las variaciones del entorno. Todas estas emociones son benéficas, ya que canalizan la conducta y la atención hacia donde es necesario. Además de prepararnos para el enfrentamiento y solución de situaciones, comunican nuestros sentimientos, regulan el modo de interacción con los demás, crean, mantienen y disuelven las relaciones. Las emociones también se diferencian de los estados de ánimo, por emerger en situaciones vitales y significativas, sirven para influir en la conducta y seleccionar la acción a realizar, también surgen de sucesos instantáneos que duran segundos o minutos, mientras que en los estados de ánimo, éstos se presentan mal definidos y desconocidos, influyen sobre la cognición y lo que se piensa, y en tiempo, su duración es más prolongada.

La función de las emociones se ha clasificado desde diferentes enfoques que ponderan distintas propiedades, presentaremos algunos ejemplos.

### **3.2.1. Teoría Evolutiva de las Emociones**

Darwin (1874) plantea en su obra, *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*, que las emociones permiten a los seres humanos, mantenernos vivos y son de vital importancia para la supervivencia, regulan nuestro entorno, favorecen la adaptación, así como la atención (Ruano, 2004). Las emociones se describen con un papel adaptativo, su expresión e interpretación funciona como señal y preparación para la acción, dentro del proceso de supervivencia. Darwin consideró que algunas expresiones emocionales son innatas y otras no.

Por su parte, Tomkins (1962, 1963) propone a las emociones como un sistema motivacional primario. Planteó su “hipótesis del feedback facial”, que



consiste en ver a las emociones como una serie de respuestas musculares y glandulares principalmente localizadas en la cara y con origen en los centros cerebrales subcorticales.

Asimismo, Izard (1989) citado en Ruano (2004), desarrolla su teoría diferencial de las emociones a nivel experimental, en donde involucra a mecanismos neuronales y propone una relación entre la cognición y la emoción. Considera a la expresión facial como una experiencia subjetiva emocional y con determinación genética. Su teoría hace referencia a los criterios que utiliza para la identificación de las emociones fundamentales como son: interés, alegría, sorpresa, rabia, asco, miedo y malestar.

Dentro de la teoría evolutiva, las investigaciones de Cannon manifestaron relación entre el dolor, el hambre y las emociones fuertes, como el miedo y la rabia, y la elevada secreción de adrenalina de las glándulas suprarrenales (Vigotsky, 2004).

El centro de esta teoría organicista se basa en la relación que existe entre las reacciones fisiológicas y la manifestación de una emoción. C.G. Lange, representante principal de esta teoría, consideraba que las manifestaciones físicas que suelen acompañar a la emoción constituyen modificaciones de las funciones del aparato vasomotor diferentes para cada emoción.

Con base en esta teoría se ha demostrado que las emociones se relacionan con actos reflejos que surgen ante un estímulo de objetos externos que alcanzan nuestra consciencia, derivado de esto puede visualizarse que existen infinidad de emociones y que su manifestación variará asimismo infinitamente. Pueden ser provocadas por numerosas causas que no tienen absolutamente nada en común con los procesos mentales y, con frecuencia, éstas pueden ser controladas o atenuadas por medios puramente físicos (Vigotsky, 2004).

### **3.2.2. Teorías Cognitivas de las emociones.**

Bajo el enfoque cognitivo, el estudio y definición de las emociones recibió un fuerte impulso a partir de las investigaciones de Schachter y Singer (1962) citado en Ruano (2004). Para Schachter (1964) citado en Ruano (2004) la

interacción fisiológica y la cognitiva de una situación son el resultado de un estado emocional. El tipo de emoción que se manifiesta está relacionado con la evaluación cognitiva de la situación. Según Schachter la emoción ocurre después de evaluado el estímulo ocasionado por dicha situación, y que origina la actividad fisiológica que se desencadena, lo que define el estado emocional que se experimenta. Sin embargo, existen situaciones que desencadenan una actividad fisiológica sin la presencia de experiencia cognitiva a esto le llamó activación inexplicada, y fue resultado de situaciones experimentales con el uso de drogas (epinefrina).

Las teorías cognitivas de la emoción consideran que los cambios fisiológicos que se presentan no son la causa de la emoción misma, sino que están asociados a ella o son la consecuencia. La experiencia cognitiva es el resultado del proceso de la información emotiva. (Cano-Vindel, 1995, citado en Ruano, 2004)

Arnold (1960, 1970) citado en Ruano (2004), considera que la evaluación cognitiva del acontecimiento-estímulo da origen a la emoción. Esta evaluación define al estímulo como bueno o malo para el bienestar del individuo, además esta evaluación también está influenciada por las experiencias pasadas y de la memoria, lo que provoca la actividad fisiológica que produce la evitación o el acercamiento a la situación.

Las personas estatifican lo malo y bueno de las emociones, es decir, efectúan evaluaciones de la misma situación que producen distintas emociones, por ejemplo; la amenaza conduce al miedo: la repulsión, al asco y así sucesivamente. El sujeto evalúa la situación basándose en sus creencias, valores, objetivos y compromisos, para generar una emoción específica ante la situación. Las emociones también se ven influenciadas por los roles sociales que se han adoptado. Lazarus (1982), Arnold (1970), Folkman (1986), Averill (1982) y Lazarus (1986) citados en Ruano (2004).

En suma, la perspectiva cognitiva propone que las emociones implican dos tipo de evaluación: la primera es la respuesta emocional ante la situación y la segunda, en donde intervienen cogniciones que llevan a una evaluación del

resultado desde tres dimensiones (el foco de la causa, el grado de control sobre la causa y la estabilidad de la causa), por ejemplo: después de un éxito, si el foco es el esfuerzo se produce orgullo, si el foco es la ayuda de otra persona se genera agradecimiento.

Como se ha revisado, estos enfoques de las emociones mantienen su perspectiva particular sobre el concepto de emoción, sus características y la forma de manifestarse ante determinadas situaciones. Para los fines de este trabajo, más que inclinarnos hacia un tipo de modelo, se opta por considerar a las emociones como estados que implican cambios internos en una determinada actividad somática y/o fisiológica. Bajo esta lógica entendemos también que la expresión de las emociones o expresión emocional es todo aquello que podemos observar externamente como la cara, el cuerpo, la voz; o bien internamente en términos del nivel de actividad del SNC producido por estímulos emocionales (este tipo de manifestaciones sólo son accesibles a través de estudios especializados).

Esta experiencia emocional es la consecuencia de la valoración e interpretación cognitiva que efectúan los individuos a partir de su percepción sobre la situación asociada con sus estados emocionales y que genera manifestaciones distintas en cada persona (Pérez, 2002).

Desde Darwin (1873), citado en Ruano (2004), hasta nuestra época se han realizado innumerables investigaciones para determinar el número de emociones que existen, sin embargo, no hay un número concreto, va a depender del marco teórico y de los factores considerados para su estudio, dentro de estas clasificaciones se propone que existen emociones primarias, secundarias e instrumentales, adaptativas y no adaptativas, negativas, positivas, placenteras y neutras.

Las emociones primarias son aquellas con las que nacemos y dependiendo de la teoría o el investigador se proponen desde cuatro a diez emociones primarias: alegría, angustia, miedo, rabia, depresión, vergüenza, culpa, interés y asco, por mencionar algunas.

Las emociones secundarias son aquellas que surgen de la combinación de las emociones fundamentales, por ejemplo: el amor (alegría e interés), el odio

(asco y rabia), la angustia (miedo y dos o más emociones como la vergüenza y la culpa, entre otras).

Dependiendo de su importancia en la dimensión valorativa, algunos autores las han clasificado en emociones negativas y positivas. Las primeras se definen como aquellas que se experimentan cuando una meta no es alcanzada y las segundas se experimentan al alcanzar las metas.

Otros autores agregan a esta clasificación las emociones instrumentales definidas como aquellas que se utilizan para influenciar en los demás y pueden ser conscientes o inconscientes, se consideran como emociones desadaptativas y se perciben como manipuladoras y superficiales.

A continuación se describen solo algunas emociones negativas y positivas, con la finalidad de tener información sobre sus conceptos, su objetivo y función dentro del aprendizaje de los individuos. Como parte de las emociones negativas se encuentra el miedo, entendido como: *“el estado afectivo del que ve ante sí un peligro o ve en algo una causa de padecimiento o de molestia para él.”* (Moliner, 1982, citado en Ruano, 2004, p. 441), nos alerta del peligro físico o psicológico, genera una sensación de tensión nerviosa que desarrolla una acción para evitar la situación. También facilita el aprendizaje de nuevas estrategias ante el peligro. Activa la capacidad de aprendizaje de habilidades en los estilos de afrontamiento. Tiene una función de supervivencia, provoca el escape ante situaciones de riesgo (huida-evitación) y es una emoción adaptativa.

Otra emoción negativa es la ansiedad que se ha estudiado como rasgo de personalidad, estado, síntoma, síndrome, reacción emocional, sin existir una delimitación clara. Como respuesta emocional se puede definir como serie de respuestas que producen tensión, aprensión, activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores implicados en comportamientos poco adaptativos. Estas respuestas pueden producirse por estímulos internos (pensamientos) o externos (situaciones) percibidos como peligrosos, determinados por la características de cada individuo. La ansiedad puede considerarse como una emoción muy aversiva, se activa con la separación (en ocasiones asociada a la pérdida), el fracaso y el dolor.

La tristeza se origina por la pérdida de personas, objetos o salud que son significativos o representan un vínculo afectivo poderoso, implica sufrimiento y necesidad de ayuda, se asocia con el miedo y la ira, en situaciones de abandono. Su expresión más negativa es la depresión (Goleman, 1997, citado en Ruano, 2004).

Dentro de las emociones positivas se encuentran el amor, la alegría y la sorpresa. Estas funcionan fundamentalmente para la supervivencia y la adaptación, poner al individuo en contacto con el mundo. La alegría y el amor son fuente de motivación, el dominio del placer, el logro de competencias y el establecimiento de vínculos sociales, así como su mantenimiento.

El amor interactúa con la alegría para generar experiencias de satisfacción, plenitud y placer con la persona que uno ama, cuando las personas sienten amor, en general se "*sienten aceptadas, comprendidas, seguras y con mayores niveles de autoconfianza*" (Greenberg y Paivio, 2000, citado en Ruano, 2004, p. 207).

### **3.3 Muerte y duelo**

El duelo por la pérdida de un ser querido, genera emociones particulares a la situación, que permiten identificar si éste proceso se está tornando de difícil manejo, o detectar cuando éste ya se ha resuelto de manera satisfactoria. Algunas de las emociones que pueden presentarse son por ejemplo: el miedo, la ansiedad, la tristeza, la culpa y la soledad, entre otras. Para poder sobre llevar un proceso normal de duelo así como la recuperación de éste, se requiere que la familia y el entorno puedan aportar al niño, amor, alegría, confianza y seguridad, entre otras cosas.

El abordaje que se da a este tema en la familia depende de las costumbres y creencias de las mismas y que están determinadas por el entorno cultural en el que se desenvuelven. Las diferencias principales en este abordaje son en relación con las formas de afrontamiento y la manera en que la familia se comporta respecto del papel del niño que sufre la pérdida de una persona importante.

Actualmente, con la aparición de los cuidados paliativos para pacientes en fase terminal, se intenta hacer consciencia sobre la importancia de estar rodeado de los seres queridos cuando ésta se presente, así como brindar habilidades que permitan poder experimentarlo y afrontarlo como un proceso adaptativo y de enriquecimiento para la persona que lo vive.

### **3.3.1. Definición de duelo y su proceso en los niños**

La primer teoría sobre el duelo la expone Sigmund Freud en su escrito “Duelo y melancolía”, 1915, él consideraba que el sufrimiento experimentado se debía al apego interno con la persona fallecida, así el proceso de duelo tiene como objetivo separar el apego del objeto perdido, quedando el Yo liberado para volver a formar un apego con otra persona (Oviedo, Parra y Marquina, 2009).

El duelo es considerado como “la reacción psicológica que se produce ante una pérdida importante en la vida y se refiere al dolor emocional que se experimenta tras haber perdido algo o alguien significativo” (Barreto y Soler, 2007, p. 15)

Este proceso está caracterizado por sentimientos de tristeza, enojo, ansiedad, impotencia, *shock* y anhelo. Se vive según la etapa de vida en la que se encuentre la persona. Frecuentemente los niños son apartados de este proceso con la finalidad de protegerlos o bien por la incapacidad de los adultos debida a su afectación emocional por la que están atravesando o por no saber manejar la situación.

Sin embargo, el niño sabe que algo pasa y experimenta dolor, la forma en que él enfrente esta situación estará determinada por su desarrollo cognitivo y emocional, así como por el vínculo afectivo con la persona. Bowlby (1980,1983) citado en Apraiz (2006), también considera que ciertas experiencias de la infancia pueden provocar un duelo patológico, como por ejemplo: la pérdida de un progenitor o una separación temprana de los padres.

El apego puede ser más fuerte hacia uno u otro progenitor, se señala que en situaciones de ansiedad se busca más a la madre y en situaciones de juego al

padre, sin embargo esto no se puede generalizar ya que estas preferencias pueden ser multifactoriales.

Los planteamientos teóricos sobre el apego y su desarrollo, permiten entender el impacto especial que sufre un niño como consecuencia del proceso de enfermedad y el fallecimiento de su madre. De acuerdo con esta postura el apoyo psicológico debe facilitar al niño la adquisición de estrategias de afrontamiento, a expresar sus emociones, a disminuir la ansiedad de separación, y a la conclusión satisfactoria del proceso de duelo.

El duelo en niños se caracteriza por problemas de conducta y somatización a través de dificultades para dormir, no querer comer, dolores de cabeza o estómago y en algunos casos se presenta la enuresis.

Cognitivamente se produce ansiedad, miedo, fantasías de muerte, berrinches, timidez, desinterés, dependencia y demandan atención. En los adolescentes además de los anteriores predomina el malestar psicológico, como baja autoestima, entre otros. Durante esta etapa es muy importante favorecer la resolución del duelo, en caso contrario, podría conducir a problemas serios y duraderos.

Los periodos normales de duelo son entre uno y dos años, se considera que éste ha finalizado cuando la persona es capaz de recordar al fallecido en forma serena.

Según Barreto y Soler (2007) las situaciones de riesgos en niños y adolescentes ante el duelo, que se presentan con más frecuencia son:

- ✓ Llorar en exceso
- ✓ Episodios de cólera frecuentes y prolongados
- ✓ Apatía e insensibilidad
- ✓ Aislamiento
- ✓ Pesadillas y problemas de sueño
- ✓ Falta de apetito y en consecuencia pérdida de peso.
- ✓ Miedo exagerado a quedarse solo
- ✓ Muestras de comportamientos infantiles (superados previamente)
- ✓ Dolores de cabeza u otras dolencias físicas

- ✓ Expresiones de encontrarse o irse con el fallecido
- ✓ Bajo rendimiento escolar
- ✓ Ambiente inestable, el cuidador es alternante.
- ✓ Dependencia con el progenitor superviviente y su reacción ante la pérdida.
- ✓ Segundas nupcias y una relación negativa con la nueva figura.
- ✓ Pérdida de la madre en niños menores de 11 años y del padre en varones adolescentes.
- ✓ Falta de consistencia en la disciplina impuesta al niño o adolescente

Debe ponerse atención en identificar estos factores de riesgo y ante su aparición buscar atención especializada.

Por otro lado, se debe considerar al proceso de duelo como una condición que permite favorecer la aceptación de la pérdida, expresar los sentimientos que se experimentan, adaptarse al nuevo estilo de vida, permitir el inicio de nuevas relaciones y aceptar los nuevos retos de la vida.

El duelo desde la perspectiva de Elizabeth Kübler Ross (O'Connor, 1999; Domínguez, 2007), quién fue la pionera en el estudio de este proceso a través de sus investigaciones con moribundos, se realiza en cinco fases, que pueden ser o no sucesivas, también pueden experimentarse varias veces, esto dependerá de diversos factores. Las fases son:

- Negación: durante esta fase no se experimenta ninguna emoción. Es como estar anestesiado y se produce casi siempre al principio del duelo aunque regresa una y otra vez hasta que el proceso termina.
- Enojo: este puede manifestarse externamente como rabia o internamente como una depresión, aunque en el fondo es temor. Este enojo puede proyectarse a otras personas.
- Negociación: consiste en desear una cura milagrosa, hacer pactos para que se prolongue la vida, que generalmente se establecen con Dios. Se experimenta como una ayuda para ganar tiempo antes de aceptar la verdad.



