



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TERAPIA NARRATIVA EN PERSONAS OSTOMIZADAS

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JESSICA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. EDUARDO CORTÉS MARTÍNEZ  
COMITÉ: MTRA. SARA GUADALUPE UNDA ROJAS  
LIC. LEONEL ROMERO URIBE  
MTRO. SERGIO C. MANDUJANO VAZQUEZ  
MTRO. VICENTE CRUZ SILVA



AGOSTO 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## DEDICATORIAS

### A MIS PADRES:

Como una muestra de mi cariño por todo el amor y el apoyo que me han brindado todos los días de mi vida; porque sin estimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme, por la persona que ahora soy sabiendo que el logro

### AL GRUPO DE OSTOMIZADAS H. G. M.

Porque fue por ellos que decidí llevar a cabo la realización de este trabajo, porque compartieron conmigo sus experiencias, sus conocimientos, me dieron su confianza y su cariño. Porque todos los días obtuve un aprendizaje. Por todos los momentos compartidos. Gracias.

### AL PROFESOR EDUARDO CORTÉS MARTÍNEZ

Por compartir conmigo sus conocimientos, por orientarme cada vez que me sentía perdida, por ser paciente y a pesar del tiempo seguir apoyándome. Gracias.

## INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
I. MARCO TEORICO	
1. COLOPROCTOLOGIA	5
1.1 Ostomia	5
1.1.1 Definición	6
1.1.2 Tipos de estomas	6
1.1.3 Etiología de las ostomias digestivas	6
1.1.4 Tipos de ostomias digestivas o intestinales	7
1.1.5 Formas de realizarse un estoma	11
1.1.6 Funciones de los estomas	11
1.1.7 Complicaciones médicas de los estomas intestinales	11
1.2 Cambios psicológicos en los pacientes ostomizados	13
1.2.1 Aspectos psicológicos en los pacientes otomizados	17
2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD	19
2.1 Definición	19
2.2 Aproximaciones de la psicología de la salud que intervienen con las personas ostomizadas	20
2.2.1 Psicología de la salud clínica	20
2.2.2 Psicología de la salud pública	21
2.2.3 Psicología de la salud comunitaria	21
2.2.4 Psicología de la salud crítica	22
2.3 Factores psicológicos de las enfermedades etiológicas de un estoma.	24

2.4 Apoyo psicológico a los pacientes ostomizados Realizada por parte de enfermería.	25
3. LA PSICOTERAPIA EN EL CONTEXTO POSMODERNO	31
3.1 Construccinismo social	34
3.2 Hermenéutica	35
3.3 Semiótica	36
3.3.1 El signo	37
3.3.1.1 Arbitrariedad del signo	38
3.3.2 El significado y contexto	38
3.3.3 La comunicación lingüística y sus funciones	39
4. TERAPIA NARRATIVA	41
4.1 Antecedentes	41
4.2 Representantes	41
4.3 Organización de las sesiones	42
4.4 Terapia descentralizada	42
4.5 Descripción del problema (historia dominante)	42
4.6 Externalización del problema	43
4.7 Acontecimientos extraordinarios	49
4.7.1 Acontecimientos extraordinarios pasados	50
4.7.2 Acontecimientos extraordinarios actuales	50
4.7.3 Acontecimientos extraordinarios futuros	50
4.8 Logros aislados	51
4.9 Lo ausente pero implícito	52
4.10 Desconstrucción	52
4.11 Panorama de acción y panorama de conciencia	53

4.12 Preguntas de andamiaje	55
4.13 Re-membresía	56
4.14 Re-narración	58
4.15 Ceremonia de definición y Testigos externos	59
4.16 Uso de documentos terapéuticos	60
4.17 Terminó de la terapia	62
4.18 Terapia narrativa con niños (as)	63
II. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON PERSONAS OSTOMIZADAS	66
1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON ADULTOS OSTOMIZADOS	66
2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON NIÑ@S OSTOMIZADOS	76
III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	79
REFERENCIAS	82
ANEXO 1 Conversación con un adulto Ostomizado Permanente.	90
ANEXO 2 Conversación con un niño Ostomizado Temporal.	94
ANEXO 3 Tipos de ostomizados	99
ANEXO 4 Entrevista a Clara, Ostomizada y urostomizada	101
ANEXO 5 Entrevista a Raúl, Reconectado	111
ANEXO 6 La ostomía me dio la vida	116
ANEXO 7 Consentimiento informado	119
ANEXO 8 IMÁGENES	120

## RESUMEN

En esta propuesta teórica se abordan los cambios físicos y psicológicos que sufren las personas ostomizadas después de la cirugía, y a partir de los cuales reciben atención médica y, en la mayoría de los casos, apoyo emocional, el cual es brindado, por el personal de salud de las instituciones, principalmente por parte de enfermería; así como las actividades que se realizan a través del departamento de Psicología (de la Salud) de dichas instituciones promoviendo que las personas ostomizadas tengan una rehabilitación óptima y se reincorpore a sus actividades cotidianas; al mismo tiempo se presenta una contextualización de la Psicoterapia en el ámbito posmoderno o conversacional donde se ubica la Terapia Narrativa, modelo en el que se co-construyen nuevos significados e historias alternativas, y a partir del cual se tiene como objetivo principal establecer una propuesta de intervención psicológica con las personas ostomizadas bajo los lineamientos de dicha terapia.

Palabras clave: ostomía, intervención psicológica, Terapia Narrativa.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha incrementado la incidencia de realización de estomas tanto en hombres como en mujeres.

La ostomía es una práctica médica-quirúrgica mediante la cual se hace una evocación al abdomen de un segmento del intestino.

De acuerdo con Benavides (2009), las patologías diagnosticadas más frecuentes que requieren de la realización de un estoma, son 80% enfermedades neoplásicas, 14% de origen traumático y el resto corresponde a enfermedades inflamatorias y congénitas.

Las patologías que originan la ostomía, no están determinadas por factores de estatus social, nivel económico, sexo, etnia o credo religioso.

Las personas a las que se les realiza esta cirugía sufren cambios importantes en distintos aspectos su vida, inicialmente tienen cambios de tipo *fisiológico*, *psicológico* y de tipo *social* los cuales de no ser entendidos y aceptados pueden ser permanentes y afectar la calidad de vida de las personas de manera permanente (Solanas y Noguero 2001). Este solo hecho justificaría la necesidad de utilizar marcos teóricos y técnicas que tomen como unidad de análisis e intervención al paciente y su contexto familiar, social y cultural.

El efecto que la ostomía produce a nivel individual se debe a ignorancia y prejuicios sociales, los ostomizados se han retraído en sus niveles ordinarios de vida social buscando el anonimato, presas del sentimiento de ser portadores de algo antisocial (Gómez, Patkan, Torres, Merino, Pascal, Moriggia, Osre y Hurvitz, 2007).

La inquietud por el desarrollo de este trabajo surge a partir de la realización del servicio social en la unidad de gastroenterología y coloproctología en una Institución de Salud Pública, donde se tuvo la oportunidad de observar los cambios emocionales que presentan las personas tras la cirugía de ostomía, inquietud que se vio reforzada al percatarme de que en esta institución, como en la mayoría de las instituciones de salud pública, sólo se realizan sesiones grupales (v. cuadro págs. 21 y 22) para las personas ostomizadas, pero, no reciben una atención psicológica personalizada.

La realización de este trabajo tiene como objetivo principal desarrollar una propuesta de intervención psicológica para las personas ostomizadas.

Tradicionalmente el campo de la psicoterapia se ha caracterizado por tener una epistemología lineal, en donde se atribuyen causas únicas a los eventos que ocurren en la vida de una persona, en estas terapias tradicionales de alguna manera se deja implícito que el problema es y está en la persona misma, en el centro de su identidad (Flores y Campillo, 2009).

