



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**“UNA MIRADA INTEGRATIVA DEL VÍNCULO  
FRATERO EN UN CASO DE DUELO”**

PROYECTO PAPITT IN307016

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRO EN PSICOLOGÍA**  
PRESENTA:

**LIC. RAYMUNDO ARTEAGA GONZÁLEZ**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ  
COMITÉ: MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ  
DRA. SILVIA VITE SAN PEDRO  
DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL ANCONA  
MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

CIUDAD DE MÉXICO

Noviembre 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## AGRADECIMIENTOS

Primero a Dios y a mis padres Isabel y Raymundo, que con su amor y cuidados me enseñaron a hacer las cosas con amor, sinceridad y respeto, a ser humilde y disfrutar de las sutilezas de la vida, apreciando el ayudar a otros como una ética y profesión.

A mis hermanos Karla y Miguel que me enseñaron el amor fraterno, acompañándome, compartiendo, luchando, riendo y llorando.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por sus espacios y las personas que forman parte de la institución permitiendo mi formación.

A todos mis compañeros: Karla C, Analy, Iliana, Paulina, Karla B, Adriana, Cristina, Xóchitl, Karla S, Arianna, Martha, Sonia y Simón.

A mis Maestras: Dra. Emilia Lucio, Dra. Fayne Esquivel, Dra. Lucy Reidl, Dra. Patricia Andrade, Mtra. Verónica Ruiz, Mtra. Asunción Valenzuela, Mtra. Rocío Nuricumbo, Mtra. Martina Jurado.

Agradezco al proyecto PAPITT IN307016 “Parentalidad positiva como factor protector ante violencia de pareja y psicopatología infantil” por su apoyo económico para terminar la presente tesis.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y la Dirección General de Estudios de Posgrado por su apoyo económico durante mis estudios.

*Al hombre que no sabe y no quiere aprender:  
Húyele.*

*Al hombre que no sabe y sabe que no sabe:  
Instrúyelo.*

*Al hombre que sabe y no sabe que sabe:  
Despiértalo.*

*Al hombre que sabe y sabe que sabe, pero no hace alarde de saber:  
Síguelo.*

*Proverbio africano  
(De Souza, 1999)*

## DEDICATORIAS

Este trabajo lo dedico a todas las personas que me apoyaron en este proceso...

A las “Mac Gregor” Karla, Cristina y Xóchitl, por escuchar, compartir, aconsejar, acompañar, por creer en mí, por convertir los momentos de trabajo, estrés, duda, miedo o incertidumbre en una oportunidad de reír, crecer, colaborar y aprender, porque sin ustedes esto no hubiera sido posible.

A mi tutora Mtra. Verónica Ruiz quien compartió su experiencia y amor por la clínica, acompañándome como maestra, supervisora, colega y tutora con sensibilidad y sabiduría, teniendo la palabra adecuada para hacerme reflexionar, rectificar, organizar, validar o contener. Este reporte de experiencia es el producto de este acompañamiento, de la construcción compartida de una ética, síntesis de un proceso de desarrollo que bien supo guiar y que siempre estaré en deuda.

A todos mis pacientes y sus familias, que tocaron mi vida aportando grandes enseñanzas.

A Lupita y su familia, que me enseñaron que el amor y la familia como un recurso invaluable.

Y en especial dedico esta tesis a Itzel y a sus padres Pío y Leticia, que me enseñaron a valorar la vida, la presencia y ausencia de nuestros seres queridos, de nuestras abuelas y abuelos, de los que nos antecedieron, que sin ellos no estaríamos aquí.

“Que tus futuras alegrías no maten mi recuerdo, pero que mi recuerdo no mate tus futuras alegrías”.

# INDICE

<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I. PSICOTERAPIA INTEGRATIVA INFANTIL.....</b>	<b>6</b>
1.1 Antecedentes: del eclecticismo a la integración .....	6
1.2 Presupuestos básicos .....	15
1.3 <i>Mapas de la mente: adaptación y psicopatología infantil.....</i>	19
1.4 <i>Psicoterapia integrativa infantil.....</i>	23
<b>CAPÍTULO II. DUELO EN NIÑOS .....</b>	<b>28</b>
2.1 Definición de duelo .....	28
2.2 Concepto de muerte.....	32
2.3 El duelo y el desarrollo infantil.....	34
2.4 Tipos de duelo en niños.....	38
2.5 Duelo familiar.....	40
2.6 Factores sociales en el duelo .....	41
2.7 Pérdidas tempranas en la infancia: duelo por pérdida de uno de los padres. ....	43
2.8 Elaboración del duelo: tareas psicológicas. ....	46
2.9 Duelo complicado. ....	48
2.10 Duelo por suicidio .....	51
2.11 Propuestas de intervención en duelo infantil .....	53
<b>CAPÍTULO III. EL VÍNCULO FRATERO.....</b>	<b>56</b>
3.1 Definición.....	57
3.2 Características .....	58
3.3 Vínculo fraterno y desarrollo: beneficios .....	61
3.3 Vínculo fraterno y duelo.....	63
<b>CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DEL TRABAJO CLÍNICO.....</b>	<b>66</b>
4.1 Objetivo general.....	66
4.2 Objetivos específicos. ....	66
4.3 Tipo de estudio: Estudio de caso. ....	66
4.4 <i>Escenario y materiales.....</i>	67
4.5 Procedimiento. ....	69
5.1 Presentación del caso.....	73

5.1.1 Descripción clínica de los menores .....	73
5.1.2 Motivos de consulta.....	74
5.1.3 Genograma: estructura, dinámica e historia familiar .....	74
5.1.4 Historia de desarrollo .....	78
5.1.5 Integración de estudios psicológicos.....	80
5.1.6 Formulación de caso clínico. ....	86
5.1.7 Focos de intervención.....	89
5.2 Análisis del proceso psicoterapéutico. ....	90
5.2.1 Etapa 1. El comienzo de la construcción.....	94
5.2.2 Etapa 2. Contacto y expresión del conflicto .....	99
5.2.3 Etapa 3. Elaboración del duelo: “el álbum familiar”.....	107
5.2.4 Cierre del proceso terapéutico. ....	110
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>112</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>121</b>

## Resumen

El presente trabajo es el reporte de experiencia de la formación en el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil, en el que mediante la presentación de un estudio de caso, se ejemplifican las competencias desarrolladas en el proceso de formación.

El estudio de caso presentado tiene como objetivo describir y analizar los efectos de la intervención psicoterapéutica fraterna ante el duelo por pérdida de uno de los padres, por suicidio, desde el enfoque de la psicoterapia integrativa. Este caso fue atendido en el Centro comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" instancia dependiente de la Facultad de Psicología, al cual llega el padre de dos menores pidiendo atención psicológica para sus hijos (de 6 y 7 años) por la pérdida temprana de su madre. El proceso terapéutico se realizó en un total de 25 sesiones de intervención psicológica de las cuales nueve fueron de evaluación en modalidad individual y 16 de psicoterapia en modalidad fraterna. Dentro del proceso terapéutico se identificaron y analizaron tres etapas; la etapa 1 denominada "El comienzo de la construcción" que se caracterizó por realizar la evaluación de los menores y el sistema familiar. La segunda etapa denominada "Contacto y expresión del conflicto" implicó proveer a la familia un espacio de expresión y contacto con sus emociones relacionadas al duelo. La tercera etapa denominada "Elaboración del duelo: el álbum familiar" fue la parte final del proceso donde mediante el uso de juego libre, así como el uso de técnicas narrativas se favoreció y acompañó el proceso de duelo. La intervención terapéutica mostro efectos favorables en el proceso de duelo de los menores, remitiendo la sintomatología ansiosa y mostrando cambio en la dinámica y comunicación familiar.

Palabras clave: Psicoterapia infantil, Duelo en niños, intervención fraterna.

## Abstract

The present work is the report of experience of the training in the Master's Program in Psychology with Residency in Child Psychotherapy, in which, through the presentation of a case study, the competences developed in the training process are exemplified.

The purpose of this case study is to describe and analyze the effects of fraternal psychotherapeutic intervention in the face of grief over the loss of one parent by suicide from the approach of integrative psychotherapy. This case was attended at the Community Center "Dr. Julian Mac Gregor and Sánchez Navarro" instance dependent of the Faculty of Psychology, to which the father of two children arrives asking for psychological attention for their children (6 and 7 years) for the loss of his mother. The therapeutic process was performed in a total of 25 sessions of psychological intervention of which nine were of evaluation in individual modality and 16 of psychotherapy in fraternal modality. Within the therapeutic process, three stages were identified and analyzed; Stage 1 called "The beginning of construction" which was characterized by the evaluation of children and the family system. The second stage called "Contact and expression of conflict" involved providing the family with a space for expression and contact with their emotions related to mourning. The third stage called "Elaboration of the duel: the family album" was the final part of the process where through the use of free play, as well as the use of narrative techniques was favored and accompanied the process of mourning. The therapeutic intervention showed favorable effects in the process of mourning of the children, referring the anxious symptomatology and showing a change in the dynamics and family communication.

Keywords: Child psychotherapy, Grief in children, fraternal modality intervention.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la posmodernidad, ha traído consigo cambios a nivel social, tecnológico, familiar e individual, especialmente en el mundo urbano; los roles del hombre y la mujer dentro de la sociedad también han cambiado y esto ha traído cambios a nivel familiar. La rapidez de los cambios tecnológicos ha promovido también un cambio en las relaciones y la dinámica familiar, los juegos en familia prácticamente han desaparecido dando lugar al juego ensimismado o los videojuegos en red, donde en el mejor de los casos estas nuevas formas de comunicación son formas nuevas de establecer vínculos entre las personas. De esta forma como psicoterapeutas fungimos como observadores y participantes activos de estos cambios, que de alguna manera también influyen de manera directa nuestra labor. También se han mantenido o incrementado algunas problemáticas que interfieren el desarrollo saludable de niños y niñas, pues siguen siendo víctimas de violencia (intrafamiliar y escolar), pérdidas, separaciones, entre otros. De esta manera, los que trabajamos con niños contar con herramientas que les ayuden a resolver sus problemáticas de la manera más oportuna, potencializando sus recursos tanto personales como sociofamiliares buscamos en la psicoterapia, resultados basados en la evidencia, que promuevan el desarrollo integral saludable de niños y niñas. La psicoterapia integrativa, que conceptualiza a los trastornos psicológicos como diversos, complejos y multideterminados; nos brinda un método de tratamiento multifacético, reconociendo que no hay “una talla única” que se ajuste a todos los problemas a los que se enfrentan en la actualidad, sumado a que la evidencia empírica no ha demostrado que un único enfoque teórico pueda producir cambios terapéuticos significativos en todos los trastornos psicológicos existentes en la infancia de manera multidimensional. De esta forma nos encontramos que la psicoterapia integrativa provee una mirada nutritiva para la atención de diversas problemáticas infantiles, aportando no solo una mirada crítica al proceso de evaluación, sino a las propuestas de intervención. En el caso de duelo se gesta un espacio fértil a la investigación sobre la efectividad de las intervenciones infantiles.

De esta forma referente al duelo, es necesario desmitificar la idea de que los niños no son conscientes de las pérdidas y no deben participar en los procesos familiares, así como sociales de afrontamiento y ritualización de la pérdida. Es preciso incorporarlos en los procesos en la medida en que sea posible, teniendo en cuenta las diferencias según la etapa de desarrollo en que se encuentren y la capacidad de comprensión de la muerte en cada momento evolutivo; ya que el duelo es un proceso normal en el humano cuyo proceso implica sensaciones físicas, emocionales, cognitivas y conductuales, que se desarrollan en un contexto social, pero es necesario estar pendientes a la forma cómo evolucionan y pueden complicarse los síntomas normativos del duelo, siendo de especial atención el duelo que pasan los niños.

El presente Reporte de Experiencia Profesional aborda el tema del duelo infantil por la pérdida de uno de los cuidadores desde una mirada integradora, esto implicó comprender en primer momento las necesidades de la familia y los niños, sus motivos de consulta y lo que comunicaba el síntoma, para así poder coparticipar en el proceso de intervención ante un duelo complicado, que si bien es un tema que ha sido abordado desde ya hace mucho tiempo como un tema central en la psicoterapia, la reflexión del proceso en niños es de reciente investigación, conjuntando el análisis de distintas teorías como las del desarrollo, del apego, relaciones objetales, sistémicas, entre otras.

Considerando lo anterior, la estructura del presente reporte de experiencia comienza en su “capítulo I” estableciendo los antecedentes históricos de la psicoterapia integrativa, así como sus características y aportaciones. El “capítulo II” aborda el tema del duelo desde su definición, estableciendo su relación con el desarrollo infantil, los duelos familiares y los factores asociados al duelo complicado en niños, culminando con las intervenciones propuestas referentes a pérdidas tempranas de la madre. El “capítulo III” articula al vínculo fraterno desde su definición y características, hasta realizar un análisis como promotor de beneficios en los niños, derivando de este análisis se propone ver al vínculo fraterno como un recurso para la elaboración del duelo, llevando a la modalidad fraterna como una forma de intervención que reporta efectividad en casos de

duelo por pérdida temprana de la Madre. El capítulo final es la presentación del caso de dos hermanos que presentan duelo complicado por pérdida temprana de la Madre, describiendo los aspectos más relevantes del proceso terapéutico y los resultados de la intervención en modalidad fraterna.

Les mostré mi maravilloso dibujo a todos los adultos que conozco, a lo que después les pregunte si les daba miedo.

Ellos me contestaron: ¿Por qué nos va a dar miedo un sombrero?

Por supuesto que el dibujo no era un sombrero. Era una serpiente-boa devorando un elefante.

Por lo que opte por dibujar el interior de la panza de la serpiente-boa para que los adultos que miraran mi dibujo comprendieran.

Ellos todo el tiempo necesitan explicaciones.

***Fragmento de libro “El principito” de Antoine de Saint-Exupéry.***

## **CAPÍTULO I. PSICOTERAPIA INTEGRATIVA INFANTIL**

### 1.1 Antecedentes: del eclecticismo a la integración

Durante la década de 1990 cobró importancia la integración de la teoría, la técnica y los factores comunes en la psicoterapia, de esta manera lo que antes se conocía como eclecticismo, fue gestándose hacia lo que ahora conocemos como integración, término acuñado para referir la armonización de teoría, técnica y actores comunes en la psicoterapia (Drewes, 2012).

La integración es ecléctica, en el sentido que involucra flexibilidad y apertura, pero es algo más, Opazo (2001) refiere de manera clara esta diferenciación necesaria, donde *integrar* involucra construir una totalidad a partir de partes diferentes, encontrando *respuestas articuladas* a conjuntos que son diversos y complejos, implicando también la coordinación de las actividades de las diferentes partes, para alcanzar un *funcionamiento armonioso*, así como una

"apertura ecléctica", en el sentido de propiciar una escucha , el recoger hipótesis y alejarse de dogmas, pero exige un paso adicional: decantar, seleccionar, evaluar, sintetizar y formar una totalidad coherente con lo validado, finalizando su análisis refiere la necesidad de tener una teoría integrativa, un modelo integrativo.

Pero ¿De dónde surge la necesidad de integración en psicoterapia? Ante esta pregunta, Opazo (2001) describe siete factores asociados a la necesidad de integrar, donde el primero es descrito en función de la necesidad de otorgar unidad a un campo que ha venido experimentando una enorme diversificación, donde el exceso de enfoques amenaza con una evolución entrópica de la psicoterapia, desorganizada e inconexa promoviendo la necesidad de síntesis. El segundo factor surge de la insatisfacción con las teorías psicoterapéuticas, sostiene que falta una teoría que ante la caída de las teorías antiguas no ha sido reemplazada por otras mejores. El tercer factor refiere a la insatisfacción con los resultados de los procesos terapéuticos, donde a excepción de algunas técnicas específicas, la psicoterapia en general muestra dificultades para promover cambios significativos en los pacientes, incluso para superar al efecto placebo. Un cuarto lo constituye la "tendencia al empate" entre los enfoques, donde se argumenta que existe poca evidencia para sugerir la superioridad de una escuela sobre otra. El quinto factor se relaciona con una especie de eclecticismo espontáneo que se ha venido desarrollando entre los psicoterapeutas, contextualizados en un medio de tanta discusión teórica y clínica poco conducente, muchos terapeutas han optado por privilegiar a los pacientes, en el sentido de centrar la atención a las necesidades del paciente independientemente de la teoría de adscripción del terapeuta, éste busca entre las diversas técnicas tratando de proporcionar al paciente lo que se ajuste a sus necesidades.

El sexto factor se asocia en suma a los anteriores factores descritos pero atiende a la exigencia social de mostrar eficiencia, donde el factor económico y tiempo han sido ejes de crítica respecto a la efectividad de las terapias, promoviendo que los terapeutas elijan las estrategias de integración en función de favorecer intervenciones breves y centradas en el consultante. Finalmente, el séptimo factor

favorecedor del movimiento hacia la integración en psicoterapia, se relaciona con lo que Opazo (2001) refiere como una actitud menos dogmática de los psicoterapeutas, donde en la medida que las actitudes prepotentes de cada enfoque no se han visto respaldadas al momento de evaluar los resultados clínicos, el dogmatismo inicial ha venido disminuyendo de fuerza y la realidad se ha traducido en una mayor modestia en las afirmaciones y en una mayor apertura en los ámbitos teóricos y estratégicos; enfatizando que las últimas décadas han sido testigo de intentos de la declinación de la guerra fría ideológica siendo esta actitud de mayor apertura a la integración en psicoterapia.

Respeto a los factores que han propiciado el movimiento integracionista, Norcross (2005) añade a lo revisado anteriormente otros factores, el primero refiere que las contingencias socioeconómicas y políticas externas específicamente gubernamentales y las aseguradoras demandan eficacia a los tratamientos psicosociales promoviendo la integración en función de la eficacia demandada. Por otra parte, otro factor argumenta que el aumento en los tratamientos breves enfocados en el problema implicaron terapias enfocadas en responder en un tiempo determinado y enfocados en problemas específicos, añade que a su vez se dio la oportunidad a los clínicos de observar y experimentar con varios tratamientos, particularmente para desórdenes psicológicos complejos, para lo cual se requirió que existieran clínicas especializadas, en las que participaran profesionistas de diferentes orientaciones y disciplinas permitiendo un trabajo donde se realizaran comparaciones y contrastes claros entre los tipos de tratamiento, dando como resultado la identificación de tratamientos basados en evidencia en las que se aplicó la regla “que funciona para quien” en lugar de “qué teoría es aplicable”. Y es ante estos factores es que se genera una red profesional dentro de la integración permitiendo que los interesados en la disciplina promovieran en distintos escenarios sus aportaciones respecto a la psicoterapia integrativa.

Podemos observar que estos factores se articulan para mostrar un panorama que se ha venido desarrollando hacia la propuesta integrativa en psicoterapia, la

historia de este desarrollo es basta pero puede sintetizarse a manera que se advierta que existe un respaldo complejo que ha ido sustentando cada paso, que lejos de seguir un sentido azaroso tiene un objetivo centrado en proporcionar una terapia que funcione al paciente alejado de dogmas y pretensiones de hegemonías teóricas.

El referente histórico respecto a la unificación de distintas propuestas psicoterapéuticas ha interesado a los profesionales de la salud desde principios del siglo XX, siendo tema latente desde los inicios de la psicología, Seymour (2011) puntualiza que los modelos de Freud, Adler y Jung tendían a la integración ya que sus propuestas se fundamentaban, construían desde una integración de diferentes paradigmas filosóficos, psicológicos y de la medicina, con la finalidad de proporcionar una aproximación que permitiera explicar las causas y los tratamientos de la enfermedad mental.

Nos dice Opazo (2001) respecto a la evolución del movimiento hacia la Integración en psicoterapia, que es posible enfatizar hitos, precisar circunstancias favorecedoras, distinguir etapas y reconocer aportes relevantes. Así se enlistan varios momentos, iniciando con French en 1933 con su publicación "Interrelaciones entre el psicoanálisis y el trabajo experimental de Pavlov", en 1936, Rosenzweig describía los factores comunes entre las psicoterapias, posteriormente Dollard y Miller en 1950, propusieron opciones integrativas en "Personalidad y Psicoterapia", en particular intentando traducir los conceptos psicoanalíticos al lenguaje de las teorías del aprendizaje.

En la época de los sesentas Jerome Frank (en Opazo, 2011) explicitó los posibles aspectos comunes a los diferentes enfoques terapéuticos en su libro "Persuasion and Healing", por otra parte Lazarus en 1967 aportó su "eclecticismo técnico", el cual fue contextualizado en el marco de su enfoque multimodal. En 1977, Paul Wachtel propuso caminos de integración entre el psicoanálisis y la terapia conductual, ya hacia 1980 Bandura propone su modelo del determinismo recíproco, el cual involucra una integración de las variables ambientales, cognitivas y conductuales.

Ya a mediados de la década de los ochentas, se formó la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (S.E.P.I.) la cual celebró su primera reunión anual, interesada en enfoques de la psicoterapia que no estuvieran limitados a una orientación y promoviendo como objetivos alentar la comunicación y servir como grupo de referencia para explorar la interfase entre diferentes enfoques de la psicoterapia. Así, durante esta época se publicaron libros dedicados al tema de la integración y como enfatiza Opazo (2001) la necesidad de buscar la integración se empieza a tornar insoslayable así como la oportunidad social para "bien venir" la integración se vuelve cada vez más palpable, siendo la década de los ochentas cuando la integración en psicoterapia se comienza a desarrollar como un área de interés específica, mostrando un aumento en el número de publicaciones y presentaciones sobre modelos integrativos.

A partir de este momento a la combinación de técnicas y procedimientos dentro de la psicoterapia se le fue denominando de diferentes formas como eclecticismo, integración, pluralismo, dependiendo del sentido que cada terapeuta hacía, llegando a confundir y utilizar de manera indiscriminada e indiferente los términos. Corsi (2006) refiere al respecto que el movimiento de integración nace del eclecticismo pero genera sus propias especificidades que las diferencian. Por otra parte, Gabalda (1999) menciona que la integración tiene su aparición antes del eclecticismo con orígenes culturales diferentes enfatizando la importancia de diferenciarlos y enmarcarlos desde su contexto cultural, de esta forma refiere que la integración nace dentro de la sociedad modernista en la que prevalece el pluralismo de valores que promueve el reconocimiento y la aceptación de otros enfoques, la búsqueda del consenso, la creencia en los sistemas globales de pensamiento y el progreso por vía de la ciencia. Por otra parte, el eclecticismo nace en una cultura postmodernista donde se defiende el construccionismo y se pone fin a los sistemas globales del pensamiento, abandonándose la crítica y los criterios que proporcionan legitimidad están basados en la eficacia, por lo tanto existe una multiplicidad de sistemas de valores y de criterios de legitimación.

Siguiendo esta línea de análisis comparativa entre eclecticismo e integración, Norcross (2005) realiza una lista sobre las diferencias entre ambos conceptos; hace referencia en que la integración es más teórica que empírica, convergente (cosas en común), combina varias aproximaciones, crea nuevos procedimientos y unifica las partes. Por otro lado el eclecticismo es técnico, divergente (diferencias), escoge aproximaciones, aplica lo que ya existe, aplica las partes.

Así al identificar las diferencias sustanciales entre eclecticismo e integración en psicoterapia, se hace necesario definir las diferentes variantes que se han generado en cada uno. Feixas y Botella (2004) refieren los distintos tipos de eclecticismo que en el campo de la psicoterapia se han regenerado:

**1. Eclecticismo asistemático.** En éste no es necesario un marco teórico conceptual, se pueden usar procedimientos terapéuticos que provienen de diferentes escuelas, de acuerdo a un criterio subjetivo sub clasificándose en:

a) **Eclecticismo pragmático.** Donde se seleccionan recursos terapéuticos de acuerdo con su utilidad y eficacia. Su fundamentación es empírica. El modelo que representa este tipo de eclecticismo es de la modificación o terapia de conducta, que en la actualidad admite diferentes técnicas que han demostrado ser eficaces.

b) **Eclecticismo relativista.** Se seleccionan los recursos terapéuticos dependiendo del paciente, tipo de problema, características del terapeuta y de las circunstancias generales del contexto. En este caso, existen tantas formas de terapia como casos clínicos.

**2. Eclecticismo sistemático.** Integra elementos que provienen de distintos sistemas terapéuticos en una nueva estructura conceptual, que tiene su coherencia y lógica propia, donde la integración de técnicas es guiada por esquemas conceptuales de carácter general en relación al cambio y de cómo se da a nivel terapéutico. Así, desde un esquema conceptual se indica el tratamiento a elegir según el caso. Ejemplos de este tipo de

eclecticismo son la Terapia Multimodal de Lazarus (1983) y la Psicoterapia Integrativa Multidimensional de Corsi (2006).

3. **Eclecticismo técnico de orientación.** Selecciona las técnicas de acuerdo con los criterios establecidos por una teoría concreta, así se combinan técnicas de origen diverso en función del cliente, pero desde cierta conceptualización u orientación teórica particular. La terapia cognitiva de Beck es un ejemplo de este tipo de eclecticismo (Feixas y Botella, 2004).

Los modelos eclécticos suponen una integración de carácter intuitiva, en donde el terapeuta escoge la técnica que considera más apropiada para el paciente, por lo cual ha sido motivo de sólidas críticas al no poseer criterios que permitan afirmar la conveniencia o no de una técnica determinada o procedimiento para un paciente dado.

Por otra parte, referente al modelo integrativo, Fernández (1992) refiere que el principio sobre el que se apoya el desarrollo del modelo integrativo se sustenta en las aportaciones de los distintos enfoques terapéuticos que pueden combinarse no por la yuxtaposición armónica de diferentes procedimientos en un mismo nivel de organización teórico y técnico, sino que pueden *integrarse en un nivel superior de elaboración conceptual* en el cual pueden basarse, de esta forma adquieren una completa reformulación en términos de la nueva estructura teórica y clínica generada, donde el desarrollo de un modelo integrativo supone, por lo tanto, una nueva construcción epistemológica.

Norcross (2005) refiere distintos caminos hacia la integración enlistando las aproximaciones más comunes en la psicoterapia integrativa: *eclecticismo técnico, integración teórica, integración de factores comunes e integración asimilativa*. Estos distintos caminos hacia la integración tienen en común el deseo de incrementar la eficacia, eficiencia y aplicabilidad terapéutica, abriendo las posibilidades más allá de una única teoría y las técnicas tradicionalmente

asociadas con ella, de tal manera que estas cuatro rutas de la integración en psicoterapia no son tan aparentes dentro del trabajo clínico, pues las diferencias se dan a nivel conceptual y semántico y no en la práctica o a nivel funcional, asimismo, estas estrategias de integración no son mutuamente excluyentes, a continuación se presentan las especificidades de cada una.

El **eclecticismo técnico**, busca seleccionar el mejor tratamiento para la persona y el problema en particular, eligiendo técnicas y procedimiento terapéuticos con independencia de la teoría desde la cual se fundamentan, dando mayor prioridad a lo técnico que a lo teórico (Feixas & Botella, 2004). El eclecticismo técnico está guiado por los datos derivados de investigación en lo referente a qué ha funcionado mejor para otros en el pasado con problemas y características similares, donde los terapeutas del eclecticismo técnico utilizan procedimientos derivados de distintas fuentes sin estar necesariamente adscritos a la teoría que los originó. El problema del eclecticismo técnico es la posible falta de coherencia entre la técnica empleada y el sustento teórico que subyace a las mismas, algunos autores como Feixas y Botella (2004) este tipo de eclecticismo no se considera parte del movimiento integrador, pues no involucra ningún tipo de avance conceptual ni tiene una lógica que integre.