- Depresión: se manifiestan sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia, perturbación del ánimo, tristeza, decepción y/o soledad. También se pierde la capacidad para sentir placer, se evitan situaciones agradables, se tiende al aislamiento.
- Aceptación: periodo de relativa tranquilidad en el que se acepta el final sin sentimiento de culpa o enojo.

Otro modelo sobre el duelo es el de Bowlby (1980, 1983, citado en Apraiz, 2006), quien en sus investigaciones observó que este proceso se llevaba a cabo en cuatro fases que se describen a continuación:

Fase I: “Fase de entumecimiento o shock”, se caracteriza por el aturdimiento, la negación, la ira y la falta de aceptación, también se produce una gran desesperación, dura desde poco tiempo hasta varios días. Se puede transitar por ella varias veces durante el proceso de duelo.

Fase II: “Fase de anhelo y búsqueda”, se caracteriza por inquietud física y pensar constantemente en la persona que falleció, se añora y se busca. Puede durar varios meses o años.

Fase III: “Fase de desorganización y desesperanza”, se caracteriza por apatía, indiferencia, falta de apetito, inicia el establecimiento de la pérdida y se reviven continuamente los recuerdos que evocan al fallecido causando una sensación de desconsuelo.

Fase IV: “Fase de reorganización”, se comienza la reorganización de la vida, los aspectos dolorosos empiezan a remitirse y el recuerdo del fallecido causa mezclas de alegría y tristeza logrando interiorizar la imagen de la persona perdida.

Ambos modelos son de los primeros en materia de duelo, y se consideran como complementarios. Es importante hacer hincapié en que las fases no son secuenciales necesariamente, se pueden alternar y/o regresar de una a otra, esto estará influenciado por diferentes factores, tanto internos como externos en cada niño.

En estos modelos se crea el desglose por etapas con la finalidad de ayudar a comprender el proceso por el que atraviesa el enfermo terminal y/o su familia y

para el caso de este escrito específicamente los niños. Estas etapas se consideran como respuestas adaptativas, que se basan en el valor del apego a la sobrevivencia, la importancia de condicionantes sociales y la redefinición del sí mismo y de su contexto. La causa para no lograr un duelo normal (“duelo crónico” y “ausencia prolongada de aflicción consciente”) implica que aún existen lazos con el fallecido, llevando a un impulso de búsqueda y originando el duelo patológico o inconcluso. Es importante considerar estas clasificaciones como base para determinar en qué fase del proceso puede encontrarse algún bloqueo que no esté permitiendo la elaboración adecuada del proceso de duelo.

Asimismo, durante este proceso pueden aparecer diferentes mecanismos de defensa para evitar el afrontamiento de la pérdida, ocasionando que se quede inconcluso, albergando pensamientos de que la pérdida no es definitiva. En casos graves se puede llegar a ideas suicidas para reunirse con la persona fallecida (Apraiz, 2006).

### **3.3.2. Mecanismos de defensa ante el duelo**

Estos mecanismos los tenemos todas las personas, nos permiten manejar la angustia, afrontar situaciones difíciles o controlar reacciones emotivas. Un uso apropiado de estos mecanismos es útil y eficaz; si es excesivo, se obstaculiza el proceso de crecimiento. Durante el proceso de duelo estos mecanismos surgen como una medida de protección ante el dolor causado por la pérdida, por lo anterior se deben tener en cuenta al hacer una evaluación en el proceso de duelo o para identificar la forma en que se está afrontando el proceso. Según Apraiz (2006), los más comunes durante el proceso de duelo son:

- Rechazo: Negar la realidad.
- Represión: Evita la ansiedad.
- Fijación: Ideas obsesivas
- Racionalización: Controla las emociones
- Aislamiento: Se niega a relacionarse con los demás o en el plano emotivo.
- Regresión: Comportamientos anteriores.

- Somatización: La tensión se interioriza hacia el organismo.
- Identificación: Se vive el proyecto de vida del fallecido.
- Idealización: Lo que le permite mantener su relación con el fallecido
- Culpabilidad: Cree que su conducta pudo ocasionar la muerte del ser querido.

Una vez que se evalúa la utilización de estos mecanismos durante el proceso pueden establecerse las estrategias de tratamiento que favorecerán la resolución del duelo de manera satisfactoria para el doliente. Es importante establecer un buen diagnóstico basado en el esclarecimiento de todos los factores que intervienen en el proceso.

### **3.3.3. Duelo patológico**

El proceso de duelo que no se lleva a cabo adecuadamente, produce un bloqueo prolongado de las emociones, al extenderse el tiempo de elaboración, o bien, cuando se produce una manifestación exagerada de las emociones se denomina duelo patológico, y según Bowlby (1980), se puede presentar de tres formas que se describen brevemente a continuación:

1. Duelo crónico: Se manifiesta con autorreproches, accesos de cólera, ansiedad, ausencia de pena y su principal síntoma es la depresión.
2. Ausencia de aflicción: se vive el proceso como si nada hubiera pasado, puede llegar a padecer dolencias físicas o psicológicas, caer en depresión predominantemente durante el aniversario luctuoso, otras pérdidas o al llegar la fecha que celebraban la edad del fallecido, también se presenta la compulsión por cuidar a otros que sufran alguna pérdida.
3. Euforia: alegrándose de ella o negándola.

Ante esta situación es recomendable buscar atención especializada para establecer un tratamiento adecuado que permita a quien sufre la pérdida, la resolución del duelo.

#### **3.3.4. Actitudes de los niños ante la muerte**

El proceso de duelo en los niños estará determinado por la etapa de desarrollo, los procesos cognitivos, el vínculo afectivo, la actitud de los adultos que los rodean, la edad, experiencia con muertes anteriores, ambiente, causa de la muerte, la oportunidad de manifestar sus emociones, estabilidad de la familia y finalmente, cómo se cubren las necesidades del niño (afectivas, alimento, vestido, entre otras), los recuerdos, su relación con otros adultos y las redes sociales de apoyo con que cuente (Apraiz, 2006; National Cancer Institute NCI, 2002)

Cuando se habla con los niños sobre la muerte las explicaciones deben de ser sencillas y breves, acordes a la etapa de desarrollo cognitivo del niño. Earl Grollman en su escrito "Explaining death to children" (1998, citado en National Institutes of Health, 2007), menciona que esto es más fácil si se hace en términos de la ausencia de funciones vitales conocidas, explicar que cuando las personas mueren ya no respiran, no comen, no hablan, no sienten y no piensan o cuando los perros se mueren dejan de ladrar y comer o las flores muertas ya no crecen ni florecen.

En la infancia las actitudes que manifiestan los niños ante la muerte están en función del nivel de comprensión de los conceptos que se le manejen ("está muy enfermo y va a morir", "va a morir" y "muerto"), hasta los dos años no hay evidencia de que se presenten reacciones graves inmediatas, aunque a veces se ha manifestado aflicción. A los 3-4 años inicia el surgimiento del miedo a la muerte (en relación con la sensación de abandono), pueden llegar a presentar pérdida del habla y falta de actividad ante una pérdida significativa.

Los niños menores de cinco años pueden presentar trastornos en el comer, dormir y el control de esfínteres. Entre los cinco y los nueve años de edad comienzan a ser más conscientes de la irreversibilidad de la muerte, entienden que el cuerpo cambia con la muerte y pasan del pensamiento mágico a estar

seriamente preocupados por el abandono o la muerte de otros familiares, lo cual se manifiesta en falta de concentración, bajo rendimiento escolar y somatización, incluso pueden creer que la muerte es contagiosa.

Los niños, ante una pérdida pueden tratar de ocultar a los otros sus sentimientos, pero sus comportamientos delatan su ánimo, se envuelven en actividades con otros niños (ejemplo: en un momento pueden estar tristes y enseguida jugar con los amigos, evitando con esto que se confunda la actitud del niño ante la muerte del ser querido). La mente los protege de los pensamientos y sentimientos fuertes para que puedan manejarlos (mecanismos de defensa), llegan a manifestar ira, miedos o regresión a etapas de desarrollo anteriores, a través del juego desahogan su ansiedad y su dolor.

Su dolor no termina con su desarrollo, descubren e incorporan nuevos factores relacionados con la muerte. Si reciben apoyo, manifiestan sus emociones y reconocen su experiencia como aceptada y apoyada por los adultos, se desarrollan normalmente en la vida adulta. Es muy importante ayudarle a manifestar sus emociones, hacerle sentir seguridad y confianza, animarlo a participar en los ritos funerarios, sí y sólo sí él así lo desea, explicarle lo que verá, escuchará y lo que se hará durante este evento.

De los 5 a los 10 años el temor a la muerte disminuye ya que se le brinda información a medias o disfrazada. En esta edad hacen preguntas sobre la muerte, la empiezan a ver como algo irrevocable y que les causa temor, sin embargo la consideran como algo que le sucede a la gente mayor. Ante la pérdida pueden manifestar fobia a la escuela, mal rendimiento escolar, comportamientos agresivos, mostrarse antisociales o con síntomas hipocondriacos y en algunos casos aislamiento. Si el que fallece es uno de los padres llega a sentirse abandonado, por ambos por el que murió y ya que el otro está sufriendo su propio duelo, no le puede brindar apoyo necesario (Gala, Lupiani, Hernández, Guillén, González, Villaverde y Alba, 2002; NCI, 2002).

Entre los 10 y los 12 años de edad les preocupa que sus sentimientos de dolor y aflicción provoquen una separación con los amigos, al sentirse diferentes a ellos, y están también preocupados por sus familiares. "Los niños también

presentan estrategias de conexión con el fallecido: 74% de ellos creen que el fallecido está en el cielo y que desde allá los mira; 81% tienen la sensación de haber visto al fallecido en algún lugar; 57% sienten miedo de que el padre fallecido no apruebe lo que ellos están haciendo; 45% relatan sueños con el fallecido. Otros tienden a estar en contacto con el fallecido a través de las visitas al cementerio: 57% hablan con el fallecido; 43% sienten que obtienen respuestas; 90% pueden tener recuerdos de días compartidos con el fallecido; 77% conservan un objeto del fallecido, que durante el primer año de duelo tiene gran poder como objeto transaccional, pero luego lo pierde". (Jiménez, 2009, p. 12)

En la pubertad y adolescencia no existen etapas fijas, el temor a la muerte ya está establecido. La ansiedad y la melancolía suelen aparecer en estas edades ante la idea de la propia muerte; es frecuente que se presente una identificación con la persona que ha fallecido, cuando esto ocurre existe el riesgo de darse una actitud suicida (Caplan, 1966, citado en Gala, *et al*, 2002)

Generalmente ante un proceso de duelo los niños tienden a tornarse regresivos (pueden presentar incluso enuresis, chupar dedo, entre otras manifestaciones), sobre todo los más pequeños, debido a que no toleran por mucho tiempo los sentimientos de dolor y tristeza, por lo cual lloran con frecuencia o hacen berrinche o presentan estados de alegría injustificada o fuera de contexto.

Ahora bien, el duelo por la pérdida de la madre que ha sufrido de una enfermedad como el cáncer, tienen implicaciones adicionales relacionadas con el proceso de enfermedad. Como se refirió en el capítulo anterior, la familia ante el diagnóstico de cáncer, sufre un colapso caracterizado por una crisis de organización. Todo el sistema se tambalea y requiere una reestructuración para adaptarse a los requerimientos de atención y cuidado que deben proporcionarse a la paciente. Acompaña además a esta crisis, el desgaste físico, económico y emocional en la familia, lo que ocasiona un desequilibrio total en el ritmo y estilo de vida. En ocasiones se requiere incluso del apoyo de familiares y amigos para cubrir estas necesidades.

Los hijos de estas pacientes sufren como consecuencia de esto el distanciamiento con la madre, en ocasiones son los hermanos mayores los que quedan a cargo de su cuidado (en muchos casos también otros miembros de la familia hace las veces de cuidador), esto deriva en un fuerte cambio en las atenciones que reciben (cuidado personal, alimentación y apoyo en general que la madre proporciona). Más aún, cuando la madre fallece, el hijo o los hijos son aislados de los ritos funerarios, o bien no se le da información adecuada, ya que consideran que no lo entenderá, o que prefieren evitarle más sufrimiento.

En algunos casos la enfermedad además de lo antes mencionado produce la separación de los padres, provocando una mayor afectación a los niños, ya que sufren la pérdida de la madre y la ausencia del padre, por lo que es importante brindar apoyo psicológico a los niños, para favorecer el manejo del duelo por la pérdida de la madre o ambos si han sido abandonados por el padre.

### **3.3.5. Comunicación sobre la muerte con los niños**

Al niño le toma tiempo entender las ramificaciones de la muerte y sus consecuencias emocionales. Un niño sabe que una persona a muerto, y aun así puede preguntar por qué ve a las personas llorar, necesita una respuesta que podría ser: están llorando porque les entristece que la muerte de la persona, le echamos muchísimo de menos. Todos nos sentimos tristes cuando se muere un ser querido. Como se mencionó anteriormente es hasta los 10-12 años que el niño logra ser empático con sus emociones y las de los otros.

Es importante aprender a escuchar con atención las preguntas que hace, de donde surge su inquietud, que emoción la genera, para que la respuesta sea clara y apropiada, por ejemplo: ¿Cuándo te morirás tú?, nos indica su temor a ser abandonado, requiere respuestas que le den seguridad ante lo que pueda presentarse, por ejemplo: ¿Te preocupa que yo no esté aquí para cuidarte?, “yo no espero morirme en mucho tiempo, espero estar aquí para cuidarte durante el tiempo que me necesites, pero si mamá y papá se mueren, habría muchas personas que te cuidarían, mencionando a la familia”. Esta información le da certidumbre, transmite confianza y seguridad de que no está solo.

En ocasiones se utilizan palabras o frases como: está dormido, ya descanso o se marchó, estaba enfermo y falleció, aquí es necesario hablar con claridad sobre lo que está sucediendo, dando información sobre cómo fue y porque, explicando que solo las enfermedades graves pueden llegar a ocasionar la muerte, utilizando estas frases pueden llegar a generarse expectativas de que tal vez regrese, o que al enfermarse o dormir puede morir.

El concepto de muerte es aceptado como irreversible hasta los 8-9 años, antes el niño lo concibe como algo mágico que puede revertirse, por eso es importante explicarle porque se da, en que momentos, bajo qué circunstancias, evitando situaciones que puedan generarle ansiedad.

Tampoco se debe decir que la gente mayor se muere, es mejor decir, que la persona vivió muchos años antes de morir, la mayoría de las personas vive largo tiempo, yo espero que tú y yo vivamos largo tiempo.

Otro punto importante es la vinculación que se hace en ocasiones entre la muerte y la religión, por ejemplo: “ahora..... ya no está con nosotros, está con Dios” o “es la voluntad de dios” esto le causa inquietud al niño y puede tomarlo literal. También lo confunde las frases como: “está feliz ahora” y nos ve llorar. Por todo esto es importante preguntarles y averiguar cómo están escuchando y entendiendo los sucesos que le rodean.

En la vida diaria tenemos oportunidades para hablar de la muerte, por ejemplo la muerte de un pájaro, insecto, entre otras y de esta forma el niño va acercándose en momentos de menos emotividad que pueden aprovecharse para hablar con él, de que todos los seres vivos mueren y seden su lugar a nuevos seres vivos. Desde pequeños se debe hablar con los niños sobre los fenómenos de la vida y la muerte, si los incorpora gradualmente puede entenderlos como algo natural.

También se puede aprovechar al ver en la televisión algún suceso relacionado con la muerte, por ejemplo la muerte de algún personaje famoso y aclararles sus dudas y disipar sus temores dándole confianza.

Si existió violencia en la muerte ellos necesitan saber que la mayoría de las personas no actúan así y no se matan entre sí, aun cuando todos sienten enojo no



deben actuar así. El saber que existen emociones positivas y negativas y que ambas son buenas le permiten adaptarse a las situaciones.

La muerte de los seres queridos puede desatar diferentes sentimientos como la culpa, la ira o provocar regresión a etapas anteriores en el desarrollo, se debe poner atención a estos procesos para apoyarlos y ayudarles a expresar estos sentimientos.

Es decir pueden llegar a sentir culpa por la muerte del ser querido, ya que no entienden bien la relación causa y efecto, por ejemplo: Mamá murió porque yo fui malo. En estos casos se le puede apoyar diciéndoles que siempre se les ha querido y aún se les quiere o explicarles de forma sencilla y cuidando de no usar las frases que se han revisado, las circunstancias de la muerte y asegurarle que esta muerte no significa que otros seres queridos vayan a morir próximamente. El niño necesita sentirse protegido, amado, respetado y seguro.