Sin restar mérito a las prácticas psicoterapéuticas tradicionales hemos de reconocer que en nuestros tiempos se gesta una nueva y particular visión acerca del ser humano, visión que hoy en día se conoce como terapias posmodernas o conversacionales.

Las terapias posmodernas, ven la terapia como un proceso conversacional o discursivo; se interesan en la forma en que las personas crean narraciones o historias sobre sus vidas (Tarragona, 2006). Cuando las personas buscan una atención psicológica es porque tienen una historia que contar; frecuentemente, se trata de una historia de preocupaciones, desconcierto, penas o rabia, acerca de una vida o de una relación que ahora se encuentra arruinada; o bien, es una historia de eventos tristes que han conspirado contra su sentido de bienestar, de satisfacción personal o de eficacia (Estrada y Diazgranados, 2007).

Dentro de las terapias posmodernas podemos ubicar a la terapia narrativa, la cual, aparece como alternativa viable para tratar diversas problemáticas bajo el presupuesto básico de que las personas no son el problema, mas bien están aprisionadas por eventos problemáticos a los cuales les es difícil escapar porque han desarrollado una visión limitada de su experiencia de vida, visión que narra a través de los relatos en los que encontramos historias saturadas de problemas, historias en donde no se reconocen los intentos y esfuerzos que la persona hace para liberarse de estos. El objetivo clave de la Terapia Narrativa será des-construir estos relatos para generar narrativas alternativas en donde la persona sea el protagonista de una historia que permita abrir posibilidades de solución así como generar una identidad nueva, basada en la capacidad y la agencia personal (Flores y Campillo, 2009).

El modelo de Narrativa es uno de los modelos más recientes de la Psicoterapia Familiar, que emerge de una propuesta planteada desde analogías diferentes basadas en las ciencias sociales y conceptualizaciones del campo de la terapia familiar y de autores como Foucault, Bateson y Bruner (Flores y Campillo, 2009; White, 2004).

Es debido a que las personas ostomizadas sufren un importante cambio tras la cirugía, cambio que trae consigo desconcierto, preocupación, rabia que se considero conveniente que la propuesta de intervención psicológica hacia las personas ostomizadas se realice bajo los lineamientos de la Terapia Narrativa, modelo desarrollado por Michael White y David Epston.

El trabajo se encuentra dividido en tres capítulos. En el primer capítulo del trabajo se desarrolla el marco teórico el cual se encuentra sub-dividido en cuatro apartados.

En el primer apartado se desarrolla la definición de estoma, los tipos de estomas, la manera en que se realizan y las complicaciones que pudieran presentarse después de la cirugía, es decir, se presenta el área médica. Pero, también se desarrollan los cambios psicológicos que sufren las personas en el pos-operatorio.

En el segundo apartado se presenta el área de la Psicología de la Salud, donde se explica la participación del departamento de psicología de algunas instituciones de salud para la rehabilitación de los pacientes ostomizados

En el tercer apartado se enmarca la psicoterapia en el contexto posmoderno o conversacional en donde se puede situar la Terapia Narrativa; modelo del cual se desarrollan los lineamientos en el cuarto apartado.

En el segundo capítulo se presenta el objetivo general de la realización de este trabajo, así como los objetivos específicos del mismo y se desarrolla la propuesta de intervención con las personas ostomizadas.

La discusión y las conclusiones se desarrollan en el capítulo tres.

Finalmente se presentan diferentes anexos que permiten tener un panorama más amplio de los cambios que sufren las personas después de la cirugía.

## I. MARCO TEORICO

### 1. COLOPROCTOLOGÍA

De acuerdo con Martínez y Martínez (2008), la Coloproctología como ciencia se remonta al siglo pasado. Inglaterra es considerada la meca de la Coloproctología debido a que fue la primera en contar con investigadores e instituciones dedicadas a la misma.

Harry E. Bacon, (1956, citado en Martínez y Martínez, 2008), pionero de la especialidad en los EUA, cita en su obra Proctology, a Joseph B. Mathews, el cual define la Proctología como la ciencia que trata las enfermedades médico-quirúrgicas del colon, recto y del canal anal. Esta definición fue dada por Joseph B. Mathews en 1899 durante la fundación de la Sociedad Americana de Proctología.

El Colon, el recto y el conducto anal son considerados en todos los textos y trabajos actuales como una unidad anatómico-funcional y por tanto indivisible desde el punto de vista: Anatómico, Funcional, Fisiológico, Histológico, Embriológico, Patológico, Bioquímico y Oncológico.

Concluyendo, entonces que, la Coloproctología constituye una especialidad autónoma con un lugar relevante entre las especialidades quirúrgicas.

El rápido crecimiento de la población con el notable aumento del número de ancianos, el mayor número de malformaciones anorrectales serias en recién nacidos y la mayor incidencia del cáncer colo-rectal, considerado el tumor maligno más frecuente, después del cutáneo, con una alta incidencia en la población, el incontrolable incremento de la patología ano rectal benigna, relacionada a los nuevos hábitos de las sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo; suponen una demanda de cirujanos con especialización en colon, recto y ano (Martínez y Martínez 2008).

Sus antecedentes en nuestro país se remontan a 1944, cuando el Dr. Enrique Peña y de la Peña fundó el servicio de la especialidad en el Hospital Central Militar, como una sección del servicio de Gastroenterología (Plan único de Especialidades Médicas en Coloproctología, División de Posgrado UNAM, 2009).

Más tarde en México, surgió la Sociedad Mexicana de Proctología en 1953, y en 1969 se convirtió en la Sociedad Mexicana de Coloproctología.

El ejercicio de la Coloproctología incluye el manejo de ostomias, colonoscopias, cirugía laparoscopia, manometría anal, disfunción del piso pélvico y la defecografía, entre otros.

Con el desarrollo de la definición y un poco de la historia de la Coloproctología se pretende enmarcar el tema que nos compete que son las personas ostomizadas ya que son los Coloproctólogos quienes principalmente atienden las enfermedades que conllevan a las cirugías donde se realiza un estoma intestinal como parte del tratamiento o cura de la enfermedad.

## **1.1 OSTOMIA**

### **1.1.1 Definición**

“La palabra estoma u ostomía etiológicamente se deriva del griego y significa boca o abertura. (...) Es la derivación quirúrgica de una parte del tracto digestivo hacia el exterior (pared abdominal) y tiene como consecuencia la pérdida del control esfinteriano” (Rangel y Cortés, 1999, p. 191-192).

La finalidad del estoma es permitir la eliminación de productos de deshecho (contenido ileal, heces u orina) al exterior y recogerlos en un dispositivo destinado a tal fin.

La primera descripción de la realización de un estoma se realizó entre el siglo XVI y XVII, sin embargo no fue hasta finales del siglo XVIII que se realizó este procedimiento con mayor éxito (Padilla, 2007).

### **1.1.2 Tipos de ostomias**

Benavides (2009) divide las ostomias en:

Ostomias digestivas:

- Ileostomía
- Colostomía

Ostomias de alimentación:

- Gastrostomía
- Yeyunostomía

Ostomias urológicas:

- Nefrostomía
- Ureterostomía

De acuerdo con los fines de este trabajo me centrare únicamente en las ostomias digestivas o intestinales.

### **1.1.3 Etiología de las ostomias digestivas**

Existe una gran diversidad de enfermedades que se pudieran generar en el tracto gastrointestinal las cuales a pesar de que se desarrolla de forma diferente y

clínicamente presentan una sintomatología particular, pudiesen llegar a compartir, como parte de su tratamiento ya sea curativo o paliativo, la realización de un estoma.