En **la integración teórica**, el objetivo es crear un marco conceptual que sintetice los mejores elementos de dos o más aproximaciones psicoterapéuticas, con la premisa de que el efecto obtenido será mejor que el derivado de cada una de las terapias por sí solas, enfatizándose la integración de las teorías subyacentes de psicoterapia junto con la integración de las técnicas de cada una de ellas (Norcross, 2005). Las propuestas de integrar la teoría psicoanalítica y conductual son ejemplos que representan esta vía, donde la integración teórica implica un compromiso con una creación conceptual o teórica más allá de la combinación de técnicas y busca crear una teoría procedente de ambas, pero que sea más que la suma de sus partes y conlleve a nuevas direcciones para la práctica y la investigación.

Existen dos tipos de integración teórica, cuando se integran dos teorías se denomina *integración teórica híbrida* en la que se parte de dos enfoques considerados complementarios y se eligen los aspectos teóricos y las técnicas más útiles de cada uno en un marco teórico híbrido común. Por su parte la *integración teórica amplia*, además de considerar más de dos teorías, y articula distintas áreas del funcionamiento humano como la cognitiva, emocional, conductual e interpersonal. El problema de la integración teórica es la dificultad de unir teorías que originalmente parten de visiones diferentes del ser humano y de su problemática.

Por su parte, **los factores comunes** buscan determinar los componentes más importantes que las diversas terapias comparten en común, con el objetivo de crear tratamientos más eficaces y parsimoniosos (Norcross, 2005). El objetivo primordial de este enfoque es identificar los factores que resultan en un mejor pronóstico para el cambio terapéutico que sirvan como punto de partida para la elaboración teórica, así todo esto da como resultado, no una teoría unificada, sino un marco conceptual que reorganizado permite encontrar sentido a diferentes formas de práctica, que de por sí comparten procesos comunes subyacentes donde las similitudes pueden ser tanto teóricas como prácticas (Feixas y Botella, 2004).

La **integración asimilativa** conlleva un conocimiento firme de un sistema de psicoterapia, con disposición a incorporar selectivamente técnicas, procedimientos y formas de trabajo desde otros enfoques, de esta manera, la integración asimilativa tiene la ventaja de tener como base un sistema único y teórico coherente, con la posibilidad de utilizar de forma flexible un rango amplio de intervenciones desde distintos sistemas. La mayoría de los terapeutas se forman desde una aproximación y gradualmente incorporan métodos de otras aproximaciones, una vez se percatan de que su enfoque tiene ciertas limitaciones (Norcross, 2005).

## 1.2 Presupuestos básicos

Frente al reto de establecer un modelo integrativo Opazo (2001) planteó postulados estableciendo puentes entre el modelo integrativo y sus derivaciones clínicas, con la pretensión de que una vez explicitados estos postulados básicos, se pudiera delimitar un concepto específico de Psicoterapia Integrativa.

Un primer postulado refiere que la psicoterapia integrativa es un proceso interpersonal, donde la calidad de la relación paciente/ terapeuta, el rol de la alianza terapéutica es plenamente enfatizado, de esta forma cuando la relación es de buena calidad, será potenciadora de las estrategias clínicas desplegadas, por el contrario si la relación terapéutica es de mala calidad, empobrecerá sustancialmente el efecto, incluso de las técnicas supuestamente más potentes.

Un segundo postulado refiere que el diagnóstico integral es considerado crucial en términos de predicción de evolución clínica y en términos de selección de estrategias clínicas, así el modelo plantea la necesidad "obligatoria" de evaluar en el paciente cada paradigma de un modo sistemático, en términos descriptivos, se trata de establecer las fortalezas y debilidades que el paciente presenta en cada paradigma y en su sistema SELF. En términos etiológicos, se trata de establecer el rol de cada paradigma en la génesis del motivo de consulta, de los síntomas o de los desórdenes caracterológicos, En términos terapéuticos, se trata de recoger fuerzas de cambio desde los diferentes paradigmas y de aplicarlas específicamente en función de los requerimientos diagnósticos. Se asume que un diagnóstico integral favorece la especificidad, enriquece la predicción y potencia el cambio, con el ahorro correspondiente de tiempo y esfuerzos.

En el tercer postulado, Opazo (2001) menciona que los Objetivos Terapéuticos son Esclarecidos y Acordados con el Paciente, que la Psicoterapia Integrativa no funciona con objetivos "misteriosos" para el paciente o que estén fuera de su aprobación personal, ello favorece la motivación, facilita el que el paciente colabore activamente en el proceso terapéutico y disminuye las posibles resistencias.

Un cuarto postulado señala que el cambio clínico será diferente en función de la parte específica del sistema que está afectada, en este postulado define la importancia del diagnóstico específico, así lo que la Psicoterapia Integrativa plantea es que la elección de intervenciones adecuadas en el momento adecuado y con la estrategia adecuada a cada área evaluada del funcionamiento del consultante, implicará claras ventajas comparativas en relación a aplicar estrategias globales, por ejemplo, si una estructura cognitiva está sistemáticamente provocando daño en el consultante, se hace necesario abordarla específicamente y no tan sólo intervenir en el sistema como totalidad indiferenciada.

Cualquier cambio específico de una parte del sistema tiende a irradiarse hacia el sistema total, este quinto postulado alude a la idea de que el cambio en cualquier zona puntual de la actividad psicológica, puede afectar el funcionamiento en cualquier otra zona, es una idea que cruza a través de los diferentes modelos integrativos, así también un daño en una parte del sistema tiende a empobrecer todo el sistema y un beneficio en una parte tiende a beneficiar al todo.

Complementando este postulado, el sexto postulado argumenta que cualquier cambio en el sistema total tiende a afectar a cada parte del sistema psicológico, dado el hecho que el sistema psicológico tiende al equilibrio homeostático, está comunicado internamente y es internamente interactivo, el cambio de las partes cambia el todo y el cambio del todo cambia las partes, se podría decir que las partes se van "acomodando" a la dinámica general del sistema.

El séptimo postulado especifica que los principios de influencia aportan especificidad a la psicoterapia integrativa, ya que constituyen fuerzas de cambio específicas que pueden ser incorporadas intencionalmente al proceso terapéutico, donde diversos principios favorecedores del mismo efecto, pueden ser administrados en el proceso, de modo de ir "tallando" efectos consistentes con los objetivos terapéuticos. El terapeuta sabe en qué dirección está influyendo aunque el efecto no se produzca aún, no sea perceptible. Los principios de influencia aportan un nivel tal de especificidad, que permiten esperar un logro

sustancialmente mayor que el derivado sólo de factores comunes y/o inespecíficos.

El postulado ocho refiere que el eje de la psicoterapia integrativa es la traducción de la experiencia realizada por el paciente a través de su sistema *self*, donde el desafío central para un psicoterapeuta integrativo, es ir contribuyendo a generar, en el paciente, los mejores estímulos efectivos posibles en esa circunstancia clínica y con esos elementos disponibles, así la tarea crucial del terapeuta será el ir favoreciendo la génesis de estímulos efectivos deseables, potentes, y consistentes con los objetivos terapéuticos, ello involucra el ir detectando cómo la experiencia terapéutica es significada por el paciente (Opazo, 2001).

El postulado nueve refiere que el desarrollo de cada sub-sistema tiene efectos preventivos, donde una cosa es superar las debilidades de un sub-sistema y otra es potenciar sus fortalezas, así el desarrollo de cada sub-sistema adquirirá una repercusión preventiva al hacer más difícil la génesis de futuros desajustes.

Finalmente el último postulado refiere a que la psicoterapia integrativa es un proceso creativo sobre bases científicas, donde la psicoterapia integrativa es un proceso que se desarrolla en función de un marco teórico, premisas básicas, datos de la investigación, uso de estrategias "validadas", no obstante esto no existe modo alguno de soslayar la necesidad de ir implementando y configurando un proceso específico para cada paciente, el cual depende de las evaluaciones, decisiones, habilidad clínica y creatividad del terapeuta. Así, el proceso está "humanizado" por definición y no resulta deseable el pretender mecanizarlo o automatizarlo, de este modo, ni se trata de un proceso científico o matemático ni de una creación narcisista difusa, sino de un uso personalizado, humanizado y creativo de principios fundamentados científicamente.

Actualmente, la mayoría de los profesionales clínicos selecciona aspectos de diversos modelos, más que adherirse con estrechez a uno solo identificándose como integradores, de esta forma el terapeuta ve las necesidades del niño desde múltiples perspectivas y desarrolla un plan de tratamiento que responda a aspectos particulares, en algunos casos pueden implicar un enfoque en la familia,

otros requieren un análisis más detallado del desarrollo, pretendiendo nutrirse de la Investigación y de la experiencia clínica, para generar una teoría más completa, capaz de respaldar un accionar clínico más efectivo. El terapeuta parte de la premisa que no sabe nada acerca de la experiencia del paciente y por lo tanto, debe esforzarse continuamente por entender el significado subjetivo del comportamiento del niño y sus procesos intrapsíquicos (Esquivel, 2010).

Dado que los trastornos psicológicos, en especial en los niños, son diversos, complejos y multideterminados, se requiere un método de tratamiento multifacético, así varios autores reportan que muchos clientes no llegan con un trastorno claramente definido, sino con varios problemas traslapados debido a la comorbilidad, encontrándose con que no hay una fórmula mágica y única que se ajuste a todos los problemas a los que se enfrentan en la actualidad, sumando a que no existe evidencia empírica clara que demuestre que un único enfoque teórico puede producir el cambio terapéutico en los diferentes y multidimensionales trastornos psicológicos existentes (Esquivel, 2010; Schaefer, 2012).

Se puede considerar a la psicoterapia integrativa infantil dentro de un modelo ecosistémico, ya que considera al individuo como un sistema complejo donde se integran lo biológico, afectivo, cognitivo y conductual que se desarrolla en interacción con un ambiente específico familiar y sociocultural en un determinado tiempo histórico; así desde esta perspectiva, antes de iniciar el tratamiento, en la historia clínica se deben recabar los datos de quién es la persona desde los aspectos genético, biológico y evolutivo, hasta el ambiente (micro y macrosistema) en el que el niño está inmerso. El problema se valora en todas sus dimensiones a través de las entrevistas con los padres y con el menor, además se utilizan diversas técnicas psicológicas para evaluarlo y en su caso, emitir un diagnóstico que permita abordarlo, así para llevar a cabo el tratamiento es necesario partir de una impresión diagnóstica que permita establecer objetivos y metas en función del problema en el que se emplean diferentes técnicas para el logro de los objetivos.

Existen una variedad de enfoques integrativos en la terapia de juego, nos dice Schaefer (2012) que los poderes curativos del juego se convierten en el mecanismo de cambio que puede ayudar a los clientes, niños y adolescentes, a superar los problemas psicosociales, conductuales y emocionales. El enfoque integrativo apoya la necesidad de que el terapeuta de juego se vuelva diestro en numerosas estrategias terapéuticas y las aplique de manera diferencial para satisfacer las necesidades individuales de los clientes. De esta manera, los marcos teóricos utilizados dentro del enfoque integrativo, pueden variar los poderes terapéuticos del juego que subyacen a los modelos, además de los considerados por Schaefer (2012) respecto a la catarsis, formación del rapport, ensayo conductual y sentido del sí mismo, también pueden considerarse como agentes de cambio cualesquiera de los siguientes factores: autoexpresión, acceso al inconsciente, enseñanza directa e indirecta, abreacción, inoculación del estrés, contra condicionamiento del afecto negativo, afecto positivo, sublimación, mejoramiento del apego y la relación, juicio moral, empatía, poder y control, competencia y autocontrol, aceleración del desarrollo, solución creativa de problemas, fantasía de compensación y prueba de realidad.

Así reconocemos que los psicoterapeutas integrativos deben de convertirse en observadores agudos remitiéndolos a revisar las premisas de las principales teorías que contribuyen a la comprensión de la mente humana para poder tener la capacidad de evaluar y elegir estrategias de intervención que tengan como objetivo ayudar al cliente, hablamos de conocer los mapas de la mente.

### ***1.3 Mapas de la mente: adaptación y psicopatología infantil***

Si queremos llevar a buen término la tarea de proporcionar una terapia eficaz, debemos de ser capaces de evaluar al cliente de forma rápida y a continuación elegir estrategias de intervención específicas que tengan la probabilidad más alta de lograr los objetivos del tratamiento, debemos plantearnos la siguiente pregunta ¿Qué necesita el cliente en este momento de su vida para curarse, crecer o afrontar su situación con mayor eficacia? Considerando que cada niño posee

problemas tan diversos, se considera que los terapeutas tengan a su disposición un cierto número de estrategias de intervención, ya que como vimos en los anteriores apartados ningún modelo teórico puede dar respuesta adecuada al gran abanico de problemas que los consultantes plantean, propiciando que el terapeuta posea una mirada integrativa.

Se considera que algunos rasgos de la personalidad parecen ayudar considerablemente a atravesar los momentos difíciles y a seguir el camino del crecimiento personal. Preston (2003) analiza que la salud mental depende básicamente de tres factores que están en interacción: la dotación, la educación y el destino, donde una buena salud física, la ausencia de enfermedades o daños biológicos, un sistema nervioso intacto y una dotación temperamental positiva constituyen los cimientos de un buen desarrollo emocional, añade que las experiencias “suficientemente positivas” de nutrición, apego, estímulo, desafío y apoyo se consideran elementos clave para promover el desarrollo sano de la personalidad. Ante esto los niños que crecen sin el obstáculo de la pobreza extrema, de condiciones de vida duras, de entornos peligrosos y pérdidas trágicas, tienen una ventaja considerable sobre otros niños menos afortunados, sin embargo es importante hacer hincapié que los recursos personales, así como factores protectores generan la posibilidad de un desarrollo normativo pese a factores negativos.

Masterson (citado en Preston 2003) realiza una lista para definir las características que son esenciales para la salud mental:

1. Espontaneidad y viveza del afecto. Esta característica refleja la capacidad de experimentar toda la gama de emociones humanas y de sentirlas profundamente.
2. Capacidad de identificación de los propios sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos. Esta capacidad es más que identificar lo que ocurre internamente sino comprender los propios sentimientos,

necesidades, etcétera, y proporcionarles un significado, a esta capacidad también se le ha denominado mentalidad psicológica.

3. Valoración positiva de uno mismo. Refiere a la internalización de sentirse bien con uno mismo al conseguir cosas, sentimientos de orgullo y valorar lo que uno hace, que se probabiliza como resultado de haber tenido experiencias tempranas en la que los padres proporcionaron apoyo y reconocimiento, no solo por los logros sino por el simple hecho de estar vivo y formar parte de una familia. Una característica que tiene que ver con ésta es la capacidad de generar sentimientos de valía y autoestima.
4. Autoafirmación (o autoactivación). Tiene dos aspectos, se inicia con la convicción interna de que está bien expresar los propios sentimientos, necesidades, opiniones y de defenderse cuando estos son heridos, y en segundo se trata de la capacidad y de la disposición para llevar las propias convicciones al terreno de la acción, para tomar una postura, dar la propia opinión o expresarse.
5. Capacidad de procurarse consuelo. Todas las personas sufren pérdidas de forma absolutamente inevitable, así como reveces y fracasos, por lo cual proporcionarse consuelo es un tipo de cuidado que tiene lugar en el interior de uno mismo, comprende una amplia variedad de actitudes y conductas:
  - a) Tener una convicción interna profunda y una actitud de compasión hacia uno mismo, implica poder decir “estoy sufriendo y tengo derecho a hacer algo para aliviar el dolor”, así el mensaje de muchos padres es que no es lícito reconocer el dolor y todavía menos buscar consuelo, el niño internaliza este mensaje convirtiéndose en una convicción que se mantiene durante toda su vida.
  - b) Procurarse consuelo toma también la forma de recodar y evocar imágenes positivas de amor o éxitos del pasado.
  - c) Otro tipo de consuelo puede verse en la disponibilidad para hacer cosas que ayuden a seguir adelante, tomarse un tiempo libre, actividades de esparcimiento, decir “no” a las peticiones de los demás, buscar ayuda.

- d) Finalmente es tomar la decisión de ser amable con uno mismo y de evitar la autocrítica severa, así como generar una compasión genuina.
6. Intimidad. Supone la capacidad para expresarse de forma abierta y honesta con alguien a quien se quiere, lo cual implica compartir la ternura, la necesidad o el dolor emocional
  7. Compromiso. Es la capacidad para perseverar en los momentos difíciles, en parte supone la capacidad de tolerar la frustración y de retrasar la gratificación, pero también depende en gran medida de sentirse esperanzado.
  8. Tener una comprensión profunda de la propia condición humana, justificado por el psiquiatra Cliff Strachey (citado en Preston, 2003) quien considera que la condición humana posee falibilidad e imperfección como parte del entramado de la vida y son inexorables, comprendiendo que aquello también nos implica y no debemos juzgarnos y condenarnos por ello, reafirma que el liberarse de este peso conlleva a la humildad, de admitir que no podemos controlarlo todo y que en cada momento hacemos solo lo que podemos, es darnos el permiso de ser nosotros mismos.

Si entendemos estos puntos y la mirada integrativa, reconocemos que los psicoterapeutas integrativos deben de convertirse en observadores agudos no solo de los problemas y la patología, sino también y principalmente de las fortalezas psicológicas de promoción del crecimiento psicológico.

Hablar de mapas de la mente, remite a revisar las premisas de las principales teorías que contribuyen a la comprensión de la mente humana, por un lado la perspectiva cognitiva donde el psicoterapeuta debe estar atento al pensamiento desordenado y elegir estrategias de intervención que tengan como objetivo ayudar al cliente a “aclararse” acerca de sus “verdades” internas y externas. Por otra parte es importante revisar como los patrones ejercen un control en la perpetuación de formas de conducta no adaptativas en relación con los demás. La revisión de los enfoques psicodinámicos, comprendiendo como se ayuda a

encontrar significados profundamente personales a los acontecimientos externos y a las vivencias internas. Así no podemos dejar de lado la aportación de la psicología humanista y su análisis de la relación terapéutica y las interacciones humanas, así como la fundamentación de la importancia de las experiencias tempranas con las figuras importantes de cuidado.

Finalmente, debemos comprender la aportación a una perspectiva neurobiológica de la mente y el cerebro, nos dice Preston (2003) que con independencia de la orientación teórica del terapeuta deben siempre tener en cuenta la posibilidad de que determinados consultantes presenten alteraciones derivadas total o parcialmente de una disfunción neuroquímica del sistema nervioso.

A partir de la comprensión de las premisas de las principales teorías que contribuyen a conceptualizar la mente humana, nos lleva a considerar en especificidad que es lo que la psicoterapia integrativa ha aportado a la psicoterapia infantil.

#### *1.4 Psicoterapia integrativa infantil*

El trabajo psicoterapéutico se dirige, recientemente, hacia un esfuerzo encaminado a reunir los elementos específicos que conforman las diversas psicoterapias existentes y que se aplican a los clientes desde un punto de vista particular. En este sentido, la integración supone una actitud abierta y sin dogmas que permite a los psicoterapeutas ofrecer respuestas flexibles y creativas a la problemática individual de cada cliente. Schaefer (2012) argumenta que lo que antes se conocía como eclecticismo, se conoce ahora como integración, término para referirse a la armonización de teoría, técnica y factores comunes, pero no siempre fue así, ya que anteriormente, ecléctico sólo significaba que uno elegía entre teorías y técnicas diferentes, era la elección de la estrategia terapéutica que parecía más adecuada para un cliente particular, fue Norcross (1987) quien llevó

el eclecticismo a la integración de diversas teorías aplicadas en un medio interactivo y coordinado los recursos del tratamiento.

Esquivel (2010) hace énfasis en la integración como una necesidad que subyace a la intervención, donde se evitan los obstáculos de una ciega o rígida adhesión a modelos terapéuticos, rigidez que las más de las veces limita las posibilidades creativas del encuentro terapéutico. Por consiguiente, nos dice Schaefer (2012) que la terapia de juego infantil exige a sus terapeutas el uso de varios sombreros y la destreza para cambiar entre posturas terapéuticas para satisfacer las necesidades del niño y los diferentes participantes en su vida, así como el no limitarse a saltar de un tipo de tratamiento a otro, sino que adopta un método integrador de tratamiento que amplíe su idea de lo que es apropiado desde las distintas perspectivas teóricas y le ofrezca un conjunto más amplio de herramientas con las cuales trabajar.

Las aplicaciones clínicas de la terapia de juego integrativa son múltiples, de hecho este modelo puede utilizarse con todos los trastornos y niveles de desarrollo. Asimismo, la aplicabilidad de este modelo es mayor que la de los enfoques teóricos y de tratamiento aislados. Por su naturaleza, la terapia de juego integrativa también representa una aproximación prescriptiva, en el sentido de que busca el mejor tratamiento para los problemas de un niño en particular, y es flexible, ajustándose a la vez a un plan de tratamiento (Drewes, 2012).

Respecto al uso de la psicoterapia integrativa en casos de duelo, Alba Payás (2012) ha desarrollado un modelo integrativo de procesamiento emocional-cognitivo en el que recoge las aportaciones de la psicología del desarrollo, la psicología humanista, los descubrimientos de la psiconeurología del trauma y la memoria, las teorías del estrés y crecimiento postraumático y los modelos del duelo por etapas, en esta propuesta se desarrollan una serie de tareas y necesidades, manteniendo las etapas clásicas del duelo. La propuesta de Payás, recoge las aportaciones de la psicobiología en el procesamiento emocional, exponiendo que es necesaria una integración de los aspectos emocionales y

cognitivos, de esta manera, el duelo transforma al ser, su identidad, sus relaciones y su visión del mundo, y no puede darse desde una perspectiva de reducir la sintomatología asociada al duelo a través de un proceso cognitivo.

Schaefer (2012) hace referencia en cuanto a directrices para la intervención del duelo desde la terapia de juego se han fundamentado investigaciones como Terapia de juego conductual (Rogers, citado en Schaefer, 2012); Grupo integrado de juego (Wolfberg y Schuler, citado en Schaefer, 2012), así también existen referentes de intervenciones en caso de duelo desde la terapia Gestalt (Oaklander, 2006) psicoterapia narrativa, etcétera, cimentando una base firme desde la cual partir a revisar las diversas propuestas y alcances en la intervención.

Respecto a la *psicoterapia de juego familiar* utilizada en el caso reportado, también es necesario considerarla como una *integración asimilativa*, implicando que está presente una clara adhesión a una sola orientación psicoterapéutica, pero se integran técnicas de otras orientaciones de una manera tan perfecta como sea posible, como menciona Stricker (2010) que la terapia de juego enriquece a la teoría de la familia al brindarle otro bordado de lenguaje además de la dinámica estructural, la acción conductual y la comunicación, añadiendo los beneficios potenciales del juego permitiendo a los clínicos evaluar y tratar a las familias de una forma que disminuye la resistencia, detona la emoción, permite que los miembros de la familia se vean bajo una nueva luz y permite la descarga de creatividad, risas y placer común.

Schaefer (2012) menciona que la terapia de juego familiar es la unión de dos teorías importantes de la psicoterapia: la terapia de juego y los sistemas familiares, en esta los terapeutas familiares solicitan la participación de los niños y otros miembros de la familia cuando algún integrante de la familia requiere ayuda, por lo que es fundamental comprender el papel de todos en la familia. Aportando a esta reflexión O'Connor (1991) sugirió que debería pensarse en la terapia de juego como un continuo que va de la terapia infantil a la terapia familiar, y que éstas no deberían considerarse mutuamente excluyentes, donde se advierte que

terapia de juego familiar es el nombre genérico de un grupo amplio y heterogéneo de intervenciones que cada año se hace mayor que involucra la terapia de juego y los sistemas familiares.

Dentro del trabajo de duelo se rescata lo que Schaefer (2012) analiza como componentes de la terapia de juego familiar, respecto a la posibilidad de estimular la comunicación verbal y no verbal, para revelar cómo se moviliza una familia hacia una meta o tarea. En el caso de duelo del presente reporte fue importante entender la dificultad de verbalizar la pérdida temprana de la madre, así ayudados del trabajo metafórico que promueve la terapia de juego familiar, promovió disminuir la resistencia, rescatando su estilo de comunicación, su estilo de aprendizaje y sus fortalezas tanto individuales como familiares.

El terapeuta de juego familiar nos dice Schaefer (2012) asume riesgos y toma la iniciativa con delicadeza y confianza donde es importante la disposición a formar parte del sistema familiar en el juego, en ocasiones el terapeuta puede sentarse y observar, pero muchas veces se le pide que participe, cuestione, ayude de manera concreta y demuestre cómo pueden hacerse las cosas. En el caso de duelo se requiere que el terapeuta logre una escucha empática, de aceptación incondicional, con la capacidad de ampliar, entrar y causar la reflexión a través de las metáforas de la familia, y reconoce que su propósito es exteriorizar los problemas que deben ser abordados a una distancia lo bastante segura para que los clientes puedan procesar lo que se necesite a un nivel más profundo del que suele permitir el solo procesamiento cognitivo.

En la presentación de caso de este reporte se retoma la *modalidad fraterna* que tiene su base en la Terapia Familiar, donde se trabaja con el subsistema fraterno y filial, por ello se retoman las técnicas tanto de la terapia de juego familiar, incorporando técnicas desde la psicoterapia narrativa, sesiones psicoeducativas y técnicas de relajación desde la terapia cognitivo conductual, permitiendo trabajar objetivos específicos desde una perspectiva lúdica, retomando los poderes

terapéuticos del juego, y técnicas de disminución de sintomatología ansiosa desde la terapia cognitivo conductual.

De esta forma se justifica en el caso presentado, utilizar una intervención psicoterapéutica integrativa asimilativa, teniendo como centro a la Terapia de juego familiar en su modalidad fraterna, y el uso de técnicas narrativas y cognitivo conductuales, reconociendo que el proceso de duelo involucra factores individuales, familiares y sociales, así como específicamente en el caso a revisar, se suman duelos no resueltos como patrón intergeneracional que ha influido en el estilo evitativo ante las pérdidas.

Le fascinaba encontrar cosas nuevas...  
Hasta el día que encontró un sillón vacío.  
Entonces se sintió insegura y pensó que debía poner su corazón a salvo.  
Al menos por un tiempo.  
Así que lo metió en una botella y se la colgó del cuello.  
Con esto las cosas parecieron mejorar...al principio.  
Pero la verdad es que ya nada era igual.  
Se olvidó de las estrellas...Y ya no se fijaba en el mar.  
Ya no tenía curiosidad por las maravillas del mundo y no prestaba mucha atención a nada...  
Excepto a lo pesada...e incómoda que se había vuelto la botella.

**Fragmento del libro “El corazón y la botella” de Oliver Jeffers.**

## **CAPÍTULO II. DUELO EN NIÑOS**

### 2.1 Definición de duelo

La pérdida es una experiencia inevitable y compleja para cualquier individuo sean estos adultos, jóvenes, ancianos o niños. El duelo es una reacción natural, normal y esperable, cuando se produce una pérdida, no es un estado, sino un proceso donde se experimentan reacciones psicológicas, sociales y físicas ante la percepción de una pérdida, este conglomerado de emociones deben ser entendidas como el intento de dar significado a dicha experiencia (Poch & Herrero, 2003).

Así mismo el duelo no se considera como estático, debido a que la persona que esté sintiendo la pérdida experimenta cambios a lo largo del tiempo, como oscilaciones del humor y de la sensación de bienestar o malestar. Al entender el duelo como un proceso dinámico implica que el curso de la intensidad de las emociones no será lineal, siguiendo esta línea pueden concebirse los momentos más bajos no como recaídas sino como algo que tiene un sentido dentro del propio proceso.