Se debe ayudar al niño a expresar sus sentimientos y a que encuentre maneras de expresar su cariño, que comparta todo esto con otras personas, sin decirle lo que tiene que sentir.

Otro sentimiento que se despierta es la ira hacia la persona que se murió por causarle dolor, pena y/o haberle abandonado o pueden sentirse enojados hacia el personal que los atendió por no poder salvarlos. No se deben regañar por expresar su ira o miedo, es mejor ayudarle a aceptar sus sentimientos y asegurarle que alguien cuidará de ellos.

En los casos de regresión, es decir, cuando el evento provoca que vuelvan a una etapa anterior, necesitan el apoyo durante el tiempo que dure, ya que generalmente son temporales. Si dirigen su ira contra sí mismos se vuelven irritables y agresivos o empiezan a tener síntomas físicos, también experimentan depresión y otros problemas del comportamiento. Estos síntomas generalmente remiten después de seis meses, si no es así se requiere la intervención de un especialista.

En ocasiones el darles una foto de la persona fallecida les ayuda a reconfortarse y conservar su recuerdo. En relación con las visitas a personas moribundas o su participación en los ritos funerarios dependerá de la relación que

tenga con la persona y si el niño está preparado para estos eventos, si se le permite hacerlo deberá estar bien informado sobre lo que vera, lo que sucederá, lo que escuchará, en fin debe tener información clara sobre la situación a la que se enfrentará (National Institutes of Health, 2007).

En un mundo en donde el niño podría percibirse como ignorado, en el proceso de duelo, es importante darle la certidumbre de que tiene las habilidades necesarias para entender, vivir y superar sus pérdidas, que a pesar del sufrimiento y el dolor que estas le ocasionan, puede haber una oportunidad de vida a partir de esta experiencia.

## **CAPÍTULO 4. PSICOTERAPIA GESTALT**

### **4.1 Antecedentes.**

Entre los múltiples campos de acción de la psicooncología se encuentra la intervención en el proceso de duelo del paciente y su familia, requiriendo de la aplicación de diferentes herramientas terapéuticas, así como de diferentes modelos teóricos que le permitan el manejo adecuado del proceso que esté atendiendo.

Dentro de las tareas del psicooncólogo está la de ayudar a la familia a mantener su lugar de sostén y contención a pesar de estar siendo golpeados por el dolor. El psicooncólogo interviene en el proceso de la enfermedad desde su inicio, acompañando al paciente y asesorando a la familia, con la finalidad de mejorar su adaptación a la enfermedad, adherencia terapéutica y en la elaboración del duelo, antes de la muerte, procurando que ésta sea lo mejor posible.

Inmerso en este proceso también se encuentra el niño, que en ocasiones se le mantiene alejado del proceso de la enfermedad, ya que el padre y/o la familia están ocupados atendiendo a la paciente y en otras ocasiones es por sobreprotección, con la finalidad de evitarle un sufrimiento. Al respecto Wellish (1981), citado en Barreto, Molero y Pérez, en Gil (2000), menciona que cuando esto sucede los niños pueden presentar miedo y culpa con respecto a la enfermedad creyendo que ellos pudieron originarla, estas emociones pueden manifestarse en forma de: enuresis y encopresis secundarias, pesadillas y terrores nocturnos, entre otras.

Otras investigaciones como las de las psicólogas Dörr, Gorostegui, Jara y Ornstein (2007), mencionan que los principales temores del niño son: ¿Causé yo la muerte?, ¿Esto puede pasarme a mí?, ¿Quién me va a cuidar? En estos casos es importante manifestarle que, aunque existe tristeza por lo ocurrido, siempre contará con apoyo y los mejores cuidados posibles. También puede sentir el temor de ser abandonado por su padre, aquí hay que asegurarle que, aunque está muy afectado por la pérdida, se encuentra bien, no le va a pasar lo mismo y seguirá cuidando de él, así como hacerle saber que la persona fallecida seguirá presente.

Como se ha referido anteriormente, es importante plantear estrategias de intervención en el manejo del proceso de duelo en los niños con madres que padecen cáncer y cuya expectativa de vida es a corto plazo, con la finalidad de propiciar la aceptación de la enfermedad, su desenlace y que el duelo se elabore de forma normal. En este capítulo se expondrá el enfoque teórico de la Psicoterapia Gestalt como una opción de manejo en el proceso de duelo en niños, este enfoque hace mucho énfasis en la expresión de las emociones a través de sus diferentes técnicas. Su aplicación terapéutica permite el contacto con las emociones generadas por los diferentes eventos que se presentan a lo largo de la vida, la falta de esta manifestación pueden causar un bloqueo en la asimilación de la experiencia, lo que ocasiona que la situación quede inconclusa, sin completar el ciclo de la experiencia como se denomina a este proceso.

Al respecto, se ha dado a conocer una consideración cada vez más holística de las necesidades del enfermo oncológico, presentando investigaciones realizadas desde diferentes modelos teóricos, que incluyen a la Psicoterapia Gestalt y que están enfocados a diferentes aspectos o procesos de la enfermedad. (Matalobos *et al*, 2007)

Esto permite visualizar la importancia de la participación del psicooncólogo en la atención al paciente con cáncer y su familia, desde la perspectiva de este trabajo, específicamente con los niños.

## **4.2 Psicoterapia Gestalt**

Como se ha descrito, esta psicoterapia tiene diversos fundamentos de los cuales ha tomado lo que se consideró importante para el mejor desarrollo de este enfoque, dando origen así las premisas que fundamentan la Gestalt como una terapia con aplicación en el campo de la psicología clínica.

En este enfoque terapéutico la salud y la enfermedad están determinadas, por la alteración en las expresiones del “darse cuenta”, el “aquí y ahora” y la “homeostasis”. Bajo esta perspectiva, los objetivos de la Terapia Gestalt pueden enumerarse como sigue:

- Pasar del apoyo externo al autoapoyo.
- Aprender a darse cuenta de lo que se hace y cómo se hace (auto-responsabilidad).
- Lograr la mayor integración posible, ya que esto facilita el crecimiento y desarrollo del individuo.
- Fomentar en el paciente una actitud activa y responsable que le permita aprender a observar sus conductas y a experimentar otras nuevas.

En la Terapia Gestalt, el abordaje desde la práctica clínica trata al paciente como una persona en su totalidad y es co-responsable en el proceso terapéutico, el terapeuta tiene como cualidad que es quien enseña a aprender, el aquí y el ahora, acerca de sí mismo.

El proceso terapéutico permite a la persona darse cuenta qué necesita para solucionar sus propios problemas.

#### **4.2.1. Algunos conceptos básicos**

Este enfoque terapéutico además de sus fundamentos utiliza en su metodología varios conceptos básicos, sobre los que cimienta su práctica, estos conceptos tienen como finalidad facilitar el conocimiento del proceso terapéutico, a continuación se describirán los que se consideran como relevantes para el desarrollo de la presente investigación.

##### **Darse cuenta**

El darse cuenta es la capacidad de los seres humanos para percibir lo que le sucede dentro de sí mismo y en su entorno, es decir, la capacidad de comprender y entender lo que siente y todo lo que se produce como resultado del vínculo con el mundo exterior. Estas experiencias se distinguen en tres tipos, de acuerdo en la zona de relación, del ciclo de la experiencia, en la que presentan:

- 1) Darse cuenta de sí mismo.
- 2) Darse cuenta del mundo exterior.
- 3) Darse cuenta de la zona de fantasía.

1. Darse cuenta de sí mismo: son todos aquellos sentimientos, emociones y sensaciones que se experimentan en el cuerpo, es decir, todo lo que sentimos de la piel hacia adentro. Por ejemplo: sentir tensión en alguna parte del cuerpo, experimentar picazón o sentirse relajado. Para ponerse en contacto con uno mismo es conveniente hacerse las siguientes preguntas ¿Qué estoy sintiendo?, ¿Cómo lo estoy sintiendo?, ¿Dónde lo estoy sintiendo?
2. Darse cuenta del mundo exterior: es todo aquello que se percibe a través de los sentidos (tacto, gusto, olfato, oído, vista) del mundo exterior, es decir el contacto con los objetos y acontecimiento del mundo que me rodea. Y que estará en función de mi forma de percibir y de ser, basado en mi herencia genética, aprendizajes y mi personalidad.
3. Darse cuenta de la zona de fantasía: esta zona abarca el pasado y el futuro, lo relacionado con mi forma de pensar, adivinar, imaginar, planificar, recordar el pasado y anticipar el futuro. Todo esto en el aquí y ahora, es decir, en el presente.

En el caso de los niños este “darse cuenta” es más sutil, no siempre pueden expresarlo, se debe estar atento a la fenomenología y el contacto con el terapeuta es esencial, es también el terapeuta el que debe mostrarle al niño lo que observa, para que lo corrobore, lo cual no siempre ocurre al momento, es hasta que el niño lo entiende y lo considera como suyo que se realizará el “darse cuenta” (Martín, 2009; Ros, 2005; Salama, 2006; Polo, 2007).

### **El aquí y el ahora**

La psicoterapia Gestalt pone especial énfasis en el momento presente, es decir, en el aquí y ahora, considera que es aquí donde se puede gestar el cambio, creando oportunidades para construir el yo y recobrar la autoconfianza. El pasado afecta sólo en la medida en que afecta el presente. Y el futuro se experimenta como si fuera ahora. El presente es el breve espacio entre el pasado y el futuro. El

aquí y el ahora, tiene como referencia el pasado y lo que sucede en este momento tendrá un impacto en el futuro.

Aquí el trabajo terapéutico se basa en centrar la atención del paciente en las emociones, sentimientos y pensamientos que está experimentando en este momento de su vida. (Martín, 2009; Alexander, 2003; Ros, 2005)

### **El contacto**

El contacto puede definirse como “el pasaje que se establece entre la unión y la separación, y viceversa” (Martín, 2009, p. 61). En este contacto el ser humano se encuentra con su mundo exterior, a través de sus sentidos, es decir, toca, habla, oye, escucha, sonrío, conoce, quiere, entre otras cosas y también puede desconectarse en cualquier momento.

Existe un espacio vital en el cual la persona se siente segura, éste está definido por la cantidad de contacto, la calidad, el tiempo y la proximidad que son adecuados para la persona, si este espacio es muy rígido se reduce el contacto con los demás. Si ocurre lo contrario se rompen los límites entre persona y exterior, el yo se diluye haciendo difícil distinguir entre la persona el ambiente. Al momento de la unión en el contacto, el tú y yo se convierte en el nosotros.

En Gestalt la asimilación del conocimiento puede hacerse mejor cuando la persona lo descubre por sí misma, generando el cambio, asimismo este cambio operado puede ser en cualquiera de los tres campos del ser humano (el social, el psicológico y el corporal) e influye en los otros.

La falta de contacto produce la mayoría de las dificultades en los pacientes, para poder explorar el origen de estas dificultades, se debe buscar que es lo que interrumpe el contacto y cómo lo interrumpe para poder cambiar la conducta y aprender nuevas formas de actuar. Todo esto se logra a través de la Gestalt utilizando el juego, mismo que nos puede servir para identificar lo objetivo y lo subjetivo, lo real y lo imaginario, es decir, podemos vernos a nosotros mismos y a los otros.

## **Asuntos inconclusos**

Los asuntos inconclusos son aquellas situaciones, intelectuales, emocionales, conductuales o circunstanciales que implican que un asunto no se resolvió, es decir, se generan cuando una experiencia no se puede olvidar ni resolver de una manera satisfactoria, provocando malestar psicológico. Estos generalmente se derivan de situaciones traumáticas.

En ocasiones la tensión que se genera por estos asuntos inconclusos se encubre con los bloqueos (mecanismos de defensa), otras veces se manifiestan a través del organismo, a lo que se les llama trastornos psicósomáticos (asma, dolor de cabeza o estómago, entre otros). Estas situaciones interrumpen el ciclo de la experiencia, ocasionando la falta de contacto con el entorno y/o consigo mismo.

Diversas investigaciones han mostrado que todas las situaciones tienden por sí mismas a lograr el cierre, cuando éste no se obtiene, se genera un asunto inconcluso, creando tensión y dejando insatisfecha a la persona. Las emociones generadas por esto pueden quedarse en la superficie o interferir con la funcionalidad psicológica, incluso mucho después de que el acontecimiento se haya suscitado. En estos casos el objeto de la terapia es llegar a esta emoción primaria para expresarla, reprocesarla y lograr su cierre.

Los asuntos inconclusos pueden ser primarios o secundarios. Los primarios son aquellos en los que no se logra el cierre de la gestalt, y los secundarios son aquellos en los que el cierre si se efectúa pero no de forma satisfactoria para la persona. Con base en esta división se considera al proceso de duelo como un asunto inconcluso secundario, ya que si existe un cierre, pero éste no satisface a la persona, más bien genera la apertura de nuevos ciclos, que deben cerrarse sanamente, de lo contrario se siguen ocasionando asuntos inconclusos, que van absorbiendo energía de la persona.

## **Polaridades**

Las polaridades existen en todo el universo, como por ejemplo: el día y la noche, la luz y la oscuridad, la vida y la muerte, entre otras. En las personas también existen estas polaridades, pero además no sólo se tiene una contra parte



existen varias que pueden contraponerse. Por ejemplo: ante la bondad su contraparte es la crueldad, pero también lo son la indiferencia y la insensibilidad.

El desequilibrio entre estas polaridades causa conflicto. En la terapia Gestalt se busca identificar este conflicto y a través de la terapia lograr que el individuo reconozca sus polaridades y aprenda a vivir con ellas, no se puede ser bondadoso sin haberse experimentado como malvado.

En los niños estas polaridades pueden identificarse claramente en los cuentos, el bueno y el malo, el feliz y el triste, y es a través de ellos que se atreve a expresar sus sentimientos e identificar sus actitudes. Actuar todo esto en terapia le permite la integración de estas polaridades en su vida (Alexander, 2003; Ros, 2005)

También es importante considerar dentro de la metodología, el conocimiento sobre el "Ciclo de la experiencia", en donde se identifica el proceso que se realiza para la satisfacción de necesidades, incluyendo la asimilación de la experiencia y los bloqueos o resistencias que se generan como consecuencia de interrupciones en el flujo de la energía que se utiliza para la realización de la satisfacción de las necesidades.

A continuación se describe el "Ciclo de la Experiencia", sus etapas, zonas de relación y bloqueos.

#### **4.2.2. El Ciclo de la Experiencia**

El llamado ciclo de la experiencia es el ciclo de autorregulación del organismo ó "Ciclo de la autorregulación organísmica", pues se considera que el organismo sabe lo que le conviene y tiende a regularse por sí mismo.

Se refiere a cómo los sujetos establecen contacto con su entorno y consigo mismos. Explica también el proceso de formación figura/fondo: cómo surgen las figuras de entre el fondo difuso, y cómo una vez satisfecha la necesidad dicha figura vuelve a desaparecer.

El ciclo de la experiencia inicia cuando el organismo, estando en reposo, siente emerger en sí alguna necesidad; el sujeto toma conciencia de ella e identifica en su espacio algún elemento u objeto que la satisface, dicho elemento se convierte

en figura, destacando sobre los demás que son el fondo. Inmediatamente el organismo moviliza sus energías para alcanzar el objeto deseado, hasta que entra en contacto con él se satisface la necesidad y vuelve a entrar en reposo.

En el esquema clásico del ciclo se identifican seis etapas sucesivas y de acuerdo con Salama (2006) y Polo (2007), se proponen ocho etapas que incluyen el pre-contacto y post-contacto: reposo, sensación, darse cuenta o formación de figura, energetización, acción, pre-contacto, contacto y post-contacto.

En el reposo o retraimiento el sujeto se encuentra en un estado de equilibrio, sin ninguna necesidad apremiante. Su extremo patológico puede ser el autismo.

En la fase de sensación el sujeto siente "algo" difuso que todavía no puede definir, puede sentir movimientos peristálticos o sonidos en su estómago, o cierta intranquilidad.

En el darse cuenta, la sensación se identifica como una necesidad específica (en los ejemplos anteriores, como hambre o como preocupación, respectivamente) y se identifica también aquello que la satisface, es decir, se forma una figura.

En la fase de energetización el sujeto reúne la fuerza o concentración necesaria para llevar a cabo lo que la necesidad le demanda.

En la acción, el individuo moviliza su cuerpo para satisfacer su necesidad, concentra su energía en sus músculos y huesos y se encamina activamente al logro de lo deseado.