Estas enfermedades de acuerdo a Rangel y Cortés (1999), las podemos agrupar en:

- Enfermedades intestinales inflamatorias
  - a) Colitis ulcerosa crónica indefinida
  - b) Enfermedad de Crohn
  
- Enfermedad intestinal congénita
  - a) Enfermedad de Hirschsprung o aganglionar.
  - b) Atresia anal
  - c) Poliposis familiar hereditaria
  
- Traumatismos abdominales
  - a) Desgarres ano-rectales
  - b) Perforaciones intestinales accidentales a consecuencia de otro tratamiento quirúrgico
  
- Enfermedad diverticular (diverticulitis perforada)
  - Fistulas: Perianales complejas
  - Recto-vaginales
  - Recto-vesiculares
  
- Enfermedad intestinal obstructiva
  - a) Vólvulo
  - b) Neoplasias: Cáncer de colon-sigmoides
  - Cáncer de recto
  - Cáncer anal

#### **1.1.4 Tipos de ostomias digestivas o intestinales**

El manual para pacientes ostomizados de Hollister (2000), plantea que los estomas intestinales se dividen de la siguiente manera:

1. En **función de la víscera** que se comunica al exterior se dividen en:

*Colostomía*: Es una apertura quirúrgica del colon o intestino grueso a la piel habitualmente a través de la pared abdominal. Según la porción evocada puede ser:

- Ascendente: el estoma se coloca en la parte derecha del abdomen.



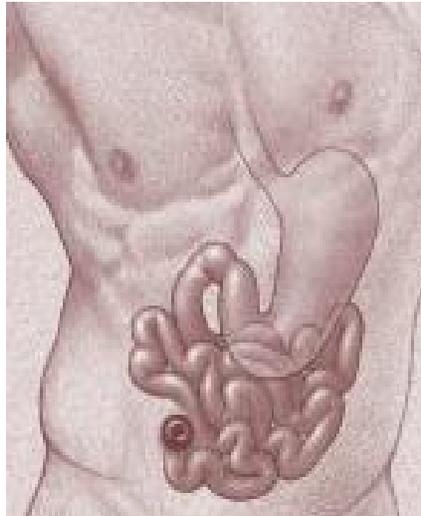
- Transversal: el estoma se coloca indistintamente en la parte derecha o izquierda del abdomen.



- Descendente o sigmoidea: el estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen.



*Ileostomía*: Es el segmento de intestino delgado que se saca a través del musculo recto abdominal y se fija en el abdomen para eliminar la materia fecal sin que ésta llegue al colon.



Por lo general la ileostomía se ubica en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Ésta es la zona justo debajo de la cintura a la derecha del ombligo.

La descarga puede variar de ser muy líquido, al principio a semisólidos, como pasa el tiempo. Es importante para la ileostomía tomar las comidas en horas regulares y beber mucho líquido para mantener los electrolitos en el equilibrio.

Debido a que en la mayoría de estos procedimientos los pacientes ya no cuentan con un esfínter no puede controlar de forma voluntaria la realización de sus evacuaciones por lo que es necesario que lleven una bolsita adherida al vientre para contener las evacuaciones y luego vaciarlas.

2. Dependiendo de la **indicación quirúrgica** se dividen en:

Definitivas: cuando se realizan con carácter de vía evacuatoria permanente.

Transitorias: como las efectuadas cuando se quiere poner en reposo al intestino, se desea esperar que ceda un cuadro inflamatorio o cuando forman parte de un procedimiento en 2 tiempos denominado cirugía de reservorio ileoanal. En estos casos, como en los de la colostomía transitoria, se recupera la función de control evacuatorio luego de haber reconstruido el tránsito. Para ello, es necesario que se conserve el esfínter anal.

La realización de un estoma ya sea temporal o definitivo conlleva la resección segmentaria o total de algunos órganos, principalmente del colon y está resección de acuerdo con Charúa (2007), consiste en la extirpación amplia del tumor y sus cadenas ganglionares respectivas. La localización del tumor condicionara el tipo de técnica quirúrgica.

Charúa (2007), plantea que puede existir una resección baja, una resección anterior baja, una resección abdominoperineal y resección local del cáncer del recto.

#### *\*Resección baja*

Esta cirugía está indicada en tumores localizados en la parte final del sigmoides, en la unión recto-sigmoidea o en el tercio superior del recto. El nivel proximal de la resección puede ser hasta la parte media del colon descendente; en ocasiones se puede conservar las ramas de la cólica izquierda de la arteria mesentérica inferior. En la pieza de resección deben incluirse los ganglios linfáticos periaórticos inferiores. Una vez movilizada la porción retroperitoneal del sigmoides se continúa la liberación del recto por sus cuatro caras, incluyendo el mesorrecto. El límite de la resección distal debe hacerse por lo menos de 2 a 4 cm por debajo del tumor; esto último dependerá del grado de diferenciación y de la extirpe histológica.

#### *\*Resección anterior baja*

Está indicada en tumores del tercio medio y superior del recto. El objetivo es la resección completa del tumor y del mesorrecto, incluidos los ganglios linfáticos perirectales, rectales superiores y rectales inferiores, con la conservación de esfínteres.

La liberación completa del recto permite reseccionar con cierta facilidad los tumores que están localizados en el tercio superior del recto.

#### *\*Resección abdominoperineal*

Esta indicada en tumores de tercio inferior del recto y en algunos tumores de tercio medio. La cirugía consiste en la extirpación completa del ano, región perineal, aparato esfinteriano en su totalidad, recto, tejido perirectal, incluyendo el mesorrecto y parte del sigmoides; con el segmento distal del sigmoides se construye la colostomía definitiva.

#### *\*Resección local del cáncer del recto*

Está indicada en tumores de tercio inferior del recto. A menos de 10% de los tumores del recto se les puede ofrecer una resección local. Es la cirugía que ofrece menor índice de morbilidad y mortalidad, además que no requiere una colostomía definitiva.

3. De acuerdo **a su dimensión**, el manual del paciente ostomizado de Hollister (2000) los divide en:

- Estomas planos: cuando este se encuentra al ras de la piel
- Estoma normal: cuando sobresalen 2.5 cm de intestino

- Estoma protuberante: cuando sobre sale más de 2.5 de intestino

### **1.1.5 Formas de realizarse un estoma**

Benavides en el 2009 plantea que existen diferentes formas de realizar un estoma:

En asa: es aquella en que una porción del intestino se exterioriza a través de un mismo defecto en la pared abdominal, con apertura para dar salida al contenido intestinal en la parte aferente del asa.

Terminal: es aquella donde el orificio es perpendicular al intestino para permitir una derivación completa; puede ser terminal boca tipo Devine o terminal boca tipo Hartmann.

### **1.1.6 Funciones de los estomas**

El objetivo inicial de estos procedimientos es establecer una vía alterna para el paso del contenido intestinal o bien funcionar como procedimientos descompresivos, es decir que podemos dividir las funciones de los estomas en:

*Descompresión:* consiste en la evacuación del material intestinal de forma parcial o total hacia el exterior permitiendo así restablecer el tránsito intestinal distal en caso de obstrucción.

*Desfuncionalización:* consiste en excluir totalmente el tránsito intestinal en su porción distal, permitiendo el reposo del segmento intestinal comprometido y la protección de suturas o anastomosis distales.

### **1.1.7 Complicaciones médicas de los estomas intestinales**

A pesar de que en el estoma no existe terminaciones nerviosas, y por lo tanto no hay sensación de dolor y que siempre debe tener un color rojo y húmedo, puesto que se trata de una mucosa, hay algunas ocasiones en las que se presenta alguna complicación directa con el estoma, definiendo como complicación de éste a todo trastorno que afecte al aspecto anatómico o funcional del asa de intestino involucrado o de sus elementos vecinos como la pared abdominal o los órganos intrabdominales en relación a la técnica de ejecución del estoma (Villajuan, 2006).

De acuerdo con el trabajo de tesis que presenta Villajuan (2006), existen diferentes complicaciones a las que se puede enfrentar una persona ostomizada:

Las complicaciones más recurrentes son:

*Obstrucción:* producida por adherencias, por bolo alimenticio.

*Diarrea:* puede ser secundaria a múltiples causas.