Desde el DSM-5 (2014) se clasifica dentro de la categoría de “Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario” y su clasificación es V62.82, le denominan como “Duelo no complicado”. Esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido es decir como parte de su reacción ante una pérdida, presentando síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como por ejemplo sentimientos de tristeza con otros síntomas asociados como: insomnio, falta de apetito y pérdida de peso, donde la duración y la expresión de un duelo “normal” varían considerablemente entre los distintos grupos culturales. Se sugiere revisar los criterios de un episodio depresivo mayor y como “Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado” con la clasificación 309.89 (F43.8) mencionándose como “Trastorno de duelo complejo persistente” caracterizado como la pena intensa y persistente y por reacciones de luto. Por su parte la clasificación internacional de las enfermedades CIE 10, Trastornos Mentales y del Comportamiento(49), dentro de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, en los problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas las circunstancias familiares, emplea el código Z63.4 para el duelo normal (desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia), mientras que utiliza los trastornos de adaptación F43.2 para las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos.

Hay que comprender que los seres humanos no pueden desligarse del establecimiento de vínculos, del mismo modo de la experiencia de pérdida, no puede prescindirse cuando estos vínculos se rompen; de esta manera el proceso de duelo es una reacción normal a cualquier tipo de pérdida, el proceso de duelo no solo sucede tras la muerte, sino que son también respuesta a cualquier experiencia que la persona viva y defina como pérdida, por ejemplo pérdida del trabajo, cambio de escuela, extravío de una mascota, pérdida de una etapa de la vida, después de un divorcio, muerte o pérdida de una persona, entre otras.

Respecto al proceso de duelo existen varias propuestas, Bowlby (1961) propone en un sentido amplio para el duelo, como un proceso psicológico, consciente e inconsciente, que una pérdida pone en marcha, reservando el término aflicción para la expresión del dolor por la pérdida, proponiendo cuatro etapas del proceso de duelo:

- a) "Entumecimiento o Shock", que se caracteriza por el aturdimiento la negación, la cólera y la no aceptación. Puede durar un momento o varios días y la persona que experimenta el duelo puede recaer en esta fase varias veces a lo largo del proceso de luto.
- b) "Anhelo y búsqueda": Lapso de intensa añoranza y búsqueda de la persona fallecida, caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido. Puede durar varios meses e incluso años de una forma atenuada.
- c) "Fase de desorganización y desesperanza" en la cual, la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. Se reviven continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.
- d) Finalmente la "Fase de reorganización" aquí comienza a liberarse los aspectos más dolorosos del duelo, comenzándose a experimentar una sensación de reincorporación a la vida. La persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza.

Bowlby (1961) señala que las reacciones de duelo están condicionadas por los sistemas de vinculación que se han configurado durante el desarrollo en la infancia, de tal manera que poseer como adulto un modelo interno de

funcionamiento seguro es la garantía de una buena autoestima, de confianza y de una buena capacidad de relacionarse y mantener vínculos sanos con los demás, así también es considerado como un factor protector frente al impacto de posibles pérdidas. Retomando la importancia de los padres en la edad temprana Luecken (2008) enfatiza que la muerte del padre o de la madre en la infancia no es un predictor claro de desórdenes psiquiátricos en la vida del adulto, sin embargo, el estilo de vinculación del niño sí lo es.

Desde esta perspectiva de la vinculación, podemos retomar un marco para la conceptualización de las complicaciones del duelo, Bowlby sugirió (1961) que los estilos de vinculación insegura-ansiosa podían asociarse a formas de duelo crónico, mientras que los estilos inseguro-evitativos podían dar lugar a duelos inhibidos o pospuestos, esta asociación ha sido explorada por diversos investigadores fortaleciendo esta hipótesis (Stroebe & Stroebe, 2005; Mikulincer & Shaver, 2008) y sugiriendo que los adultos con historias de vinculación insegura en su infancia van a presentar una mayor vulnerabilidad al desarrollo de duelos complicados cuando afronten situaciones de pérdidas, así como que los vínculos ansioso-dependientes son un factor de riesgo que predice duelos crónicos, que no se concluyen como un proceso normativo del duelo. Finalmente podemos concluir que la teoría de la vinculación elaborada por John Bowlby nos aporta tres grandes ideas, por una parte que la protesta emocional que el niño expresa ante la amenaza de desaparición de la figura adulta de referencia es una reacción natural cuya función es intentar restablecer la vinculación, como segunda aportación entendemos que las reacciones emocionales ante la ruptura del vínculo afectivo se organizan en forma de estadios o fases y finalmente que los estilos de vinculación desarrollados en los primeros años de la infancia son estables en la vida adulta y determinan la vulnerabilidad a posibles complicaciones en el duelo ante futuras pérdidas, generando la necesidad de plantearnos sobre la etapa de desarrollo en la que se vive el duelo, y como en el caso de la pérdida por muerte pensar que el concepto de muerte y lo que se puede entender estará determinado por la etapa de desarrollo.

## 2.2 Concepto de muerte

Comprender la muerte requiere de un proceso largo y emocional, porque saber no es lo mismo que asimilar lo que se sabe, por tanto es normal que durante un tiempo las fantasías sobre la muerte y la realidad coexistan simultáneamente ante la muerte, por esto que es importante realizar algunas consideraciones respecto al concepto de muerte.

a) La muerte es universal: todos los seres vivos mueren.

A los niños se les cría inconscientemente para desarrollar el concepto de que el adulto o los padres estarán ahí siempre para cuidarlo, ya que a los niños les genera mucha ansiedad que no esté alguien para atender sus necesidades y cuidarlos, por lo que a veces es muy complicado responder a preguntas como: ¿verdad que tú no vas a morir papá?, donde en una sola pregunta se pone de pronto en juego todo un sinfín de sentimientos que van desde la angustia del niño y su necesidad de negar lo que “intuye”, hasta nuestras propias ansiedades y defensas sobre la propia muerte y la posibilidad de ver angustiados a nuestros hijos (Santamaría, 2010).

A veces podemos postergar un poco la realidad de la muerte, y manejarlo según la edad y condición del pequeño. Este lapso de tiempo tiene que ser útil para empezar a darle herramientas al niño para que le permitan complejizar su concepto de lo que es la muerte de una manera gradual conforme su maduración cognitivo-emocional lo vaya necesitando.

b) La muerte es irreversible: Cuando morimos no podemos volver a estar vivos nunca.

Este concepto ayuda a que el menor entienda que la muerte no es un estado temporal, sino definitivo, ya que las personas que mueren jamás volverán a estar vivas, es importante entender que los niños fantasean mucho, y varios de sus juegos van encaminados a “morir” y que eventualmente volverán a despertar, sumado a que el adulto alimenta estas fantasías infantiles al creer que es mejor

decir: “tu abuelito se fue al cielo y desde ahí te está cuidando”, sin embargo hay que tener cuidado cuando los niños realmente viven la situación de la muerte dentro de la familia ya que pueden detonar algunas ansiedades como el “sobre entender” que lo están vigilando, o con que viene a visitarlos la abuelita muerta y afirmar que realmente hablan con ella (Santamaría, 2010).

c) Todas las funciones vitales terminan completamente en el momento de la muerte: Cuando morimos el cuerpo ya no funciona.

Este hecho hace referencia a que, cuando una persona muere, su cuerpo deja “literalmente” de funcionar: no respira, no se mueve, no le late el corazón y deja a su vez de sentir, de ver, de oír y de pensar, en este concepto el objetivo es que los niños comprendan que las funciones del cuerpo de la persona que falleció ya no existen. Ante las preguntas como: “¿Tendrá frío mi abuelo?”, “¿Tendrá miedo a la obscuridad mi abuelita cuando es de noche y ella está afuera?”, “¿Le dolerá mucho a mi hermanito todavía mama, cómo cuando estaba en el hospital?” (Olmos, 2010).

d) ¿Por qué nos morimos?: Toda muerte tiene un por qué

Referente a este concepto es necesario explicar que todas las muertes tienen un por qué. Dentro de todas las dudas que genera un niño al concepto de la muerte, tienen una causa que puede ayudar a entender lo que está sucediendo y apoya el proceso del duelo, ya que la mente del niño es muy fantasiosa, y puede generar ideas de “culpa” al no saber las razones del porqué la persona murió (Santamaría, 2010).

Así el proceso de duelo en los niños va a estar condicionado por, la capacidad cognitiva del niño influenciando su capacidad de comprender sobre la muerte, si como su estado de salud en el momento de la pérdida, la naturaleza de su relación con la persona fallecida, la calidad del acompañamiento que reciba y los recursos externos de los que disponga durante su duelo. Se debe de tener en cuenta que aunque los niños están influidos por su desarrollo cognitivo haciendo específica su comprensión de la muerte, esto no significa que no perciban o no les

afecte lo sucedido, sino que las explicaciones y la comprensión de la pérdida estarán mediadas respecto a su desarrollo. Es necesario entender que los niños dependen de los adultos para elaborar su duelo, siendo fundamental dar atención e información acorde a su momento evolutivo, otorgándoles la oportunidad de preguntar y expresar todo lo que necesiten saber y decir sobre lo ocurrido.

Entendiendo que el concepto de muerte en los niños está influido por el nivel de desarrollo, en cada edad el tipo de pensamiento determinara la capacidad del niño de entender el concepto de muerte y por tanto existe diferencias en el proceso de duelo en cada etapa del desarrollo infantil, en el siguiente apartado se examinan estas diferencias.

### 2.3 El duelo y el desarrollo infantil.

La reacción de un niño frente a la pérdida, es decir, el duelo, dependerá tanto del momento evolutivo, como de circunstancias externas y en especial de la situación y actitud de los adultos que rodean al niño, siendo de suma importancia considerar el momento del desarrollo del menor, a fin de comprender como se da el duelo. A continuación se presentan las características del duelo en niños en diferentes etapas del desarrollo.

#### a) El duelo en la primera infancia: del bebé al niño de dos años.

Los bebés pueden reaccionar ante la pérdida de un ser querido, sobre todo si se trata de sus cuidadores, pueden mostrarse irritados o inquietos, comiendo y durmiendo mal, llorando sin motivo aparente, o bien presentando otro tipo de síntomas somáticos, hay que reconocer que estos cambios en su estado anímico se deben fundamentalmente a su percepción de la ausencia de la persona fallecida y a los cambios que este hecho puede tener en sus rutinas (Loreto, 2011). Por otra parte, los niños también son capaces de percibir desde muy temprana edad el dolor y el cambio en el estado de ánimo de sus cuidadores cuando estos se ven afectados por la muerte de un familiar, percibiendo la

ausencia de caras alegres, la falta de vitalidad de quienes les rodean, pueden recibir menos afecto, interactuar o jugar menos con ellos, lo que también afecta a su propio estado de ánimo.

Cuando el niño crece, adquiere una mayor conciencia de lo que está sucediendo a su alrededor y de que alguien importante para sus cuidadores no está presente, lo que intensifica sus reacciones ante la pérdida y los cambios, manifestando rabietas o arranques de ira en un intento por hacer que la persona fallecida regrese.

Es posible que a esta edad los niños busquen con frecuencia y durante un tiempo a la persona que han perdido, pueden esperar que entre por la puerta o que vaya a verles antes de dormir, así durante este periodo evolutivo los menores también pueden experimentar algunas regresiones hacia etapas evolutivas anteriores, como volver a chuparse el dedo, mostrarse más dependientes e incluso pueden perder el interés por sus juguetes y por las actividades que normalmente realizaban (Olmos, 2010).

Loreto (2011) hace sugerencias ante la pérdida en esta etapa, argumentando que cuando un niño tan pequeño experimenta la pérdida de un ser querido, es vital que su entorno más cercano pueda seguir cubriendo sus necesidades, ofreciéndole un mundo seguro y tranquilo mediante el mantenimiento de sus rutinas y horarios. Si el bebé pierde a su figura de referencia, como puede ser su madre, debido por ejemplo a una enfermedad terminal, es de gran ayuda contar desde antes del fallecimiento con una persona cercana al bebé que pueda cubrir las labores de maternaje, con el fin de mitigar en lo posible el shock que puede suponer la pérdida de la persona de referencia. Resume que los niños necesitan sentir que su mundo es predecible siendo preciso contar siempre con una figura estable y significativa para ellos que les proporcione un entorno conocido y tranquilo.

b) El duelo en los preescolares: de los tres a los seis años.

Aunque su concepto de la muerte todavía es limitado, los niños de preescolar sí experimentan la pérdida de un ser querido y son capaces de llorar y de sentir

emociones intensas, dichas reacciones van a estar mediatizadas por la capacidad de comprensión cognitiva y emocional que tengan sobre la muerte, siendo una de las respuestas más frecuentes en los niños de preescolar, asociada a su dificultad por comprender lo que la muerte tiene de irreversible y definitiva, es mostrarse perplejos y confusos con respecto a la pérdida, donde pueden preguntar reiteradamente dónde está la persona fallecida, aunque se les haya explicado que ya no va a volver (Gómez, 2000).

En ocasiones puede suceder que, ante la pérdida de un ser querido, los niños reaccionen tratando de negar la realidad, como si realmente no hubieran oído lo que se les acaba de transmitir, es importante que no insistamos en que comprendan lo que se les ha dicho en ese momento, porque esta reacción defensiva no tiene por qué significar que no han entendido o no les han afectado nuestras palabras, sino más bien con una dificultad por poder asimilar los hechos, se tiene que ir muy poco a poco, ayudándoles a afrontar la realidad de la pérdida y a salir de este shock emocional. En esta etapa evolutiva es habitual que los niños imiten la conducta o la forma de reaccionar de sus adultos cercanos, así que es normal que, si el padre o la madre no muestra ninguna emoción o trata de ocultar lo que siente a sus hijos, éstos se comporten de la misma manera (Olmos, 2010).

Dado que su pensamiento a esta edad es todavía concreto y su interpretación sobre los hechos literal, lo primero que debemos hacer con un niño de esta edad es intentar explicarle de la forma más clara y directa posible que su familiar ha fallecido, es importante evitar el uso de metáforas que puedan confundirle, porque éstas serán interpretadas de forma literal. Cuando un niño de esta edad está en duelo, puede ocurrir que su comportamiento cambie y se vuelva más regresivo, que aparezcan rabietas y se muestre más irascible o quejoso, ante estas reacciones, menciona Loreto (2011) lo primero que debemos tener es mucha paciencia e intentar no responder a estas conductas con enfado, sino traducirle al niño lo que verdaderamente le pasa, es decir, reflejarle su inquietud y su enfado con lo que ha sucedido.

c) El duelo en los escolares: de los seis a los diez años.

La mayoría de los niños de esta edad comprenden perfectamente lo que significa que un familiar haya muerto, para ellos la muerte va haciéndose cada vez más real y son más capaces de comprender su carácter definitivo, irreversible y de final de las funciones vitales, comprenden que no se trata de un sueño y que la persona que muere no va a regresar. En este periodo es habitual que intenten negar lo ocurrido por todos los medios, como defensa ante el profundo dolor que este hecho les está generando, pueden mostrarse entonces más activos y juguetones, o intentar estar alegres en un intento de alejar el dolor, siendo este comportamiento suele confundir al adulto, que se sorprende o enfada al pensar que al niño se muestra insensible o no le ha afectado la pérdida, sin embargo, esto no es así: el niño está sufriendo, pero éste es el único recurso que ha encontrado para defenderse de un dolor difícil de expresar, en otras ocasiones los niños de estas edades suelen mostrarse más nerviosos y agresivos, pudiendo aparecer rabietas o conductas oposicionistas (Loreto, 2011).

Es al final de este periodo evolutivo cuando los menores toman verdadera conciencia de la universalidad de la muerte y de que ésta puede sucedernos a todos, cuando viven la experiencia de cerca, es posible que sientan temor y angustia ante la posibilidad de que les suceda lo mismo a ellos o a otros seres queridos, siendo normal que se preocupen mucho por la salud de las personas de su entorno. Una respuesta posible en los niños de esta edad es el sentimiento de culpa, se preguntan si la muerte se ha debido a su mal comportamiento, a sus enfados reales o fantaseados, o a algún deseo fruto de la ira, celos, etcétera. También pueden presentar mucha preocupación por saber en qué medida su vida va a cambiar como consecuencia de la muerte del ser querido, por ello, y ante la necesidad que tienen de preservar su mundo, es normal que pregunten si la muerte les va a afectar en sus rutinas: ¿Quién me va a llevar a la escuela ahora?, Si mamá no está, ¿qué vamos a comer? (Olmos, 2010).

#### d) El duelo en los preadolescentes: de los diez a los dieciséis años.

Entre nueve y diez años, los niños saben que la muerte es inevitable y que puede sucederles a ellos, son capaces de entender los aspectos biológicos de la muerte, y suelen presentarse sentimientos de fragilidad, es a partir de los 10 años que se aprecia una transición en el desarrollo cognitivo, verbal y de seguridad emocional, lo que implica que el niño considere a la muerte como una salida inevitable de la vida y se incrementa su comprensión al acumular ya cierta experiencia vital.

De once años a catorce años: hacia los 11 años se comienza a ser consciente de que la propia muerte es posible. Nos dice Barreto y Soler (2007) que es en la pubertad cuando se es capaz de razonar con hipótesis y elaborar sus propias teorías en relación al tema de la muerte.

De quince a dieciséis años, el adolescente ya comprende lo que significa la muerte para su vida futura, pero puede angustiarse y provocar conductas agresivas e inadaptadas. El concepto de causalidad está completamente desarrollado en todas sus vertientes. Los adolescentes ya tienen acceso a un conjunto amplio de fuentes de conocimientos sobre el tema de la muerte: experiencia vital personal, medios de comunicación, internet, amigos y experiencias vicarias de éstos (Olmos, 2010).

#### 2.4 Tipos de duelo en niños

Como se ha revisado cuando un niño sufre una pérdida, existen importantes indicadores involucrados para evaluar si el proceso de duelo se está llevando de manera normativa y el terapeuta debe estar consciente de ellos, entre algunos encontramos la confusión, abandono, pérdida de sí mismo, culpa, miedo, pérdida de control, sentimientos de traición, sentir la necesidad de cuidar a los padres, dificultad de expresar sentimientos y pensamientos asociados a la Pérdida, de esta forma el terapeuta debe evaluar los problemas que aquejan al niño, para darle un enfoque a la terapia siendo importante considerar la etapa de desarrollo del menor.

A lo largo del desarrollo, los niños sufren muchos tipos de pérdidas que los afectan profundamente, como la pérdida de un juguete, un amigo, una casa, los profesores, una mascota, un progenitor ya sea por divorcio o separación, pero como menciona Oaklander (2006) que sin duda la muerte de uno de los padres, hermano, amigo o abuelo es una pérdida traumática y de las más complejas en elaborar. Si no se permite la elaboración de la pérdida, a medida en que se crece, la acumulación de dichas pérdidas, causara estragos al desarrollo normal, no siendo extraño que el niño exprese síntomas y conductas disfuncionales no solo en meses posteriores a la pérdida sino hasta años después. Si bien es cierto que el niño posee la capacidad de atravesar en forma natural el proceso de duelo, este puede verse dificultado por diversos factores como la forma de afrontamiento familiar de las pérdidas, la incapacidad de identificar y comunicar los sentimientos generados o la des fortuna de no contar con el apoyo y orientación que posibilite el proceso de duelo.

Por este motivo, hablar del duelo en los niños y del riesgo de complicaciones, implica necesariamente hablar de cómo afrontan el duelo los miembros de su familia y, especialmente, los adultos de quienes dependen más directamente. La manera como se gestione emocionalmente el dolor y se atienda el del niño o niña será importante para el desarrollo del proceso y el afrontamiento de nuevas pérdidas, donde la expresión del duelo infantil suele realizarse en un plano emocional, fisiológico, conductual y social presentándose principalmente expresiones en contextos como el hogar, el colegio o instituto, donde se pueden observar cambios en sus estados emocionales a lo largo del día, mostrándose apáticos y tristes, y posteriormente, disfrutando de una actividad. Tizón (2004) añade que el proceso de duelo infantil es similar al duelo que experimentan los adultos con algunas características propias, puesto que tiende a afectar más a los menores aumentando su vulnerabilidad, debido a que todavía continúan desarrollándose y no cuentan con unas óptimas estrategias de afrontamiento. Igualmente, el mundo interno de los niños es más flexible al de los adultos, dotándoles de una mayor capacidad de adaptación y resiliencia.

## 2.5 Duelo familiar

No es lo mismo vivir una situación de peligro o amenaza estando acompañado de alguien que nos sostiene, que habla con nosotros, que responde a nuestras reacciones emocionales, que vivir esa misma situación en soledad, sin nadie con quien compartir lo que nos está sucediendo, sin nadie que nos sostenga o a quien podamos expresar nuestros sentimientos de desvalimiento, de esta forma ante una situación de trauma o pérdida, el ser humano necesita del contacto interpersonal y esa conexión es vital para su supervivencia emocional.

La pérdida de un miembro de la familia exige una reorganización del sistema familiar para adaptarse a la nueva situación, Walsh (1998) describen cuatro tareas que la familia debe llevar a cabo ante la pérdida de uno de sus miembros. La primera consiste en reconocer de manera familiar la realidad de la muerte, esto mencionan que es favorecido con los funerales, el entierro y visitas a la tumba por parte de todos, llevando a la segunda tarea que implica que esta experiencia compartida del dolor de la pena, sea expresada de manera libre, mediante los sentimientos asociados con la pérdida; y que facilita la tercera tarea familiar de reorganización del sistema familiar, asumiendo funciones del rol que tenía el difunto antes de fallecer, para poder así llevar a cabo la última tarea que consiste en establecer las nuevas relaciones y metas familiares.

Así en cuanto al duelo en la familia, es importante tomar en cuenta las características del sistema familiar, su flexibilidad, grado de diferenciación, síntomas expresados en alguno de los miembros de la familia, historia de duelos no resueltos etcétera. En la pérdida de un progenitor hay que tener en cuenta el grado de desarrollo de los hijos y su capacidad para comprender la pérdida, así como la capacidad de adaptación familiar. No siempre se expresan dificultades, ya que la experiencia de pérdida puede movilizar los recursos como familia para el apoyo del cuidado de los hijos. En algunos casos las familias generan secretos en torno a la pérdida, como un intento de evitar culpas y el dolor, rigidizando el

sistema familiar, así como disminuyendo la capacidad de comunicación entre sus miembros, dificultando la elaboración del duelo (Walsh, 1998).

Cada cultura posee sus propias creencias sobre la muerte, teniendo sus singulares maneras de expresar el duelo a través de ritos. La función de los ritos promueve el proceso de elaboración del duelo, permitiendo reconocer y contactar con la realidad de la muerte; además los ritos señalan “límites temporales” para guiar y confirmar las etapas de elaboración. Firth (1961) afirma que los duelos cumplen con tres funciones básicas, por una parte ayudando a demostrar a los miembros de la familia que la Pérdida es real, proporcionando una oportunidad para la manifestación pública del dolor y limitando la duración del duelo, asignando a la familia un rol social en ese proceso. Como segunda función permite que otros miembros de la comunidad se enteren de la pérdida y puedan expresar las emociones generadas en sus miembros, cumpliendo una función social de canalización de las conductas y expresión emocional en formas aceptables, permitiendo sublimar, manteniendo, como enfatiza el autor, la integridad de la sociedad a lo largo del tiempo. Finalmente se argumenta que los ritos permiten una manera de expresar, recordar y conmemorar al muerto, proveyendo un sentido de esperanza hacia el futuro, generando que la familia se reorganice y establezca metas a futuro.

## 2.6 Factores sociales en el duelo

La falta de apoyo se considera un factor de riesgo importante para la evolución del duelo, así una misma experiencia de duelo puede vivirse desde la soledad y el aislamiento como algo traumático, o desde la relación con los que te rodean, te comprenden y te sostienen como una experiencia difícil pero, aun así, aceptable. Esta necesidad de vinculación como protección ante el trauma hace que hoy sea universalmente aceptado que el aspecto nuclear de la intervención aguda en crisis sea la provisión y restauración del apoyo social (Payás, 2012).

Existe un fenómeno social respecto al duelo que se ha conceptualizado con el término “duelo desautorizado”, que se refiere a la dimensión interpersonal o

aspecto social y se aplica a aquellos duelos que no pueden ser socialmente reconocidos ni públicamente expresados (Doka 2002; 2008). Este concepto señala cómo a ciertas personas no se les da el derecho a vivir su duelo y no reciben el apoyo de su entorno o las facilidades que habitualmente se dan en otras situaciones de duelo, por ejemplo limitar o flexibilizar las responsabilidades, posibilidad de bajas laborales, ser reconocidos como dolientes y ser escuchados y apoyados, así según Doka (2008) quien definió el concepto en el año 1989, hay cuatro categorías de duelo desautorizado: a) cuando la relación no es reconocida: los lazos de vinculación no son valorados socialmente como significativos; b) cuando la pérdida no es reconocida y lo que muere no es socialmente valorado como significativo, por ejemplo la muerte de un animal de compañía, o las muertes sociales que se refieren a personas vivas pero socialmente invisibles, personas en coma o que están viviendo en instituciones socio sanitarias, o la muerte perinatal es decir, la pérdida de un bebé antes, durante o poco después del parto; c) cuando el doliente es excluido: si la persona no está definida socialmente o se la considera incapaz de hacer el duelo, por ejemplo el doliente es una persona con discapacidad mental, una persona mayor o un niño que por su edad se considera erróneamente que no debe pasar por un proceso de duelo; d) las circunstancias particulares de la muerte pueden influir en cómo la sociedad limita el apoyo al doliente, es el caso de muertes estigmatizadas como son el suicidio y el homicidio. Asimismo, en esta categoría se incluye la muerte por VIH, o por sobredosis en una persona adicta a sustancias.

Los duelos desautorizados se han identificado como de riesgo de duelo complicado, por los sentimientos de culpa, vergüenza e inadecuación y la falta de apoyo social y de rituales significativos, donde la experiencia de pérdida de un ser querido es en sí devastadora, pero la desautorización, la falta de comprensión, apoyo vivida durante el tiempo del duelo generar procesos de duelo complicado sin resolver que se van acumulando.

Pero no todo respecto al duelo se trata de aspectos dolorosos, existen cambios en las relaciones interpersonales, muchas familias y padres enfrentados a situaciones

de duelo describen sentirse más unidos y con una relación más íntima y sólida que antes del suceso de esta forma la muerte de un familiar puede hacer que los miembros de la familia se acerquen más entre sí al darse cuenta de la posibilidad de perder al otro (Pérez-Sales & Vázquez, 2003), donde la vivencia de aprendizaje o crecimiento no anula necesariamente el sufrimiento, sino que puede coexistir con él (Calhoun & Tedeschi, 2004) es decir, que las personas pueden estar sintiendo emociones difíciles como tristeza, impotencia, culpa o irritabilidad y a la vez experimentar cambios positivos de crecimiento.

## 2.7 Pérdidas tempranas en la infancia: duelo por pérdida de uno de los padres.

La muerte de un padre es uno de los acontecimientos estresantes más intensos que puede padecer un niño o un adolescente, sus efectos sobre el padre superviviente, o de las desventajas en cuidados o atenciones, educacionales o socioeconómicas resultantes del fallecimiento, provocan una serie de efectos que se manifestarían precozmente tras la pérdida, o incluso antes si ésta es esperada, mientras que otros son consecuencias a más largo plazo.

Villanueva y García (2000) sostienen que para que un niño pueda transitar por un duelo saludable, depende de una serie de factores enunciados a continuación:

- La edad del niño en el momento de la pérdida.
- Las características de la pérdida, si es repentina, lenta o violenta.
- Sensibilidad y ayuda de los miembros supervivientes de la familia ante sus sentimientos y necesidades emocionales.
- Su propia experiencia de pérdidas anteriores.
- Su herencia familiar, enseñanza religiosa y cultural.
- Actitud que ha adquirido a través de la observación de la reacción de sus padres, otros adultos y compañeros ante la muerte de otros (aprendizaje vicario).

- La participación en el cuidado y acompañamiento, así como la comunicación.
- La falta de consistencia en la disciplina impuesta al niño o adolescente tras la pérdida, por compasión o incapacidad del adulto, puede dificultar la adaptación.