En la fase de pre-contacto se identifica al objeto a contactar. El organismo localiza la fuente de satisfacción y se dirige hacia ella.

En la fase de contacto se produce la conjunción del sujeto con el objeto de la necesidad; y, en consecuencia, se satisface la misma, experimentando placer.

En la fase de post-contacto comienza la desenergetización hacia el reposo, junto con los procesos de asimilación y de alienación de la experiencia, dentro del continuo de conciencia.

Las etapas culminan cuando el sujeto se siente satisfecho, puede despedirse de este ciclo y comenzar otro. Así *ad infinitum*. Entre los diversos eslabones que conforman el ciclo se pueden formar o autointerrumpirse, dando lugar a diversos tipos de patologías. Allí también actúan los mecanismos de defensa.

En general, se puede decir que el ciclo de la experiencia, dado en un contexto específico y significativo, constituye en sí misma una Gestalt. Un ciclo interrumpido es una Gestalt inconclusa; un ente que parasitará al organismo consumiendo su energía hasta verse satisfecho.

Este ciclo de la experiencia también se le divide en dos hem Ciclos: Parte superior pasiva y parte inferior activa. La superior pasiva se denomina así por la falta de acción del organismo en estas fases, y su relación es sólo interna. La inferior activa se caracteriza por poner la energía orgánica en acción y se relaciona con la zona externa.

Existe también una división en este ciclo llamada zonas de relación (en función del satisfactor predominante) y son cuatro:

Zona interna: es el primer cuadrante y representa el contacto con las reacciones del cuerpo y la expresión emocional, es decir, se determina de la piel hacia adentro y representa el enlace entre sensaciones y sentimientos.

Zona de la fantasía: se encuentra en el segundo cuadrante y se relaciona con los procesos psicológicos (ideas, pensamientos, visualizaciones, entre otras).

Zona externa: se encuentra en el tercer cuadrante y se define como la unión con todo lo que va de la piel hacia afuera, es decir, el contacto del organismo con el ambiente.

Continuo de conciencia: Se localiza en el cuarto cuadrante, implica la energía del contacto entre el organismo y su medio fluyendo libremente, asimilando lo que le ha servido y eliminando lo que no necesita o es tóxico.

Estas zonas de relación se establecen con el ambiente para poder subsistir, el adecuado intercambio de energía entre ambos determina la impresión que queda en la memoria, así el organismo aprende a distinguir entre lo tóxico y lo nutritivo.

Según Salama (2006), el problema con los seres humanos es que hemos perdido la capacidad de intuir, sustituyéndola por el pensamiento y como consecuencia ha surgido la neurosis.

Ahora bien, existen los llamados "bloqueos o mecanismos de defensa" en el enfoque Gestáltico asumen una postura muy peculiar y creativa.

En Gestalt, los mecanismos de defensa son concebidos como formas de evitar el contacto, tanto interno como externo; como autointerrupciones del ciclo de experiencia.

Como se describió anteriormente, el organismo -la totalidad de cuerpo y mente que somos todos- se regula a sí mismo a través de ciclos sucesivos de ocho fases o etapas. Entre los diversos espacios que median entre estas fases del ciclo se pueden producir las autointerrupciones, con la finalidad de evitar el dolor, el sufrimiento, no sentir, no vivir, separarse de lo amenazante en uno mismo, huir del estrato fóbico, etc. De ahí lo de "de defensa".

La retención se localiza dentro de la fase de reposo y surge para impedir la asimilación y alienación de la experiencia e impide el reposo.

La desensibilización, que en la fase de sensación, consiste en bloquear las sensaciones tanto del medio externo como del interno, no sentir lo que viene del organismo; esto estimula el proceso de intelectualización por el que se intenta explicar por medio de racionalizaciones la falta de contacto sensorial. Su frase característica sería: "No siento".

La proyección, se da en la fase de formación de figura. Consiste en atribuir lo que uno siente o piensa, a algo externo, lo que pertenece a uno mismo, pero que por diversos motivos (sobre todo por acción de los introyectos "no debes") no lo hace. Ejemplo: "Odiar es malo", dice la madre; el niño odia a su padre, pero como "no se debe odiar" se enajena de ese sentimiento y le echa la pelota al padre temido y amenazante: "Tú me odias, tú eres el malo". Su frase característica es: "Por tú culpa".

La introyección, se localiza en la fase de movilización de energía para la acción. Aquí el sujeto se "traga" todo lo que le dan sin "masticarlo" lo suficiente; las influencias externas son "engullidas" sin hacer la necesaria crítica y selección, de acuerdo a sus necesidades personales. Ejemplo: "Haz esto", "No hagas esto", "No debes", "Deberías", entre otras. Estos introyectos impiden el libre flujo de los impulsos y la satisfacción de las necesidades. Ejemplo: no seas agresivo, no forniques, conserva tu virginidad, a la madre no se le dice eso, entre otras cosas. Es importante mencionar que detrás de todo introyecto hay figuras importantes para

nosotros y una gestalt inconclusa en relación a ellas. Su frase es: "Debo pensarlo o hacerlo así".

La retroflexión se da en la fase de acción. Es lo contrario a la proyección. El sujeto no se atreve a actuar, sus deseos o impulsos por la acción nuevamente de los introyectos, así que se los dirige a sí mismo por ser esto menos peligroso: se autoagrede deprimiéndose; desarrolla trastornos psicósomáticos; se desvaloriza, entre otros. Su frase es: "Me odio para no odiarte".

La deflexión, se da en la fase de pre-contacto. Consiste en establecer un contacto frío, inocuo, no amenazante; como si se tocaran las cosas con guantes o pinzas para no sufrir daño o quemarse. Es también la expresión atemperada de las emociones: hacerlo "educadamente". No se insulta...se ironiza o se hacen chistes; no se reclama o lucha por lo propio...uno se resiente; no se ama...se "estima". A nivel verbal es bastante claro; los eufemismos son una muestra evidente de la hipocresía deflexiva: falleció por murió; hacer el amor por fornicar, entre otros. Otras formas son hacerse el cínico, el indiferente, el intelectual, racionalizarlo todo. Su frase es: "Tiro la piedra y escondo la mano".

La confluencia, también se da en la fase de contacto. El sujeto para ser aceptado o no entrar en discusión con figuras importantes simplemente se mimetiza a ellas; no distingue límite alguno entre sí mismo y el medio, debilita los límites de su Yo para fusionarse al otro. Se adoptan así, sin crítica ni cuestionamientos, decisiones, ideas, estilos de vida ajenos. Optan por una postura cómoda donde no reconocen su propia responsabilidad, disminuyendo su capacidad de tomar decisiones, para siempre "estar de acuerdo". Los confluentes son personas "sin carácter ni personalidad", "pasivas", que practican la desesperanza aprendida o la identificación con el agresor temido. Su frase es: "Acéptame, no discuto".

La fijación se da en la fase post-contacto y consiste en la necesidad de no retirarse del contacto establecido, esto ocasiona la rigidez en los patrones de conducta. (Salama, 2006)

### 4.2.3. Técnicas en Gestalt

En la Psicoterapia Gestalt se utilizan determinadas técnicas derivadas de diferentes fuentes, psicológicas y espirituales, incluyendo la misma Gestalt. Estas técnicas tienen diversas clasificaciones por sus características, como son: “verbales y no verbales, estructuradas y no estructuradas, introspectivas e interpersonales, dirigidas hacia adentro y hacia afuera, simbólicas y no simbólicas” según Naranjo (1990), citado en Domínguez (2007), es precisamente él quien establece la siguiente división:

En la Terapia Gestáltica se trabaja con tres clases de técnicas básicamente, mismas que a continuación se describen:

- 1) Técnicas supresivas: en éstas se pretende básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión de la persona en el aquí y ahora de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto, a fin de facilitar su darse cuenta.

Entre las principales técnicas Supresivas tenemos:

- a. Experimentar la nada o el vacío, no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.
- b. Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
- c. Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son forma de no ver lo que se es.
- d. Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se dé cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.

- 2) Técnicas Expresivas: Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se de cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía. Principalmente con los siguientes objetivos:
- a. Expresar lo no expresado.
    - I. Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloren temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.
    - II. Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.
  - b. Terminar o completar la expresión.
    - I. Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron, pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente. Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía".
  - c. Buscar la dirección y hacer la expresión directa.
    - I. Repetición: La intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se dé cuenta de su significado. Ejemplos: "repite esa frase nuevamente", "haz otra vez ese gesto", entre otras.
    - II. Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él.
    - III. Traducir: Consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace. "Qué quiere decir tu mano", "Si tu nariz hablara que diría", "Deja hablar a tus genitales".

IV. Actuación e identificación: Es lo contrario a traducir. Se busca que el sujeto "actúe" sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías; que las lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad. Es muy útil en el trabajo de sueños.

3) Técnicas integrativas: Se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

a. El encuentro intrapersonal: Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos subyos intra-psíquicos. Por ejemplo entre el "yo debería" y el "yo quiero", su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio, el perro de arriba con el perro de abajo, entre otras. Se puede utilizar como técnica la "silla vacía" intercambiando los roles hasta integrar ambas partes en conflicto.

b. Asimilación de proyecciones: Se busca aquí que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya. Ejemplo:

P: "Mi madre me odia".

T: "Imagina que eres tú quien odia a tu madre; cómo te sientes con ese sentimiento? ¿Honestamente, puedes reconocer que ese sentimiento es tuyo realmente?".

Salama (2006), sólo considera dos divisiones en las técnicas: las supresivas y las expresivas:

Es importante recordar que estos procedimientos o técnicas son sólo un apoyo para lograr los objetivos terapéuticos. Lo fundamental de la terapia, es la "actitud gestáltica" que se adopte, el reconocimiento de la importancia del proceso, y el respeto por el ritmo individual del cliente. No empujar el río, dejarlo ser. Tampoco aplicar las técnicas estereotipadamente. ( Polo 2007; Salama, 2006)



#### **4.2.4. Relaciones de objeto y duelo en Gestalt**

En la percepción del bebé se van formando los objetos externos que se configuran como figuras externas, que son constantes y diferenciadas en sus relaciones con el exterior, son aquellas que satisfacen sus necesidades básicas de alimento y protección, es decir, su vínculo afectivo principal; la madre.

Conforme van madurando los procesos internos del bebé esta figura va siendo significativa y creándose una imagen interna de ella, esta fotografía interna del objeto junto con las respuestas afectivas que proporciona, forman una Gestalt, proceso que se repite con todas las personas y eventos que son significativos para el infante. Así cada figura diferenciada está formada de un objeto interno y un objeto externo, partes que al unirse dan origen a un objeto total o una figura.

Los objetos tienen determinadas características. Los objetos externos pueden existir aunque no se perciban a la vista, esto se aprende cuando la madre desaparece de la vista del bebé pero su objeto interno le permite confiar que aún existe y esto se confirma cuando reaparece la madre.

Así los objetos que se encuentran en la zona externa permanecen como fondo, cuando destacamos la presencia de uno y éste se delimita surge como figura. Los objetos internos permanecen como fondo en la zona interna sin que nos podamos percatar de ellos, sólo emergen ante la presencia de un objeto externo y conforman un objeto total o figura, o pueden evocarse a la zona de la fantasía sin necesidad de la presencia del objeto externo.

Si el objeto externo se destruye deja un vacío real que implica un reacomodo o reconfiguración de toda la gestalt, provocando una alteración en los sentimientos, roles, actividades, expectativas relacionadas con esa figura, rompiéndose la homeostasis, al faltar una parte del objeto la otra se ve amenazada, incompleta y necesita reconfigurarse y es mediante el proceso de duelo que logra esta reconfiguración.

El proceso de duelo activa mecanismos necesarios para el manejo de los sentimientos que se generan, el reacomodo y la reorganización de la gestalt, como son: la confluencia, introyección, retroflexión, deflexión, y proyección para

configurar como bueno el objeto perdido, el manejo de la ira, la frustración y los sentimientos hostiles, también sirven para dirigir la culpa y la furia o reclamos hacia el exterior, o hacia sí mismos (retroflexión). Estos mecanismos son funcionales cuando permiten el avance en el proceso del duelo y defensivos o de resistencia cuando complican y prolongan el proceso.

Por ejemplo, la proyección del enojo hacia otras personas, no permite el contacto con el propio enojo o el enojo hacia la persona fallecida; la retroflexión puede llevar a sentir una culpa exagerada, tensión o síntomas psicósomáticos; la deflexión puede generar una falta de contacto con los sentimientos y la no aceptación de la realidad.

Como se ha revisado anteriormente el proceso de autorregulación orgánica se da a través del ciclo de la experiencia, en donde el organismo busca estar en contacto con su medio ambiente, buscando la satisfacción de sus necesidades, a través del surgimiento de la figura que emerge del fondo en donde se organiza la conducta y lleva al contacto con el exterior y se produce la satisfacción de la necesidad. Una vez realizado esto vuelve al fondo y permite el surgimiento de otra figura de interés.

La intensidad y la naturaleza del contacto establecen el tiempo de retroceso que se requiere para balancear la atención y la energía que se utilizaron para el contacto con el exterior, ya que se requerirá esta misma para lograr la asimilación de la experiencia integrándola al marco de referencia ahora modificado por ella.

En el proceso de duelo la fase de contacto termina abruptamente por lo que se requiere de una larga fase de retroceso para su elaboración. Por lo tanto, las tareas a realizar son: “aceptación de la finalización del contacto, desvinculación del exterior, recogimiento para la redefinición de los límites propios, procesamiento y asimilación de la experiencia y conclusión cierre de ese ciclo” (Alexander, 2003, p. 126)

Esta terminación abrupta en el ciclo de la experiencia, Delacroix, 1999, la sitúa en la fase de postcontacto, es decir, el objeto de satisfacción desaparece e

inicia la asimilación de la experiencia, a partir de aquí se gesta el proceso de duelo que se divide en tres fases, a saber:

- La primera que va desde que se tienen conocimiento de la pérdida hasta la terminación de los rituales fúnebres. La aceptación de la pérdida física (objeto externo) y la despedida (con el apoyo del ambiente externo) se constituye el cierre de este ciclo.
- La segunda fase constituye el procesamiento interno de la pérdida, a través de la confrontación y reconocimiento de la ausencia definitiva del otro y este ciclo culmina con la aceptación. Al reconocer y aceptar la pérdida permite la reconfiguración y reacomodo del mundo interno, logrando el procesamiento interno de la pérdida.
- La tercera fase corresponde a la reincorporación al mundo externo, esto se logra cuando se efectúa la reconfiguración y reacomodo del mundo exterior sin el objeto perdido y reconociendo nuestra actuación en él.

Estas fases tienen como objetivo la protección, restauración y crecimiento. En un proceso normal estas fases son fluidas, sin embargo, pueden presentarse procesos defensivos que entorpezcan, alarguen, acorten o brinquen algunas de estas fases, ocasionando duelos crónicos, procesos depresivos severos, entre otros. El medio ambiente también influye sobre este proceso cuando no existen suficientes redes de apoyo o no se permite la expresión de los sentimientos y necesidades surgidas durante el proceso. La interrupción en alguna de las fases del ciclo puede generar un asunto inconcluso (Alexander, 2003).

Los asuntos inconclusos son una de las principales fuentes de malestar psicológico, son gestalt incompletas derivadas de necesidades básicas (seguridad, confirmación, inclusión, aprobación) no satisfechas. En ocasiones estos asuntos inconclusos se encubren con resistencias que bloquean el darse cuenta, otras veces se expresan a través de trastornos psicosomáticos como dolores de cabeza, espalda, artríticos, úlceras o asma (Rolf, 1997; Lowen, 1967; Reich, 1949; citados en Domínguez, 2007). Estas resistencias interrumpen o frenan el Ciclo de la Experiencia.

Existen situaciones desagradables que han concluido de manera insatisfactoria lo que crea nuevas necesidades y sentimientos que surgen del rechazo de este cierre, como es considerado el proceso de duelo, la experiencia de separación y pérdida es un cierre dramático y repentino, del que surgen sentimientos difíciles de aceptar, abriendo ciclos que deben solucionarse adecuadamente o se convierten en asuntos inconclusos.

Estas alteraciones en el proceso de duelo se ocasionan por diferentes factores como la falta de recursos propios (estilos de afrontamiento), el medio ambiente (falta de redes de apoyo), el no querer aceptar la pérdida, entre otras.

Kübler-Ross (1969) fue una de las primeras en proponer una intervención en los procesos de duelo después de hacer varias investigaciones con los pacientes moribundos, ella también habla sobre los asuntos inconclusos que impiden la elaboración adecuada de este proceso.