*Dermatitis:* complicaciones dermatológicas en el sitio del estoma.

Otras complicaciones que se pueden presentar son:

*Esquemia y/o necrosis:* Inadecuada irrigación intestinal al estar involucradas algunas de las ramas arteriales principales del estoma, lo que trae como consecuencia cambios de coloración en la mucosa, e isquemia, que puede ser superficial o que involucra completamente la pared del estoma que se necrosa. La causa usual es la excesiva disección de la vasculatura mesentérica o la tensión del estoma al exteriorizarlo con disminución del flujo sanguíneo.

*Hemorragia:* Es poco frecuente en el posoperatorio inmediato a menos que existan vasos no ligados en el borde libre o en el mesenterio del estoma, sin embargo algunos factores como la hipertensión portal, trastornos de coagulación por padecimientos hematológicos y la exposición de la mucosa intestinal predisponen a hemorragia por erosión; es una complicación frecuente en una ostomía de intestino delgado, asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y colangitis.

*Retracción de la ostomía:* Es una consecuencia de la isquemia intestinal o tensión al fijarla, causada por una mala técnica quirúrgica al seleccionar la porción a exteriorizar y/o una inadecuación en la piel.

*Infección periestomal:* Es una contaminación bacteriana hacia tejidos blandos por el derramamiento de material intestinal o por la presencia de microperforaciones del estoma.

*Perforación:* Generalmente de causa iatrogena al suturar traspasando la pared intestinal con desgarrado inadvertido, lo que conlleva primero a la isquemia y necrosis, y después a la infección y fistula.

*Prolapso:* Sucede cuando no se fija en forma adecuada un segmento importante del estoma al peritoneo y aponeurosis, lo que permite una movilización excesiva. Habitualmente ocurre en el segmento funcional. Se presenta más frecuentemente en las enterostomías en asa que en las de tipo terminal. Puede resultar como consecuencia de una incisión excesiva en la pared abdominal y se puede asociar a una hernia paraostomal.

*Fistula a partir del estoma:* Es una complicación originada cuando se fija el estoma a la aponeurosis pasando la sutura en todo el espesor del segmento intestinal lo que provoca isquemia y necrosis, que deja un orificio hacia el tejido celular subcutáneo y después se comunica a la piel, son mas frecuentes en las ileostomías.

*Hernia:* Es la complicación tardía mas frecuente de las colostomías terminales. Existen varios factores, incremento de peso, enfermedades sistémicas, desnutrición y edad avanzada.

*Evisceración:* exposición del contenido de la cavidad abdominal al exterior, puede ser contenida o libre, se produce por una técnica quirúrgica defectuosa, desnutrición y esfuerzos violentos en pacientes operados.

*Sexuales:* en esta esfera pueden presentar graves alteraciones. Las mujeres pueden presentar vaginismo, disconfort durante el coito, dispareunia y anorgasmia. Los hombres pueden presentar impotencia, dificultad con la penetración, orgasmos y eyaculación retrógrada. Estos problemas suelen presentarse sobre todo en pacientes a los que se les realizó una *resección abdominoperineal* o una *cistectomía*, así como las personas a las que se les ha realizado un *tratamiento con quimio y radioterapia* (Suarez, 2007).

Sin embargo las personas deben de tener claro que el coito no lesionará la ostomía, ni la mayoría de posiciones alterarán la bolsa. Así mismo las personas homosexuales se verán en la necesidad en alguno de los casos de modificar las prácticas sexuales para cumplir una actividad sexual más o menos completa.

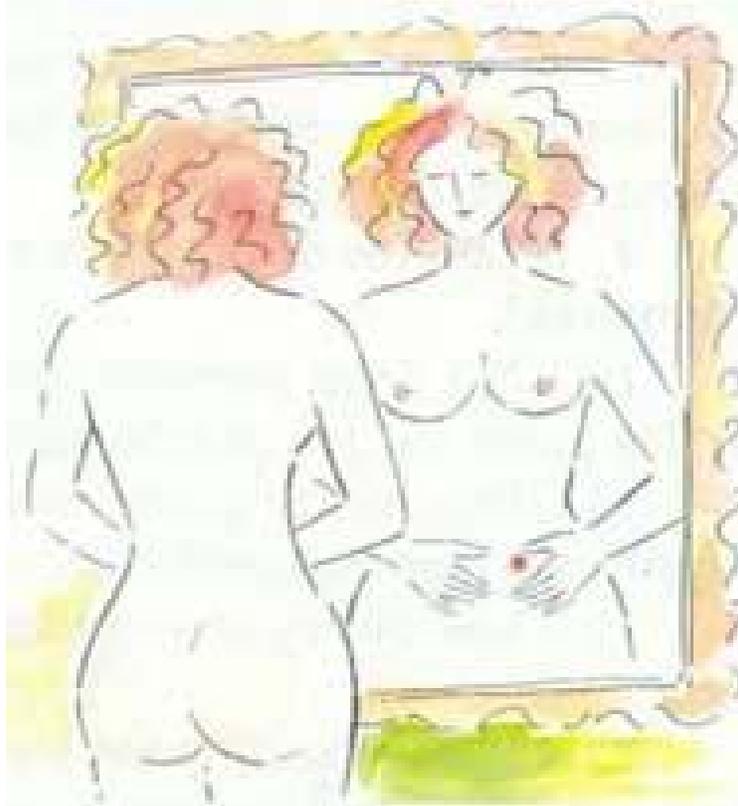
## **1.2 CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES OSTOMIZADOS**

El diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad que requirió este tipo de cirugía, son factores críticos que determinan los efectos psicológicos de la ostomía.

Las personas responden de manera diferente a la cirugía. No hay "normal" o una respuesta "mejor", como plantean Noda, Alfonso, Fonte, Valentín y Reyes (2001), el paciente con una larga historia de enfermedad inflamatoria intestinal, tendrá una reacción diferente a la cirugía con ostomía, que un paciente con cáncer rectal recientemente diagnosticado que debe recibir de inmediato una ostomía inesperada. Además otro factor que influye sobre la respuesta emocional del paciente es que la ostomía sea temporal o permanente; el concepto de ostomía temporaria es más fácil de aceptar, aunque si un individuo centra su adaptación a la naturaleza temporaria de la ostomía, y esta debiera ser convertida en permanente por alguna causa clínica posterior, el cambio puede resultar devastador.

Tal y como escribe Óscar (ostomizado y urostomizado) en Spezzia (2007, p. 7) "La impresión que tienes cuando te diagnostican cáncer y a consecuencia de esto es necesario realizarte un estoma, es verdaderamente aterrador, aunque no sabes todavía lo que eso significa.

Al salir del quirófano no te percatas de lo que pasó; sin embargo, cuando estás en la cama y revisas tu cuerpo, es verdaderamente impactante ver parte de tu intestino fuera de la piel del vientre..."



De acuerdo con Martín, Rojas, González, Panduro y Crespillo (2008), la presencia del estoma supone una importante agresión física, psíquica y social para la persona, y provoca un gran número de dudas relacionadas con todas las esferas de la vida cotidiana; como la pérdida del control de esfínteres, la incomodidad a causa del olor, el llenado de la bolsa, emisión de gases, ruidos, irritación de la piel periestomal, ruptura y despegue de la bolsa; la falta de seguridad en sí mismo, el cambio de su imagen corporal, la dificultad para aceptar el estoma como algo propio, la pérdida de autonomía, la negación al autocuidado, la pérdida de autoestima, el miedo, la duda, la depresión, la ansiedad, el estrés, etc.; la dificultad de reintegración y reinserción (viajar, trabajo, vida sexual, aislamiento social), los cambios mencionados de no ser entendidos y aceptados pueden ser permanentes y afectar la calidad de vida de las personas de manera permanente (Solanas y Noguero 2001). De ese modo se crea una angustia permanente que facilita la aparición de una serie de síntomas muy frecuentes en todos los individuos que han sido sometidos a este tipo de intervención.