Entre los factores enunciados, uno que ha tomado gran relevancia es respecto a la relación emocional del niño con el objeto perdido, es decir, el grado de apego con lo perdido, se sabe que cualquier muerte tendrá un impacto en el niño, ya sea la de abuelos, de la mascota, del juguete, cambio de escuela, etc., pero la muerte de sus padres va a ser la más angustiante para el niño. Holland (2008) menciona que la idea de certeza en la infancia de que sus padres siempre estarán allí, disponible, para cuidarle, quererle viene a ser trastocado con la muerte de uno de los progenitores provocando que esta seguridad se ponga a prueba, al menos parcialmente, en tales casos dice el autor que el mundo puede ahora ser visto por los niños como un lugar no tan seguro como se había asumido, siendo fácil, además, pensar que si un padre muere, entonces ¿por qué no podrá hacerlo el otro también?. Mazaira y Gago (1999) informaron que el mayor factor de riesgo para los niños que han sufrido una pérdida es el nivel de ajuste y el bienestar psicológico del padre sobreviviente, en caso de tratarse de la pérdida de un progenitor, donde en ocasiones, este puede no estar emocionalmente disponible para el niño y ser incapaz de facilitar su duelo, donde los niños pueden entonces pasar por un duelo complicado.

Mazaira y Gago (1999) hacen una revisión de estudios realizados con entrevistas a niños y adolescentes que sufren el fallecimiento de alguno de sus padres revelando que en ellos se puede identificar dificultades de un duelo complicado semejante al de los adultos que puede estar directamente relacionado con sentimientos de tristeza y pérdida por el padre fallecido, predominando los síntomas ansiosos y depresivos con relativamente más ansiedad que en los adultos, y en general los niños con las reacciones iniciales más severas son los que presentan un duelo complicado más prolongado aunque su persistencia está

en parte condicionada por factores internos y externos al propio niño como los recursos individuales, el acompañamiento familiar, la atención de especialistas para orientar el proceso de duelo normativo.

Sipos y Solano (2002) refieren que cuando los niños son muy pequeños, el duelo por pérdida de uno de los progenitores puede aparecer de forma diferida, señalando que en la medida que el niño madura, entiende y se plantea de una forma nueva lo que ha perdido con la muerte de uno de sus padres, así el malestar y la tristeza que siguen a la pérdida de la madre o padre pueden ser revividos en distintos momentos de la vida, especialmente con acontecimientos vitales significativos que reactivan dicha pérdida, así entre los síntomas diferidos por la pérdida de uno de los padres, el autor refiere que predominan los síntomas de ansiedad, alteraciones del humor, alteraciones del comportamiento, junto a problemas de rendimiento y adaptación escolar, sobre todo en varones, concluyendo que el tratamiento adquiere una relevancia significativa, tanto en lo que se refiere a la situación clínica individual del niño como a las características de la dinámica familiar tras esta pérdida del progenitor.

Barreto y Soler (2007) consideran como factores de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado, la pérdida de uno de los padres cuando ocurre antes de los cinco años o durante la adolescencia, especificando que la pérdida del padre en la adolescencia para los varones, y para las niñas la pérdida de la madre antes de los 10 años representa un riesgo mayor. Por su parte, Tizón (2004) especifica que la muerte de la madre antes de los 11 años, así como la muerte de un hermano/a en la infancia, la muerte de un familiar allegado que convivía con el niño, y el abandono por parte de la madre, padre o ambos son los duelos que probabilizan un duelo complicado requiriendo atención psicológica individual y familiar.

## 2.8 Elaboración del duelo: tareas psicológicas.

John Bowlby (citado en Payás, 2012) en su observación de niños que eran separados de sus madres, describe cómo, ante la situación de posible ruptura de un lazo afectivo, al verse amenazado el vínculo que los provee de seguridad y protección, éstos responden con síntomas fisiológicos de alerta como el llanto y la protesta emocional, cuya función es hacer regresar a la madre; y si la madre no regresa, crece la intensidad de la protesta, si se analiza la protesta del niño la podemos contemplar como una respuesta de aumento de sintomatología de malestar, que tiene la función de reactivar el sistema de procesamiento emocional para intentar dar una asignación a la experiencia de separación, o bien para estimular una conducta restauradora, donde el niño puede decidir ir a buscar a la madre (respuesta de afrontamiento conductual-intento de restaurar el vínculo), o bien puede optar por desviar la atención y distraerse jugando a otras cosas (respuesta de afrontamiento conductual-inhibición del input), o bien niega la necesidad o la minimiza diciéndose a sí mismo que no necesita nada o que no hay tanto peligro (respuesta de afrontamiento cognitiva-asignación emocional distorsionada), u otorga un significado a la experiencia decidiendo que mamá está muy ocupada y ya vendrá cuando pueda (respuesta de afrontamiento cognitiva-cambio de esquema), estas respuestas de afrontamiento son estrategias para dar sentido a la experiencia de separación, a la necesidad de contacto no satisfecha, y asimilarla o integrarla, de esta forma desde un punto de vista biológico, estas estrategias constituyen un intento de manejar la sintomatología y modular su intensidad en unos límites aceptables para el organismo, y para ello funcionan como nuevos inputs que retroalimentan el sistema, desactivando la sintomatología.

Payas (2012) menciona que durante mucho tiempo se planteó tratar las respuestas de afrontamiento como conductas no deseadas o síntomas que deben eliminar, e identificaban erróneamente hacer terapia de duelo con un trabajo de extinción o minimización de estas conductas que consideran como mal adaptativas. Todas las respuestas de afrontamiento tienen una función en el duelo

que debe ser identificada y evaluada, y debemos, mediante una cuidadosa exploración de la vivencia subjetiva de estas conductas, sentimientos o pensamientos, dilucidar si son estrategias que están contribuyendo a que el proceso vaya desarrollándose de una forma normativa o por el contrario, son respuestas no adaptativas generando un duelo complicado.

Tradicionalmente, los modelos de fases han sido criticados porque presentan el duelo como un proceso de desarrollo en el que cada fase sucede a la anterior de forma secuencial, cuando es evidente que las personas no pueden estar un día en una fase y otro día haber pasado a la siguiente, ni siguen tampoco unas etapas predeterminadas y discretas. Pero la posibilidad de describir etapas secuenciadas como constructos elaborados por los teóricos o clínicos nos puede guiar, puede proporcionar un lenguaje común para entender la evolución del proceso en el tiempo, para discernir entre lo que es normal y lo que es un proceso complicado, y puede asesorarnos en la práctica clínica de intervención dando criterios de qué es útil, cuándo y con qué objetivo.

Elisabeth Kubler-Ross (1973) postuló cinco etapas relacionadas con la reacción a la muerte de un ser querido: negación y aislamiento, rabia, negociación, depresión y, finalmente, aceptación, donde la mayoría de los terapeutas han generalizado estas etapas para dar cabida a muchos tipos de situaciones de pérdida. Por su parte Worden (2013) hace aclaraciones respecto a entender el duelo como un proceso individual, y por lo que cada persona lo vive de manera diferente, y rescata los postulados de diferentes teóricos del duelo con la propuesta de cuatro tareas a realizar:

Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida: implicando aceptar la realidad de la pérdida supone una aceptación no sólo intelectual, sino también emocional, los rituales en esta etapa como el funeral, ayudan en la aceptación.

Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida: Implicando reconocer y trabajar este dolor permitiéndose dar rienda suelta al dolor, sentirlo y saber que un día pasará. Cualquier cosa que permita evitar o suprimir de forma continua este dolor es probable que prolongue el duelo. No todo el mundo experimenta el dolor

con la misma intensidad, pero es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor.

Tarea 3: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente: Ayudar a la persona a asumir los roles a los que no está acostumbrada, desarrollar habilidades que nunca había tenido y seguir adelante con un nuevo sentido de sí mismos y del mundo.

Tarea 4: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo: Dar un lugar simbólico al fallecido, recordar, validar y conmemorar son tareas que implican el trabajo en esta etapa. Encontrar un lugar para el difunto que permita a la persona superviviente estar vinculada con él, pero de un modo que no le impida continuar viviendo. Debemos encontrar maneras de recordar a los seres queridos que han fallecido llevándolos con nosotros, pero sin que ello nos impida seguir viviendo.

## 2.9 Duelo complicado.

El duelo complicado se conoce también como duelo patológico, cursa como un duelo normal, pero se caracteriza por la dificultad de aceptar la pérdida y por una reacción desmedida. La tristeza es igual o mayor que en el proceso normal pero se agrega la insistencia de pesadillas y sueños de contenido traumático cuyo sentido manifiesto tiene referencia permanente al objeto perdido. Explicado de una forma sencilla, encontraríamos un duelo normal con síntomas más intensos y variados además de una prolongación en el tiempo. Es posible que el duelo se haya enmascarado o pospuesto, o simplemente se haya evitado. Cuando no hay ningún tipo de reacción emocional, y el sujeto se comporta como si no hubiera pasado nada, podemos sospechar que las estrategias de afrontamiento no son adecuadas, incluso pueden ser inexistentes. Estas reacciones van a llevar casi con seguridad a la complicación en el proceso de duelo (Tizón, 2004).

Tras la muerte, debemos estar atentos a las reacciones que muestran los más pequeños ya que nos pueden indicar que el proceso de duelo no está

evolucionando, Lacasta y García (2007) y Tizón (2004) determina algunos de los síntomas que si son presentados durante un tiempo prolongado, apuntarían a un posible Duelo Complicado:

- Llanto frecuente y continuo.
- Rabietas y pataletas frecuentes y prolongadas.
- Comportamiento más infantil del habitual (pedir ayuda para comer, vestirse o ducharse, utilizar lenguaje de un bebé, hacerse pis por la noche).
- Apatía y desgano. Pérdida de interés por las actividades habituales.
- Irritabilidad constante.
- Alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas y terrores nocturnos...).
- Miedo a quedarse solo.
- Problemas escolares: peor rendimiento escolar, falta de asistencia al colegio o instituto, incapacidad para concentrarse y memorizar, etcétera. Anhelo y añoranza continuada por la persona fallecida.
- Esperanzas persistentes de reunión con el ser querido y/o deseos de morir para reunirse con él.
- Continuos reproches contra la misma, combinados con autorreproches inconscientes.
- Cuidado compulsivo de los objetos y/o personas de su alrededor.
- Incredulidad sobre la pérdida (negación persistente).
- Momento de despersonalización.
- Problemas somáticos (similares a los que sufría el fallecido).
- Modelado de la personalidad del menor en función del muerto.

Las respuestas normales y anómalas de duelo, como se ha podido entrever, abarcarán un espectro en el que la intensidad de la reacción, la presencia de una serie de comportamientos relacionados con el proceso y el tiempo, determinarán la diferenciación del duelo normativo al complicado. Bareto y Soler (2007) mencionan que el duelo complicado interfiere sensiblemente en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo su salud; puede durar años e inclusive

cronificarse indefinidamente, agrega que en el duelo complicado pueden existir manifestaciones de algún síntoma somático o conductual enmascarado y reacciones exageradas.

Cruz y Pérez (2013) describe distintos tipos de duelo complicado:

- Duelo crónico: caracterizado por una duración excesiva, donde el deudo experimenta durante años el dolor de forma intensa, absorbido por los recuerdos del pasado, la imposibilidad de llegar a una conclusión satisfactoria, y por lo tanto, de rehacer su vida.
- Duelo retrasado: recibe el nombre de duelo congelado, inhibido, pospuesto o no resuelto. Este tipo de duelo se caracteriza por un embotamiento emocional en las fases iniciales del duelo. Es decir, en las primeras etapas, hay una reacción inicial insuficiente, experimentando los síntomas del duelo posteriormente.
- Duelo exagerado o eufórico: caracterizado por una intensa reacción de duelo. Es importante tener en cuenta las connotaciones culturales, con el objetivo de determinar si la manifestación del duelo es excesiva o estamos ante una negación de la realidad sucedida, manteniendo la sensación de que la persona querida continúa con vida. O incluso, reconociendo la muerte de éste y creyendo que sucedió por beneficio del deudo. Este tipo de duelo está relacionado con un cuadro clínico de depresión, trastornos de ansiedad o la ingesta de sustancias (alcohol, drogas, etc.).
- Duelo enmascarado: donde se experimentan los síntomas sin que el deudo los asocie con la pérdida afectiva que ha tenido recientemente. En este tipo de duelo, el doliente acude al sistema sanitario apuntando diferentes molestias sin referirse a la pérdida reciente, debido a que no relaciona estas manifestaciones con el suceso ocurrido.

## 2.10 Duelo por suicidio

Cuando la muerte del ser querido ocurre en circunstancias inesperadas y repentinas como es el caso de los accidentes, el suicidio, el homicidio, el sufrimiento por la pérdida es más agudo y traumático y las reacciones son más severas y pueden llegar a ser complicadas. García y Pérez (2013) refieren que entre los factores que pueden hacer que una muerte sea traumática y el duelo más complicado, está precisamente lo súbito, sorpresivo y no anticipado de la muerte, la violencia, mutilación o destrucción del cuerpo, si la muerte fue determinada por factores al azar que pudieron haber sido evitados y, también, el caso de las muertes múltiples, siendo el suicidio por parte de uno de los padres un factor decisivo de posibles complicaciones del duelo en niños y adolescentes.

García y Pérez (2013) argumentan que el suicidio es la expresión de la muerte de una vida rota abruptamente; es la manifestación de una voluntad expresa de acabar con la propia vida y, por tanto, es juzgado por una colectividad que comparte una serie de valores y creencias, que con frecuencia se suele juzgar al actor y la familia de procedencia. Los estigmas sociales con respecto al tema hace aún más difícil el duelo en los dolientes, y en virtud de estos elementos, la familia suele recibir menos apoyo social que en los casos de otras muertes. En estos casos, una de las primeras reacciones suele ser negar la muerte de la persona, donde la familia parece querer convencerse a sí misma que su negación es legítima y que la muerte de su ser querido realmente no ha ocurrido, para luego intentar buscar la razón de la muerte. En este punto conocer la causa de la muerte ayuda a reconocer la pérdida, por lo cual, en el caso de suicidio se hace muy difícil para muchas personas no encontrar las respuestas, ya que hay mucha confusión y no hay respuestas, existiendo una urgente necesidad de encontrar una justificación racional, donde el o los dolientes reconstruyen obsesivamente los eventos y el escenario en que sucedieron, buscando entender esa muerte y obtener control sobre ella.

Sin embargo, Soukoreff (2008) refiere que la revisión aportada de diversos estudios no demuestran con claridad que las personas que sufren un duelo por suicidio, presenten síntomas más graves que en otros casos de duelo, así como la pérdida de un allegado en circunstancias traumáticas no provoca necesariamente un duelo patológico; tampoco es siempre patológico un duelo por suicidio, enfatizando que el proceso de duelo no se produce en una *tabula rasa*, sino en un contexto de vida ya instalado, varios factores y elementos ejercen influencia, así el duelo adquirirá formas diferentes no sólo en función de lo que ha ocurrido a partir del fallecimiento, sino también en función de qué persona vive qué tipo de duelo, en qué momento de su vida. Desde este punto de vista, los antecedentes en términos de salud mental y el tipo de apego son factores que desempeñan un papel en el proceso de duelo.

James, Friedman y Matthews (2002) refieren que los niños comprenden mejor el asesinato que el suicidio, porque conocen y están familiarizados con sus sentimientos agresivos, pero si el padre superviviente opta por mantener el secreto o deformar la realidad de los hechos, el niño se dará cuenta de que hay algo que se le oculta o es incongruente con la realidad que aprecia, lo cual levantará una barrera en la comunicación entre padre e hijo. Todo esto ocurre precisamente en un momento en que el niño necesita expresar sus sentimientos ambivalentes y emociones; los autores enfatizan que ante esta situación, en el niño pueden existir deseos de morir, existiendo incluso intenciones suicidas que adquieren el significado de reunión con el ser querido fallecido, donde la familia, por tanto, debe enfrentar la realidad y explicarles la verdad de lo sucedido, con un lenguaje asequible a su edad de desarrollo. Dependiendo de su tipo de pensamiento, si es eminentemente concreto o caracterizado por un concepto deformado de causalidad, egocentrismo y pensamiento mágico, puede interpretar las realidades, así por ejemplo muchos niños creen que determinados incidentes inmediatamente anteriores al suicidio son la causa directa de su muerte intencional. Concluyendo, las implicaciones del suicidio paterno y sus graves consecuencias a largo plazo sobre la estructura psíquica del niño, exigen una cuidadosa y continuada vigilancia a todo lo largo del duelo teniendo en cuenta los

procesos del duelo familiar, las creencias sociales y características propias del menor.

## 2.11 Propuestas de intervención en duelo infantil

En la literatura revisada respecto a la intervención nos encontramos dos líneas de trabajo, por una parte las de acompañamiento al duelo normal de niños y por otra más escasa la de intervención por duelo complicado.

La intervención en los procesos de duelo puede compartir muchas similitudes con las intervenciones que se pueden dar en otros trastornos mentales, pero al considerar los procesos de duelo como algo normal, es decir, no como un trastorno, esto puede presentar algunas peculiaridades. El fin de un modelo teórico sobre el duelo es que éste contribuya a una mejor comprensión de lo que les ocurre a aquellas personas que viven la muerte de un ser querido, y que a la vez sea útil a la hora de plantear cómo debe ser la ayuda que necesitan para poder elaborar mejor las tareas a las que se ven enfrentadas, así la situación de duelo de una persona en un momento concreto de su proceso es muy compleja, y el terapeuta debe ser capaz de considerar los múltiples aspectos implicados y decidir las prioridades y principios que van a guiar su plan de intervención.

Payás (2012) refiere que la forma que mejor puede reflejar el trabajo de intervención, es la de acompañar el proceso de elaboración de las tareas del duelo como una espiral, en la que ir adelante significa a menudo visitar lugares, pensamientos, sentimientos y recuerdos ya visitados anteriormente, pero que hay que modelar de nuevo, así en este sentido, el proceso no es estrictamente lineal, pero esa espiral tampoco refleja una vuelta atrás en el camino, donde en realidad se vuelve atrás para poder seguir adelante. Ejemplo de este proceso espiral implica que cuando los detalles sobre los momentos previos e inmediatamente posteriores al fallecimiento suelen aparecer al comienzo del proceso, pero si algún aspecto ha sido negado emergerá posteriormente y deberá abordarse de nuevo, donde más que volver atrás, a veces se trata de recuperar alguna pieza perdida

que ahora es importante, algo que quedó pendiente de atender y que ahora, con nuevas capacidades de afrontamiento, o con el sostén de alguien que valida y apoya, puede reexaminarse.

En un marco del duelo por tareas, el terapeuta que guía el camino de recuperación tras la muerte de un ser querido, la secuencia de tareas refleja los temas que van apareciendo de forma natural y que definen la naturaleza del trabajo terapéutico. En el duelo no hay un camino rápido, no hay atajos ni intervenciones mágicas, ya que el modelo de tareas de transformación trata de ser una guía que dé sentido a este proceso.

En el tratamiento de duelos complicados, donde las estrategias se han convertido en defensas rígidas en el tiempo e improductivas procesualmente, el terapeuta explorará la hipótesis de que se trate de defensas arcaicas, es decir, asociadas a pérdidas o traumas del pasado no resueltos, de esta forma en el duelo evitativo, inhibido o pospuesto, muy a menudo los mecanismos de defensa de desconexión ante la muerte del ser querido corresponden a respuestas instrumentales aprendidas en el transcurso de la vida que se han ido reforzando con el tiempo.

En intervenciones con niños, Arévalo y Veliz (2010) reportan que la terapia centrada en el niño constituye una intervención psicoterapéutica apropiada para dicha problemática, puesto que el juego es el medio natural de expresión del niño, dando paso a la asimilación de situaciones difíciles y dolorosas permitiendo tener mayor control de ello, además de facilitar la disminución de la ansiedad, promover la socialización, participación y motivación.

En cuanto a la intervención del duelo por muerte de uno de los padres, Oaklander (2006) expone un caso de un niño de 12 años ante el duelo por muerte de su madre, reportando dificultades para dormir, disminución en su desempeño académico, donde su padre no asociaba estos indicadores a la muerte de su madre cinco años atrás, sumado a que el padre describió que ante la muerte de su madre no había presentado dificultades. La autora expone técnicas proyectivas utilizadas (dibujos, arcilla, fantasía, cuentos, escenas en la bandeja de arena, música y títeres) permiten que los niños expresen sus sentimientos más profundos

de una manera no amenazante, enfatizando que el terapeuta debe comprender los temas relacionados con la pérdida traumática y determinar en cuáles es más importante focalizarse, en el caso expuesto por Pérdida de la madre a través de técnicas como el dibujo y la arcilla permite de forma gradual, la expresión de las emociones derivadas de la muerte de su madre.

En cuanto a la intervención en casos de duelo por suicidio de uno de los padres, Oaklander (2006) refiere el caso de una niña por la muerte de su padre por suicidio, que es llevada por su madre al observar problemas de su conducta agresiva y con arrebatos de ira, la autora enfatiza que es común que los padres traigan a terapia a un hijo después de una pérdida traumática como ésta, cuando han transcurrido algunos meses y los síntomas surgen y se aceleran. En este caso interviene a partir de sesiones de dibujo donde observa el conflicto por incluir al padre en el dibujo, enfatiza el respeto a la expresión del menor, incluye a la madre en sesiones posteriores con la finalidad de que también exprese sus emoción al respecto de la pérdida, logrando que ambas expresen el enojo, momento que provee la confianza de expresar su verdadero sentir, la menor expresa sentir enojo y verbaliza que ella es la responsable, posibilitando que la madre describa los posibles sucesos que orillaron al padre y no a ella al suicidio. Posteriormente propone el que ella elabore un dibujo describiendo lo que le gustaba hacer al padre, la autora describe que las conductas de agresividad desaparecen, logrando disipar la responsabilidad y sentimientos de culpabilidad. En la conclusión del caso refiere que logró expresarse la rabia y la tristeza que sentía, que el trabajo terapéutico realizado estuvo en función de la pérdida de su padre en su actual nivel de desarrollo, pero que en posteriores niveles de desarrollo podrían surgir sentimientos más profundos relacionados con temas que en este momento ella no podía abordar.

“Donde se impone la ternura...reinó antaño una franca hostilidad...

¿Cómo pudo pasarse de este estado de guerra de hostigamiento, de esa guerrilla permanente a este clima de ternura?

¿De qué manera la “suerte” de tener un hermano o una hermana pudo experimentarse en el origen como una “desdicha” afectiva tan grande?

...un problema en cierto modo “histórico”: el que lleva del odio a la “confraternidad”

Estamos frente a una *transformación* climática del afecto que requiere un cuestionamiento...”

**Fragmento del libro “hermanos y hermanas” de Paul-Laurent Assoun.**

### **CAPÍTULO III. EL VÍNCULO FRATERO**

Las relaciones fraternas son el primer laboratorio natural y social para aprender a estar en el mundo, son los primeros compañeros de juego, y además como menciona Howe y Recchia (2014) son factores clave en la regulación de emociones, dado que la gran mayoría de los seres humanos crecen con al menos un hermano, estas son las relaciones más largas de la historia de sus vidas.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas, dentro del subsistema de la familia, tres unidades poseen significación particular, el subsistema conyugal, parental y el fraterno.

El subsistema conyugal surge de la unión de dos adultos con el propósito de formar una familia, este subsistema es vital para el crecimiento de los hijos, constituyendo un modelo de relaciones donde el niño aprende modos de expresar afecto, y de afrontar conflictos, formación de sus valores y expectativas. Por tanto si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges repercutirá en toda la familia. El subsistema parental, surge a partir de la llegada del primer hijo, las interacciones dentro de este subsistema incluyen la crianza de los hijos, la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y socializarlos,

este subsistema parental puede estar compuesto de manera diversa, a veces incluye a un abuelo, una tía o a un hijo parental. El *subsistema fraterno* surge a partir del nacimiento del segundo hijo, está conformado por los hermanos, constituye para un niño el primer grupo de iguales en que participa, donde en este contexto, los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, crean sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir, las cuales cobrarán significación cuando ingresen a grupos de iguales fuera de la familia, los compañeros de la escuela y posteriormente en el mundo laboral (Minuchin, 1985; Minichin y Fishman, 2006).

### 3.1 Definición

Se puede entender por *vínculo fraterno* a la conexión entre hermanos, a nivel público y privado, donde este vínculo puede ser cálido y positivo, pero también puede ser negativo, mostrando transformaciones a lo largo de la vida donde se pasa por periodos de reposo y de intensa actividad, según la etapa del ciclo vital que atraviesen. Como menciona Bank y Kahn (1988) es través de la relación fraterna que se adquiere el sentido de individualidad y de constancia, pues la evolución de la relación constituye un proceso continuo, donde a medida que los hermanos crecen la relación se convierte en un sistema de apoyo único e invaluable puesto que generalmente la relación fraterna dura hasta la muerte, es una relación de por vida, y se comparten experiencias que no se compartirán con nadie más.

Hermanos y hermanas se definen por tener los mismos padres, esto crea un lazo único en su tipo, evocación de la fraternidad como eminente metáfora de la concordia y el eros social. Pero como se llega a este punto metafórico de lo fraterno ligado a la concordia cuando el tema de la rivalidad fraterna hace aparición en un sinfín de reportes de casos clínicos. Assoun (1998) presenta un análisis del vínculo fraterno y sus implicaciones, el primer plano implica la llegada al mundo de un hermano o una hermana que sirve de incentivo a la curiosidad infantil, donde el hermano o hermana tan poco bienvenidos, darán acceso a nada

menos que el enigma sexual, el ¿de dónde vienen los niños? Y es precisamente en el sexo del otro donde va jugarse la investigación del enigma sexual. El hijo único se ve empujado al saber, lo lleva a la inteligencia, siendo el hermano el extraño que aparece de repente y que en lo sucesivo hay que contar, curiosidad y saber que van de la mano del aguijón de las pulsiones egoístas.

### 3.2 Características

Para poder hablar de la función fraterna Assoun (1998) provee un análisis donde existen tres momentos, de la prueba de la intrusión a la experiencia de la seducción hasta la pausa de la reconciliación. Todo comienza con la “mala noticia” del nacimiento de un hermano, la irritación egoísta, donde el niño reacciona con voz tonante la legitimidad de la defensa de sí mismo, el conflicto es la competencia por el amor de los padres, por la posesión común, por el espacio del dormitorio, siendo los celos el sentimiento primario hacia el hermano a tal punto que hasta Freud hace de los celos una normatividad por que se arraigan profundamente en lo inconsciente, donde el personaje fraterno es el objeto causa de ese sentimiento.

El hermano confirma que lo que está en juego es el amor materno, se vuelve testigo ocular de ese hermanito o hermanita que goza de ese cuerpo materno, que lo excluye y posiciona en el amargo goce del testigo ocular, riesgo de encerrarse en un triángulo hermano-madre-hermano si no llega intervenir el padre con su función de corte, ilustración del deseo de muerte del hermano en el sueño, siendo explícito más que nunca en la persona del hermano.

En un segundo momento la promoción del hermano como apuesta del deseo, ya no es solo una cosa, sino referente de una lógica del deseo, donde en lo sucesivo, por las buenas o por las malas, sus destinos están ligados, donde con ello nos dice Assound (1998) se hace la transición hacia la dimensión de la seducción, donde en un primer momento tiene un material experimental de investigación sobre el sexo del otro, por otra parte , en lo sucesivo tiene en espejo, de alguna

forma a la escala de su propia generación, la evidencia irrecusable e innegable de la diferencia sexual: hay hermanos y hermanas y eso inscribe la bipartición del género humano en dos mitades, más allá de la dualidad tutelar de la pareja parental por la cual la cuestión del sexo permanece metaforizada, aquella diferencia pasa a lo real.