Es de vital importancia que la persona se sienta comprendida y apoyada, debe saber que las reacciones que está experimentando (ira, culpa, depresión) son normales, que debe expresar sus emociones para poder superarlas, aunque en ocasiones esto se vea influido por su entorno, debido a que las personas que le rodean no quisieran verlo sufrir o consideran que no es adecuada su manifestación. Es por eso que el apoyo terapéutico es fundamental para favorecer la expresión de las emociones sin sentirse limitado o con temor, se debe ofrecer una comprensión empática, haciendo sentir al paciente seguro y con confianza.

#### **4.2.5. Elaboración de la pérdida**

En el caso del duelo el cierre se produce abruptamente y nacen sentimientos que son difíciles de aceptar. Por lo que se requiere crear un nuevo cierre más satisfactorio que permita reestructurar el medio ambiente externo e interno, logrando la aceptación de la pérdida y la reorganización de la vida. Si los asuntos inconclusos no se elaboran adecuadamente se intentará satisfacerlos en la fantasía y no se logra la aceptación de la pérdida.

Durante el proceso de duelo es importante que la persona se sienta apoyada y comprendida, que se le permita la manifestación de sus emociones (ira,

culpa, depresión entre otras), sin embargo, en ocasiones el entorno no permite estas reacciones considerándolas como poco apropiadas y es en el medio terapéutico en donde las personas encuentran el espacio necesario para la manifestación de estas emociones, sin tener que limitarse o reprimirse, logrando de esta forma el proceso de aceptación.

Stephen Tobin (1975), citado en Alexander, (2003) comenta que a la mayoría de las personas les cuesta trabajo despedirse o concluir una relación, el llamó a esta reacción el “agarrarse”, esto sucede principalmente en relaciones con personas significativas. La función de esta reacción es inhibir las emociones y mantener presente a la persona en la fantasía. Algunas de las consecuencias de esta reacción son la presentación de síntomas físicos y emocionales. Por ejemplo: el sentirse emocionalmente muerto, ser autocompasivos, quejumbrosos hacia sí mismos, e incapacidad para mantener nuevas relaciones, entre otras.

Tobin también menciona que existen dos causas principales por las que se genera esta reacción: la primera son los asuntos inconclusos entre las personas que existían antes del fallecimiento, y la segunda son las ganancias secundarias.

Todas las personas van generando asuntos inconclusos desde la niñez a través de la supresión de las emociones, mediante la contracción de los músculos y la inhibición de la respiración, provocando un adormecimiento del cuerpo que en la vida adulta ya ha disminuido considerablemente su sensibilidad, lo que origina que ya no perciba sus sentimientos y emociones adecuadamente. Este deterioro en el darse cuenta impide que sea consciente de sus emociones y cuando lo hace tiende a suprimirlas; desde la mente se generan ideas como; no llores, no expreses amor, no te sientas triste, entre otras. Así las sensaciones y emociones van silenciándose, sin embargo, esto puede transformarse en tensión, dolor físico o ansiedad.

La segunda reacción de agarrarse son las ganancias secundarias, es decir, aquellas situaciones que se generan como consecuencia de esta reacción por ejemplo: se da alivio a sus sentimientos de soledad recordando constantemente sus relaciones pasadas.

Es por esto que en este trabajo se propone que el Psicooncólogo, realice su intervención apoyándose en la psicoterapia Gestalt como enfoque terapéutico en el manejo del duelo en los niños, dado los beneficios que esta psicoterapia ofrece.

Dentro de la Gestalt existen diferentes enfoques de intervención en el proceso de duelo, uno de estos es el propuesto por Worden (1982), citado en Domínguez (2007), y cuya finalidad es facilitar el duelo, en donde el terapeuta debe concretarse a:

- 1) Ayudar al doliente a actualizar la pérdida.
- 2) Ayudar al doliente a identificar y expresar sus emociones.
- 3) Facilitar la habilidad del paciente para vivir sin el objeto o persona perdida y tomar decisiones independientes en casos concretos.
- 4) Facilitar la separación emocional de la pérdida.
- 5) Proporcionar el tiempo necesario para la elaboración de duelo.
- 6) Interpretar conductas normales.
- 7) Permitir y evaluar las diferencias individuales.
- 8) Proveer apoyo continuo.
- 9) Examinar las defensas (resistencias) y la forma de enfrentarse al duelo.
- 10) Identificar la existencia de una patología y si es necesario referir a quien pueda brindar ayuda específica.

Para poder cumplir estos objetivos es necesario establecer un diagnóstico que, aunque en la Psicoterapia Gestalt no es un elemento determinante, sirve para establecer un plan de abordaje terapéutico. Identificando todos los factores, físicos, psicológicos, sociales y espirituales que interviene en el entorno del niño para poder llevar a cabo la psicoterapia con óptimos resultados, derivado de lo anterior a continuación se hablará sobre las técnicas que se utilizan con niños en el enfoque terapéutico de la Gestalt.

### **4.3 Psicoterapia Gestalt en niños**

Aunque las manifestaciones en los adultos y los niños son muy similares, difieren en la intensidad, la pena en el niño se presenta de forma intermitente y

corta, durante su proceso de desarrollo reexaminará la pérdida en diversos momentos de su vida.

Normalmente su preocupación se manifiesta en sus actividades, por ejemplo: en un minuto puede estar triste y al otro estar jugando, ya que la mente lo protege de sentimientos y pensamientos que no puedan manejar, por lo que es importante observar su comportamiento.

Igual pasa en la aplicación de las técnicas aunque todas tienen la misma base en la aplicación, cuando se utilizan en niños se requiere adaptarlas a su etapa de desarrollo, para poder obtener los resultados deseados y lograr un mejor impacto en el proceso de intervención.

Existen muchas aportaciones de diversas disciplinas que han facilitado el conocimiento y comprensión del niño, dentro de éstas están la psicología clínica y la psicoterapia infantil las que destacan por el tratamiento de los problemas infantiles y de su prevención.

Efectuar una detección oportuna y prevenir las dificultades psicológicas que pueden presentarse en el desarrollo evolutivo del niño es una labor que la psicología debe incorporar, como parte de su contribución a la salud mental y la educación, además este trabajo debe llevarse en forma conjunta con los padres, educadores y todos aquellos que intervengan en la vida del niño.

El desarrollo evolutivo del niño está determinado por varios factores internos y externos como la maduración biológica y psíquica, las influencias ambientales y de su entorno, la interacción con otros individuos y el ajuste creativo (estilos de afrontamiento) que utiliza en su relación con sí mismo y con su medio ambiente.

Derivado de lo anterior y para efectuar un diagnóstico apropiado del niño se debe tener en cuenta los factores que intervienen en su desarrollo, la etapa del desarrollo en que se encuentra y los comportamientos esperados para cada edad, su marco socio-cultural y las normas de socialización familiares y propias, esto nos permitirá localizar áreas de bloqueo, una cristalización, una fijación en el desarrollo que pueden interferir con su *“aquí y ahora”*.

El niño es un ser con diferentes roles, relaciones múltiples, significativas y que determinan su proceso de desarrollo y personalidad. De aquí la importancia de verlo como un ser en evolución, y ante una pérdida significativa su entorno se ve alterado por la falta del ser querido. Por lo anterior es recomendable mantener contacto con el niño, observarlo y verificar la necesidad de iniciar un tratamiento terapéutico ante el proceso de duelo, con la finalidad de favorecer la aceptación de la pérdida sufrida, permitir el contacto consigo mismo y sus emociones, su autoconocimiento y su capacidad de seguir adelante en la vida.

#### **4.3.1. Técnicas en Psicoterapia Gestalt en niños**

Algunas de las técnicas utilizadas en psicoterapia infantil son: dramatizaciones, duelos y despedidas, silla vacía, sueños, cuadro del yo, cuadro de las emociones, fantasías dirigidas, cuentos, técnicas de relajación, trabajo corporal, quita enfados, juegos, trabajo con polaridades. A continuación se describirán algunas de estas técnicas:

Dramatizaciones: juguetes de animales, cojines, muñecos, entre otros. También puede hacerse una representación después de que el niño elabore un dibujo y cuente su historia. Esta técnica permite que el niño se acerque a sí mismo, pueden llegar a desarrollar una total conciencia del yo. Se pueden hacer caracterizaciones, pantomimas e improvisaciones con palabras. También se puede utilizar el ejercicio de la silla vacía.

Duelos y despedidas: dependiendo de la edad del niño, se proponen pruebas adecuadas a su etapa de desarrollo, se puede trabajar a través de la elaboración de una carta, que describa, lo quiere decirle a la persona fallecida e incluso pueda despedirse. En mayores de 10 años se puede efectuar una fantasía dirigida, tomando en cuenta su madurez y permitiendo la manifestación de sus emociones.

Cuadro de las emociones: Se elige una emoción y se le pide que indique en que parte del cuerpo la experimenta, a continuación se le solicita, la asocie a una situación en la que haya experimentado esa misma emoción y por último que la represente.



Fantasías dirigidas: Se debe considerar la capacidad del niño para crear imágenes, y es utilizada principalmente en ansiedad y miedo. A través de esta técnica se pueden revisar los reinos interiores del niño, se puede extraer lo que está oculto y eludido, así como averiguar lo que está sucediendo en la vida actual del niño. Se pueden hacer dramatizaciones, en forma escrita, verbal, con títeres, poemas, imaginación y simbolismo. Esta técnica se utiliza como forma de expresión y como indicador de cómo el niño ve su figura, su mundo y su conflicto. Se puede hacer a través de narraciones, simbolismos, títeres, poesía, entre otras.

Técnicas de relajación: a través del control de la respiración y la representación de imágenes.

Quita enfados: Se enseña al niño como expresar sus emociones con objetos neutros.

Juego: un factor importante es el terapeuta, que le ayudará al niño a descifrar, comprender y asimilar el significado del juego. El niño somete a prueba su mundo y aprende de él, además de ensayar sus formas de ser. Dentro del juego se observan todos los elementos posibles, ¿a qué juega?, ¿con qué sí y con qué no juega?, ¿cómo lo hace?, ¿qué dice?, si es ordenado o no, temas, patrón del juego, su conversación durante el juego, entre otras cosas. Todos estos elementos tienen un significado que permiten darle sentido al proceso terapéutico. El juego puede ser sólo con el terapeuta o en grupo, en grupo nos permite ver cómo está enfrentándose a su mundo en el exterior.

Dibujo: aquí se involucra la fantasía y la creatividad y puede hacerse de manera libre o con un tema específico, también se puede hacer en grupo familiar, animales y/o símbolos, se le puede pedir que exprese lo que piensa de cada uno de los miembros. Violet Oaklander en su libro *Ventanas a nuestros niños* describe las diferentes técnicas que utiliza en su trabajo con los niños, en la técnica de dibujo sugiere temas como: Tu mundo en colores, formas y líneas; dibujos de familia, el rosario, el garabateo, mi semana, mi vida, mi día; colores, curvas, líneas y formas, pintura, dactilopintura, pintar con los pies, entre otras.

Cornejo, 1996, expone su experiencia en el trabajo con niños, desde el primer contacto, recomendaciones para la estructuración del consultorio, materiales necesarios para el trabajo con niños, encuadre, la importancia de tener un co-terapeuta (muñeco del sexo contrario al terapeuta) para facilitar la transferencia, y de apoyo en la técnica de la silla vacía, carpetas de trabajo, si el espacio lo permite recomienda trabajar con una mascota, por ejemplo: un perro.

Cuidar cada uno de los detalles para el trabajo con niños es de suma importancia ya que nos permite tener más elementos para realizar una evaluación adecuada y materiales diferentes que diversifiquen las actividades con el niño, favoreciendo su autoconocimiento, su desarrollo intelectual, cognitivo y emocional.

La terapia Gestalt no tiene lineamientos rígidos que cumplir, la forma de trabajo y el tiempo está en función del proceso del niño, conforme él logre la asimilación del conflicto o la aceptación de éste, logrando su integración, es decir, utiliza sus potencialidades, se redescubre, aprende a quererse, y a aceptarse a sí mismo.

#### **4.3.2. Consideraciones finales.**

Como se ha descrito en los capítulos anteriores, la enfermedad terminal separa al paciente y a su familia, pues los sueños, las emociones y la dinámica familiar se altera por igual en todos, por lo que en el manejo debe incluirse a cada uno de los miembros. En una situación límite como la enfermedad maligna terminal, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre la persona afectada.

Como se observa hay grandes oportunidades para la psicooncología ya que además de intervenir en el proceso de la enfermedad en todas sus fases, es decir, desde su diagnóstico y hasta su recuperación o fallecimiento, asesorando y acompañando a la paciente y su familia, interviniendo para mejorar la adaptación a la misma, favoreciendo la adherencia terapéutica y finalmente en la elaboración del duelo antes de la muerte, procurando que ésta sea menos difícil de sobrellevar para la familia, tiene el reto de brindar apoyo en la elaboración del duelo en la familia, dentro de este proceso y derivado de la investigación realizada se percibe

que requiere establecer intervenciones en el manejo de las pérdidas en los hijos de las pacientes que fallecen por causa del cáncer.

Considerando que durante este proceso el niño sufre por la falta de información, por la ansiedad de separación con su principal vínculo afectivo: la madre, por la falta de expresión de sus emociones, ya que la familia está ocupada atendiendo a la paciente, por la falta del padre, quien puede estar ausente por encontrarse ocupado con su madre o porque abandona a la familia al no saber cómo enfrentar este proceso. El niño puede sentirse culpable porque no entiende lo que pasa. En este contexto, el niño requiere tener información adecuada y relativa a su etapa de desarrollo, un ambiente que favorezca la expresión de sus emociones e incluso le enseñe qué son y cómo manifestarlas, así como el uso adecuado de ellas para enfrentar las diferentes situaciones que se presentarán derivadas del proceso de enfermedad de la madre. Es importante darle la certidumbre de que tiene los elementos necesarios para superar este proceso, que aunque doloroso, la vida continúa. Es necesario que los familiares sepan cómo observar las reacciones del niño e identificar si alguna requiere la intervención de un especialista como el psicooncólogo.

El psicooncólogo debe tener un amplio bagaje de herramientas que le permitan enfrentarse a los diferentes retos que se presentan en esta área de trabajo, ya que cada fase de la enfermedad requiere intervenciones específicas de acuerdo a las necesidades del paciente y/o la familia, el tipo de tumor, las características del paciente y de la familia, el entorno del paciente, la situación económica, las redes de apoyo con que cuenta el paciente, entre otras.

Dentro de esta documentación se propone la aplicación de la terapia Gestalt en el manejo de las pérdidas en los niños, dadas las características y técnicas que maneja esta psicoterapia, sus fundamentos humanistas permiten brindar el apoyo que el niño requiere de acuerdo a su etapa de desarrollo, el vínculo afectivo establecido con la madre y el manejo de sus emociones. Esta psicoterapia puede proveer al psicooncólogo de herramientas útiles para su aplicación en las diferentes intervenciones que realiza con el paciente y su familia. Sus conceptos básicos como son el darse cuenta, el aquí y el ahora, el contacto y

la homeostasis, dan cuenta de su utilidad en esta enfermedad, así como sus diferentes técnicas pueden ser utilizadas de acuerdo a la fase de la enfermedad y los objetivos terapéuticos establecidos por la paciente y el psicooncólogo.

Y como se ha revisado en la bibliografía, en la Psicoterapia Gestalt, a través del proceso terapéutico, se puede lograr la elaboración del duelo y favorecer la expresión de las emociones para poder restablecer la homeostasis, brindando el autoconocimiento y el desarrollo evolutivo del niño.

## **CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DEL PSICOONCOLOGO.**

### **TALLER: “MANEJO DE LAS PÉRDIDAS EN EL NIÑO”**

#### **JUSTIFICACIÓN**

Es necesario atender de manera directa a los infantes que sufrirán la pérdida de una persona de crucial importancia para su vida, como es la madre. En ese sentido la información integrada en capítulos anteriores, permite proponer un taller para el “Manejo de las pérdidas en el niño”, específicamente para hijos de mujeres en fase terminal a consecuencia del cáncer.

La investigación al respecto muestra que durante el proceso de duelo pueden presentarse estados de ansiedad ante la pérdida del ser querido, miedo o depresión, por lo que es recomendable efectuar una valoración a los niños, con la finalidad de establecer si este proceso se está manifestando de forma normal o como un duelo complicado, en el que se requiere la intervención de un especialista, el psicooncólogo, para los casos en que la causa que ocasionará el fallecimiento es el cáncer.