Las reacciones presentadas por los pacientes que adquieren un estoma son muy variadas. No es raro percibir que el recién operado prefiere la muerte a la ostomía.

Los pacientes ostomizados experimentan reacciones o actitudes de acuerdo a su capacidad para adaptarse a su nueva situación, algunos se sorprenden, se deprimen o se avergüenzan de sí mismos, se retraen o rechazan el compartir

sus problemas y dudan si será posible vivir con un estoma llevando una vida normal (Gómez, 1990).

La percepción de su nueva condición puede verse influenciada por el sexo, la edad, el nivel sociocultural, tipo de estoma y permanencia del mismo (Benavides, 2009).

De acuerdo con Suarez (2007), los factores que más influyen en la aparición de los síntomas que suelen presentar las personas ostomizadas son:

- **Perdida de imagen corporal:** La autoestima está muy disminuida y por ello toda la personalidad del individuo se encuentra alterada. El deterioro de la apariencia física provoca un mayor trastorno en la mujer, produciendo una situación de estrés y angustia que lleva rápidamente a la depresión.
- **Retraimiento social.** El individuo se aísla en sí mismo. El estoma y, particularmente, los olores, gases y ruidos, etc. hacen que disminuya la calidad y cantidad de relaciones sociales. A menudo esto lo lleva a tener una preocupación casi obsesiva por el estoma y su higiene, para evitar cualquier actitud de desagrado por parte de los demás.
- **Adaptación a una forma de vida.** En la vida de toda persona ostomizada se dan grandes cambios. Tienen que aprender a vivir con su estoma y lo que esto implica: cambios de dispositivos, higiene, eliminación de malos olores. Todo ello obliga a la adaptación de una nueva vida y de las relaciones personales.

Aunque, básicamente su vida no tiene por qué cambiar por la presencia del estoma. Por supuesto deberá introducir las modificaciones necesarias.

Dentro de la *alimentación* se encontrara que distintos alimentos afectan su tracto digestivo de manera diferente después de la cirugía, algunos alimentos son más propensos a producir gases, diarrea, estreñimiento, digestión incompleta o mal olor en la orina (en el caso de las urostomias), sin embargo es probable que los alimentos que le causaban algún problema estomacal antes de la cirugía, lo sigan ocasionando en el post-operatorio.

Otro punto importante es que el hecho de tener un estoma no impedirá incorporarse al *trabajo*. Al contrario, el hecho de trabajar la ayudará a dar normalidad a su vida. Una buena solución es empezar a trabajar poco a poco reduciendo la jornada de trabajo al principio, para adquirir confianza. Solamente si su trabajo requiere de un esfuerzo y movimiento en el que intervengan los músculos del abdomen, puede llegar a ser perjudicial para la ostomía por lo que es posible que tenga que cambiar de trabajo (Suarez, 2007).

No hay ningún inconveniente en *salir* al cine, al teatro, a museos, visitar a sus familiares y amigos, etc. Nadie percibirá su ostomía. No se debe renunciar a disfrutar de la vida, de la playa o de la piscina ya que los dispositivos actuales son fáciles de disimular bajo el traje de baño y son resistentes al agua.

El *deporte* es otra actividad en la cual las personas ostomizadas, pueden incursionar, aunque debido a que el intestino está fijado a la pared del abdomen se deben evitar realizar esfuerzos físicos importantes.

Ser una persona ostomizada no tiene por qué entrañar limitaciones en el *vestir* ni en la manera de *vivir*. El hombre y la mujer en esta situación pueden lucir todo tipo de prendas y sólo deben tener presentes dos observaciones. Los hombres, que el pantalón y el cinturón no opriman el estoma y que queden un poco por encima de éste. Y las mujeres, igual, tanto si llevan falda como pantalones, que ni estas prendas ni la ropa interior aprieten el estoma, además, en la actualidad se ha diseñado ropa interior que se adapta perfectamente a la presencia del estoma, incluso hay fajas especialmente diseñadas con una abertura para el estoma, que se encuentra en la parte no elástica, y que sirven para hacer prevención y tratamiento de las posibles hernias que hayan aparecido en la zona del vientre y del estoma (Suarez, 2007).

La vida con una ostomía no debe de limitar o restringir su *actividad sexual*. Las dudas y las preocupaciones al principio es normal. Muchos de los problemas sexuales que las personas con ostomías experimentan puede deberse a factores psicológicos, aunque a veces es difícil determinar la diferencia entre los factores psicológicos y físicos (United Ostomy Association of America (UOAA), 2009).

Después de la cirugía, mientras se están recuperando y aprendiendo a mantener tu ostomía, puede que no experimente sentimientos sexuales por días, semanas o incluso meses.

En el caso de las mujeres que se recuperan de una cirugía de ostomía se preocupan por muchas cosas: ¿Cómo se verán a sí mismas?, ¿Serán atractivas para los demás?, ¿Habrà dolor?, ¿cómo manejar la bolsa antes, durante y después del sexo?; estas dudas se irán resolviendo con el tiempo, aunque es sabido que algunos procedimientos quirúrgicos pueden ser los causantes de algunas complicaciones sexuales, por ejemplo si el recto ha sido removido junto con el colon, puede haber una sensación diferente en la vagina durante el coito, ya que parte de su estructura de apoyo se ha ido. En algunas mujeres el ángulo del cilindro vaginal cambia la penetración y el orgasmo puede ser más difícil de lograr (UOAA, 2009).

En el caso de los hombres, tienen las mismas dudas acerca de su imagen y al igual que en el caso de las mujeres, la naturaleza y extensión de la cirugía de ostomía en algunos casos puede provocar un deterioro sexual.

Por ejemplo en el caso de la remoción de la vejiga o el recto puede causar impotencia, disfunción orgásmica, impotencia eyaculatoria y esterilidad.

- **Miedo a las complicaciones.** Las posibles complicaciones que pueden surgir a consecuencia de una ostomía son una permanente fuente de angustia-ansiedad. Por tanto, para el individuo, la ostomía, es un gran agente agresor de su personalidad que va a alterar su esfera psicológica.

A partir de lo anterior Suarez (2007), plantea que existen dos pautas que ayudan a que el ostomizado se enfrente a su nueva situación.

- **Información y adiestramiento.** La información deberá ser dada por profesionales sanitarios (médicos, profesionales de enfermería) con el fin de evitar cualquier tipo de información errónea que agrave su angustia. Un buen adiestramiento sobre el cuidado del estoma hará que no se sienta tan dominado y angustiado al poder controlarlo sólo.
- **Apoyo afectivo y emocional.** Sin la ayuda de su familia lo más probable es que la persona se hunda en una depresión y llegue a un total aislamiento.

Es importante que los familiares que viven con esta persona, estén enterados correctamente de su nueva situación, sus nuevos hábitos y necesidades para que la comprendan y apoyen. Lo más importante es que tanto la familia como amigos entiendan que su alteración física no condiciona una alteración de su personalidad.

### **1.2.1 Aspectos psicológicos en los pacientes ostomizados después del alta**

Los primeros días después del alta, son los peores para el enfermo, llegar a su casa y adaptarse al medio en el que vive es a veces duro, el estado de ánimo esta muy bajo (Suarez, 2007).

A medida que transcurre el post-operatorio, las necesidades de la persona ostomizada se van modificando. De acuerdo Barbero, García y Llano (2004), van apareciendo dudas relacionadas con:

- Los cuidados generales de la ostomía.
- Cuales son los alimentos adecuados al tipo de ostomía y cuales no.
- Dudas sobre la sexualidad.
- ¿Qué ropa puede utilizar?
- ¿Cuáles son las actividades de la vida diaria que puede realizar?

Cada paciente ostomizado requiere de un plan de atención individual de acuerdo a sus necesidades físicas, psicológicas, sociales, económicas y culturales, tanto antes como después de la intervención (Gomez, 1990).