Finalmente, la reconciliación con el hermano, sustentada en el poderío imaginal del personaje fraterno, del *imago* fraterna que proporciona en lo sucesivo un significativo hermanado de la idealización que se asienta sobre una manera particular de identificación con el otro, sin poder negar su origen que no es otro que el de la envidia originaria, evocándose una transformación y el remplazo de los celos por un sentimiento de masas, en el cuarto infantil o el salón de clases, el niño llamara “hermanos” o “hermanas” no solo a los hijos de sus verdaderos padres, sino también a los de todas las personas que tienen con él una relación de grupo parental.

En la relación fraterna intervienen diferentes personas, cada uno con características peculiares según el orden de nacimiento o edad de cada hermano. Aguilar (2014) hace referencia a estas características dependiendo de este orden de nacimiento:

1) *El hermano primogénito*. Es el hermano que usualmente vive con mayor intensidad la rivalidad (oposición entre dos o más personas que aspiran a obtener una misma cosa) con la llegada del nuevo hermano, debido a que por algún tiempo gozó de los privilegios de recibir exclusivamente las atenciones de los padres, lo cual no ocurrirá con los hermanos subsiguientes. Si no rebasa los 18 meses no será obstáculo para la creación de lazos afectivos e intereses comunes. Si la diferencia es entre 3 y 4 años habrá mayores dificultades para la adaptación del primogénito al recién nacido. Morales (1997, citado por Aguilar, 2014) agrega al respecto que al hermano primogénito se depositarán en él las exigencias y expectativas de los padres, por lo que usualmente adoptan la mayor interiorización de exigencias intelectuales, lo que los hace un modelo muy similar a las figuras parentales pues fue el modelo que recibieron.

2) *El hermano intermedio.* Usualmente se ve en la disyuntiva de elegir a un sujeto de identificación, algunos se sienten con más parecido a los mayores, mientras que otros se dejan atraer por actitudes de los menores. Por lo que la consolidación de su propia personalidad puede obstaculizarse, si la superación del modelo propuesto excede por mucho sus propias posibilidades, o si dicha superación se convierte en el único objetivo al cual el hermano intermedio se aferra. Esto podría generar rencores, envidias, celos y demás actitudes negativas que afectan la armonía familiar; se observan en su proceso de adaptación diferentes respuestas tales como: 1) Sentimiento de inferioridad, debido a su empeño en superar al hermano con el que se desea identificar, 2) Actitud de renuncia como una manera de llamar la atención con la que se manifiesta un comportamiento regresivo de impotencia, es el niño que parece no importarle nada, 3) Reacción de oposición en la que el hermano adopta una actitud negativista, de rechazo, lo que parece dar lugar a una personalidad huraña o introvertida en los contactos sociales, y 4) Reacción de compensación. El hermano intermedio analizará sus propias aptitudes para destacar en algún campo, en el que su hermano mayor sea competidor.

3) *El hermano menor.* Generalmente atrae la atención de los padres y de los hermanos mayores cuando no existe gran diferencia entre sus edades, de lo contrario el hermano menor puede sentirse aislado, en ocasiones intenta acercarse a sus hermanos mayores para ser admitido. Puede comportarse de cuatro formas principales: 1) con afán de dominio exagerado, siempre bajo cualquier motivo querrá sobresalir, ya que su impulso de rivalidad estará a flor de piel; 2) tomar una actitud defensiva en la que constantemente fracase en su empeño de luchar con el rival y se encuentre desarmado para reaccionar frente a la frustración o puede tomar una actitud defensiva en la que su conducta será de retroceso, ante el menor obstáculo huirá de toda responsabilidad. Ninguno de los dos tipos se consideran aptos para la convivencia, el primero porque desencadenará un sentimiento de inferioridad difícil de superar, y el segundo porque pretenderá vivir a expensas de los demás, con una actitud agresiva y siempre a la defensiva; 3) mayor maduración de personalidad por aprender a

través de la vida de sus hermanos; y 4) mantenerse en una actitud pasiva de comodidad, sin obligaciones y dependencia, por sentirse sobreprotegido.

### 3.3 Vínculo fraterno y desarrollo: beneficios

Las personas no crecen de manera aislada y cada momento en el que interactúan tienen contacto con diferentes personas, iniciando con los padres, los hermanos y la familia más cercana, para después rodearse de las amistades y cuando sea el momento de incursionar al sistema educativo, con otros niños y adultos. Los niños están en constante interacción que les dejará una influencia en ellos, una interacción social que sirve para el desarrollo de "capacidades lingüísticas y cognitivas y del conocimiento". Obviamente esta influencia estará determinada por las características del medio familiar, su funcionamiento y estructura.

De esta forma las relaciones fraternas tienen un rol crucial en el desarrollo de los niños, ya que proveen un escenario que promueve el desarrollo de habilidades sociales; es en este subsistema donde a través del juego, la interacción y conflictos, surgen oportunidades de aprender a compartir, auto controlarse, escuchar, negociar, demostrar lealtad o rivalidad, y expresar sentimientos cargados de afecto o agresión.

Meza (2008) describe la relación fraterna como recurso y factor de protección ante la incidencia de las pautas de comportamiento de padres negligentes y ambientes donde se viven conflictos, donde a pesar de que los padres puedan favorecer o entorpecer la fraternidad, los hermanos desarrollan un vínculo fraterno que favorece el sentido de pertenencia familiar, cuidado y apoyo emocional.

Por su parte Aguilar (2014) refiere que el papel trascendental que juega el subsistema fraterno es el desarrollo de habilidades, tanto sociales como emocionales en los individuos, Identificando como elementales algunas de las siguientes áreas:

- Resolución de tareas: En el subsistema fraterno los individuos identifican por primera vez la necesidad de trabajar en conjunto, dándose cuenta que el hacerlo les permite obtener beneficios que favorecen a todos los involucrados, entendiendo entonces que el trabajar en equipo es una herramienta que deberán utilizar a lo largo de su vida.
- Comunicación: Característica que permite ser capaz de transmitir e intercambiar ideas, conocimientos, sentimientos y experiencias a través del uso del lenguaje verbal (palabras, escritos) y no verbal (gestos, postura, tono de la voz), así dentro de las relaciones entre hermanos se va identificando la necesidad de manejar de forma congruente el lenguaje, lo que permitirá poder resolver conflictos y favorecer la expresión de ideas y sentimientos.
- Estructura: Es una de las características más importantes dentro de la familia, si bien los padres son los que se ubican en una posición de mayor jerarquía dentro del sistema familiar, en el subsistema fraterno ocurre algo similar, donde se establecerán roles y funciones particulares dependiendo del lugar de nacimiento que se ocupa.

Pensar en las influencias del vínculo fraterno para el desarrollo cognitivo infantil nos lleva a considerar las teorías generadas por Lev Vygotsky y Jerome Bruner (citados por Espinoza, 2014) teorías que enfatizan que el desarrollo cognitivo consiste en cambios cualitativos en el conocimiento infantil, cambios en el modo en que los niños piensan o hablan. Es común en sus estudios el interés por la interacción social o las influencias sociales y cómo estas permiten el desarrollo de la cognición y el lenguaje, donde la guía de este interés sustantivo nos lleva a considerar la enunciación de la zona de desarrollo próximo (ZDP), concepto con el cual Vygotsky se refería a las capacidades potenciales del niño, susceptibles de desarrollarse si éste interactuaba con niños más capaces o con adultos. Al respecto Espinoza (2014) enuncia que esta ZDP es potenciada cuando el niño entra en interacción con otros niños, inicialmente entre hermanos, donde esta interacción pueden generarse de dos formas, por una parte puede caracterizarse

como una interacción sin conflicto y otra donde existe conflicto. La primera está determinada por la participación activa y la mutua colaboración, caracterizada porque uno de los niños puede observar, guiar y controlar la tarea y el otro llevar a cabo los procedimientos de la misma, logrando un beneficio cognitivo en ambos niños . La segunda, al igual que la anterior requiere del trabajo mutuo y activo pero se diferencia porque en esta los niños integran posturas opuestas, evalúan posturas diferentes y modifican sus cogniciones existentes.

De esta manera se han generado diferentes investigaciones en relación a la influencia del vínculo fraterno y la promoción del desarrollo, reconociendo a los hermanos como factores protectores y promotores del desarrollo. Por su parte, Branje, Van Lieshout, Van Aken & Haselager (2004) encontraron que la percepción de apoyo en la relación de hermanos se encuentra asociada con la baja o nula sintomatología de problemas internalizados como la ansiedad y la depresión, así como a sintomatología externalizada como los problemas de conducta en adolescentes, aclarando que el factor protector fraterno indica un apoyo a que este tipo de sintomatologías no se reporten como graves, ayudando a la atención psicológica.

### 3.3 Vínculo fraterno y duelo

En las últimas décadas las relaciones entre hermanos se han constituido en objeto de interés de los teóricos del desarrollo que estudian las relaciones afectivas en el contexto familiar, donde diversas perspectivas teóricas han abordado el problema de la influencia del contexto familiar en el establecimiento de las relaciones entre hermanos. Algunas de ellas, como la teoría sistémica sugieren que la percepción que tienen los hijos de la relación con sus padres y los patrones de relación que se aprenden en la familia se constituyen en influencias determinantes sobre la manera como los hijos se desempeñan en diferentes contextos sociales y en su nivel de ajuste psicológico (Ladd, 2005).

Autores como Reese-Weber (2000) sugieren que relaciones de padres e hijos caracterizados por altos niveles de aceptación, cercanía y calidez están asociadas con relaciones positivas entre los hermanos, describiendo además que las estrategias de resolución de problemas en familias con estas características son más efectivas propiciando el apoyo para resolver situaciones como el duelo. Por su parte diversos autores (Arranz, Olabarrieta, Yenes y Martín, 2001; Olivia y Arranz, 2005) han planteado que los adolescentes que perciben las relaciones con sus hermanos como positivas y cálidas, presentan mayores niveles de ajuste psicológico, en particular generado por la percepción de calidez e intimidad entre hermanos que está significativamente asociada al tipo de interacciones que ocurren entre ellos durante la niñez y la preadolescencia, agregando que estas relaciones cercanas de apoyo se reconocen como factores protectores durante toda la vida, como al experimentar pérdidas, ayudando a generar procesos normativos de duelo.

Como ya se ha revisado anteriormente, entenderemos que la pérdida de un miembro de la familia exige una reorganización del sistema familiar, para adaptarse a la nueva situación. La pérdida de un miembro de la familia como mencionan Espina, Gago y Mar (2008) es un fenómeno social que implica a todos los miembros de la familia, por una parte la pérdida de un hijo es difícilmente elaborable ya que se desestructuran las expectativas y proyección en el futuro de los padres, generando aumento de divorcios en los padres que han perdido a un hijo pequeño, además existen diferentes reacciones asociadas a los roles sociales atribuidos al hombre y la mujer, según los cuales el hombre tiene que ser instrumental y no expresar sus emociones y la mujer ser expresiva haciéndose cargo de las emociones; de manera que el hombre puede reaccionar volcándose en el trabajo, cerrándose en sí mismo y la mujer mostrando estados de depresión y pena.

De esta forma ante una pérdida de un hijo es importante ayudar a elaborar el duelo a los hermanos y no desatender sus necesidades, en algunos casos es frecuente que los padres tengan otro hijo para cubrir el vacío dejado por el muerto,

esto puede ayudar a los padres pero puede originar problemas en el nuevo hijo si es un sustituto del muerto y no puede desarrollar su propia identidad. En otros casos es frecuente que la familia estreche sus lazos a gran magnitud dificultando la individuación de sus miembros, o generando secretos familiares como intentos de evitar la culpa y el dolor de la pérdida, generando imposibilidad a sus miembros de verbalizar y resignificar la pérdida.

## CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DEL TRABAJO CLÍNICO

### 4.1 Objetivo general.

Describir y analizar, a partir de un estudio de caso, los efectos de la intervención psicoterapéutica fraterna ante el duelo por pérdida de uno de los padres, por suicidio, desde el enfoque de la psicoterapia integrativa.

### 4.2 Objetivos específicos.

- Fundamentar, teórica y empíricamente la elaboración del duelo infantil a través de la psicoterapia fraterna con enfoque integrativo.
- Describir el motivo de consulta y el establecimiento del encuadre terapéutico.
- Describir la formulación del caso clínico en función de la integración de estudios psicológicos.
- Análisis del proceso intervención psicoterapéutica, en cuanto al alcance de los focos de intervención planteados, sus limitaciones y sugerencias.
- Analizar las habilidades profesionales desarrolladas durante la formación en la Residencia en Psicoterapia Infantil.

### 4.3 Tipo de estudio: Estudio de caso.

El presente caso se realizó desde una metodología cualitativa, caracterizada por entender y ahondar en los fenómenos, estudiándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto, siendo este enfoque útil para comprender la perspectiva de los participantes, profundizando

en sus experiencias, perspectivas, opiniones así como en sus significados. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El tipo de diseño corresponde al tipo Estudio de Caso, donde se llevó a cabo un proceso de investigación cualitativa, analizando a profundidad una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y/o desarrollar alguna teoría. Entre las ventajas reportadas de los estudios de caso se encuentran que los datos del estudio de casos proceden de las prácticas y experiencias de las personas y se consideran fuertemente basados en la realidad, permitiendo explorar significados e interpretaciones alternativas contribuyendo a cambiar, aumentar o corroborar la eficacia de las intervenciones clínicas.

#### *4.4 Escenario y materiales.*

El Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (CCMG) es una instancia dependiente de la Facultad de Psicología, que ofrece sus servicios psicológicos a la comunidad; así también, es un espacio destinado a generar experiencia a los estudiantes de psicología mediante diferentes programas de profesionalización, residencias de maestría y Servicio Social. Los objetivos del CCMG están orientados en dos ejes, la profesionalización de los estudiantes de la Facultad de Psicología y el servicio comunitario; en el cual, desde una perspectiva psicosocial se desarrollan actividades de promoción de la salud mental e intervención desde diversas áreas de la psicología.

Su misión consiste en brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde una perspectiva psicosocial. De esta forma, su visión está centrada en brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde una perspectiva psicosocial, basados en valores de respeto, profesionalismo, responsabilidad y

sensibilidad como un criterio rector que garantice en todo momento el bienestar de aquellos que requieran de sus servicios.

Durante la formación en la residencia en psicoterapia infantil se asignó para el trabajo un cubilo, de aproximadamente 3.5 m a 2.5 m, el cual estaba acondicionado con dos sillas de preescolar, una silla de escritorio, pizarrón blanco. Se utilizaba iluminación natural por la hora de atención (13 hrs). Referente a los materiales se utilizaron juguetes propuestos por las clasificaciones de West (2000) y Van Fleet, Sywulak y Caparosa (2010) a continuación se presenta las categorías y juguetes empleados:

1. De cuidado/ juguetes de la familia: los materiales utilizados fueron casita con muebles, familia de muñecos, familia títeres, juego de té, maletín médico.
2. Juguetes de agresión/miedo: soldados miniatura, luchadores, carritos, títeres de dinosaurios, muñecos súper héroes y villanos.
3. Juguetes creativo/expresivo: cartulinas, colores, pinturas, plastilinas, gises, plumones, listones.
4. Juguetes de construcción/ dominio: bloques de madera, rompecabezas, kit de herramientas, bloques de construcción.

Los materiales eran dispuestos por categorías en una mesa rectangular donde elegían de manera libre los juguetes a ocupar, así mismo al término de las sesiones se invitaba al niño a regresarlos a su lugar, con el objetivo que los pacientes pudieran contar con una estructura y rutina en el espacio terapéutico, generando un sentimiento de seguridad y constancia.

#### 4.5 Procedimiento.

Dentro del procedimiento se pueden ubicar de manera general los siguientes momentos:

- 1) Revisión del expediente con el objetivo de identificar que el expediente tiene los formatos requeridos (ficha de admisión, Consentimiento informado, estudio socio-económico, evaluación diagnóstica, reporte de sesiones, etcétera) así como una revisión de las pruebas aplicadas, entrevistas y anotaciones referentes al caso.
- 2) Contacto con los consultantes: se realiza una llamada con el objetivo de establecer una fecha para entrevista con los cuidadores y saber si aún requieren el servicio.
- 3) Entrevista con los cuidadores: se realiza una entrevista para actualizar el motivo de consulta, así como para profundizar en información que hiciera falta en el expediente, se establece el encuadre terapéutico y se refiere la importancia de la coparticipación de los padres en el trabajo terapéutico. Se les comunicó los lineamientos referentes al centro comunitario y sus servicios, el horario asignado para su atención y la duración de 45 minutos, el número de inasistencias para dar su servicio de baja (3 faltas injustificadas consecutivas), firmando el formato de consentimiento informado sobre el adecuado manejo de los datos y estableciendo el pago para el centro mediante el formato de estudio socioeconómico. Referente a las reglas internas del espacio terapéutico se retomó la propuesta de la terapia centrada en el niño del principio descrito por Axline (2005) como el valor de las limitaciones, donde el terapeuta sólo establece aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño su responsabilidad en la relación. Al comienzo de las sesiones se habló sobre las reglas básicas dentro del espacio, sobre el cuidado del cuerpo, lo cual implicaba no lastimarse a sí

mismo ni al terapeuta, el cuidado de los materiales, que hacía referencia a no dañar deliberadamente los juguetes y materiales del cuarto de juego y sobre el cuidado del espacio, que implicaba el cuidar el consultorio.

- 4) Primera sesión con el niño: se conoce al menor y se establece el encuadre terapéutico con el niño, se explora el motivo de consulta del menor.
- 5) Evaluación: Planeación de la evaluación respecto al motivo de consulta de los consultantes. Inicia el proceso de evaluación. Se elabora la integración de los estudios psicológicos y formulación de caso clínico.
- 6) Intervención: Se realizan una propuestas de intervención y se revisa con los consultantes para acordar la intervención. Se revisan los focos de intervención convenidos y los avances en el proceso terapéutico con los consultantes. Se propone cierre terapéutico y sesiones de seguimiento. Durante este proceso general se realizan supervisiones del caso en las modalidades antes descritas, además se realizan sesiones de retroalimentación con los cuidadores respecto a los síntomas y los cambios reportados por el menor así como los focos de intervención que aún no se han logrado.

El procedimiento comenzó con la solicitud de asignación de un caso, siguiendo los procedimientos del centro se envió un correo al área de servicio social y jefatura, respondiendo mediante un correo la asignación de un número de expediente que correspondía a un menor, posteriormente se realizó la revisión del expediente que contenía entrevistas iniciales sobre la exploración de motivo de consulta. Siguiendo el procedimiento se estableció contacto con el responsable del niño asignado para acordar una sesión de entrevista, donde se realizó el encuadre terapéutico, actualización de datos y el motivo de consulta. Durante esta sesión de encuadre terapéutico con el padre menciona que tiene otra hija con un motivo de consulta relacionado a la misma situación que su hijo, ante esta situación se

analiza el caso en el espacio de supervisión donde se sugiere realizar el proceso de asignación del caso para realizar el procedimiento de evaluación.

Respecto a los espacios de Supervisión estos forman parte de la formación dentro de la Residencia, los casos son supervisados en tres modalidades; por una parte se realizan supervisiones grupales dentro del centro comunitario; otro es el espacio asignado para la supervisión por parte de la tutora y finalmente dentro de las clases teóricas donde se proporcionan espacios para exponer los casos y recibir retroalimentación al respecto. El objetivo general de estas supervisiones reside en realizar supervisión clínica, donde se comentan, revisan, analizan y sugieren elementos teórico-prácticos en relación con la evaluación, diagnóstico, intervención terapéutica y seguimiento del caso.

El proceso terapéutico se realizó en un total de veinticinco sesiones de las cuales nueve fueron de evaluación en modalidad individual, dieciséis de intervención de las cuales tres sesiones fueron de juego familiar, tres sesiones psicoeducativas con el padre y diez sesiones en modalidad fraterna.

Las sesiones de juego familiar tuvieron como objetivo el comprender la estructura, dinámica familiar e identificación de fortalezas, así como exploración actual del duelo por Pérdida de la madre. Además se logró intervenir en la mejora en la comunicación familiar, delimitación de roles, generar espacios de convivencia familiar logrando fortalecer la relación. El trabajo con modalidad fraterno, se utilizó como un recurso en la elaboración del duelo, identificándose durante el juego como una fortaleza de apoyo, comunicación y realización de las tareas del duelo.

Las primeras sesiones tuvieron como objetivo realizar la entrevista inicial, conocer el motivo de consulta de los menores y establecer la alianza terapéutica. Posteriormente, se realizó una evaluación con el fin de valorar el desarrollo psicológico del niño, a través de una batería de pruebas psicométricas y de técnicas grafo proyectivas. A partir de los resultados obtenidos en esta, se llevó a

cabo la integración y conceptualización del caso clínico y se diseñó una propuesta de intervención. Las sesiones se llevaron a cabo de manera semanal con una duración de aproximadamente 50 minutos.

## CAPITULO V. EL PROCESO TERAPÉUTICO

### 5.1 Presentación del caso

Para la presentación del caso se utilizaran los nombres “Zamy” y “Leo” a fin de proteger la privacidad de los menores de edad y su familia, asegurando la confidencialidad de sus datos. El proceso de evaluación y sesiones de primeras entrevistas se llevaron a cabo de manera individual y sesiones de juego familiar, siendo el proceso de intervención el que se llevó a cabo mediante la modalidad fraterna.

#### 5.1.1 Descripción clínica de los menores

Al iniciar la intervención psicológica, Leo es un niño de 7 años 1 mes, quien mostró interés por el espacio psicoterapéutico y curiosidad por los juguetes, permaneciendo callado y a la expectativa de lo que se dice, con un tono de voz de moderada a elevada, lenguaje fluido y claro, y vocabulario adecuado a su edad cronológica. Se presentaba en condiciones de aliño e higiene personal adecuadas, su edad cronológica era correspondiente a su edad aparente, de complexión delgada, tez blanca, alto, cabello negro lacio, presenta marcas en su boca debido a que se muerde los labios (dermatodaxia), de lateralidad diestra y un pensamiento adecuado a su edad cronológica. En las primeras sesiones de juego diagnóstico prefería utilizar juguetes de las categorías agresión/miedo, como luchadores “héroes” y “villanos”, donde las principales temáticas referían luchas de poder y control de otros.

Zamy es una niña de 8 años 6 meses, llega con una actitud inicial de interés y curiosidad por los juguetes dispuestos en la mesa de juego, su tono de voz era de moderada a elevada con lenguaje fluido y claro, un vocabulario normo evolutivo, con condiciones de aliño e higiene personal adecuadas, físicamente es de

complexión delgada, tez blanca, cabello negro lacio, con lateralidad diestra y un pensamiento adecuado a su edad cronológica. Se notaban lesiones en sus uñas de ambas manos (onicofagia). En las primeras sesiones de juego diagnóstico prefirió utilizar juguetes de categorías de cuidado/familia, siendo la casita uno de los juegos más recurrentes cuya temática central es la familia completa e incompleta. Durante estas primeras sesiones se observa pendiente de su hermano mirándolo constantemente e indicándole tener cuidado. Ambos presentan juego en paralelo.

#### 5.1.2 Motivos de consulta

Se utiliza una hoja membretada con la leyenda “mi problema es...” donde se les da la instrucción de dibujar el motivo por el cual asisten, enfatizando si hay algo que les gustaría cambiar, Leo y Zamy sonríen, ya que la tarea parece gustarles. Comienza Leo verbalizando que quiere ya no morderse los labios y hablar sobre su mamá, en la hoja plasma su nombre y escribe su motivo, por su parte Zamy dice que desea hablar sobre su familia y no morderse las uñas, escribe en la hoja solo su nombre. Por su parte el padre refiere en una sesión individual, querer saber cómo hablar sobre la muerte de su esposa cuando ellos eran pequeños (3 y 2 años) y ayudarlos en su sintomatología ansiosa de onicofagia (Zamy) y dermatodaxia (Leo).

#### 5.1.3 Genograma: estructura, dinámica e historia familiar

El padre describió que su familia vive en un departamento propio, la familia está conformada por el padre, Zamy y Leo, pasan la noche y los fines de semana en casa, por la mañana es su tía quien los lleva al colegio donde van sus primos, la tía los pasa a recoger a escuela y los lleva a su casa que está a 20 minutos de la propia, comen con su tía y primos, el padre de Zamy y Leo llega a comer con ellos, al terminar tienden a ver televisión, platican de cómo les fue en la escuela y se ponen a hacer la tarea ayudados por su padre y tía. Cuando es de noche van a

su departamento y cenan, ven un poco de televisión con su padre y duermen, cada uno tiene su cuarto. El padre describe que los fines de semana se dedican a quehaceres de la casa como lavar ropa, trastes, etcétera. Hay fines de semana que salen a pasear, compran películas y salen a jugar al parque.

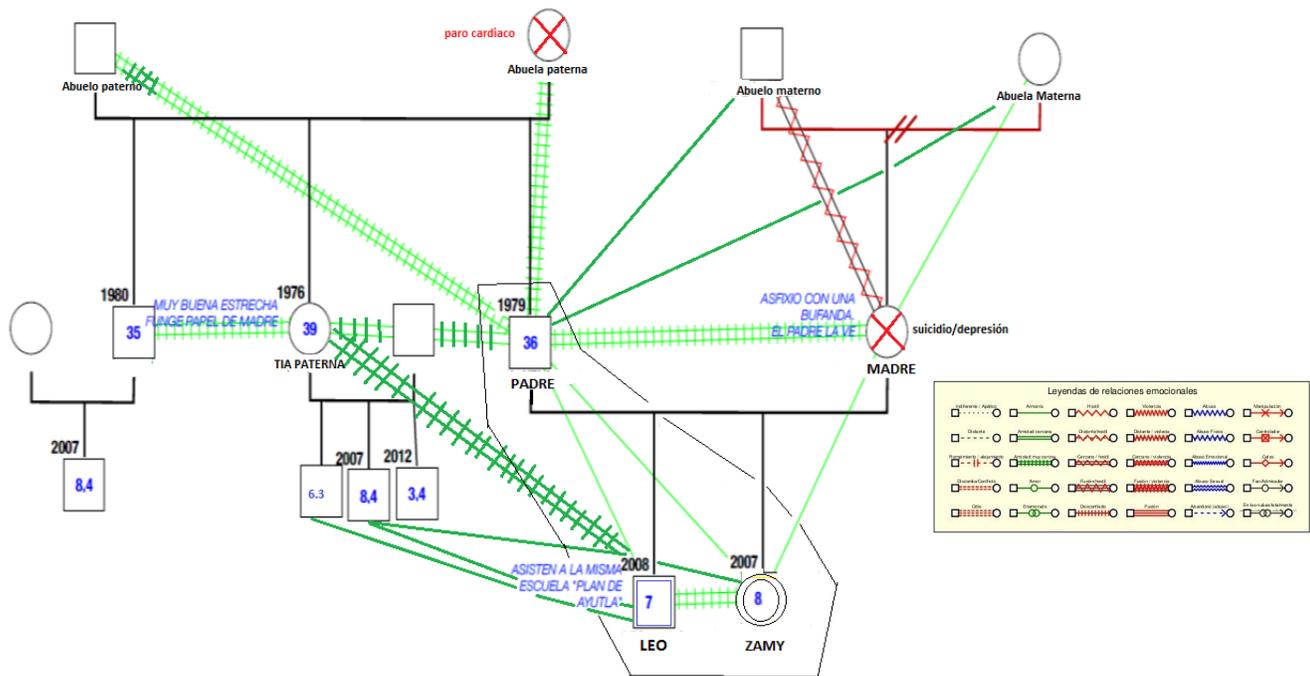


Figura 1. Genograma de 3 generaciones Familia de Zamy y Leo

El padre narra que conoció a su esposa cuando tenía 25 años y ella 24, en una fiesta de la comunidad, y se hicieron novios, refiere recordar que fueron momentos muy felices ya que él necesitaba motivación para hacer algo en su vida, comenzó a trabajar en una empresa de aires acondicionados y al tiempo logró subir de puesto debido a su empeño y dedicación en el trabajo. Al paso de 2 años de relación, se enteró que su esposa estaba embarazada y decidieron casarse, ante esto la familia de él los apoyó económicamente, él tenía dinero ahorrado y comenzó a viajar debido al ascenso en su trabajo, se le permitió la adquisición de una casa y comenzó a pagarla, mencionó que durante este embarazo notó que su esposa estaba con ánimo decaído pero no se hizo nada, asociaba este estado al

embarazo. Menciona que para el segundo embarazo donde tienen a Leo, las condiciones mejoraron él tenía una estabilidad económica mayor pero se ausentaba por viajes, por periodos más largos (semanas) sentía que aunque cubría los aspectos económicos de su familia le faltaba estar más en casa.