El Psicooncólogo posee una formación en el manejo de las implicaciones psicológicas derivadas del cáncer y efectúa una intervención en todas las fases de la enfermedad. Como parte de estas intervenciones está el apoyo que se otorga a la familia del paciente, en este caso específicamente, el niño, con la finalidad de ayudarlo a adaptarse a sus nuevas relaciones con las personas que están interactuando con él y poder continuar con las tareas necesarias para su desarrollo.

El taller propuesto incluye las técnicas de Gestalt para el manejo del duelo. Diferentes estudios exponen esta área de oportunidad para efectuar investigaciones sobre el tema, por las ventajas que tiene el manejo del duelo infantil.

La Terapia Gestalt concibe al niño en forma holística, es decir tiene en cuenta su parte sensorial, afectiva, intelectual, social y espiritual. Favorece el desarrollo integral del niño, y ve al síntoma sólo como una manifestación de que algo ocurre, de que la tendencia al crecimiento sano está bloqueada, atiende al niño como un todo, destacando el respeto a sus valores y a la etapa evolutiva en que se encuentra el niño.

Esta propuesta es un área de oportunidad inicialmente para poder ofrecer un taller para el manejo de las pérdidas en hijos de pacientes en fase terminal a causa del cáncer, así como un campo de investigación en el Instituto Nacional de Cancerología u otras instancias.

## **Taller: “Manejo de las pérdidas en el niño”**

### **OBJETIVO GENERAL**

Al finalizar el taller “Manejo de las pérdidas en el niño”, los participantes identificarán que es el duelo, como se experimenta y las emociones que pueden presentarse, ante la pérdida de la madre por cáncer terminal permitiendo la asimilación de la experiencia.

Objetivos específicos:

1. Identificarán las características del duelo y las emociones implicadas.
2. Identificarán cómo están manifestando su duelo.
3. Elaborarán un álbum fotográfico o con dibujos, para recordar a su ser querido.
4. Escribirán una carta de despedida para su ser querido.

### **PARTICIPANTES**

Este taller se propone para los hijos de pacientes con diagnóstico de cáncer terminal que se atienden en el Instituto Nacional de Cancerología, con edades de seis a once años, residentes en el Distrito Federal, y con previo consentimiento informado de los familiares responsables.

### **MATERIALES**

Para su realización se requiere de hojas blancas, lápices, plumas y colores para las diferentes dinámicas a realizar. Tapetes para las actividades que requieran estar sentados o recostados en el piso. Cañón, computadora, pantalla para proyecciones, rotafolio con hojas de papel bond o pizarrón blanco para marcadores de agua, etiquetas, mesas y sillas.

## ESCENARIO

Un aula del Instituto Nacional de Cancerología, de aproximadamente 6 x 8 mts con 2 mesas y 20 sillas, además de espacio para trabajar de pie o acostados, un cañón, computadora y pantalla para proyección de la parte teórica. Pizarrón blanco para plumones borrables o rotafolio con hojas de papel bond, marcadores de colores, borrador, etiquetas autoadheribles de 2 x 4 cm, con iluminación y aire acondicionado.

## PROCEDIMIENTO

El taller se compone de 5 sesiones de explicaciones teórico-prácticas, sobre el proceso del manejo de las pérdidas, las emociones, la autoestima y el autoconocimiento, fundamentados en la Terapia Gestalt. Cada sesión tendrá una duración de dos horas aproximadamente. Las sesiones se describen a continuación. La numeración representa la secuencia ordenada de tareas y actividades que se realizarán en cada una.

### **SESION I: BIENVENIDA E INTEGRACION**

Objetivos:

- Que los participantes se integren en el grupo
- Que al final el participante pueda identificar las manifestaciones del proceso de duelo

Materiales

Etiquetas blancas de 2 X 4 cm, marcador, computadora, cañón, hojas blancas, tamaño carta, lápices, colores, una carpeta por participante y pluma

Tiempo:

Dos horas

Desarrollo de la sesión:

- 1) Dinámica de Integración:



- a. Saludar al grupo, hacer la presentación del terapeuta, se hará una explicación introductoria a la temática del taller y sus objetivos generales.
  - b. Cada participante se presentará brevemente.
- 2) Exposición del tema:
- a. El proceso de duelo y su manifestación.
  - b. Se le pedirá a cada participante que hable de su relación con la persona fallecida y que exprese si identifica algunas de las reacciones que se presentaron en la plática.
  - c. Que explique cómo se siente ante este acontecimiento.
- 3) Dinámica de expresiones:
- a. Los participantes elaborarán tres dibujos con las siguientes temáticas:
    - a) Las cosas que me ponen triste son:
    - b) Las cosas que me dan miedo son:
    - c) Yo me siento solo cuando:

Se les entregarán tres hojas cada una rotulada con el tema a dibujar. En esta primera sesión se les indicarán los lineamientos para hacer sus dibujos, que son: Los dibujos se realizan usando formas, líneas, curvas y colores. Se les pedirá que cierren los ojos, vayan a su espacio y vean su mundo, ¿cómo se sienten en él?, ¿en qué colores lo ven?, ¿cómo dibujarían cada tema usando solo formas, líneas, curva y colores?, ¿ellos como se ubican en la situación que se solicita que dibujen? Estas indicaciones se aplicarán cada que se realice un dibujo (Oaklander, 2004)

Posteriormente se les pedirá que compartan con el grupo, lo que dibujaron, que experimentaron al hacerlo, y si estos sentimientos se relacionan con lo explicado anteriormente. Los demás integrantes podrán hacerles preguntas relacionadas al tema, con respeto, el terapeuta hará la intervención. Estos dibujos serán guardados en una carpeta en donde se recopilarán los trabajos realizados durante el taller.

En cada sesión se dejarán al final unos momento para hacer una evaluación, mediante la observación directa, la comunicación no verbal y las expresiones de los participantes, en cada uno de los ejercicios, apoyándonos con las frases "de que te das cuenta" para ir fomentando el trabajo de reconocer lo que sienten y experimentan en su cuerpo y lo que aprendieron, "para que te sirve" y "como lo aplicarías en la vida diaria", lo que les permitirá la asimilación de la experiencia. Al final se pedirá que compartan con el grupo en una palabra como se sienten en este momento.

## **SESION II: RECONOCIENDO LA PÉRDIDA**

Objetivos:

- Que los participantes reconozcan y describan cómo es su pérdida.
- Que los participantes aprendan a reconocer sus emociones.
- Que los participantes aprendan a expresar sus emociones.

Materiales

Hojas blancas tamaño carta, lápices y/o colores.

Tiempo:

Dos horas

Desarrollo de la sesión:

- 1) Se leerá el siguiente cuento para reafirmar el proceso de duelo y sus características e iniciar el proceso de reconocimiento del mismo.

### **UNA VEZ EN UNA GRANJA**

Amanece un nuevo día en la comunidad de Santa Clara, en un lugar realmente hermoso, con su río ancho, con sus lomas que parecen remendadas de distintos tonos de color verde, con sus árboles y sus casas calientitas.

-¡Buenos días, es hora de levantarse!- canta don Gallo muy temprano en la mañana.

-¡Apúrense que tenemos mucho que hacer!- dice mamá Gallina a sus cuatro pollitos. -Hoy iremos a desayunar en la cementera y buscaremos comida para la tarde.

-Yo me quedaré haciendo algunos arreglos para la casa comenta don Gallo.

Mientras tanto, la familia Vacuna se despereza.

-¡Ya es de día! -dice mamá Vaca- ¿no oyeron el canto de don Gallo?

- ¡Ya vamos! -responden Juan y Pepe - que son los hijos de la familia Vacuna. Ellos acompañarán hoy a sus padres al potrero de arriba.

- Hay que ir temprano -insiste mamá Vaca.

Todos salen contentos y apurados. Saludan a sus vecinos los Patos y la gran familia Conejo.

Cuando mamá Gallina y sus pollitos María, Pedro, Sebastián y Leonor se han alejado de su casa sucede algo extraño. Es una gran tempestad con rayos, truenos y granizo. Mamá Gallina se asusta. Los cuatro pollitos se acurrucan bajo las alas de su madre. No saben que pasa... De pronto, aparece una gran avalancha que arrastra con todo. ¡Los árboles se caen... las casas se inundan... desaparecen los corrales!

Hay llantos, gritos, desesperación. Todos corren de un lado a otro buscando protección.

Hay gran silencio y, entonces, María abre sus ojos y pregunta ¿Qué pasó? ¿En dónde está Pedro? Sebastián y Leonor están asustados. No creen lo que ven. Buscan a Pedro... no lo encuentran.

-¡Desapareció Pedro! - gritan los pollitos a su mamá. ¡Se lo llevó la corriente!-. -¡No! ... ¡No es cierto! ¡Eso no pudo pasar! -responde mamá Gallina-. Todos lo buscan una y otra vez... Es inútil.

Desde la montaña bajó el lodo y arrastró todo. Árboles, casas, animales, personas.

. -¡Es horrible!- dice Leonor, y empieza a gritar a su papá sin obtener respuesta. También él desapareció.

Todos se sienten muy, pero muy mal. Mamá Gallina se culpa por la desaparición de Pedro. María quiere dormirse y despertar cuando todo sea igual que antes. Sebastián grita, salta y dice: ¿Por qué tuvo que pasarme esto a mí? Leonor llora tanto que ya no tiene fuerzas ni para hablar.

Enseguida empiezan a llegar los amigos de otras comunidades. Todos están tristes, pero tratan de ayudar a la mamá Gallina, a María, a Sebastián y a Leonor, como también a los demás vecinos sobrevivientes. Poco a poco se recuperan del susto y se ayudan mutuamente. Muchos quieren colaborar, pero no saben cómo hacerlo. Otros se han quedado como paralizados. Y otros intentan aprovecharse de la confusión para conseguir algo.

Una familia de patos invita a nuestros amigos a quedarse a la sombra de un enorme árbol caído, que es el lugar en donde ellos lograron refugiarse. Mamá Gallina acepta la ayuda, pues no tienen a donde ir. Al pasar los días mamá Gallina se da cuenta que los Patos le tienen gran compasión. Entonces, ella y sus hijos no quieren que sus ayudadores se preocupen demasiado, y fingen estar bien: no les comparten su pena, dejan de llorar, aparentan que no ha pasado nada. Sin embargo, todos están confundidos: se ponen de mal genio, viven temerosos, no quieren hablar y hasta se dan al abandono. Quieren que los demás hagan todo por ellos. A veces, incluso, sienten que toda la ayuda que les brindan es muy poca y se quejan.

De modo que los pollitos se sienten cada día peor. A la pollita María le duele mucho su pata. A su hermano Sebastián le duele su alita y está aburrido. Leonor quiere dormir todo el día y soñar en su papá, en su árbol, en sus vecinos. A mamá le duele la cabeza, está de mal genio con frecuencia y se porta grosera. Por cualquier cosa castiga a sus pollitos y todos sufren mucho. Después de algunas semanas la familia Pato decide que hay que hacer algo y va en busca del doctor Conejo. Cuando el doctor Conejo llega les examina cuidadosamente a todos y dice: -¡Están muy bien!. Mamá Gallina y sus pollitos se sorprenden. -¡Pero si a mí me duele la pata!- dice María. -¡Y a mí la alita!- dice Sebastián. -Si...-dice el doctor Conejo. - Ustedes están haciendo lo mejor que pueden para recuperarse de esta tragedia sin molestar a los demás. -No están tan mal como otros animalitos de la granja.

- Les explicaré lo que pasa- continua diciendo el sabio Conejo. -¿Alguna vez han comido mucho y han sentido las molestias en todo el cuerpo y especialmente en el estómago? -¡Sí! -contesta mamá Gallina.

Y ¿cómo se alivian ustedes de ese empacho?

Lo mejor es vomitar- contesta mamá Gallina- pues, aunque se tome remedios, si no se vomita, las molestias duran mucho tiempo. El doctor Conejo sonrío, les mira y les pregunta:- Y después de vomitar, ¿cómo se sienten? Pues mucho mejor- responde María.

Así es!- dice con entusiasmo el doctor Conejo. - Cuando uno come demasiado y se empacha, el cuerpo pide vomitar para aliviarse.

-No entiendo que tiene que ver un empacho con mi dolor de ala - comenta Sebastián.

-Bien- dice el doctor- ustedes están como empachados. Han tragado mucho susto, mucho dolor, mucha pena, muchas pérdidas al mismo tiempo -Por eso tu cuerpo responde con dolor del ala, Sebastián; y a María le duele la pata; y Leonor quiere dormir todo el día; y mamá está de mal humor. Es necesario vomitar toda la pena, dejar que salga, desahogarse. Es necesario hablar de lo que sienten. Incluso llorar es saludable cuando se tiene una gran pena. Ya nada pueden hacer para cambiar lo sucedido. Ahora es tiempo de aceptar las pérdidas y llorarlas. Así se aliviarán. Luego podrán pensar y meditar sobre las mejores maneras de reorganizar la vida, reconstruir su casa, poner las cosas en orden, colaborar con los vecinos en los proyectos comunitarios y así salir adelante. Conozco algunos habitantes de este valle que cuando pasan por una tragedia, se aíslan, no quieren vomitar su susto, no colaboran y se vuelven apáticos. Entonces cada día se sienten peor y es probable que se enfermen.

La mamá y sus pollitos se han quedado muy quietos, oyendo con mucha atención las palabras del doctor Conejo. Cada uno dice en voz muy baja "es verdad". El doctor conejo aprovecha la atención de toda la familia para continuar.

-Qué bueno que sus vecinos les ayudaron-. Qué bueno que ustedes aceptaron la ayuda de la familia Pato y la mía. Conforme vayan aceptando que lo que sucedió, conforme vayan expresando su pena con amigos y vecinos comprensivos, conforme vayan recobrando la confianza de pedir lo que quieren y decir "no" a lo

que no quieren y vayan participando con los demás en la recuperación de toda la granja -dice el doctor Conejo- se irán sintiendo mejor.

-Ah ... ya comprendo ... dice muy suavemente mamá Gallina y se queda mirando hacia los árboles que han quedado de pie.

Los pollitos se acomodan en sus asientos y se miran unos a otros mientras el doctor Conejo guarda sus instrumentos en su maletín.

-Bueno, mis amigos- dice el doctor Conejo mientras se despide de cada uno -les deseo una pronta recuperación y que después de esta experiencia tan dolorosa todos ustedes sean más fuertes y más sabios-.

Y nuestros amigos hicieron como el doctor les indicó. Por las noches, antes de acostarse, se sentaban a conversar de cómo se habían sentido durante el día.

A veces lloraban recordando los viejos tiempos, pero ya no era un llanto desesperado. En las mañanas, con frecuencia, les faltaba el canto de papá. A Pedro le recordaban todos con mucho cariño y hablaban bien de él.

Y el tiempo seguía su marcha. Los pollitos crecían y aprendían nuevas cosas. Mamá Gallina estaba nuevamente activa y alegre, buscando comida y conversando con sus vecinos. La granja volvía a tener vida! FIN. (Autor: Gilberto Brenson Lazan, Fundación Neo-humanista, Bogotá, Colombia)

Se les pedirá a los participantes que expresen como se sintieron mientras se leía el cuento, si identificaron alguna emoción y ¿cuál fue y en qué momento?, si esto les recordó algo de su vida, si se identificaron con algún personaje, si esto se parece en algo a su situación y a partir de sus expresiones trabajar con eso, favorecer el proceso del darse cuenta, que permite asimilar la experiencia, a partir de las respuestas de cada participante el terapeuta hará la intervención que considere conveniente.

A continuación se darán las instrucciones.

Se les proporcionará una hoja y lápiz o colores para que escriban dos pérdidas que consideren las más grandes que han tenido, y que compartan sus resultados con el grupo.

## 2) Dinámica reconociéndome.

- a. El facilitador actúa como un animal, y nombra la cualidad que le gusta del animal y con la cual se identifica. Por ejemplo: “si yo fuera un animal, sería un \_\_\_\_\_.” “Porque es bueno para \_\_\_\_\_”. ¡Igual que yo!. O “Me gusta el oso porque es fuerte como yo”
- b. El terapeuta hará una intervención para que cada integrante reconozca sus habilidades, también les hablará sobre la importancia de permitirse sentir dolor, como pedir apoyo y buscar los vínculos que se tienen para apoyarse y seguir adelante.

## SESION III: ELABORANDO EL DUELO

### Objetivos:

- Que los participantes identifiquen sus fortalezas para iniciar la elaboración del duelo
- Que los participantes identifiquen sus sentimientos y aprendan a compartirlos.