Por lo anterior podemos concluir que la adaptación a una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado.

Las consecuencias psicológicas que conlleva la existencia de una ostomía implican momentos dolorosos y complejos para los pacientes, originando consecuentemente un conflicto emocional, el cual contiene reacciones defensivas y compensadoras, asociadas a las consecuencias reales y fantaseadas de la cirugía (Da Silva y Eri, 2006).

Es así como de no ser atendido oportunamente podría condicionar y limitar su vida familiar, social, laboral, sexual, etc., impidiendo su funcionalidad cotidiana (Hernández, 2000).

En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud humana. Han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes; la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual y muchos otros. Todas estas interdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención y rehabilitación de los problemas de salud (Latorre y Beneit, 1992).

En la mayoría de las Instituciones de salud ha surgido la necesidad de brindar apoyo terapéutico en el afrontamiento de enfermedades siendo el departamento de Psicología de la Salud quien se encarga de desarrollar las estrategias de intervención, es por esta razón que se considero apropiado llevar acabo la revisión de ¿Qué es la Psicología de la Salud? y ¿Cómo es que esta área de la Psicología interviene para mejorar la salud de las personas con un estoma intestinal?

## 2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

### 2.1 Definición

“La psicología de la salud es un campo interdisciplinario que se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud” (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008 p. 8).

Taylor, por su parte (1986, citado en Latorre y Beneit, 1992), define la psicología de la salud como el campo dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando esta enferma.

Mientras que Matarazzo (1982, p. 4, citado en Marks, et-al. p. 9), define la psicología de la salud como “el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la disfunción relacionada al análisis y mejoramiento del sistema de cuidado y de la salud y la formación de políticas de salubridad”.

Esta última definición ha sido adoptada por la American Psychological Association (APA), por La British Psychological Society y otras organizaciones. Funciona como la definición oficial de los psicólogos de la salud.

De acuerdo con las definiciones de los autores anteriores se puede concluir que la psicología de la salud está dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas, ¿Por qué se enferman? y ¿Cómo responden cuando se enferman?, además se enfocan en la promoción y el mantenimiento de la salud, analizan y tratan de mejorar el sistema de salud y sus políticas, estudian el impacto de las instituciones y los profesionales de la salud en el comportamiento de las personas y desarrollan recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud, es decir, que el fin último, como plantea Marks, et-al (2008), es conseguir y conservar la salud, aunque los conceptos de “salud”, “mente” y “cuerpo” varíen a través del tiempo y el espacio.

En el caso de la personas ostomizadas la psicología de la salud trabaja en la comprensión en las influencias psicológicas de las personas y como están respondiendo ante esta nueva situación, así como la manera en que sus redes de apoyo, amigos, familiares y el mismo profesional de salud esta colaborando a este afrontamiento, también se enfoca en la mejora de las instituciones de salud donde son atendidos y a su vez lograr que los profesionales, ya sean médicos especialistas o enfermeras enterostomales, se encuentren bien capacitados para desarrollar su función .

Para llevar a cabo sus funciones la Psicología de la Salud se basa en el modelo biopsicosocial, el cual, de acuerdo con Taylor (2007), sostiene que la salud y la

enfermedad son causados por múltiples factores y producen múltiples efectos. Este modelo sostiene que los procesos de diagnóstico siempre deben considerar el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales para determinar la salud o enfermedad de las personas este modelo también hace explícito lo significativo de la relación entre el paciente y su médico. Una relación médico-paciente afectiva puede mejorar la utilización de los servicios por parte del paciente así como la eficacia del tratamiento y la rapidez con la que se resuelva la enfermedad.

Como se mencionó, la Psicología de la Salud abarca muchos aspectos y para que pueda abordar cada uno de ellos, de acuerdo con Marks y colaboradores (2008), se han desarrollado cuatro aproximaciones complementarias a ella.

## **2.2 Aproximaciones de la Psicología de la Salud.**

Las cuatro aproximaciones son: *psicología de la salud clínica*, *psicología de la salud pública*, *psicología de la salud comunitaria* y *finalmente la psicología de la salud crítica*, cada una de estas aproximaciones ofrece teoría, investigación y recomendaciones para la práctica, aunque hay diferencias en el interés y las formas de trabajar.

En el caso de la atención a las personas ostomizadas la Psicología de la Salud se apoya en las aproximaciones de la psicología de la salud clínica, la psicología de la salud comunitaria y de la psicología de la salud crítica únicamente.

A continuación se presenta en que consiste cada una de las aproximaciones de acuerdo con Marks y colaboradores (2008), así como la forma en que trabajan con las personas ostomizadas las aproximaciones indicadas anteriormente.

### **2.2.1 Psicología de la salud clínica**

La psicología de la salud clínica se basa en la investigación y desarrolla servicios de salud diseñados para mejorar la atención para los pacientes. Se basa en el modelo biopsicosocial y trabaja con pacientes en el sistema de cuidado de la salud, es decir, hospitales, clínicas y centros de salud enfocándose en enfermedades físicas y disfuncionales.

De lo que se encarga esta aproximación de la psicología de la salud en el campo de las personas ostomizadas es de evaluar y desarrollar nuevos programas en las estancias hospitalarias de atención al paciente, que le brinden un bienestar, tal como la creación de clínicas de estomas, la valoración de los profesionales de la salud para determinar si se encuentran capacitados para la atención a estos pacientes. Aunque desafortunadamente en muchas instituciones de salud esta función no la efectúa un psicólogo sino como plantea Sánchez y Ceja (2000), son funciones que realizan las enfermeras enterostomales.

### 2.2.2 Psicología de la salud pública

Esta aproximación se relaciona con la epidemiología y la promoción de la salud. La podemos definir como la aplicación de la teoría, investigación y tecnologías psicológicas dirigida a mejorar la salud de la población.

Su contexto de abordaje son las escuelas, los lugares de trabajo y los medios de comunicación. Se enfoca en la promoción de la salud y prevención de enfermedades siendo así su grupo objetivo las poblaciones que son más vulnerables a problemas de salud.

### 2.2.3 Psicología de la salud comunitaria

La podemos definir de acuerdo con la Society for Community Research (2005, citada en Marks, et-al., 2008), como un avance en la teoría, investigación y acción social para promover un bienestar, incrementar el apoderamiento y evitar el desarrollo de problemas en comunidades, grupos e individuos. Se basa en el modelo social y económico.

Trabaja con familias, comunidades y poblaciones dentro de su contexto social, cultural e histórico.

Se enfoca en la promoción de la salud física y mental y su objetivo son las personas y grupos sanos pero vulnerables o explotados.

En el caso de los pacientes ostomizados, esta aproximación lleva a cabo su objetivo a través de grupos de apoyo donde se reúnen las personas ostomizadas para brindar apoyo a las personas que recientemente han sido operadas, o que el médico ya les dijo que para recuperar su salud es necesaria que se realice esta operación.

Desafortunadamente estas sesiones de grupo en su mayoría no son coordinadas por un psicólogo sino por personas ostomizadas, que después de su experiencia, se han preocupado por brindarle un apoyo a las personas que están viviendo esta nueva experiencia o bien son coordinados por enfermeras, tal y como no los presenta Spezzia (2007), de quien se tomo el siguiente cuadro que expone los principales grupos de apoyo que existen en México.