El hecho que marco su vida fue el suicidio de su esposa, describe que fue horrible, él estaba jugando con Zamy en la sala, ella tenía 2 años 7 meses aproximadamente, y su esposa fue a acostar a Leo a su cama de 1 año 4 meses, describe que él sintió una sensación extraña en su estómago, después de un tiempo que no vio regresar a su esposa fue a ver que sucedía y la encontró ahorcada con una bufanda, dice que el impacto fue mucho e inmediatamente la desamarró pero al tomar sus signos vitales ya estaba muerta, llamo a la ambulancia y confirmaron la muerte, y este fue el comienzo de una “pesadilla” como él lo describe, a sus hijos se los llevó su hermana a su casa ya que él fue detenido, pasando casi dos meses en investigación, menciona que se sentía confundido, desesperado y que finalmente dictaminan que podía quedar en libertad, le dieron la explicación de que su esposa padecía depresión y este fue el motivo del suicidio, él recibe dos sesiones de terapia por parte de un psicólogo, pero refiere que tardo mucho tiempo en elaborar la situación (casi un año) el regresar a su casa fue imposible como él lo describe, por lo que vendió esa casa y compro un departamento pequeño y fue un periodo donde sus hijos vivieron con su hermana y él trataba de estar lo más posible con ellos, retomó su trabajo y sus viajes. Cuando fueron creciendo sus hijos estableció la dinámica actual donde pasan tiempo en casa de su hermana y las noches y fines de semana en la suya.

Ante este suceso, menciona que entendió que él no fue culpable de la situación y que su esposa estaba enferma de depresión, cuando Zamy comenzó a preguntar por su mamá él decía que ella había muerto y estaba en el cielo, menciona que él creyó que lo superarían ya que él experimentó la muerte de su madre a la edad de 8 años y que su hermana se hizo cargo de él.

Se observan relaciones cercanas y de gran afecto de Zamy y Leo con su tía, se llevan bien con sus primos aunque refiere Leo “a veces nos peleamos”, el padre

refiere relaciones de cercanía y afecto con su hermana y hermano, de los que percibe apoyo. Por su parte Leo y Yamile mencionan que ven a su abuela materna y que les gusta convivir con ella aunque la ven poco, generalmente los fines de semana.

Eventos significativos:

- Muerte de la abuela paterna.

El padre refiere que cuando él era pequeño (8 años aproximadamente) su madre muere de un problema del corazón, hecho que cambia la dinámica familiar siendo su hermana quien se hace cargo de él, ya que su padre pasaba mucho tiempo en su trabajo. El padre de Zamy y Leo verbaliza que no se habló sobre la muerte de su madre y a pesar que él se sentía triste y angustiado decidieron evitar hablar del tema “si no se habla no existe y todo está bien” (Sic.) ante esto menciona que si él pudo superar la situación sus hijos también lo harán.

- Muerte de la madre.

La muerte de la madre es un tema que provocó cambios importantes en la dinámica familiar, Leo y Zamy pasaron al cuidado temporal de la tía paterna, el padre vendió la casa donde ocurrió el suicidio, al año compró una nueva casa donde actualmente viven.

En cuanto a la relación conyugal el padre refiere que él y su esposa no eran tan expresivos, pero lograban comunicarse bien, llegaban a acuerdos respecto a la toma de decisiones. Refiere que se relacionaba de manera cercana y amistosa, menciona que le hubiese gustado ser “más expresivo y atento en relación a sus emociones” (Sic.)

Se observaron prácticas parentales de control conductual caracterizadas por reglas y límites claros, hábitos establecidos para comer, tareas y tiempo de convivencia familiar; el padre refiere no utilizar castigos físicos sino premios como

juguetes o salidas familiares para controlar la conducta de sus hijos, complementa diciendo "...he logrado apoyar a mis hijos hablando con ellos y escuchándolos...el reír y estar con ellos puede más que un golpe...mejor un abrazo..." (Sic.)

La relación fraterna es reconocida como una fortaleza, describe el padre de Leo y Zamy una relación de confianza y apoyo mutuo, se describen como "hermanos amigos" (Sic.) dicen que no siempre fue así pero aunque a veces se peleaban descubrieron que podían ayudarse mutuamente y compartir (Sic.) Se les observa en el espacio terapéutico diferenciarse, aunque Zamy presenta relaciones de dependencia ansiosa al estar constantemente pendiente de su hermano y padre, preocupada de lo que pudiera pasarles, en el contexto escolar los maestros refieren que esta situación se presenta cuando Leo incurre en alguna travesura y es regañado, "Zamy lo regaña como si fuera su madre" (Sic.).

En su contexto social se reconoce a la tía paterna como una figura de apoyo para la familia de Leo y Zamy, encargándose de ir por ellos a la escuela, participando activamente en el establecimiento de reglas o decisiones respecto a su educación. El padre la reconoce como una hermana/madre que cumplió funciones de cuidado y apoyo cuando su madre murió, "la veo como mi hermana/madre..." (Sic.) Respecto a Leo se encontró que en diversas ocasiones se muestra ansioso mordiendo los labios cuando está en situaciones donde su tía gratifica a sus hijos (primos de Zamy y Leo), como ejemplo cumpleaños, vacaciones, tiempo de esparcimiento, etcétera. Por su parte Zamy logra diferenciar el rol y función de su tía como apoyo para ella y su hermano, considerándola cercana, "Mi tía tiene su familia, ella nos apoya cuando lo necesitamos pero no vive con nosotros..." (Sic.)

#### 5.1.4 Historia de desarrollo

Menciona el padre que Zamy no fue planeada pero si deseada, cuando él se enteró del futuro nacimiento, lo comento a su hermana quien le apoyo económicamente y moralmente, ya que le acompaño a hablar con la familia de la madre de Zamy y Leo, para que pudieran casarse. Durante este periodo mencionó

que ella fue a revisiones a un consultorio familiar, reportando que el embarazo fue normal. La madre comenzó a comprar ropa y se le veía feliz ( el padre refiere verla tranquila y sonriente), cuando se enteraron que era niña ambos se pusieron muy felices. Cumplidos los nueve meses, durante una revisión de rutina se quedó internada en el hospital, pues comenzó la labor de parto. En relación a sus antecedentes peri-post natales, el padre refiere que durante el embarazo no se presentaron complicaciones, durante el parto él estuvo presente y refiere que no recuerda la valoración del Tamiz o el Apgar pero dice que el doctor no refirió dificultades. Peso 3200 gramos, y comenzó su ingesta de leche materna de manera normativa, tenía un tono muscular adecuado, su desarrollo motriz se dio con normalidad, su primera palabra fue “eche, mam” aludiendo a leche y mamá, uso poco tiempo el biberón, logró su control de esfínteres a los dos años aproximadamente, era una niña que se enfermaba de la garganta comúnmente pero al ir creciendo disminuyó, no presentó accidentes o enfermedades graves. Su alimentación fue adecuada sin problemas de sueño, logro el *control de esfínteres a los dos años*, siendo el padre quien le enseñó, mediante reforzadores y juegos. Tuvo un desarrollo motor y de lenguaje normo evolutivo. La escuela describe un desempeño escolar excelente (9.5).

Por su parte referente a Leo, el padre refiere que no fue planeado pero si deseado, cuando se enteró fue diferente que con Zamy, debido a que ya tenían donde vivir y experiencia con su primer hija, pero dice que cuando supieron que sería niño él se emocionó mucho ya que imaginaba poder jugar futbol con él, en general hacer muchas cosas de “hombres”. Su esposa comenzó a ir a revisiones al médico y refirieron que tenía que comer mejor ya que estaba baja de peso, le dieron vitaminas, durante este tiempo menciona que el comenzó a viajar pero encargó a su hermana que cuidara a su esposa. Menciona que su esposa comenzó a arreglar un cuarto para sus hijos y a comprar ropa. Durante una noche su esposa comenzó a sentirse mal y fueron a urgencias y entro en labor de parto, fue atendida, dice que ya esperaban que naciera ya que faltaban días para la fecha probable de nacimiento. En relación a sus antecedentes pre-peri-post natales el padre refiere que durante el embarazo no se presentaron

complicaciones, él estaba presente y refiere que no recuerda la valoración del Tamiz o el Apgar pero dice que el doctor no refirió dificultades, peso 2900 gramos, pasaron un día en el hospital y fueron a casa. Describe que Leo fue un niño poco enfermizo, siendo sus primeras palabras “agua, leche, si y no”, refiere que le costó trabajo el control de esfínteres, ya que fue hasta los casi 3 años que lo logró; tras la muerte de su madre la adaptación al cuidado de su tía fue gradual, mencionan que al inicio estaba muy sensible y lloraba mucho, dejó el biberón rápido mencionan que al ver a su hermana él la imitaba y deseaba beber en vaso, así otras situaciones como entrar a la escuela, hacer tarea etcétera. Tuvo un desarrollo motriz normativo, reportan que en la escuela ha presentado un desempeño escolar bueno, la maestra lo describe como sociable y con aptitudes de liderazgo. Referente a su Historia médica, el padre menciona que se enfermaba de la garganta pero fue mejorando esta situación, su alimentación es buena, sueño normativo. Presenta un desarrollo motor y de lenguaje normo evolutivo.

#### 5.1.5 Integración de estudios psicológicos

En referencia a los motivos de consulta se procedió a realizar una evaluación psicológica con los siguientes objetivos:

- 1) Explorar el desarrollo socio-afectivo, cognitivo y psicomotriz de los menores.
- 2) Realizar la integración de los resultados del estudio psicológico.
- 3) Realizar la formulación del caso, formulando hipótesis y focos de intervención.
- 4) Realizar una propuesta de intervención.

El periodo de evaluación consistió en 9 sesiones y la aplicación de las siguientes pruebas:

- **Entrevista semiestructurada** Sattler (2008)
- **Entrevista con el niño** Cornejo (1996)
- **DFH** Koppitz (1968)
- **“Cuestionario de Temperamento”** Tomas & Chess (1977)
- **Juego diagnostico** Chazan (2005)
- **Test Gestáltico Visomotor** (Bender, 2005)
- **Persona bajo la lluvia** Querol & Chavez (2004)
- **Escala de prácticas parentales de Andrade y Betancourt (2008)**
- **Escala infantil de estrés** de Lucio, Duran y Heredia (2013)
- **Escala infantil de afrontamiento** de Lucio (2005)
- Registro **análisis de la conducta** (ABC)

Resultados de evaluación psicológica

Zamy

**Área Perceptomotora:** En la prueba del Test Gestáltico Visomotor de Bender desde el sistema de puntuación de Koppitz (1968) Zamy presenta un puntaje de 4 en errores mostrando que su nivel de madurez Perceptomotora equivale a una edad de 8-0 a 8-5 años, con media de 4.7 y desviación estándar de 3.34,

realizando la prueba en 6 minutos. Se encontraron indicadores emocionales de figuras de tamaño pequeño asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez. Se concluye que Zamy se encuentra en un nivel superior en relación con lo esperado con su edad (7 años 3 meses en momento de la aplicación) en el desarrollo perceptual viso-motriz, no hay indicadores de lesión cerebral, encontrándose indicadores emocionales relacionados con ansiedad.

**Área cognitiva:** Zamy presenta un desarrollo cognitivo normo evolutivo, con lenguaje fluido y claro, tono de voz de moderada a elevada, con un vocabulario amplio, observándose un pensamiento concreto. La maestra de Zamy refiere un desempeño escolar bueno con un promedio de 9.4, sobresaliendo en las materias de español e historia.

**Área socioafectiva:** Resultado de las pruebas grafoproyectivas aplicadas se encontraron indicadores de ansiedad, percibiéndose a sí misma de manera integrada y realista con una autoestima adecuada, percibiendo un ambiente familiar nutricional y estable. Reporta bajo estrés sin riesgo psicológico, así como un estilo de afrontamiento de evitación, evasión de la Pérdida temprana, dificultándose la identificación, comunicación y regulación de emociones principalmente de carga negativa como la tristeza. Se presenta onicofagia como síntoma ansioso.

**Temperamento:** Presenta un temperamento con ritmo biológico predecible, humor alegre, sensibilidad media a los estímulos externos, capacidad de adaptación a nuevas situaciones, nivel de actividad alto, atención adecuada.

**Psicofisiológico:** El padre reporta una buena alimentación, buen apetito, sueño normativo, logra identificar y regula el estrés de manera adecuada.

**Conductual:** Se realizó un análisis de la conducta respecto a las situaciones donde se presentaba el síntoma ansioso de onicofagia, el padre reporta que Zamy se muerde las uñas cuando se encuentra preocupada por la conducta de Leo, presentando ideas irracionales de catastrofismo caracterizadas por pensar que Leo pudiera hacerse daño por hacer travesuras, cuando el padre sale de viaje, Zamy verbaliza estar preocupada porque le suceda algún accidente, no se reportan cambios fisiológicos como sudoración, ritmo cardíaco o respiratorio. Ante estas situaciones el padre ha tratado de solucionar esta situación hablando con Zamy, además han implementado una serie de estrategias, cuando el padre tiene que salir de viaje habla con ella por celular 2 veces por día solucionando parcialmente la ansiedad de Zamy ya que ella verbaliza querer hablar frecuente con él durante estos viajes.

**Duelo complicado:** En un sentido formal, no existen instrumentos estandarizados para la evaluación del duelo infantil en niños mexicanos, sin embargo esto no significa por ello no se hayan realizado esfuerzos por investigar el duelo en niños, ante esto se realizó la revisión teórica al respecto del duelo complicado en niños, su sintomatología, indicadores, así como factores de riesgo (Lacasta y García, 2007; Tizón, 2004; Mazaira y Gago, 1999; Barreto y Soler, 2007; Tizón, 2004) encontrándose en Zamy indicadores relacionados con la dificultad de verbalizar la Pérdida de la madre, preocupación por el padre sobreviviente, la onicofagia como síntoma ansioso e ideas irracionales de catastrofismo referente a su padre y hermano.

**Fortalezas:** Zamy es una niña que reconoce como fortalezas su desempeño académico, mostrando un amplio bagaje cultural y capacidad de reflexión, sobresaliendo en tareas narrativas.

Leo

**Área Perceptomotora:** En la prueba del Test Gestáltico Visomotor de Bender desde el sistema de puntuación de Koppitz (1968) Zamy presenta un puntaje de 5 errores mostrando que su nivel de madurez Perceptomotora equivale a una edad de 7-6 a 7-11 años, con media de 8.4 y desviación estándar de 4.12, realizando la prueba en 7 minutos. Se encontraron indicadores emocionales de figuras de tamaño pequeño asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez, repaso del dibujo o de los trazos que se asocia con impulsividad y agresividad. Se concluye que Leo se encuentra en un nivel de maduración visomotora superior en relación con lo esperado con su edad (6 años 4 meses) en el desarrollo perceptual viso-motriz, no hay indicadores de lesión cerebral, encontrándose indicadores emocionales relacionados con ansiedad y control de impulsos.

**Área cognitiva:** Leo presenta un desarrollo cognitivo normo evolutivo, con lenguaje fluido y claro, tono de voz de elevada, con un vocabulario adecuado a su edad, observándose un pensamiento concreto. La maestra de Leo refiere un desempeño escolar bueno con un promedio de 8, sobresaliendo en tareas que requieren hacer equipos donde usualmente es líder.

**Área socioafectiva:** Resultado de las pruebas grafo proyectivas aplicadas se encontraron indicadores de ansiedad, percibiéndose a sí mismo de manera integrada y realista con una autoestima adecuada, percibiendo un ambiente familiar nutritivo y estable. Reporta bajo estrés sin riesgo psicológico, así como estilo de afrontamiento indirecto con estrategias de evitación, dificultándose la identificación, comunicación y regulación de emociones principalmente de carga negativa como la tristeza. Se presenta dermatodaxia como síntoma ansioso. La angustia se relacionada con la expresión de la pérdida temprana y con la no verbalización dinámicas familiares, las funciones y roles de la tía-madre.

Identificación con el padre de aspectos negativos ante la pérdida y la salud relacionados con estilo evitativo y supresión de emociones como la tristeza.

**Temperamento:** Presenta un ritmo biológico poco predecible, con humor alegre, sensibilidad media a los estímulos externos, con capacidad de adaptación a nuevas situaciones, nivel de actividad alto, atención adecuada a las actividades que está realizando.

**Psicofisiológico:** Presenta una alimentación adecuada con buen apetito, sin alteraciones en el sueño, y una regulación adecuada estrés.

**Conductual:** Se realizó un análisis de las conductas respecto a las situaciones donde se presentaba el síntoma ansioso de dermatodaxia. Reportándose que Leo se muestra ansioso en situaciones donde la tía paterna gratifica a sus hijos como en fiestas familiares o cumpleaños, además el padre lo observa morderse los labios cuando se habla sobre temas de la muerte o su madre, mostrando dificultad para hablar de ella promovido por la censura y dificultad que el mismo padre hace respecto a estos temas. El padre reporta tratar de hablar con él pero no sabe cómo y ha preferido omitir el tema basado en la idea de “si no se habla no existe”.

**Duelo complicado:** Se realizó una revisión teórica al respecto del duelo complicado en niños, su sintomatología, indicadores, así como factores de riesgo (Lacasta y García, 2007; Tizón, 2004; Mazaira y Gago, 1999; Barreto y Soler, 2007) encontrándose en Leo indicadores relacionados con la dificultad de verbalizar la y contactar con las emociones relacionadas con la pérdida de la madre, así como estilo de afrontamiento evitación relacionado con la evasión de la Pérdida temprana y sintomatología ansiosa.

**Fortalezas:** Leo es un niño que logra establecer relaciones de cercanía y afecto hecho que lo ha llevado a generar redes de apoyo en su familia así como en amigos de escuela y vecinos, desarrollando habilidades sociales de liderazgo y

trabajo en equipo; se destaca en actividades deportivas. Reconoce que su familia es lo más importante para él siendo su hermana una relación importante y significativa en su vida, de la cual percibe apoyo y confianza.

#### 5.1.6 Formulación de caso clínico.

Se realizaron las siguientes preguntas clínicas en referencia a los resultados obtenidos de la evaluación:

- ¿Qué están comunicando los síntomas?
- ¿Cómo influye la pérdida temprana de la madre, proceso de duelo complicado en los síntomas ansiosos?
- ¿Cómo influye la dinámica e historia familiar ante el afrontamiento de experiencias de pérdidas?

El primer reto de todo psicoterapeuta consiste en realizar un diagnóstico con el fin de conocer el mundo interno del niño pero además es menester del psicoterapeuta evaluar su relación con sus padres, hermanos, en si la relación familiar completa y aún más justificado cuando hablamos del duelo de uno de los padres, reconociendo que existen variables asociadas al contexto social. En el caso de Zamy y Leo, en las primeras sesiones que fueron evaluados de manera individual me fue sorprendente ver que ambos se mostraban como niños alegres que disfrutaban del juego, compartían experiencias de su día a día sin ningún problema aparente, y también era de sorprender (en mi idea irracional generalizada e infundada) que ante un número anterior de casos donde los hermanos presentaban dificultades en su relación y cuyo foco de intervención se planteaba el trabajo de mejorar la interacción, Zamy y Leo por el contrario se mostraban cercanos, disfrutaban del juego fraterno, su interacción consistía en intercambios afectivos, llenos de risas y complicidad. El padre en el juego familiar se mostraba contento y con mucha familiaridad debido a que tenía el hábito de jugar con sus

hijos en casa, su nivel de disfrute era alto y se comunicaba con sus hijos de manera cercana y afectiva, era un padre que cuidaba de ellos. ¿Pero los síntomas que estaban comunicando? Así como para mí fue visualmente evidente la ansiedad de Leo expresado en su dermatodaxia y la onicofagia de Zamy, para ellos era un motivo de consulta que mencionaron unido a otra demanda hacia mi persona y el espacio terapéutico “hablar de su mamá”. Mirar la dinámica e historia familiar fue fundamental, más si la teoría menciona factores sociales y familiares entorno al duelo (Walsh, 1988; Firth, 1961; Payás, 2012; Doka, 2008; Pérez-Sales y Vázquez, 2003, Calhoun & Tedeschi, 2004) de esta forma al realizar el genograma entendí que la familia tenía un estilo de afrontamiento evitativo ante las pérdidas, el padre habló de la pérdida temprana de su madre y como su hermana paso al cuidado de él y que no se habló del tema convirtiéndose en un tabú hablar o mencionar el tema de la muerte, así justificaba que así como él, sus hijos saldrían adelante, es interesante observar como la relación fraterna había sido también apropiada como una fortaleza familiar pero se sumaba la represión al contactar emociones específicamente de carga negativa como la tristeza, donde en repetidas ocasiones tanto el padre como la tía de Zamy y Leo mencionaban que en su sistema familiar “si no se hablaba no pasaba por tanto estaba todo bien” (Sic.). Así entendí que el proceso de duelo es normativo ante cualquier pérdida, pero debe estar atento a los indicadores de un duelo complicado, reconociendo que la pérdida temprana de la madre de Leo y Zamy cumplía con varios indicadores que dificultaban el duelo, relacionados a la edad de la pérdida, la figura pérdida y su función, los síntomas de ansiedad, la dificultad del sistema familiar para acompañar, la dificultad de contactar y comunicar las emociones asociadas con la pérdida y el tipo de pérdida (por suicidio); era necesario entender que el síntoma hablaba en un sistema que callaba, que no permitía verbalizar lo que sentían, específicamente emociones de carga negativa como la tristeza.

¿Hacia dónde caminar, hacia dónde ir? La literatura de duelo en niños es cada vez más basta y existe cada vez más evidencia empírica sobre la intervención pero era necesario entender por una parte la influencia del sistema familiar que requería un trabajo con el padre, pero también por otro lado retomar la relación

fraterna como un recurso, así revisando la literatura hubo cuatro aspectos importantes a considerar; el primero sobre el respeto y tiempo de cada niño para la elaboración y la forma única que cada uno decidía tomar; dos, habría que considerar la edad de cada uno respecto al tema de la muerte asociado a cada etapa del desarrollo; tres, considerar al padre como un factor sustancial dentro del trabajo terapéutico (Barreto y Soler, 2007; Olmos, 2010; Villanueva y García, 2000; Esquerda y Agustí, 2012; Tizón, 2004) y finalmente el trabajo a nivel familiar del duelo no validado o no aceptado socialmente como es el suicidio (García y Pérez, 2013; Soukoreff, 2008; James, Friedman y Matthews, 2002; Sipos y Solano, 2002).

### Hipótesis clínicas

- Zamy presenta un estilo de afrontamiento de evitación e inhibición de emociones, aprendido de su familia, presentando dificultad para realizar las tareas de duelo por pérdida temprana de su madre, generando distorsiones cognitivas de catastrofismo así síntomas ansiosos como la onicofagia y la dependencia ansiosa.
- Leo presenta duelo complicado por la dificultad en la expresión de la pérdida temprana de su madre asociado al estilo de afrontamiento evitativo aprendido de la familia y el padre, así como la falta de verbalización de las dinámicas, funciones y roles familiares, generando sentimientos de rivalidad con sus primos y culpa, mostrando sintomatología ansiosa, dermatodaxia y dificultad de realizar las tareas de duelo por pérdida temprana de la madre.
- El propio proceso de duelo del padre ante la pérdida de su madre y esposa promueven que sus hijos se identifiquen con el estilo de afrontamiento

evitativo donde se censura el poder hablar sobre la pérdida de la madre de Leo y Zamy, generando sentimientos de culpa.

- El discurso familiar intergeneracional centrado en la creencia de “si no se habla no existe” ha generado dificultad en sus miembros para contactar, comunicar y regular emociones de carga negativa específicamente la tristeza, mostrando un estilo de afrontamiento evitativo, que ha generado en Zamy y Leo dificultad contactar y comunicar las emociones relacionadas con la pérdida temprana y poder elaborar las tareas del duelo.

#### 5.1.7 Focos de intervención

##### Zamy y Leo

1. Elaboración del duelo por pérdida temprana de la madre.
  - 1.1 Contactar con las emociones generadas por la pérdida.
  - 1.2 Expresar la pérdida.
  - 1.3 Dar lugar a la madre, recordar, validar y conmemorar.
2. Verbalizar la dinámica familiar, funciones y roles del padre, la tía, familia.
3. Favorecer la identificación con la parte sana del padre (recursos) (Leo)
4. Identificación, comunicación y regulación emocional principalmente de emociones de carga negativa como la tristeza y el enojo.
5. Trabajo ideas irracionales de catastrofismo que presenta Zamy.

Focos de intervención con el padre:

1. Sesiones psicoeducativas:
  - 1.2 “¿Cómo hablar con sus hijos acerca de la muerte?”
  - 1.3 “¿Cómo participar en el proceso de duelo de los niños?”
2. Verbalizar la dinámica familiar, funciones y roles.
3. Expresión emocional
  - 3.1 contactar, comunicar emociones de carga negativa.

## 5.2 Análisis del proceso psicoterapéutico.

El proceso terapéutico se realizó en un total de veinticinco sesiones de las cuales nueve fueron de evaluación en modalidad individual, dieciséis de intervención de las cuales tres sesiones fueron de juego familiar, tres sesiones psicoeducativas con el padre y diez sesiones en modalidad fraterna.

A lo largo del proceso terapéutico se hicieron evidentes varias fases del trabajo que fueron identificadas y analizadas como 3 etapas, sin embargo la construcción de la terapia se apegó a la psicoterapia integrativa, cuya mirada implicó ir construyendo junto con Zamy, Leo y su padre el proceso terapéutico, integrando y reevaluando en el propio proceso para realizar las modificaciones pertinentes que se ajustaran a sus necesidades y recursos.

Para el análisis de las sesiones de juego se realizó un cuadro de análisis con base en las dimensiones propuestas por Chazan (2002) y fue modificado en dos ejes, el primero sobre la secuencia del proceso de juego y el segundo en los componentes narrativos (véase figura 2)

Formato de análisis de sesiones de juego

# SESIÓN	Nombre (Zamy o Leo)		
<b>Secuencia del proceso de la sesión de juego</b>			
<b>INICIO</b> tiempo: 6 minutos	<b>APERTURA</b>	<b>DESARROLLO</b> tiempo: 27 minutos	<b>FINAL</b> tiempo: 5 minutos
<b>Componente narrativo</b>			
<b>TÓPICO</b>			
<b>TEMÁTICAS PRINCIPALES</b>			
<b>TRAMA</b>			
<b>PERSONAJES</b>			
<b>METÁFORA</b>			
<b>PRINCIPALES INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS</b>			

Figura 2. Cuadro de análisis de sesiones de juego.

En el eje 1 se presentan los *segmentos de la sesión de juego*

- *Inicio o apertura.*
- *Desarrollo.*
- *Fin.*

### *Inicio apertura*

El tiempo que dura este momento oscila entre 3 y 5 minutos aproximadamente. Se atiende a los comportamientos que aparecen en el momento de iniciar la sesión, incluye conductas de observación, acercamiento, exploración y prensión de algunos juguetes que se eligen bien para observarlos con más detalle, y luego dejarlos y sustituirlos por otros, o bien para iniciar la primera configuración lúdica.