### Materiales

Hojas blancas tamaño carta, lápices y/o colores. Un recipiente de plástico para poner trozos de papel.

### Tiempo:

Dos horas

### Desarrollo de la sesión:

- 1) Dinámica de Elaboración de duelo, compasión y comprensión.
  - b. Se les proporcionan tres hojas blancas se les pide que dibujen un entierro, en otra que dibuje ¿cómo ayudaría a un amigo que se encuentre en la misma situación? Y en la última que dibujen una situación injusta. Al final deberán compartir con el grupo sus dibujos y su explicación.

- 2) Dinámica expresando mis sentimientos:
- a) Se les proporciona otra hoja para que dibujen las cosas que los hacen enojar.
  - b) En otra hoja se le pide que anote las cosas a las que les teme en este momento y las cosas que lo hacen sentirse culpable.
  - c) Al final se solicitará que compartan sus respuestas con el grupo, así mismo el terapeuta explicará que todo lo que siente es normal y les brindará algunas estrategias para poder canalizar cada una de estas emociones a través del deporte, la búsqueda de información o las acciones que pueden realizarse para que se sientan mejor y aprendan de estas emociones.
- 3) Dinámica las caras tienen sentimientos:
- a. Se tendrán listos varios papeles en un contenedor de plástico con las emociones que pueden representarse y se les pedirá que tomen uno y la actúen ante el grupo, que deberá identificar la emoción de que se trata. También se puede complementar haciendo que cada emoción se utilice en una frase corta y se represente con diferente cara por ejemplo: ¡Tengo hambre! y repetir esta frase con enojo, tristeza, temor y coquetería.

#### SESION IV: APRENDIENDO A CRECER

##### Objetivos:

- Que los participantes describan lo que les gusta.
- Que los participantes definan metas a corto plazo.
- Que los participantes narren los recuerdos que tiene del ser querido enfermo.

##### Materiales

Hojas blancas tamaño carta, lápices y/o colores. Cada participante deberá traer fotografías de su ser querido.

##### Tiempo:

Dos horas



Desarrollo de la sesión:

- 1) Ejercicio aprendiendo algo nuevo y fijar metas.
  - a. Se les proporcionarán dos hojas blancas para que escriban tres cosas que les gustaría hacer y en otra tres metas que quisieran fijarse a corto plazo. Al final se les pedirá que compartan con el grupo sus respuestas.
- 2) Elaborando un collage de fotografías.
  - a). Se les pedirá en la sesión previa que traigan fotografías del ser querido con el que están elaborando su duelo, que en una hoja blanca o cartulina peguen las fotografías en forma de collage, escoge los materiales que te recuerden a la persona amada, acomódalos y detallando su trabajo como mejor les guste, que pueda mirarse y tocarse, al final se les pedirá que compartan con el grupo su trabajo y porqué escogieron esas fotografía, así como los recuerdos que les han dejado, y los sentimientos que experimentaron, con la finalidad de favorecer la aceptación de la pérdida e iniciar la recuperación y reorganización de su vida.
- 3) Ejercicio compartiendo con otros:
  - a) Se les pedirá que platiquen en parejas sobre el tema: ¿En qué podrían ayudar a otros y cómo lo harían?
  - b) Al final se les pedirá que compartan con el grupo lo que platicaron y cuáles fueron las aportaciones de cada uno.

## SESION V: LA DESPEDIDA

Objetivos:

- Que los participantes se describan qué ha cambiado en ellos.
- Que los participantes escriban su despedida.

Materiales

Hojas blancas tamaño carta, lápices y/o colores.

Tiempo:

Dos horas

Desarrollo de la sesión:

- 1) Escribir una despedida.
  - a) Se pedirá a los participantes que de manera individual escriban en una hoja blanca una despedida para el ser querido con el que están elaborando su duelo, en donde le digan todo aquello que consideren importante y no les han podido decir.
  - b) Se pedirá, si lo desean comenten su carta, el resto del grupo escuchará con atención y respeto.
- 2) Ejercicio dando las gracias:
  - a) Favorecer el reconocimiento en el trabajo efectuado y que es importante agradecer a las personas que los apoyan y a todos aquellos que han intervenido en su recuperación, iniciando por ellos mismos y todas las personas que ellos consideren deban dar las gracias o sólo reconocer su apoyo.
- 3) Reconocer el regalo más lindo.

Se informa a los participantes lo siguiente: “Yo he aprendido muchas cosas de ustedes para mí y para ayudarme con otros grupos. Espero que cada uno de ustedes haya aprendido algo útil, para poder seguir el camino de la oportunidad.

“Una tribu indígena de los llanos orientales tienen una costumbre extraña: no da regalos al llegar a la casa del que lo invita, por el contrario los da al despedirse. Ahora vamos a darnos un regalo de despedida. El regalo más lindo que se pueda recibir es saber que otro se enriqueció con nuestra presencia. Entonces vamos a dar a cada uno la oportunidad de compartir con los demás integrantes del grupo como nos han enriquecido y escuchar atentamente como ha influido nuestra participación en los otros. El terapeuta inicia este ejercicio” (Domínguez, 2007).
- 4) El facilitador entregará una hoja de evaluación del taller para que sea contestada por cada participante para enriquecer el taller. Esta hoja de

evaluación contendrá, 5 ítems, que deberán responderse de acuerdo a las opciones sugeridas, como sigue:

¿Cómo se sintió en el taller?

Bien                      Regular                      Incómodo

¿Se sintió cómodo con las dinámicas empleadas durante el taller?

Si      No, porque \_\_\_\_\_

¿Considera que le ayudo a sentirse mejor?

Si      No, porque \_\_\_\_\_

Hay alguna actividad que le gustaría que se agregue al taller

No              Si,                              ¿qué                              actividad?

\_\_\_\_\_

Hay alguna actividad que le gustaría se quitará del taller.

No              Si, ¿qué actividad y por qué? \_\_\_\_\_

- 5) El terapeuta les agradece a los participantes en grupo y a cada uno su participación en el taller.

Si los niños no logran experimentar cambio en su sentir respecto al proceso de duelo, deberán ser referidos con un terapeuta que les dé seguimiento y apoyo psicológico hasta que el duelo se haya resuelto, así como buscar las estrategias de intervención más convenientes con base en los factores que están influyendo y no permiten la resolución del mismo.

Cabe mencionar que en este taller no se pretende evitar el dolor y el sufrimiento, o suprimir las emociones o sentimientos que se generan durante el proceso, por el contrario se busca la manifestación de todas aquellas reacciones que están experimentando para que lleguen al “darse cuenta”, favoreciendo el cierre de la Gestalt.

El buen desarrollo del proceso permite la conclusión de los asuntos inconclusos que se hayan originado de esta situación.

Se debe considerar que como son menores de edad, se les debe explicar en términos claros y sencillos en qué consiste el taller y preguntarles si están de acuerdo en participar, también el familiar más directo o representante legal,

deberá dar su consentimiento para que el niño sea aceptado en el taller. Así mismo se tomará en cuenta el factor económico y de disponibilidad de tiempo, ya que esto implica un gasto en los traslados y tiempo para llevar al menor al taller. Una vez dada la información completa del taller se debe de establecer un compromiso de asistencia al mismo, para poder obtener los objetivos del mismo.

La psicoterapia Gestalt contiene los elementos necesarios para la intervención en el proceso de duelo en niños, ya que mediante su proceso de darse cuenta, favorece el desarrollo humano, permite el reconocimiento del sí mismo, incluyendo sus limitaciones y el hacerse responsable de su vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvarado AS, Genovés S y Zapata MR. (2009). La Psicooncología: Un trabajo transdisciplinario. *Revista de Cancerología* 4:47-53
2. Alvarado, A.S. y Méndez, V.J. (2006). Aspectos historio biográficos del logotipo de la Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 39(2):92-94
3. Apraiz, S.I. (2006). El duelo. Cómo ayudar a los niños a afrontarlo. *Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar*:5-9.  
<http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/Apraiz,%20I.%20Tbjo.%203%C2%BA%20BI%2005-06.pdf> consultado el 24 de enero de 2010.
4. Alexander, C.R.B. (2003). *Terapia Gestalt con niños con necesidades especiales educativas especiales*. Tesina inédita. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Estado de México.
5. Barreto, M.P. y Soler, S.M. (2007). *Muerte y duelo*. Ed. Síntesis, España
6. Brenson, L.G. ¿Cómo recuperarnos de una tragedia?. Manual de intervención en crisis. *Fundación Neo-humanista*, Bogotá, Colombia, pp. 24-28. Consultado en la página web: <http://www.eclc.cl/sitio/varios/tragedia.pdf>

7. Cantón, D.J. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores*. Editorial Alianza Madrid.
8. Cornejo, P.L. (1997). *Manual de psicoterapia infantil gestáltica*. 2ª. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao, España.
9. Delacroix, J.M. (1999). A propósito del vacío. *Figura y Fondo* 3(1): pp. 119-130.
10. Del Barrio MV. (2002). *Emociones Infantiles. Evolución, evaluación, y prevención*. Ed. Piramide. Madrid, España.
11. Delval, J. (2002). El comienzo de las relaciones sociales: la madre. En *El desarrollo humano*. (11ª. Ed) México, D.F., (pp. 184-219).
12. Domínguez, B.S. (2007). *Propuesta de intervención en el proceso de duelo de pacientes terminales desde el punto de vista de la psicoterapia Gestalt*. Tesis Inédita, Facultad de Psicología, UNAM: pp. 5-27; 152-198.
13. Dörr, A, Gorostegui, M.E, Jara, S. y Ornstein, C. (2007). *El proceso de duelo y estrategias de manejo*. pp. 290-318. Consultado en la página electrónica: <http://www.u-cursos.cl/medicina/>
14. Durá, E. e Ibáñez, E. (2000). Psicología Oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicología, Saúde e Doenças* 1 (001): pp. 27-43.
15. Franco, T.C. (2006). *Psicooncología: una propuesta novedosa de atención para pacientes con cáncer*. Tesis inédita. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México. pp. 30-38
16. Gala, L.F., Lupiani, J.M., Raja, H.R., Guillén GC, González IJ, Villaverde, G.C. y Alba, S.I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense* 30: pp. 39-50.
17. Gatto, M. y Marino, A. *Historia de la Psico-oncología en el Hospital de Oncología "María Curie" de la Ciudad de Buenos Aires*. [www.psicooncologia.org/articulos/23histcurie.doc](http://www.psicooncologia.org/articulos/23histcurie.doc), consultado el día 30 de octubre de 2009
18. Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M.F. y Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. No. 20:50-75

19. Gil, F. (2000). *Manual de Psicooncología*. Nova Sidonia, Madrid, España.
20. Gómez SM, Pascual LA, López IE, Arranz CAP y Die TM. (2003). Reacciones psicológicas durante la enfermedad oncológica terminal. En Ed. Gafos. *Avances en cuidados paliativos* (pp. 637-653). España.
21. Hernández, G. (1999). El niño ante el impacto de la muerte de un ser querido (Alternativas). *Figura y fondo*. 5(1): pp. 115-134.
22. Herrera, G.A. (2000). Cáncer un problema clínico y de salud pública. En McGraw-Hill Interamericana. *Manual de Oncología (3-15)*. México D.F.
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). Disponible en la página electrónica: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>
24. Jiménez, V.K. (2009). Aspectos psicoterapéuticos del duelo en niños y la prevención de complicaciones. *Cuadernos de Psiquiatría de Enlace*. Jun (42): 11-19.
25. Lazarus R y Folkman S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Ed. Roca. Barcelona, España. 140-246.
26. Luzoro, J. (1992). Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*. 111(1): 25-29.
27. Malca, S.B. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en Oncología. *Revista Persona y Bioética*. 9 (2): 64-67.
28. Mamani CAE. (2008). Concepto de afrontamiento (Coping). En *Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama* (46-53) Tesis Inédita. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú.
29. Martín, A. (2009) El darse cuenta y el contacto. En Desclée de Brouwer. *Manual práctico de psicoterapia Gestalt*. (5ª. Ed) España. Pp. 19-89.
30. Matalobos, B., Montesinos, F., Yelamos, C. y Clavero, P.J. (2007) I Jornadas de Psicooncología Integradora: una nueva perspectiva. *Clínica y Salud* [online];18(2): 247-250.
31. Naranjo FME, Olivares BG, Alvarado AS. (2007). Castración y su impacto psicológico de la excenteración pélvica en mujeres con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*;40(1):pp.28-31.
32. National Cancer Institute. *Pérdida, pena y duelo*.

Consultado en la página electrónica, el día 30 marzo de 2010.  
<http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/306750.html#ref.8.1>

33. National Institutes of Health. (2007). *Cómo hablar con los niños acerca de la muerte*. Pp. 1-10. Bethesda, Maryland, U.S.A. Consultado en la página electrónica el día 15 de marzo de 2010.  
[http://clinicalcenter.nih.gov/ccc/patient\\_education/pepubs\\_sp/talkingsp.pdf](http://clinicalcenter.nih.gov/ccc/patient_education/pepubs_sp/talkingsp.pdf)
34. Oaklander, V. (2004). *Ventanas a nuestros niños*. 9ª Edición. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.
35. O'Connor. (1999). Sentimientos de dolor. En Ed. Trillas. *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo* (37-46). Sexta reimpresión, 1era. Edición 1990.
36. Orfali, P.A. (2009). *Sobre psicología en general y algunas particularidades en Chile*.  
<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdArticulo=488&IdSeccion=18>, consultado el día 30 de octubre de 2009.
37. Oviedo SSJ, Parra FFM, Marquina VM. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*. Revista electrónica [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/). No. 15 p.1-9
38. Papalia D, Wenkos S, Duskin R. (2005). La niñez intermedia y desarrollo psicosocial en la niñez intermedia. En Ed. Mc Graw-Hill. *Desarrollo humano* (330-415). Novena edición. 1era. Ed. 1978.
39. Pérez, R.A. (2002). *Desarrollo socio-emocional en la infancia*. III Foro de pediatría de atención primaria de Extremadura.  
<http://www.spapex.org/3foro/pdf/desemocional.pdf>.
40. Pérez, T.R. (2003). *El cáncer en México*. pp.15-475. México Ed. Cromocolor.
41. Pérez, C.C. (2009). Atención Primaria de Salud. Acercamiento a familias de pacientes con cáncer de mama. *Psicología Científica.com*. Consultado el día 12 mayo de 2009. *En la página web*:  
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-412-6-atencion-primaria-de-salud-acercamiento-a-familias-de-pacientes-con-cancer-de-mama-.html>
42. Plancarte, S.R. (2006). Panorama del Cáncer en México y Aspectos psiquiátricos en cuidados paliativos. En Ed. Intersistemas. *Manejo del dolor y cuidados paliativos en el paciente con cáncer* (5-22;137-149). México D.F.

43. Polo, S.M y Polo, S.M. (2007). *Psicoterapia Gestalt en la resolución y manejo del duelo*. México D.F.
44. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Compendio de cáncer (Programa informativo). Versión MS-DOS. SSA. México. 2002.
45. Ros, M.R.(2005). La psicoterapia infantil gestáltica. Instituto de terapia Gestalt de Valencia. *Hojas informativas de los psicólogos de las Palmas*. (2005). Época II. No. 79-80: pp. 31-35.  
<http://www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/psicot/psicot24.pdf>
46. Ruano, A.K. (2004). Funciones de las emociones. En *La influencia de la expresión corporal sobre las emociones: un estado experimental* (139-222). Tesis Universidad Politécnica de Madrid. España.
47. Salama, P.H. (2004). El Enfoque Gestalt en psicoterapia infantil. En Ed. Alfaomega. *Gestalt de persona a persona* (193-209). México D.F.
48. Sánchez, M.G. (2008). Una perspectiva sobre la familia y los factores involucrados en la enfermedad terminal. *Universidad Gestalt de América* consultado en la página web el día 26 de febrero de 2010.  
<http://www.mundogestalt.com/cgi-bin/index.cgi?>
49. Schavelzon, J. (2004). Psiconcología para el Siglo XXI. Conferencia dictada en la 1er. Jornada Argentina de Psicooncología, en Buenos Aires, el 3 de septiembre.
50. Sipsos, G.L. y Solano S.C. (2001). El duelo en los niños. *Interpsiquis 2*: Revisada en su versión web el día 30 de enero de 2010.  
<http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/1935/>
51. Steggle, S. y Mckiernan, A. (2007). Status of psycho-oncology internationally and in Ireland. *Cancer Wise*. 6(2): 14-16
52. Vigotsky, L. (2004). *Teoría de las emociones*. Madrid, España. Akal, S.A. pp. 15-56.