<b>GRUPO</b>	<b>HOSPITAL /DIRECCIÓN</b>	<b>SESIONES</b>	<b>FECHA DE FUNDACIÓN</b>	<b>PRESIDENTE</b>	<b>DEPENDENCIA</b>
<b>OSTO VIDA</b>	ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI 3er. Piso. Clínica de estomas	Miércoles 11:00-12:30	06 de julio de 2005	Lic. Norma A. González Escobar	Especialidades CMN Siglo XXI

<b>ORAMAC</b>	CMN SIGLO XXI, oncología 3er. piso	Martes 11:00-12:30	18 de agosto de 1977	Sra. Victoria Jasso Jasso	CMN Siglo XXI Oncología
<b>HOSPITAL GENERAL</b>	HOSPITAL GENERAL gastroenterología unidad 107	Viernes 12:00-14:00	16 de mayo de 1984	Coord. Psic. Elía Hernández Labra	Hospital General de México. O:D:
<b>HOSPITAL JUAREZ</b>	HOSPITAL JUÁREZ aula de enseñanza	3er. Jueves de cada mes 10:00-12:00	30 de abril de 1977	Coord. Blanca Olaeta	Hospital Juárez de México
<b>ISSEMIN</b>	ISSEMIN (Toluca) 5° piso Sala 1	1er. Jueves de cada mes 11:00-13:00	11 julio de 2004	Coord. Adriana Uribe.	ISSEMIN (Toluca)
<b>NUEVA VIDA</b>	HOSPITAL LA RAZA consulta externa	1er. Y 3er. Lunes de cada mes 11:00-13:00	Junio de 1986	Sr. Javier Suárez	Hospital General la Raza
<b>APOYO</b>	1° DE OCTUBRE clínica de estomas por estacionamiento	2°, 3er. y último día de cada mes 9:00-11:30	Febrero de 1997	Sr. Humberto Delgado	Hospital 1° de octubre
<b>VIDA NUEVA</b>	ISSSTE Zaragoza sala de enseñanza N° 1	2° y 3er. Jueves de cada mes 11:00-12:30	15 de julio de 1990	Coord. Lucía Pat Castillo	Hospital ISSSTE Zaragoza
<b>LÓPEZ MATEOS</b>	ISSSTE LÓPEZ MATEOS	2° y 3er. Viernes de cada mes 12:00-13:00	21 de mayo de 2004	Coord. Ma. Luisa Pedrero	Hospital ISSSTE López Mateos
<b>OSTO- MEX</b>	HOSPITAL ABC	Visitas individuales o en el hospital ABC	Julio de 1979	Coord. Sr. Sheila Carral	Hospital ABC
<b>ASOCIACIÓN DE OSTOMIZADOS DE COLIMA I.A.P.</b>	Av. De los Morelos N° 159  Tel: 312-8532	3er. Sábado de cada mes 16:00-18:00	20 de junio de 2005	Pdte. Mayor Jorge Vargas Morales	Privado

#### 2.2.4 Psicología de la salud crítica

La definimos como el análisis de cómo los procesos de poder, económicos y macrosociales influyen en la salud, el cuidado de la salud y los asuntos sociales, y el estudio de las implicaciones para la teoría y la praxis del trabajo relacionado con la salud. Trabaja en el contexto de estructuras sociales, la economía, el gobierno y el comercio.

De acuerdo con Charúa, (2006), a mediados de los años 50 del siglo pasado, los ostomizados dependían de dispositivos voluminosos, antihigiénicos y costosos. Además, la falta de una protección confiable contra los olores y las fugas obligaban a muchos de ellos a rehuir el trato social normal.

En 1955 se comenzó a producir la primera bolsa desechable. Las primeras bolsas fueron hechas a mano. Dos años después, se fundó la empresa Coloplast e introdujo una bolsa desechable que ofrecía una seguridad sin precedente con la consiguiente mejoría en la calidad de vida.

En respuesta a la gran demanda de dispositivos más suaves, con buena adherencia y sin daño para la piel, nuevos tipos de bolsas fueron introducidos en los años 70, caracterizadas por un dispositivo circular revestido de Karaya (un caucho natural); lamentablemente, el cambio frecuente de estos dispositivos resultaba muy costoso.

A principio de los años 90 se introduce un concepto totalmente nuevo de adhesión, combinando dos adhesivos con propiedades diferentes en una única configuración en forma de espiral. Los dispositivos para el manejo individual de los pacientes portadores de un estoma han progresado mucho. Es decir, que a lo largo del tiempo se han ido desarrollando nuevos dispositivos recolectores, que permiten un manejo con mayor facilidad y que proporcionan a los pacientes mayor seguridad sin embargo estos son costosos, aunque este factor dependen de la marca del equipo, este es un área donde la psicología de la salud crítica se hace presente, quienes procurando la salud de las personas ostomizadas y estudiando la situación económica en la cual se encuentran, se ponen en contacto con algunas asociaciones gubernamentales y no gubernamentales, con lo cual logra brindarle a las personas un apoyo con la donación de equipos, y atención médica gratuita, estas asociaciones de acuerdo con Gómez, Patkan, Torres, Merino, Pascal, Moriggia, Osre y Hurvitz (2007), se comenzaron a desarrollar en el siglo XX, especialmente en U.S.A. y el Reino Unido, en 1976 se creó, en Londres, la primera Asociación Internacional de Ostomizados. Actualmente existen varias asociaciones a nivel mundial tal como la Asociación de Ostomizados de Estados Unidos de América (UOA), Asociación de Ostomizados de Colima IAP, Asociación Latinoamericana de Ostomizados, Asociación de Ostomizados de Madrid, Asociación de Ostomizados de Guipuzcua, Asociación de Ostomizados de Puerto Rico, Asociación de Ostomizados de Granada, Asociación Nacional de Ostomizados e Incontinentes, Asociación Colombiana de Ostomizados, Asociación Argentina de Ostomizados, entre muchas otras.

Otra función que desempeña esta aproximación con los pacientes ostomizados es establecer una relación permanente de trabajo entre las asociaciones de ostomizados y los facultativos de los Servicios hospitalarios de Cirugía y Coloproctología para mantener la sensibilidad sobre la importancia que supone para la calidad de vida del paciente, el desarrollo de una técnica quirúrgica impecable y el correcto control postoperatorio de la ostomía.

De la misma manera otra de sus funciones de acuerdo con Gómez y colaboradores (2007), es estimular a los cirujanos generales, especialistas a participar en las actividades de la Asociación impartiendo jornadas o charlas de formación, lo que les ofrecería además el beneficio de constatar la calidad real de vida de los ostomizados a mediano y largo plazo. Crear e implantar protocolos de

atención al paciente por las Jefaturas de los Servicios de Cirugía hospitalarios para la mejora de su atención integral en la fase previa y posterior a la ostomía, entendiendo por integral su atención tanto a nivel físico, como psicológico y social. Y mantener una continua presencia en el medio hospitalario de las asociaciones de ostomizados, con fines de ayuda especialmente psicológica para el paciente y de motivación afectiva del personal sanitario hacia ellos.

### **2.3 Factores psicológicos de las enfermedades etiológicas de un estoma**

Existen muchas causas por la que se puede o debe realizar un estoma con el fin de conservar la vida de las personas.

De acuerdo con Charúa (2006), en la última década se ha incrementado la realización de los estomas, los cuales están indicados en:

- Enfermedades intestinales inflamatorias
- Enfermedad intestinal congénita
- Traumatismos abdominales
- Enfermedad diverticular (diverticulitis perforada)
- Enfermedad intestinal obstructiva maligna

Libertad en el 2003, plantea que diferentes variables psicológicas son capaces de influir en la propensión a enfermar. Se han estudiado variables emocionales como ansiedad, depresión, hostilidad, ira, agresividad y se evidencia que estas constituyen factores predisponentes al distress que facilitan el rol de enfermo, los cambios en el sistema inmune, estimulan conductas no saludables y así se convierten en causas indirectas de algunas enfermedades.

De acuerdo con Libertad (2003), se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacia incesante, tienen el doble de riesgo de contraer una enfermedad.

La ansiedad es tal vez la emoción con mayor peso con prueba científica, al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el desarrollo de la recuperación. Por otra parte, se reconoce el papel que juega la depresión, sobre todo en el empeoramiento de una enfermedad, una vez que está ha comenzado, ya que enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado (Libertad, 2003).