Los materiales que elige, dónde se ubica, las preguntas al examinador, forman parte de esta configuración de apertura, en estos casos se puede mostrar ansiedad donde inicialmente es alta y cada sujeto se las arregla de manera diferente para enfrentar esta situación. Es fácil que aparezcan conductas verbales que se anotarán. Lo esperable es que el niño se acerque y observe los juguetes, durante un momento haga una labor de introspección para elegir unos juegos, los manipule, los deje, haga preguntas, tenga momentos de duda y que finalmente seleccione aquellos con los que va a configurar una unidad lúdica.

### *Desarrollo*

El desarrollo constituye la parte central de la sesión, puede durar alrededor de 25 a 45 minutos, dependiendo de la duración total. Abarca todas las unidades significativas del juego y todo lo que va ocurriendo en el transcurso de la sesión, corresponde al contenido del juego.

### *Fin de la sesión*

Aproximadamente 3 ó 5 minutos antes de acabar la sesión se le avisa al niño. Con ello se suele entender que la actividad que está realizando debe ir concluyendo, que le falta poco para marcharse, y a su vez posibilita que la despedida no sea brusca.

En el eje 2 se presenta el componente narrativo donde se encuentran los siguientes aspectos a analizar:

1. *Tópico*: se refiere a la abstracción del principal elemento sobre el que se desarrolla el juego del niño; es parte del contenido latente, por ejemplo, muerte, relación familiar, agresión, competencia, etc.
2. *Temáticas principales*: se refiere a los temas manifiestos sobre los que se desarrolla el juego.
3. *Trama*: se refiere a la forma en que se van presentando las diferentes situaciones durante el juego; además, implica la búsqueda de relaciones entre los elementos de la narración, incluyendo el análisis de la metáfora
4. Personajes
5. Principales intervenciones psicoterapéuticas. Se refiere a las técnicas o tácticas que el psicoterapeuta utiliza en función de los focos de intervención.
6. Interacción fraterna
7. Elaboración del duelo

### 5.2.1 Etapa 1. El comienzo de la construcción

Esta etapa incluye 9 sesiones, en esta se realiza la evaluación psicológica, el encuadre terapéutico y las primeras sesiones de juego. ¿Por qué esta etapa es considerada como importante en este proceso terapéutico de Zamy y Leo en la elaboración del duelo? Es fundamental analizar que en el comienzo de todo proceso terapéutico el psicólogo tiene el reto de realizar una evaluación integral, donde se considera a el niño como un sistema complejo donde se integran lo biológico, afectivo, cognitivo y conductual que se desarrolla en interacción con un ambiente específico familiar y sociocultural en un determinado tiempo histórico, implicando no solo realizar una evaluación integral sino poder comprender las necesidades que tiene la familia en ese momento, el tiempo, la economía y establecer los objetivos de la intervención promoviendo la coparticipación en el proceso y a medida que el tratamiento avanza, el terapeuta evaluá junto con la familia el progreso del tratamiento y si es pertinente se realizan las modificaciones necesarias al tratamiento.

En este sentido las primeras sesiones se observa al padre de Zamy y Leo con disposición a la coparticipación dentro del proceso terapéutico, se muestra abierto al encuadre terapéutico. Se le explican los objetivos de la evaluación para posteriormente retroalimentarle los resultados, y finalmente se promueve un espacio para decidir cuál es la intervención que más favorece a su familia.

Las primeras sesiones de Zamy y Leo se desarrollaron en modalidad individual con el objetivo de evaluación, donde se veía a cada uno por separado en el mismo día, posteriormente se comenzó en modalidad fraterna con sesiones de juego, en estas un aspecto importante fue la disposición de los materiales y el encuadre dentro del espacio terapéutico donde se retomó la propuesta de la terapia centrada en el niño del principio descrito por Axline (2005) como el valor de las limitaciones, donde el terapeuta sólo establece aquellas limitaciones que son

necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño su responsabilidad en la relación, así referente a los materiales se utilizaron juguetes propuestos por las clasificaciones de West (2000) y Van Fleet y cols. (2010).

Los niños pequeños tienen una inclinación natural al jugueteo, a la imaginación y les encanta reír con cosas divertidas, el juego es parte integral del desarrollo infantil, de esta forma fue necesario entregar muchas oportunidades para juegos, materiales que permitieran la expresión, pero sobre todo que reconocieran el espacio como propio, diferenciado al espacio escolar, un lugar seguro donde pudieran hablar, como bien expresaba Zamy en su motivo de consulta “poder hablar de su familia” o uno de los motivos de consulta de Leo “hablar de su madre” generar ese espacio de transición de la censura en el contexto familiar por temas como la muerte o su madre a uno donde pudieran contactar y comunicar estas emociones de tristeza, duda y reflexión.

## **Viñetas fase 1**

### **Sesión 6 “Espacio terapéutico”**

T: Leo se te nota muy contento, observo una sonrisa y emocionado por que comencemos

L: “¡Sí! *Me siento feliz de venir, ya esperaba que fuera miércoles y poder venir a hablar y jugar*”

Z: “Sí en la escuela siempre leemos y hacemos tarea, pero aquí aprendemos cosas de nosotros y es jugando...yo y mi hermano en casa hablamos con mi papá de lo que hicimos aquí...”

## Sesión 7 “Materiales”

Z: “...Podría jugar toda una semana a diferentes cosas, hay muchos juguetes, de lo que llevamos viniendo todavía hay juguetes que no conozco...me gusta mucho la casita y la familia...”

L: “Yo juego con estos (señala la categoría de juguetes de agresión) aunque me gusta jugar con Zamy cuando ya acomodo la casita...cada quien tiene sus preferidos, ¿a ti cual te gusta más?”

T: Me gusta este títere, su color blanco, textura me agradan y ¿cuál es su juguete preferido?

Z: “Esta muñeca por su peinado, pero también la casita me gusta mucho porque es grande...”

L: “Para mi estos cubos y soldados, puedo hacer historias...”



## Sesión 8 “El recurso del Juego fraterno”

En la evaluación se reconoce el vínculo fraterno como un recurso en Zamy y leo, en diferentes ocasiones de su juego se observa una comunicación de intercambio de opiniones, apoyo, afecto y logran organizarse para la realización de una tarea,

pero sobre todo un nivel de disfrute alto que fue enriqueciendo su juego a lo largo de las sesiones.

T: Leo mencionabas que es diferente cuando iniciaron a venir y ahora, ¿cuál es la diferencia?

L: *“Sé que entrábamos solos, primero venía yo solo y después vino Zamy sola, y ahora estamos los dos”*

T: ¿Y qué piensas de este cambio de entrar solo tú y ahora ambos?

L: *“Me gustó saber que Zamy entraría, hay juegos que los dos juntos es divertidísimo, ella dice cosas que me interesan y a veces no había pensado...aunque a veces jugamos cosas diferentes ahora pasamos mucho más tiempo jugando a la misma historia con juguetes diferentes”*

T: Tu qué piensas Zamy al respecto cuando venían solos y después juntos.

Z: *“Cuando nos preguntó papá sobre entrar juntos pensé en como sería, aunque vamos en la misma escuela nos vemos poquito en el recreo, y en casa si jugamos... (Hace una pausa y toma unos mueblecitos y los acomoda en la casa)...y cuando ya vinimos me gusto escuchar y ver jugar a mi hermano en un mismo lugar, somos una familia y resolver problemas juntos es mejor que solitos...”*

L: “Zamy y mi papá, me apoyan cuando tengo un problema, si no está mi papá Zamy me dice ¡esto si esto no! (utiliza un tono alto y se ríe, Zamy se ríe) cuando somos más es más fácil resolver todo (se para toma una torre de cubos y hace como si marchara, Zamy lo observa y se ríe”

## **Sesión 9 “Involucrando al terapeuta al juego”**

Nos dice Oaklander (2004) que el terapeuta tiene que saber jugar con el niño, y es el niño que permite e invita al terapeuta a involucrarse en su juego, en su espacio, al respecto dice Schaefer (2012) que los niños usan la sesión inicial para explorar no sólo el espacio de juego sino también al terapeuta, y es función de los

terapeutas de juego permitir que el niño explore a su propio ritmo sin realizar sugerencias sobre qué materiales usar, o el tipo de juego, así los terapeutas deben concentrarse en desarrollar rapport mediante la creación de un ambiente cálido, confortable y seguro para el niño. A este respecto se retoma las características de la terapia centrada en el niño de la escucha empática, aceptación incondicional, uso de reflejos, para el trabajo terapéutico (Axline, 2005).

Z: “Me preguntas sobre lo que dije y me gusta, tienes buena memoria, es divertido porque es como si nos conocieras de toda la vida (pone en las manos del terapeuta unos muñecos miniatura) nos reímos mucho el otro día cuando jugamos al memorama...”

L: “Juegas con los dos, a veces al mismo tiempo, creo que cuando algo no me gusta o me gusta muchísimo me lo dices y así lo vuelvo a pensar, y jugamos a lo que Zamy y yo queremos pero también hemos jugado a cosas que parecen gustarte mucho como el memorama donde todos reímos mucho...”

T: Me gusta jugar a lo que proponen y es verdad disfruto muchos juegos como el memorama que menciona Zamy (interrumpe Zamy).

Z: “Por eso hablamos de muchas cosas cuando jugamos...de cosas que nos preocupan, que nos gustan...podemos hablar de lo que sea...”

A partir de estas sesiones se reconoce una nueva fase ya que como menciona Zamy se comienza a hablar durante el juego de preocupaciones y temas sobre su familia, logrado a partir de generar un espacio de confianza y seguridad, donde la escucha empática y los reflejos realizados durante el juego fueron construyendo una dinámica que permanecería hasta el momento de cierre caracterizada por una comunicación abierta y un clima de respeto, ejemplo de esta fase 1 es el énfasis que hacen de poder “hablar de lo que sea” (Sic.) donde a medida que los niños

empiezan a confiar en el terapeuta y se sienten cómodos en el espacio terapéutico, comienzan a adueñarse de las sesiones.

### 5.2.2 Etapa 2. Contacto y expresión del conflicto

Reconociendo el estilo de afrontamiento evitativo así como la dificultad de comunicar y regular emociones de carga negativa específicamente de la tristeza reforzado por la censurada a temas sobre la muerte y su madre en el contexto familiar, un aspecto fundamental del proceso terapéutico implicaba justamente el proveer un espacio de expresión y contacto con estas emociones. Nos plantea Oaklander (2004) que los niños necesitan oportunidades para encontrar la fuerza dentro de sí mismos a fin de liberarse de las restricciones que inhiben su capacidad de aceptar y expresar sus distintas emociones, vivir libre y gozosamente.

Algunos niños necesitan acercarse primero a la expresión a nivel cognitivo, antes de avanzar a la expresión auténtica de sus emociones, así hablar de diversos sentimientos, hacer listas de sentimientos, participar en juegos que impliquen la expresión de sentimientos, son actividades que ayudan a algunos niños a familiarizarse y sentirse cómodos con la idea de los sentimientos, por eso se retomaron actividades cognitivas con niños propuestas por Bunge, Gomar & Mandil (2009) con dos objetivos, el primero consistió incorporar actividades destinadas a identificar emociones como “termómetro de las emociones” “silueta de las emociones” donde identifican la función de las emociones y las localizan en una parte del cuerpo a fin de contactar las sensaciones experimentadas, por otra parte se propuso el trabajo con técnicas para trabajar la ansiedad como “Las enseñanzas del maestro ninja” “robot y muñeco de trapo” que implican pasos para relajación muscular y relajación por respiración diafragmática.

Pero ¿qué sucede con la expresión del conflicto?, es importante que el terapeuta reconozca que la ansiedad experimentada por Zamy y Leo y su sintomatología de

onicofagia y dermatodaxia respectivamente, son síntomas de un duelo complicado y puede ser el único medio de ambos para expresar el dolor que siente, de esta forma el crear un medio de expresión fue sustancial en la intervención, donde a través del juego se provee un medio de expresión metafórica y simbólica para poder elaborar el duelo. Si bien desde las primeras sesiones reconocen el querer hablar sobre su familia y su madre, es en esta fase 2 donde ambos verbalizan esta necesidad de recordar, validar y conmemorar a su madre, un proceso que implicó reconocer esta necesidad expresada en el conflicto de saber cómo era su madre ya que había sido censurada, ya que la respuesta tanto de su padre como tía era que su madre se había ido al cielo, ¿cómo pasar un proceso de duelo ante una situación de la cual no se hablaba? Donde la reacción familiar al no hablar de la madre ni su muerte era como si no hubiera ocurrido, esto es lo que se denomina “duelo desautorizado” que se refiere a la dimensión interpersonal o aspecto social y se aplica a aquellos duelos que no pueden ser socialmente reconocidos ni públicamente expresados (Doka 2002; 2008).

## **VIÑETAS FASE 2**

### **Sesión 10 “Masitas “no podemos construir a mi madre”**

En esta sesión toman las masitas, y comienzan a elaborar lo que Zamy y Leo denominan “una familia” cada uno determina que miembro de esta familia realizar, Leo dice querer hacer a la mascota y el niño mientras Zamy hace al padre y a la hija, se les observa entretenidos y con un nivel de disfrute alto.

L: *“Yo quiero hacer la mascota, un perro de color blanco, con esta masa será suficiente, también haré al hijo...”*

Z: *“Yo haré a la hija, tu puedes hacer al padre, masita de color rosa y verde...”*

L: *“Ya terminamos pero ¿quién hará a la madre? Yo no puedo hacerla, no sé cómo hacerla...”*

Z: *“Yo menos, no sé cómo hacerla, ¿puedes hacerla tú?”*

T: Se me ocurre una idea, podemos construirla juntos ¿qué les parece?

Z: "Sí"

L: "Cada quien puede ir poniendo algo"

Durante la elaboración de la figura de la madre, Zamy verbaliza que no recuerda como es su madre, que no ha visto fotos, Leo se ve pensativo y ante el reflejo que se le hace al respecto verbaliza "yo tampoco la recuerdo y me gustaría saber más de ella". En esta sesión se ejemplifica como dentro del proceso terapéutico del duelo se fue validando, recordando, dando un lugar a la madre para poder conmemorarla.



## Sesión 11 “familia incompleta o completa”

Si bien el juego de la casita es uno de los más presentes en el juego de Zamy, constantemente Leo se acerca y comienza a involucrarse más en este juego, en esta sesión característica de esta fase, ambos expresan que una familia completa es aquella que tiene una madre, un padre, dos hijos y una mascota, ante esto se realiza una intervención a través de su metáfora en el juego donde se explica que existen diferentes tipos de familia, su rol dentro de la suya así como las características de la suya, enfatizando sus fortalezas.

L: “...*Esa no es una familia completa, y claro que no, mamá, papá, mascota y dos hijos niña y niño...*”

Z: “Pues ponla aquí, anda Leo ya elegí a la mascota será este perrito, si no la pones será la familia incompleta”

L: “Pues podemos poner este muñeco como un amigo pero si no está así como esta imagen no será la familia perfecta...” (Toma una revista que se encuentra en la mesa donde se disponen materiales artísticos).

T: Observo que en esta revista que tiene Leo se observan otros tipos de familia, ¿creen que existan otros tipos de familias?

L: “Si hay una donde solo están dos papás y un hijo, será que viene después una hermana...”

Z: “Se pueden quedar así, mi amiga X no tiene hermano, y S me dijo que solo vive con su papá...”

T: Zamy menciona que existen otros tipos de familias, ¿será que estas están incompletas ya que no se parecen a la de la primera foto?

L: “Están completas, la familia puede ser las personas que quieres, puede ser un hijo y su papá o mamá... (Señala varias fotos, deteniéndose en una donde solo

hay dos personas)... hasta solo pueden ser de dos, si tienes un perro o a alguien pueden ser una familia”

T: Parece ser como dice Leo que existen diferentes tipos de familias, y cada una es única, ¿cómo es la suya?

Z: “Somos papá, mi hermano y yo, nos queremos, somos muy unidos, vamos juntos a muchas partes y nos queremos...” (Toma 3 muñecos y los pone en una mesa de juguete)

Se utiliza esta situación durante el juego para hablar sobre el rol de cada uno en la familia, sus características donde hacen énfasis en la unión y su afecto entre ellos, Leo llama a su familia como “el equipo”, Zamy complementa diciendo “la familia del equipo amoroso”.



## **Sesión 12 “Sesiones con el padre”**

Durante esta etapa se trabajó con el padre en tres sesiones psicoeducativas que tuvieron como objetivo revisar un manual elaborado como síntesis de la literatura revisada donde se abordan el concepto de muerte en cada etapa de desarrollo, la

regulación emocional, la participación de los padres en el proceso de duelo en niños y sobre el propio proceso de duelo.

*P: “me doy cuenta de la importancia de hablar y escuchar a mis hijos, yo no sabía que decirles, ni yo mismo sabía como explicármelo a mí mismo...toma una pausa...la depresión es una enfermedad que mata si no es atendida...y evitar hablar del tema no ayuda en lo absoluto, si me gustaría mucho platicarles sobre su madre, como la conocí, lo que hacía cuando eran bebés, su muerte y el cuidado de su tía y reconocer como dice nuestras fortalezas como familia...(toma un momento en silencio)... ahora he estado jugando con ellos varias ocasiones por semana como me sugirió y han hablado de las cosas que les preocupa antes esto era difícil que se diera...”*

El padre reporta después de estas sesiones sentirse más tranquilo y en posibilidad de hablar con sus hijos del tema, ante la sugerencia de generar espacios de convivencia en casa, el padre genera tiempo con sus hijos varias veces por semana y retoma el juego como medio para comunicarse con ellos, comienza a hablar con ellos respecto a su madre y su muerte, explica la muerte como una consecuencia de la enfermedad de la “Depresión” y el cuidado que conlleva el comunicar las emociones y pedir ayuda, se nota al padre fortalecido a partir de la validación que se hace de sus habilidades como padre.

### **Sesión 17, 22 “Narrando historias”**

Estas sesiones representaron un momento representativo de la segunda fase, si bien en sesiones anteriores se había hablado de las emociones, la ausencia de su madre y el querer recordarla, hasta este momento no se había aun verbalizado el tema de la muerte como tal. En la sesión 17 Zamy llega a la sesión mencionando que leyó una historia en clase sobre la leyenda de Iztaccíhuatl y Popocatépetl, refiere que fue una muerte por amor, habla de la muerte como algo que le ocurre a

las personas, comienza a contar la historia mientras Leo permanece atento y con interés en la narración.

El tema surge y ambos sugieren hacer historias sobre la muerte, toman hojas y hablan sobre experiencias que han visto, Leo cuenta que ha visto como una ardilla en el parque estaba muerta, Zamy relata cuentos que ha leído, ante esto se retoman los temas que a su edad comprenden de la muerte referidos por los autores revisados respecto al desarrollo y el tema de la muerte (Gómez, 2000; Olmos, 2010; Barreto y Soler, 2007; Loreto, 2011):

- La muerte es universal: todos los seres vivos mueren.
- La muerte es irreversible: Cuando morimos no podemos volver a estar vivos nunca.
- Todas las funciones vitales terminan completamente en el momento de la muerte: Cuando morimos el cuerpo ya no funciona
- ¿Por qué nos morimos?: Toda muerte tiene un por qué

L: *“Cuando se muere ya no puede volver la vida, en las películas pasan que reviven pero es fantasía, los zombis son cuentos...”*

T: ¿Y qué pasa con el cuerpo? Zamy narraba que en su cuento que el personaje se dio cuenta porque ya no respiraba.

Z: *“Si ya no respiras, tu corazón se para, todo el cuerpo deja de funcionar como cuando estabas vivo...a todos les pasa... la historia que vimos en escuela hablaba de los muertos del pasado y como es algo que pasa...”*

T: ¿Les pasa a todos?

L: “Sí, a todos, como en una guerra, si les disparaban se morían ya que les entraba una balita rápidamente y “Pac” (Sic.) Da en la cabeza y fue su final,

Las sesiones siguientes decidían hacer narraciones de historias donde la muerte era el tema central, al hablar sobre las emociones que se sentían durante la

pérdida de un ser querido tanto Zamy como Leo mostraban interés, hablaban sobre la tristeza pero lo relacionaban con sucesos no relacionados con ellos, fue en la sesión 22 donde a través de la elaboración de un cuento expresaron emociones de su sentir ante la pérdida de su madre.

Podemos observar como mencionan Freeman, Epston & Lobovitz (2001) la elaboración de historias, “narrativas” implica escuchar y contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas promoviendo configurar realidades nuevas, donde las narraciones son puentes de significado que construimos con los niños ayudándolos a que se produzcan avances curativos y a que éstos no se marchiten y caigan en el olvido, así estas sesiones donde se elaboraron relatos permitiendo en Zamy y Leo organizar y comprender la complejidad de la muerte y contactar con las emociones referentes a la pérdida temprana de su madre.

L: *“La historia se llamará...la pesadilla, cada uno pondrá elementos yo digo que habrá un monstruo y están en un castillo”*

Z: *“Yo escribiré y pondré lo que vamos ir diciendo, el título es la pesadilla, hay vampiros y esta obscuro...”*

L: *“Hay dos niños y están en este lugar muy asustados...”*

Z: *“Tristes, y se dan cuenta que es una pesadilla y quieren despertar... ese es el final son despertados por el papá...”*

L: *“No yo creo que es la mamá quien los despierta”*

T: *Creo que cada quien puede elegir una manera de terminar el cuento, ¿qué opinan? Cada uno puede decidir cómo hacer su historia.*

L: *“Si el niño se despierta y ve que era una pesadilla y se siente mejor porque despierta y se lo cuenta a su padre y amigos”*

Z: *“La niña se despierta y ve a su padre y lo abraza, le cuenta todo y se sienten mejor.”*

### 5.2.3 Etapa 3. Elaboración del duelo: “el álbum familiar”

Durante esta tercera etapa el padre de Zamy y Leo había hablado con ellos respecto a su madre, comentan que fue durante los espacios de juego familiar que en casa habían implementado que el padre les fue comentando y respondiendo a preguntas que tenían. Respecto a las tareas del duelo retomadas de Worden (2013) Leo y Zamy habían logrado realizar la primera y segunda tarea de aceptar la realidad de la pérdida y trabajar las emociones asociadas, implicando una aceptación no sólo intelectual, sino también emocional, donde se logró contactar con las emociones respecto a la pérdida, describiendo sentirse tristes, entendiendo que su madre murió por que estaba enferma de depresión, verbalizando entender la universalidad de la muerte, causalidad y que su madre no regresaría. Respecto a la tercera etapa de adaptarse a un medio donde el fallecido está ausente, se promovió él trabajó en función de hablar de los roles familiares de la tía con funciones de cuidado y las características de la familia de Zamy, Leo y su padre centrándose en sus fortalezas familiares.

Para representar la cuarta etapa donde se pretende dar lugar al fallecido recordando, validando y poderlo conmemorar, permitiendo una vinculación con la madre, pero de un modo que no les impida continuar viviendo se promovió elegir como recordar y conmemorar a su madre, Leo y Zamy decidieron realizar un álbum; así a fin de plasmar su proceso de duelo, se les sugirió realizar este álbum en tres secciones:

#### **Sección 1 del álbum: “conociendo a mamá”**

Zamy y Leo pidieron a su padre en casa que les platicara como era su madre, como se conocieron así como el momento del nacimiento de ambos, el padre dice que guardó muchas fotos y comenzó a platicarles mientras les mostraba fotos, explica que sus hijos se veían entusiasmados y sorprendidos, les hablo sobre los nervios que sintió en el nacimiento de Zamy, así como los preparativos para el nacimiento de ambos, la emoción que experimento al verlos por primera vez. Les

habla sobre lo que su madre de ambos le decía respecto a su nacimiento, como los cuidaba y las canciones que les cantaba cuando los dormía.

### **VIÑETAS FASE 3**

#### **Sesión 23**

L: “Esta foto la elegimos porque están mi papá y mi mamá sonriendo, y éstas otras donde están con la familia, y éstas donde están cargando a zamy y esta donde cargan a ambos”

Z: “...Aquí escribiremos la historia de cómo se conocieron y su tiempo de novios, hasta el nacimiento de los dos, es nuestra historia de cómo nacimos...ahora puedo recordar cómo era mamá”

En una libreta de dibujo van pegando fotos y escribiendo lo narrado por su padre, ambos se muestran sonrientes y ponen como título de la primer parte del Álbum “conociendo a mamá” donde se enfatiza el conocer las características de su madre.

#### **Sección 2 del álbum: “agradeciendo a mamá”**

En esta segunda parte hablan de la muerte de su madre y la enfermedad de depresión de ella, como foto ponen una donde están Zamy, Leo y su Padre, hacen un dibujo de su madre donde incluyen una despedida agradeciendo el cuidado que les dio, en esta sección el padre escribe la una hoja que pegan en esta sección “Agradezco el tiempo que estuviste con nosotros y el regalo más grande que tengo, nuestros dos hijos”. Durante unas sesiones de juego hablan sobre el cuidado de su familia hacia ellos, ambos juegan con el arenero poniendo arena en sus playeras donde muestran “acunar” o referir el llevar un bebe en brazos, se muestran alegres, ambos se observan y se ríen, refieren que su mama los cuida.

## **VIÑETAS FASE 3**

### **Sesión 23**

Escrito por Leo en una hoja del álbum:

*“Agradezco a mi mamá que nos cuidara, me despido de ella diciéndole que seremos una familia que se quiere y siempre te recordare...”*

Escrito por Zamy en una hoja del álbum:

“me siento triste de que no estés, pero ahora te conozco más y nos quisiste mucho, te recordare con una foto y este álbum...”

### **Sección 3 del álbum: “logros familiares”**

En esta sección eligen poner fotos actuales de logros familiares como diplomas y reconocimientos, fotos de fiestas familiares y se piden poner fotos del proceso terapéutico. El padre les habla sobre las fotos y que celebraban, el diploma de Zamy y una foto de los partidos ganados de Leo, se les valida los recursos como familia, su unión, afecto, fortaleza etcétera.

## **VIÑETAS FASE 3**

### **Sesión 24**

L: *“Me gustaría poner las fotos de lo que hicimos aquí, quiero recordarte y recordar el tiempo que jugamos, ¿tienes fotos de cuando jugamos “Bolos”?”*

Z: “Yo quiero que pongamos donde nos pusimos en unos marcos y nos sacamos fotos...quiero recordar lo que hablamos y cuando jugamos con nuestro papá”

#### 5.2.4 Cierre del proceso terapéutico.

Si bien el padre había reportado a la mitad del proceso de intervención que los síntomas ansiosos habían disminuido hasta casi su remisión, fue en el momento donde Zamy y Leo se mostraban preparados para su cierre del álbum familiar donde surgió el tema del término de la terapia. Leo preguntaba con la curiosidad que lo caracterizaba, “también deberíamos poner fotos de lo que hicimos aquí...para recordarte cuando ya no vengamos”, parte del crecimiento implica separarse, si bien los había estado acompañando en este proceso de elaboración de su duelo, se veía necesario ocupar lo aprendido y construido para pasar por otro duelo, el de la pérdida del espacio de terapia y el de la figura del terapeuta. El padre reportaba que además de la remisión de la dermatodaxia y onicofagia de sus hijos, Zamy se mostraba más tranquila cuando él salía de viaje, además ya no se mostraba con excesiva preocupación por su hermano, en ocasiones durante el juego fraterno verbalizaba “Leo sabe cuidarse, si necesita mi ayuda me la pedirá...”, por su parte Leo se mostraba satisfecho por haber logrado no morderse los labios, así como el haber “conocido a su madre”, ambos hablaban de su vida cotidiana expresando emociones tanto de carga negativa como positiva, identificando y regulando estas emociones, el tema de la muerte que en un inicio fue el tema central, en las últimas sesiones era un tema que se mencionaba con naturalidad pero abarcaba otros aspectos como el recordar, crecer, amar, etcétera.