## ANEXO 1

### UNA VEZ EN UNA GRANJA

Amanece un nuevo día en la comunidad de Santa Clara, en un lugar realmente hermoso, con su río ancho, con sus lomas que parecen remendadas de distintos tonos de color verde, con sus árboles y sus casas calientitas.

-¡Buenos días, es hora de levantarse!- canta don Gallo muy temprano en la mañana.

-¡Apúrense que tenemos mucho que hacer!- dice mamá Gallina a sus cuatro pollitos. -Hoy iremos a desayunar en la cementera y buscaremos comida para la tarde.

-Yo me quedaré haciendo algunos arreglos para la casa comenta don Gallo.

Mientras tanto, la familia Vacuna se despereza.

-¡Ya es de día! -dice mamá Vaca- ¿no oyeron el canto de don Gallo?

- ¡Ya vamos! -responden Juan y Pepe - que son los hijos de la familia Vacuna. Ellos acompañarán hoy a sus padres al potrero de arriba.

- Hay que ir temprano -insiste mamá Vaca.

Todos salen contentos y apurados. Saludan a sus vecinos los Patos y la gran familia Conejo.

Cuando mamá Gallina y sus pollitos María, Pedro, Sebastián y Leonor se han alejado de su casa sucede algo extraño. Es una gran tempestad con rayos, truenos y granizo. Mamá Gallina se asusta. Los cuatro pollitos se acurrucan bajo las alas de su madre. No saben que pasa... De pronto, aparece una gran avalancha que arrastra con todo. ¡Los árboles se caen... las casas se inundan... desaparecen los corrales!

Hay llantos, gritos, desesperación. Todos corren de un lado a otro buscando protección.

Hay gran silencio y, entonces, María abre sus ojos y pregunta ¿Qué pasó? ¿En dónde está Pedro? Sebastián y Leonor están asustados. No creen lo que ven. Buscan a Pedro... no lo encuentran.

-¡Desapareció Pedro! - gritan los pollitos a su mamá. ¡Se lo llevó la

corriente!-. -¡No! ... ¡No es cierto! ¡Eso no pudo pasar! -responde mamá Gallina-. Todos lo buscan una y otra vez... Es inútil.

Desde la montaña bajó el lodo y arrastró todo. Árboles, casas, animales, personas.

. -¡Es horrible!- dice Leonor, y empieza a gritar a su papá sin obtener respuesta. También él desapareció.

Todos se sienten muy, pero muy mal. Mamá Gallina se culpa por la desaparición de Pedro. María quiere dormirse y despertar cuando todo sea igual que antes. Sebastián grita, salta y dice: ¿Por qué tuvo que pasarme esto a mí? Leonor llora tanto que ya no tiene fuerzas ni para hablar.

Enseguida empiezan a llegar los amigos de otras comunidades. Todos están tristes, pero tratan de ayudar a la mamá Gallina, a María, a Sebastián y a Leonor, como también a los demás vecinos sobrevivientes. Poco a poco se recuperan del susto y se ayudan mutuamente. Muchos quieren colaborar, pero no saben cómo hacerlo. Otros se han quedado como paralizados. Y otros intentan aprovecharse de la confusión para conseguir algo.

Una familia de patos invita a nuestros amigos a quedarse a la sombra de un enorme árbol caído, que es el lugar en donde ellos lograron refugiarse. Mamá Gallina acepta la ayuda, pues no tienen a donde ir. Al pasar los días mamá Gallina se da cuenta que los Patos le tienen gran compasión. Entonces, ella y sus hijos no quieren que sus ayudadores se preocupen demasiado, y fingen estar bien: no les comparten su pena, dejan de llorar, aparentan que no ha pasado nada. Sin embargo, todos están confundidos: se ponen de mal genio, viven temerosos, no quieren hablar y hasta se dan al abandono. Quieren que los demás hagan todo por ellos. A veces, incluso, sienten que toda la ayuda que les brindan es muy poca y se quejan.

De modo que los pollitos se sienten cada día peor. A la pollita María le duele mucho su pata. A su hermano Sebastián le duele su alita y está aburrido. Leonor quiere dormir todo el día y soñar en su papá, en su árbol, en sus vecinos. A mamá le duele la cabeza, está de mal genio con frecuencia y se porta grosera. Por cualquier cosa castiga a sus pollitos y todos sufren mucho. Después de

algunas semanas la familia Pato decide que hay que hacer algo y va en busca del doctor Conejo. Cuando el doctor Conejo llega les examina cuidadosamente a todos y dice: -¡Están muy bien!. Mamá Gallina y sus pollitos se sorprenden. -¡Pero si a mí me duele la pata!- dice María. -¡Y a mí la alita!- dice Sebastián. -Si...-dice el doctor Conejo. - Ustedes están haciendo lo mejor que pueden para recuperarse de esta tragedia sin molestar a los demás. -No están tan mal como otros animalitos de la granja.

- Les explicaré lo que pasa- continua diciendo el sabio Conejo. -¿Alguna vez han comido mucho y han sentido las molestias en todo el cuerpo y especialmente en el estómago? -¡Sí! -contesta mamá Gallina.

Y ¿cómo se alivian ustedes de ese empacho?

Lo mejor es vomitar- contesta mamá Gallina- pues, aunque se tome remedios, si no se vomita, las molestias duran mucho tiempo. El doctor Conejo sonrío, les mira y les pregunta:- Y después de vomitar, ¿cómo se sienten? Pues mucho mejor- responde María.

Así es!- dice con entusiasmo el doctor Conejo. - Cuando uno come demasiado y se empacha, el cuerpo pide vomitar para aliviarse.

-No entiendo que tiene que ver un empacho con mi dolor de ala - comenta Sebastián.

-Bien- dice el doctor- ustedes están como empachados. Han tragado mucho susto, mucho dolor, mucha pena, muchas pérdidas al mismo tiempo -Por eso tu cuerpo responde con dolor del ala, Sebastián; y a María le duele la pata; y Leonor quiere dormir todo el día; y mamá está de mal humor. Es necesario vomitar toda la pena, dejar que salga, desahogarse. Es necesario hablar de lo que sienten. Incluso llorar es saludable cuando se tiene una gran pena. Ya nada pueden hacer para cambiar lo sucedido. Ahora es tiempo de aceptar las pérdidas y llorarlas. Así se aliviarán. Luego podrán pensar y meditar sobre las mejores maneras de reorganizar la vida, reconstruir su casa, poner las cosas en orden, colaborar con los vecinos en los proyectos comunitarios y así salir adelante. Conozco algunos habitantes de este valle que cuando pasan por una tragedia, se aíslan, no quieren

vomitarse su susto, no colaboran y se vuelven apáticos. Entonces cada día se sienten peor y es probable que se enfermen.

La mamá y sus pollitos se han quedado muy quietos, oyendo con mucha atención las palabras del doctor Conejo. Cada uno dice en voz muy baja "es verdad". El doctor conejo aprovecha la atención de toda la familia para continuar.

-Qué bueno que sus vecinos les ayudaron-. Qué bueno que ustedes aceptaron la ayuda de la familia Pato y la mía. Conforme vayan aceptando que lo que sucedió, conforme vayan expresando su pena con amigos y vecinos comprensivos, conforme vayan recobrando la confianza de pedir lo que quieren y decir "no" a lo que no quieren y vayan participando con los demás en la recuperación de toda la granja -dice el doctor Conejo- se irán sintiendo mejor.

-Ah ... ya comprendo ... dice muy suavemente mamá Gallina y se queda mirando hacia los árboles que han quedado de pie.

Los pollitos se acomodan en sus asientos y se miran unos a otros mientras el doctor Conejo guarda sus instrumentos en su maletín.

-Bueno, mis amigos- dice el doctor Conejo mientras se despide de cada uno -les deseo una pronta recuperación y que después de esta experiencia tan dolorosa todos ustedes sean más fuertes y más sabios-.

Y nuestros amigos hicieron como el doctor les indicó. Por las noches, antes de acostarse, se sentaban a conversar de cómo se habían sentido durante el día.

A veces lloraban recordando los viejos tiempos, pero ya no era un llanto desesperado. En las mañanas, con frecuencia, les faltaba el canto de papá. A Pedro le recordaban todos con mucho cariño y hablaban bien de él.

Y el tiempo seguía su marcha. Los pollitos crecían y aprendían nuevas cosas. Mamá Gallina estaba nuevamente activa y alegre, buscando comida y conversando con sus vecinos. La granja volvía a tener vida! FIN. (Autor: Gilberto Brenson Lazan, Fundación Neo-humanista, Bogotá, Colombia)

“Taller el Manejo de las pérdidas en el niño.

<b>Sesión</b>	<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>
<b>1</b>	<p>Dinámica de Integración</p> <p>Exposición del tema</p> <p>Dinámica de expresiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los participantes se integren en el grupo</li> <li>• Que al final el participante pueda identificar las manifestaciones del proceso de duelo</li> </ul>	<p>Saludar al grupo, hacer la presentación del terapeuta, se hará una explicación introductoria a la temática del taller y sus objetivos generales.</p> <p>Cada participante se presentará brevemente.</p> <p>El proceso de duelo y su manifestación. Terapeuta</p> <p>Se le pedirá a cada participante que hable de su relación con su madre y que exprese si identifica algunas de las reacciones que se presentaron en la plática.</p> <p>Que explique cómo se siente ante este acontecimiento.</p> <p>Los participantes elaborarán tres dibujos con las siguientes temáticas:</p> <p>d) Las cosas que me ponen triste son: e) Las cosas que me dan miedo son: f) Yo me siento solo cuando:</p> <p>Se les entregarán tres hojas cada una rotulada con el tema a dibujar. En esta primera sesión se les indicarán los lineamientos para hacer sus dibujos, que son: Los dibujos se realizan usando formas, líneas, curvas y colores. Se les pedirá que cierren los ojos, vayan a su espacio y vean su mundo, ¿cómo se sienten en él?, ¿en qué colores lo ven?, ¿cómo dibujarían cada tema usando solo formas, líneas, curva y colores?, ¿ellos cómo se ubican en la situación que se solicita que dibujen? Estas indicaciones se aplicarán cada que se realice un dibujo (Oaklander, 2004)</p> <p>Posteriormente se les pedirá que compartan con el grupo, lo que dibujaron, que experimentaron al hacerlo, y si estos sentimientos se relacionan con lo explicado anteriormente.</p> <p>Los demás integrantes podrán hacerles preguntas relacionadas al tema, con respeto, el terapeuta hará la intervención.</p> <p>Estos dibujos serán guardados en una carpeta en donde se recopilarán los trabajos realizados durante el taller.</p> <p>En cada sesión se dejarán al final unos momento para hacer una evaluación, mediante la observación directa, la comunicación no verbal y las expresiones de los participantes, en cada uno de los ejercicios, apoyándonos con las frases "de que te das cuenta" para ir fomentando el trabajo de reconocer lo que sienten y experimentan en su cuerpo y lo que aprendieron, "para que te sirve" y "como lo aplicarías en la vida diaria", lo que les permitirá la asimilación de la experiencia. Al final se pedirá que compartan con el grupo en una palabra como se sienten en este momento.</p>	2 hrs



<b>Sesión</b>	<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>
<b>3</b>	<p>Dinámica de elaboración de duelo, compasión y comprensión.</p> <p>Dinámica expresando mis sentimientos</p> <p>Dinámica las caras tienen sentimientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los participantes reconozcan y describan cómo es su pérdida.</li> <li>• Que los participantes aprendan a reconocer sus emociones.</li> <li>• Que los participantes aprendan a expresar sus emociones.</li> </ul>	<p>Se les proporcionan tres hojas blancas se les pide que dibujen un entierro, en otra que dibuje ¿cómo ayudaría a un amigo que se encuentre en la misma situación? Y en la última que dibujen una situación injusta. Al final deberán compartir con el grupo sus dibujos y su explicación.</p> <p>Se les proporciona otra hoja para que dibujen las cosas que los hacen enojar.</p> <p>En otra hoja se le pide que anote las cosas a las que les teme en este momento y las cosas que lo hacen sentirse culpable.</p> <p>Al final se solicitará que compartan sus respuestas con el grupo, así mismo el terapeuta explicará que todo lo que siente es normal y les brindará algunas estrategias para poder canalizar cada una de estas emociones a través del deporte, la búsqueda de información o las acciones que pueden realizarse para que se sientan mejor y aprendan de estas emociones.</p> <p>Se tendrán listos varios papeles en un contenedor de plástico con las emociones que pueden representarse y se les pedirá que tomen uno y la actúen ante el grupo, que deberá identificar la emoción de que se trata. También se puede complementar haciendo que cada emoción se utilice en una frase corta y se represente con diferente cara por ejemplo: ¡Tengo hambre! y repetir esta frase con enojo, tristeza, temor y coquetería.</p>	2 hrs	Hojas blancas tamaño carta, lápices y/o colores. Un recipiente de plástico para poner trozos de papel.

TALLER “MANEJO DE LAS PÉRDIDAS EN EL NIÑO”

<b>Sesión</b>	<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>
<b>4</b>	<p>Ejercicio aprendiendo algo nuevo y fijando metas.</p> <p>Elaborando un collage de fotografías.</p> <p>Ejercicio compartiendo con otros:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los participantes describan lo que les gusta.</li> <li>• Que los participantes definan metas a corto plazo.</li> <li>• Que los participantes narren sus recuerdos del ser querido que han perdido.</li> </ul>	<p>Se les proporcionarán dos hojas blancas para que escriban tres cosas que les gustaría hacer y en otra tres metas que quisieran fijarse a corto plazo. Al final se les pedirá que compartan con el grupo sus respuestas.</p> <p>Se les pedirá en la sesión previa que traigan fotografías del ser querido con el que están elaborando su duelo, que en una hoja blanca o cartulina peguen las fotografías en forma de collage, escoge los materiales que te recuerden a la persona amada, acomódalos y detallando su trabajo como mejor les guste, que pueda mirarse y tocarse, al final se les pedirá que compartan con el grupo su trabajo y porqué escogieron esas fotografía, así como los recuerdos que les han dejado, y los sentimientos que experimentaron, con la finalidad de favorecer la aceptación de la pérdida e iniciar la recuperación y reorganización de su vida.</p> <p>Se les pedirá que platicuen en parejas sobre el tema: ¿En qué podrían ayudar a otros y cómo lo harían?</p> <p>Al final se les pedirá que compartan con el grupo lo que platicaron y cuáles fueron las aportaciones de cada uno.</p>	2 hrs	<p>Hojas blancas tamaño carta, lápices y/o colores.</p> <p>Cada participante deberá traer fotografías de su ser querido.</p>



## TALLER “MANEJO DE LAS PÉRDIDAS EN EL NIÑO”

<i>Sesión</i>	<i>Tema</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Material</i>
5	<p>Escribir una despedida</p> <p>Ejercicio dando las gracias</p> <p>Reconocer el regalo más lindo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los participantes se describan qué ha cambiado en ellos.</li> <li>• Que los participantes escriban su despedida.</li> </ul>	<p>Se pedirá a los participantes que de manera individual escriban en una hoja blanca una despedida para el ser querido que han perdido, en donde le digan todo aquello que consideren importante y no se les pudo decir.</p> <p>Se pedirá, si lo desean comenten su carta, el resto del grupo escuchará con atención y respeto.</p> <p>Favorecer el reconocimiento en el trabajo efectuado y que es importante agradecer a las personas que los apoyan y a todos aquellos que han intervenido en su recuperación, iniciando por ellos mismos y todas las personas que ellos consideren deban dar las gracias o sólo reconocer su apoyo.</p> <p>Se informa a los participantes lo siguiente: “Yo he aprendido muchas cosas de ustedes para mí y para ayudarme con otros grupos. Espero que cada uno de ustedes haya aprendido algo útil, para poder seguir el camino de la oportunidad.</p> <p>Una tribu indígena de los llanos orientales tienen una costumbre extraña: no da regalos al llegar a la casa del que lo invita, por el contrario los da al despedirse. Ahora vamos a darnos un regalo de despedida. El regalo más lindo que se pueda recibir es saber que otro se enriqueció con nuestra presencia. Entonces vamos a dar a cada uno la oportunidad de compartir con los demás integrantes del grupo como nos han enriquecido y escuchar atentamente como ha influido nuestra participación en los otros. El terapeuta inicia este ejercicio.</p>	2 hrs	<p>Hojas blancas tamaño carta, lápices y/o colores.</p>