¿Es momento de cerrar el proceso? Así como se cuidó el inicio del proceso, el cierre estuvo centrado en respetar su tiempo, parecía que el “álbum familiar” guió el camino para hacer el cierre terapéutico, ambos preguntaban sobre las hojas en blanco sobre el futuro, se les devolvía que pondrían lo que ellos quisieran y fueran decidiendo agregar a su álbum familiar. Leo fue el primero en mencionar sobre qué se haría en la última sesión, Zamy mencionó querer mostrar lo que habían hecho a su tía y primos, fue así como se llegó al acuerdo sobre lo que querían

hacer y cuándo cerraríamos el proceso, ambos se mostraban motivados y surgieron comentarios respecto a que harían ese día.

Ese día, el álbum fue mostrado con entusiasmo, enfatizaban las hojas en blanco con la consigna de poner logros y situaciones donde su fortaleza los haría seguir adelante, me recordó como aquel espacio o vacío fértil del que habla la Gestalt para la creación de algo nuevo y el propio crecimiento, tanto Zamy como Leo compartían un pastel con su familia, pero también compartían sus experiencias “tanto buenas como malas” como decía Leo. El padre tomó la palabra y agradeció la presencia de su hermana y sobrinos, comenzó agradeciendo a su hermana por su apoyo desde niño y ahora con sus hijos, miraba a ambos en este recurso fraterno que ahora veía en Zamy y Leo, me preguntaba en ese instante la importancia del recurso fraterno en el sistema familiar, posteriormente me agradeció, tomé la palabra y externalicé mis emociones al respecto, hacia énfasis en el recurso fraterno y las fortalezas de su familia cuando Zamy tomó una foto diciendo que la agregaría a su álbum para recordar ese día.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este reporte consistió en describir y analizar a partir de un estudio de caso, los efectos de la intervención psicoterapéutica en modalidad fraterna ante el duelo por pérdida temprana de la madre a causa de suicidio; la intervención se realizó desde el enfoque de la psicoterapia integrativa. También se propuso explorar y mostrar evidencia de las habilidades profesionales adquiridas durante el proceso de formación profesional dentro de la residencia en psicoterapia infantil.

Se encontró que la modalidad fraterna facilitó las tareas para la elaboración del duelo complicado, permitiendo la remisión de los síntomas ansiosos en ambos hermanos (Zamy: onicofagia, dependencia ansiosa y distorsiones cognitivas; Leo: dermatodaxia, rivalidad con los primos, baja autoestima); asimismo favoreció la reestructuración cognoscitiva, el estilo de afrontamiento adaptativo, la regulación emocional (tristeza, preocupación y miedo) y la identificación saludable con sus figuras parentales.

A su vez se logró reconocer cómo el duelo no resuelto e historia familiar del padre influían en el duelo complicado de sus hijos, O'Connor, (1991) refiere que la muerte auto infligida es una experiencia devastadora para la familia que los llena de culpa, donde el trabajo terapéutico con la familia es importante ya que los sentimientos de culpa y la creencia de no haber hecho nada por el fallecido los ahoga, sin omitir que la reconstrucción de una familia ante la pérdida de un ser querido es un proceso que toma tiempo y que cada miembro de la familia vive el proceso de diferente manera, que implica que antes de trabajar con una familia se tiene que indagar con la experiencia pasada y presente de las pérdidas de la familia. De esta forma el duelo puede ser entendido como un proceso que repercute no solo a nivel individual, sino también a nivel familiar o social, donde el reto básico que enfrenta la familia ante la muerte de uno de sus miembros es la reorganización del sistema de tal manera que pueda subsistir, dicha adaptación implica cambio y por lo tanto crecimiento o desarrollo, así que los individuos y la familia como totalidad buscan activa e intencionalmente esta adaptación, no se

trata pues de un proceso pasivo contrariamente a la creencia popular de que “el tiempo lo curará”, siendo imperante realizar una profunda evaluación del sistema familiar ante el duelo y diferenciar el duelo normativo del complicado. Esto implicó en la familia de Zamy y Leo, entender como el estilo evitativo ante las pérdidas tempranas, tanto del padre como de sus hijos, estaba relacionada con el duelo no resuelto del padre y la dinámica familiar, que en una búsqueda de reorganización se había encaminado a evitar hablar del tema, no sólo de la muerte de la madre sino de las temáticas en torno a las pérdidas.

Así desde la teoría revisada, entendí al duelo normal como un proceso afectivo, activo y de adaptación a la pérdida de un ser querido, un objeto o un evento significativo, que involucra reacciones de tipo físico, emocional, familiar, conductual, social y espiritual que abarcan un amplio rango de sentimientos, sensaciones y conductas que se consideran normales. Por otra parte el duelo complicado referirá a casos donde se intensifican las respuestas asociadas a factores como la naturaleza del apego con la persona perdida, la manera en que falleció, factores sociales, factores individuales, donde se pueden presentar sintomatología diversa como problemas de conducta, ansiedad, depresión, problemas en el desarrollo individual y del sistema familiar, impidiendo el crecimiento tanto del sistema familiar como individual.

En el caso de la familia de Zamy y Leo, el uso del genograma como una herramienta, tanto de evaluación como de intervención, aportó una mirada explicativa respecto a cómo la pérdida temprana de la abuela, promovió que el holón Fraternal se movilizara como un recurso ante esta situación, donde la reorganización familiar se caracterizó por el cuidado de la hermana mayor hacia su hermano (padre de Leo y Zamy), donde se desarrolló un estilo evitativo ante situaciones de pérdida, promoviendo el no hablar sobre la muerte u otros temas relacionados con las pérdidas. Esta transmisión transgeneracional llevó a Leo a identificarse con su padre con esta experiencia de pérdida temprana, así como con este estilo de evitación y censura ante el tema de la muerte.

Pero el síntoma es el que habla en un contexto donde se prohíbe expresar, el padre en las primeras sesiones se observa preocupado por Leo en cuanto a la dermatodaxia como síntoma ansioso, ya que las marcas alrededor de su boca son las que transmiten este sufrimiento de un duelo no expresado, de un duelo complicado, en tanto no permite contactar con las emociones, la expresión y reorganización en tanto a la pérdida. Por su parte, el padre de Zamy percibía la situación de la niña como no urgente ya que en ella su síntoma era menos evidente, su onicofagia y apego ansioso con pensamientos irracionales de catastrofismo era asociada a una preocupación normal, ya que al igual que sus hijos el padre había experimentado una pérdida de su madre y había logrado salir adelante, ayudado por su hermana quien fungió el papel de cuidadora.

Esta negación de hablar y contactar con la pérdida, si bien es descrita dentro del proceso normativo del duelo (Kubler-Ross, 1973) dentro de una de las primeras etapas como una defensa provisional, pronto debería ser sustituida por una aceptación parcial de la pérdida, que en el caso de la familia de Zamy y Leo se había caracterizado como una forma de afrontamiento evitativo, provocando dificultades en cuanto a el ajuste, verbalización, contacto con las emociones e integración de la experiencia de la pérdida dificultando el proceso de duelo.

Si cada duelo es único a nivel individual y familiar, después de reconocer la dinámica y estructura familiar antes y después de la pérdida, así como los indicadores individuales socio afectivo, cognitivos y la sintomatología presentada, fue necesario crear un espacio seguro para que pudieran verbalizar y contactar con las emociones referentes a su pérdida, un espacio de sensibilidad y sin prejuicios, sin forzar ni precipitar el trabajo sobre el duelo. Este espacio fue percibido por Zamy y Leo como un lugar donde sí se podía hablar de temáticas como las “perdidas”, la “muerte”, de su “madre”, un espacio que era “compartido con amor”, un espacio para “poder construir a su madre”, un lugar de “reencuentro” de su familia. Mencionaba Leo a Zamy durante una sesión de juego, “el que estemos aquí juntos nos hace más fuertes...” fortaleza que detecté como recurso para promover y acompañar el proceso de duelo, si bien durante la

evaluación el proceso fue en sesiones individuales, reconocer que se podría retomar la relación fraterna como promotor de las tareas de duelo requirió observar que no siempre la modalidad fraterna se recomienda cuando existe conflicto en la relación fraterna, que por el contrario podría ser un recurso promotor de la elaboración del duelo.

Por su parte el padre en el momento de proponer un plan de tratamiento logró integrarse como co-responsable del proceso de intervención de sus hijos favoreciendo el proceso de parentalidad consciente, ya que el padre a partir del reconocimiento de su proceso de duelo y el trabajo de su concepto y sentido en relación a la muerte y la relación con su propia figura materna, reconoció la importancia del contacto afectivo, la comunicación, la regulación de las emociones y el desarrollo psicoafectivo de sus hijos.

Siguiendo este trabajo con el padre se realizaron sesiones psicoeducativas con él donde se abordaron temas que fueron generando reflexión y contacto con las propias emociones a su propia experiencia de duelo, el padre verbalizaba: "...de niño uno se da cuenta de la ausencia, no sirve callarlo es evidente la falta...reconocer que uno puede sentirse triste y llorar, seguir adelante pero aceptando que la situación nos mueve que nos hace sentir mal..." (Sic.).

Reconocer recursos fue un aspecto que el padre durante estas sesiones logró identificar, por una parte reconocer que el proceso de duelo implicaba al sistema familiar, que la relación fraterna entre Zamy y Leo era un recurso que favorecía el trabajo terapéutico, pero considero que un punto clímax del proceso fue hablar sobre la depresión que vivía su esposa, el padre reconocía que negar las emociones como la tristeza agudizaban enfermedades como la depresión, se habló sobre el sentimiento de culpa que había verbalizado durante las primeras entrevistas sobre el suicidio de su esposa, sobre la fortaleza que necesitó para salir adelante, así como los factores de protección familiar, el apoyo de su hermana. Al final de estas sesiones psicoeducativas, el padre se mostraba fortalecido, validado en su función de cuidador, lograba comunicar emociones de carga negativa como la tristeza de manera regulada, verbalizaba en los ensayos

como hablar sobre la muerte y pérdidas con sus hijos, la importancia de acompañarlos y generar espacios de convivencia y comunicación a través del juego.

La familia de Leo y Zamy realizó una serie de ajustes para poder seguir adelante y adaptarse ante la muerte de la madre, el cuidado de ambos pasó momentáneamente a manos de su tía, vendieron la casa donde vivían, compraron una nueva casa, ajustaron los tiempos de trabajo, estos fueron algunos de los cambios que realizaron en este ajuste que el padre describe como un proceso “difícil pero necesario”. Desde la teoría se menciona que el duelo requiere un ajuste a nivel familiar e individual, donde la terapia puede ayudar a acompañar este proceso permitiendo estimular la verbalización de la pérdida reconstruyendo esta experiencia, reconociendo y liberando los sentimientos implicados, ayudando a la toma de decisiones, afrontando los sentimientos de culpa, aceptando la realidad de la pérdida, para finalmente apoyar a que se integre la experiencia de la muerte como un enriquecimiento personal (afectivo, moral, cognitivo, social). De esta manera cuando el duelo se torna complicado la intervención terapéutica se centra en ayudar promoviendo a que se realicen las tareas del duelo entendiendo el proceso y las variables que lo dificultan, en el caso se retomó las tareas que menciona Worden (2004) retomadas de Kubler Ross (1973) atendiendo que el proceso no es lineal y en cada individuo es único, debe reconocerse como una guía para entender como la familia de Zamy y Leo Vivian su duelo.

El duelo si bien es descrito como un proceso, cada familia e individuo la vive de manera diferente, el inicio de la evaluación es sustancial para referir si la intervención dio resultados, una evaluación debe reflejar el mundo interno del menor y sus relaciones en los diferentes contextos en los que vive y las personas con las que se relaciona, entender el síntoma es una tarea fundamental, comprender lo que en ese momento necesita el niño y su familia, de esta forma mi sugerencia y análisis me remiten a no seguir formulas preconcebidas sino mirar de manera integrativa, propiciando una coparticipación de los padres en la terapia y retomando los recursos familiares e individuales, así los resultados no surgen de

la nada o de algo mágico, si no de un proceso terapéutico sensible y responsivo ante las necesidades del niño, que va trabajando sobre focos de intervención acordados con los padres, re estructurando cuando es necesario, evaluando los cambios durante el proceso, así como contemplando y cuidando el cierre terapéutico. Las limitaciones son necesarias en la vida, así también en la psicoterapia, creo que no existen las perfectas condiciones para llevar a cabo un proceso, debemos trabajar con lo que tenemos, en algunos casos la participación de los padres se ve facilitada por sus recursos y motivación, pero en otros las resistencias y diversas dificultades obstaculizan su participación en el proceso. Existen casos donde el niño es síntoma del problema familiar o una forma indirecta de los padres para pedir ayuda para sí mismos; en este caso la coparticipación del padre fue fundamental para el proceso, si bien en un inicio se planearon ciertas sesiones para el trabajo con el padre, hubo momentos donde el propio proceso de duelo del padre fue movilizado, requiriendo reestructurar y planear sesiones para el trabajo con el padre, llevando a reconocer su propio proceso de duelo, haciendo consciente su parentalidad positiva y trabajando con el reconocimiento y comunicación de emociones, hecho que ayudó en el proceso terapéutico de su hijos, llegando al punto de sentirse preparado, validado y empoderado en su capacidad de acompañar a sus hijos en el duelo; implicando cambios significativos en el sistema familiar, así confirmaba el padre en una sobre la influencia de estas sesiones “hable con mi hermana, agradecí su apoyo...pero nos permitimos hablar de la pérdida de mi madre...así después hablé de mi esposa... mi hermana hablo también de lo que sentía...nos sentimos liberados... le dije teníamos que llevar nuestro propio proceso en terapia”.

Respecto a la formación dentro del Programa de la Residencia en Psicoterapia Infantil significó una invaluable oportunidad para adquirir conocimientos, habilidades y actitudes profesionales de excelencia, fundamentados en el ejercicio ético, para identificar, solucionar, evaluar e investigar problemas que afectan a la población infantil en su desarrollo psicológico, adquiriendo además habilidades de supervisión e investigación en el campo de la psicoterapia infantil. Esto se logró

gracias a las clases teóricas, la asesoría mediante un sistema tutorial y supervisión grupal e individual.

Este proceso de formación incluye las actividades de Residencia, que en mi caso tuvo como sede el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (CCMG), instancia dependiente de la Facultad de Psicología, que ofrece sus servicios psicológicos a la comunidad y generar espacios de formación en la práctica supervisada para estudiantes de licenciatura y posgrado de la Facultad de psicología, mediante diferentes programas de profesionalización. El CCMG fue un espacio que proporcionó los recursos contextuales, materiales y humanos para mi formación dentro del servicio de intervención clínica con niños, niñas y adolescentes, enfatizando el acompañamiento a través de la supervisión grupal e individual, favoreciendo así la adquisición de competencias tanto en prevención, evaluación, intervención, seguimiento e investigación de problemas psicológicos en la infancia.

En cuanto a las competencias en evaluación psicológica, la aplicación y calificación de instrumentos, así como el análisis de técnicas de entrevista y juego diagnóstico e integración, permitieron desarrollar habilidades profesionales para la integración de estudios psicológicos y la formulación de casos clínicos, a través de las cuales, se establecieron las preguntas e hipótesis clínicas, así como las metas de intervención, favoreciendo el diseño e implementación de intervenciones fundamentadas en la teoría y evidencia empírica, asimismo, todas las intervenciones fueron supervisadas, garantizando con ello la validación de los procesos.

Además durante la formación participe dentro de juntas clínicas donde se presentaban casos clínicos con la finalidad de retroalimentar, sugerir y realizar aporte respecto al el caso, adquiriendo la capacidad de sistematizar, evaluar la pertinencia, efectividad de los programas y estrategias de intervención utilizados en el tratamiento de problemas emocionales en los niños, cuidando los aspectos

éticos y legales relacionados con la práctica profesional del psicólogo en el área de la Psicoterapia Infantil.

Debo reconocer que el proceso de formación implicó diferentes dimensiones y tiempos, en un primer momento el reconocer y hacer uso de aquellas competencias clínicas que estaba desarrollando. Generando una aproximación segura a aquellas otras áreas de oportunidad que requerían ser enriquecidas, lo que me ofreció la oportunidad de ser crítico de mi práctica profesional, llevando a cuestionarme sobre los procedimientos de los casos que en ese momento atendía, autoevaluación que coincidió con la primer retroalimentación semestral por parte de mi tutora y maestras, ayudando a validar y propiciar cambios en los procesos. El segundo tiempo lo analizo en función de la adquisición de la teoría que se revisaba en las clases, si bien el primer momento me movilizó a autoanalizar mi práctica, este implicó que mirara de manera integrativa, reconocía que no había formulas preconcebidas, que los casos atendidos requerían una búsqueda de literatura que llegó a rebasar el tiempo asignado a las clases, implicando desarrollar habilidades de búsqueda mediante diferentes herramientas como bases de datos tanto de tesis como libros digitales, asistir constantemente a la biblioteca de posgrado o requiriendo contactar con instituciones especializadas. Y finalmente una dimensión que me gustaría hacer énfasis fue el trabajo en equipo, el escuchar a otros compañeros sobre sus casos, reconocer su estilo personal como terapeutas, sus intervenciones, me fue nutriendo y generando habilidades para trabajar en coterapia, así como comunicar mis casos, mediante las juntas clínicas o en congresos, siendo un reto para adquirir la capacidad de síntesis y medición de mis tiempos de exposición. Y finalmente otro aspecto de mi formación fue mi proceso terapéutico, que guio al trabajo de las contratrasferencias que se generaban en la terapia con mis pacientes, ayudándome a trabajar en aspectos tanto emocionales como racionales, y propios de mi proceso de formación.

De esta manera la formación recibida en el programa de residencia en psicoterapia infantil me proporcionó los recursos necesarios para mi desempeño

como psicoterapeuta infantil, respecto a mi **saber ser**, donde mi ética, mi responsabilidad y compromiso, pero sobre todo mi amor por la clínica me llevaron a construirme como terapeuta siguiendo valores y la normatividad institucional, sintiéndome motivado, satisfecho y orgulloso en cada momento mi formación. **El saber conocer**, donde logré planear, monitorear y evaluar que herramientas, recursos y propias capacidades, que requería para adquirir información necesaria para la comprensión de los problemas de los niños y sus familias. **El saber hacer**, sin duda las horas de práctica clínica son una medular aportación a mi formación, intervenciones que fueron acompañadas y retroalimentadas de manera sistemática y reflexiva.

## REFERENCIAS

- Aguilar, C. (2014). *La relación fraterna y su impacto en los contextos relacionales*. Reporte de experiencia profesional de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. España: EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.
- Andrade, P.P. y Betancourt, O.D. (2008). Prácticas parentales: Una medición integral. *La Psicología Social en México*, XII, 561-565. AMEPSO.
- Assoun, P. (1998). *Lecciones psicoanalíticas sobre hermanos y hermanas*. Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Arévalo, B. & Veliz, R. (2010). *Terapia de juego no directiva para la resolución del proceso de duelo por muerte en niños de 7 a 14 años de edad*. (Tesis de grado ha licenciado) Escuela de ciencias psicológicas USAC, Guatemala.
- Arranz, E., Olabarrieta, F., Yenes, F., & Martín, J. (2001). Perceptions of sibling relationships in children aged 8 to 11. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 425-441.
- Axline, V. (2005). *Terapia de juego*. México: Diana.
- Barreto, M. & Soler, M. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Bank, S. & Kahn, M. (1988). *El vínculo fraterno*. Barcelona: Paidós.
- Bender, L. (1969). *Test gestáltico visomotor*. Traducido del inglés. Buenos Aires: Paídos.
- Bowlby, J. (1961). *Process of mourning*. Estados Unidos: *International Journal of Psychoanalysis*. 42, 317-40.
- Bunge, E, Gomar, M & Mandil, J. (2009) *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Buenos Aires: Librería akadia editorial.

- Branje, S. J. T., Van Lieshout, C. F. M., Van Aken, M. A. G., & Haselager, G. J. T. (2004). Perceived support in sibling relationships and adolescent adjustment. Documento presentado en la IX Conference of the European Association for Research on Adolescence. Oporto, Portugal.
- Calhoun, L. & Tedeschi, R. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15, 93-102.
- Chazan, S. E. (2005). Profiles of play. Assessing and observing Structure and process in Play Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cruz, F., & Pérez, M. (2013). Factores emocionales asociados al proceso de fin de vida en las personas: Pérdidas y Duelo. España: Revista local de la Universidad de Granada, Facultad de Psicología.
- Cornejo, L. (1996) Manual de terapia Gestáltica. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Corsi, J. (2006). Psicoterapia integrativa multidimensional. Buenos Aires: Paidós.
- De Saint-Exupery, A. (2005.) Le Petit Prince. México: Grupo Editorial Barco
- De Souza, A. (1999). Los orichas en África: una aproximación a nuestra identidad. Cuba: Editorial Ciencias Sociales.
- Doka, K. (2002). Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice, USA: Research Press.
- Doka, K. (2008). Disenfranchised grief in historical and cultural perspective. USA: Research Press.
- Drewes, A. (2012). Terapia de juego integrativa. En Schaefer, C. (Ed). (2012).
- Drewes, A. (2012). Terapia de juego integrativa. En Schaefer (Editor) Fundamentos de terapia de juego. (pp. 349-364). México: Manual Moderno
- Espina, A., Gago, J. & Mar, M. (2008). Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. *Revista de psicoterapia familiar*, 4 (13), 77-87.

- Espinoza, L. (2014). Estrategias de enseñanza basadas en la zona de desarrollo próximo y el andamiaje, para alcanzar el desarrollo cognitivo mediante el lenguaje verbal, de los alumnos de secundaria. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Aragón. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Esquivel, F. (2010). Psicoterapia infantil con juego; Casos clínicos. México: Manual Moderno.
- Feixas G. & Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia; reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En Fernández-Álvarez, H. y Opazo R. (comps). La integración en Psicoterapia, manual práctico (33-67). Barcelona: Paidós.
- Firth, R. (1961). Elements of social organization. London: Tavistock Publication.
- Fernández, H. (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.
- Freeman, J., Epston, D. & Lobovitz, D. (2001). Terapia narrativa para niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego. Buenos Aires: Paidós.
- Gabalda, C. (1999). El origen cultural de la integración y del eclecticismo en psicoterapia. *Psiquiatría Pública*, 11, 19-26.
- García, C. & Pérez, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274. Recuperado en 30 de mayo de 2016, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000200014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200014&lng=es&tlng=es).
- Gómez, L. (2000). El duelo en los niños. En: Díe, M & López, E. (eds). Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades Ediciones.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010) Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana.

- Howe, N. y Recchia, H. (2014). Sibling relations and their impact on children's development. Encyclopedia on Early Childhood Development (version electronica), USA: EncyclopediaECD, <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-development.pdf>
- Holland, J. (2008). How schools can support children who experience loss and death. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36 (4), 411-424.
- James, J., Friedman, R., & Matthews, L. (2002). Cuando los niños sufren. Madrid: Los libros del comienzo.
- Jeffers, O. (2010). El Corazón en la botella. México: Fondo de Cultura Económica.
- Koppitz, E. (1968). El dibujo de la figura humana en los niños. Buenos Aires: Guadalupe.
- Kubler-Ross, E (1973). On Death and dying. New York: Routledge.
- Ladd, G. (2005). Children's peer relations and social competence: A century of progress. U.S.A.: Yale University Press.
- Lacasta, M.A., Y García, E.D (2007). El duelo en cuidados paliativos. Guías Médicas. Madrid: Sociedad Española de Cuidados paliativos (SECPAL). Recuperado de [www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see\\_guiayid\\_guia=1](http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guiayid_guia=1).
- Lazarus, A. (1983) Terapia multimodal. Buenos Aires: Ipeem.
- Loreto, E. (2011). Explicame que ha pasado: Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños. España: Editores Cyan Espacios S.L.
- Luecken, L. (2008). Long term consequences of parental death in childhood: psychological and physiological manifestations. *American Psychological Association, Advances in theory and intervention*. 397-416.
- Lucio, E. (2005) Escala infantil de afrontamiento. Mexico: en prensa.
- Lucio, E., Duran, C. & Heredia, C. (2013) Escala infantil de estrés. Mexico: en prensa.

- Mazaira, J. & Gago, A. (1999). Efectos del fallecimiento parental en la infancia y adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (71), 407-418.
- Meza, V. (2008). Terapia de juego entre hermanos para favorecer el vínculo fraterno. Reporte de experiencia profesional de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2008). An attachment perspective on vearement. *American Psychological Association, Advances in theory and intervention*. 87-111.
- Minuchin, S. (1985). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (2006). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Norcross, J. C. (1987). *Casebook of eclectic psychotherapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Norcross, J. C. (2005). A Primer on Psychotherapy Integration. En Goldfried, M. R. & Norcross, J. C. (Ed.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 3-23). New York: Oxford University Press.
- Oaklander, V. (2004). *Ventanas a Nuestros Niños*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Oaklander, V. (2006). *El tesoro escondido: la vida interior de los niños y adolescentes, terapia infanto juvenil*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- O'Connor, K. (1991). *The play therapy primer*. New York, NY: Wiley.
- Oliva, A., & Arranz, E. (2005). Sibling relationships during adolescence. *European Journal of Developmental Psychology*, 2, 253-270.

- Olmos, D. (2010). Cuando los niños lloran: Cómo ayudar a los niños a manejar sus pérdidas. México: Ediciones Dabar.
- Opazo, R. (2001). Psicoterapia clínica: delimitación clínica. Chile: Ediciones ICPSI.
- Payás, A. (2012). Las tareas del duelo; psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. España: Paidós.
- OMS (Organización Mundial de Salud) Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Decima revisión CIE-10. Vol. 1 y 2. Washington DC: OPS.
- Pérez-Sales, P. & Vázquez, C. (2003). Emociones positivas, trauma y resiliencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(3), 235-254.
- Poch, C. & Herrero, O. (2003). La muerte y el duelo en el concepto educativo. Argentina: Paidós.
- Preston, J. (2003). Terapia breve integradora: Enfoques cognitivo, psicodinámico, Humanista y neuroconductual. España: DESCLÉE DE BROUWER.
- Querol S. & Chavez, M. (2004) Test De La Persona Bajo La Lluvia. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Reese-Weber, M. (2000). Middle and late adolescents' conflict resolution skills with siblings: Associations with interparental and parent-adolescent conflict resolution. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 697-711.
- Santamaría C. (2010). El duelo y los niños. España: Editorial Sal Terrea.
- Sattler, J. (2008). Evaluación infantil: aplicaciones conductuales, sociales y clínicas. Volumen II. 5ª ed. México: Manual Moderno.
- Seymour, J. W. (2011). History of psychotherapy integration and related research. En Drewers A. A., Bratton S. C. & Schaefer E. C. (Ed.) Integrative play therapy (pp. 3-19). New Jersey: Wiley.

- Schaefer, C. (2012). Fundamentos de terapia de juego. México: Manual Moderno.
- Sipos, L. & Solano, C. (2002). El duelo en los niños. Experiencia clínica en un Centro de Salud Mental. Revista psiquiatría Centro Salud Mental Vallecas. 6(5).
- Soukoreff, M. (2008). Suicide in a mental health setting: caring for staff, clients, and family members. Journal Care Counsel. 62(4), 353-62.
- Stricker, G. (2010). Psychotherapy integration: Theories of Psychotherapy Series. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: a theoretical Integration. Review of General Psychology, 9(1), 48-66.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). Temperament and development. New York: Brunner.
- Tizón, J. L. (2004). Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigaciones y asistencia. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer.
- VanFleet, R., Sywulak, A., & Caparosa, C. (2010) Child-Centered Play Therapy. USA: The Guilford Press.
- Villanueva, C. & García J. (2000). Especificidad del duelo en la infancia: Psiquiatría Pública, 12 (3), 219-28.
- Walsh, F. (1998). Strengthening family resilience. New York: Guilford Press
- West, J (2000). Terapia de juego centrada en el niño. México: Editorial El Manual Moderno.
- Worden, J. (2013). El tratamiento del duelo. España: Paidós Ibérica.