Taylor (2007), plantea que cuando un individuo enferma experimenta una serie de reacciones emocionales y pueden entrar en un periodo de crisis marcado por un desequilibrio físico, social y psicológico.

Reahman y Phillips (1975, en Latorre y Beneit, 1992), señalan cinco respuestas características que experimentan las personas tras un diagnóstico:

1. Ansiedad o miedo.
2. Incremento de la irritabilidad
3. Pérdida del interés por el medio exterior
4. Infelicidad
5. Preocupación por los procesos corporales

Aunque estas respuestas no tienen un orden jerárquico, algunas de ellas se pueden presentar paralelamente, tampoco forzosamente se tienen que presentar todas, estas respuestas estarán condicionadas de acuerdo al diagnóstico.

Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

En el caso de las personas ostomizadas las respuestas experimentadas también dependerán de la temporalidad del estoma.

La mayoría de los pacientes pueden alcanzar una buena calidad de vida después del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Siempre y cuando se busque establecer un tratamiento terapéutico para resolver los problemas asociados con la enfermedad (Taylor, 2007).

#### **2.4 Apoyo psicológico a los pacientes ostomizados realizada por parte de enfermería**

Una de las funciones de la Psicología de la Salud reconocida por Berlar, Deardoff y Kell (1978, citados en Dorantes y Visques, 2004), es la intervención psicológica, la cual puede ser a nivel, primario, secundario y terciario.

El nivel primario tiene que ver con la detección de factores de riesgo, el nivel secundario está relacionado con realizar acciones para identificar y tratar las enfermedades. El nivel terciario tiene que ver con las acciones sobre la enfermedad ya presente y que puede ser intervención o tratamiento.

Para Bustos (2000), el tratamiento supone intervenciones clásicas sobre las personas con los objetivos de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros.

Mientras que la intervención de acuerdo con Bustos (2000), se trata de un conjunto de acciones destinadas a resolver problemas de forma indirecta. Por ejemplo, modificar los flujos de información en una sala médica para reducir los niveles de ansiedad de las personas.

En la mayoría de los casos, las personas ostomizadas no reciben una intervención psicológica, lo cual permite que las personas no resuelvan los trastornos psicológicos que sufren debido a la cirugía a la que fueron sometidos.

Principalmente cuando las personas ostomizadas se encuentran hospitalizadas, es cuando son mas vulnerables y tienen mayor necesidad de que se les brinde atención psicológica, la cual, es sustituida por un apoyo emocional brindado por l@s enfermer@s que los están atendiendo y en el mejor de los casos por las enfermeras especialistas en estomaterapia.

La enfermería de acuerdo con Barbero, García y Llano (2004), es muy distinta de cómo se practicaba hace 50 años, en la actualidad la enfermería trata a los individuos como seres físicos, psicológicos y sociales y la asistencia se dirige no hacia un problema de salud concreto sino hacia la respuesta de la persona como un todo. Es decir, el objetivo principal del personal de enfermería es conseguir que el paciente acepte su nuevo estado de salud. Para ello deben de lograr que el paciente aprenda a cuidar su estoma y realizar su higiene diaria, que acepte física y psicológicamente su nueva imagen corporal, que tenga y comprenda toda la información sobre cuidados de alimentación y eliminación, además de instruirle para detectar y evitar posibles complicaciones. De acuerdo con Sánchez y Ceja (2000), para poder dar la información adecuada al paciente ostomizado, la enfermera debe valorar el conocimiento del sujeto y/o familiar, así como su nivel cultural, de aprendizaje, etc. Hay que abordar cuestiones básicas:

1. - Identificar, con el enfermo y familiar, sus dudas u objetivos de enseñanza. Una vez sabido o detectado estas deficiencias, indicar lo que debe saber o necesita aprender, será mucho más fácil y práctico.
2. - Involucrando activamente al paciente y/o familiar. Comprometiéndole con el proceso de aprendizaje, contribuyendo así, a la autoresponsabilidad y al autocuidado por parte del paciente.

Cada paciente requiere de un plan de atención individual y son l@s enfermer@s quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo un plan para lograr lo más pronto posible la rehabilitación y reintegración del paciente a su vida cotidiana (Gómez, 1990).

L@s enfermer@s hacen uso de una herramienta muy útil para ellos, “diagnósticos enfermeros” los cuales proporcionan las bases para realizar actividades que les permitan conseguir los objetivos que se han planteado para lograr la rehabilitación de la persona ostomizada (Barbero, García y Llano, 2004). Los diagnósticos enfermeros son juicios clínicos sobre las respuestas de una persona, familia o comunidad a los problemas de salud ya sean estos reales o potenciales. Dentro de cada diagnóstico se encuentra definido el problema del paciente ostomizado a esto se le denomina “*etiqueta diagnóstica*”. También se identifican las causas que producen ese problema los cuales son denominados “*factores relacionados*” y si es un problema real se deja registrado como se manifiesta el problema con “*características definitorias*”.

Una vez que se ha identificado el problema con sus factores relacionados y como se manifiesta se marcan los objetivos a conseguir con unos indicadores para evaluar el problema en el momento actual y después de un tiempo y como paso final hay que marcarse unas intervenciones de enfermería con sus respectivas actividades (Barbero, García y Llano, 2004).

De acuerdo con Guindano, Soteras, Beortegui, Canga, y Fuentes (2004), es necesario favorecer su autoestima e independencia en el autocuidado, para conseguir una rápida integración en su entorno social, familiar y laboral.

La Educación para la Salud (EpS) planificada, estandarizada y evaluada es muy importante en el postoperatorio de los pacientes a los que se les realiza una ostomía. Esta nueva situación precisa adquirir conocimientos y habilidades e implicar al paciente y a la familia en el autocuidado (Guindano, Soteras, Beortegui, et-al., 2004).

Es importante detectar precozmente alteraciones de la conducta y minimizar los temores, miedos y amenazas que le produzcan su nueva situación y su diagnóstico.

Guindano y colaboradores (2004), plantean que la modificación de la conducta de los pacientes ostomizados, la llevan a cabo a través de enfoques cognitivos-conductuales.

Las técnicas de modificación de conductas que se utilizan de acuerdo con Guindano, Soteras, Beortegui, et-al. (2004), en el “programa de educación para la salud en pacientes con ostomias digestivas” se describen a continuación y estas constituyen el apoyo que brindan para hacer frente a aquellas situaciones emocionales y sociales que están presentes, y que influyen en el entorno del paciente ostomizado.

**Intervención cognitiva:** consiste en explicar cada uno de los cuidados.

El objetivo de la intervención cognitiva es aumentar los conocimientos del paciente ostomizado y su familia sobre la enfermedad e intentar influir de manera positiva sobre las creencias, valores y actitudes sobre la enfermedad.

Esta información, puesto que es muy amplia, se personaliza para cada paciente refiriéndose a su condición clínica actual con el fin de añadirle efectividad y teniendo en cuenta su edad, el estadio de su enfermedad, si presenta complicaciones, así como su situación personal y familiar (Guindano, Soteras, Beortegui, et-al., 2004).

**Intervención conductual:** el objetivo va dirigido directamente hacia la conducta, para lo cual utiliza diferentes técnicas las cuales se describen a continuación:

- a) Promover actividades y relaciones alternativas: se insiste en la importancia de volver a la vida normal, deporte, ocio, etc.
- b) Apoyo social: se intenta buscar alguna persona de referencia en el entorno social del paciente que pueda ayudarle.

A continuación se detalla el plan de cuidados que hace referencia al programa de EpS, presentado por Guindano, Soteras, Beortegui, et-al. (2004).

**Preoperatorio:** Al paciente que ingresa se le realiza una valoración inicial con el fin de conocer el estado general, los problemas y la percepción de la salud, repercusión de la enfermedad, limitaciones físicas, necesidad de educación, conducta del paciente, estado emocional y otros aspectos y/o parámetros.

En la necesidad de educación se señalan los temas sobre lo que necesita educar, las barreras que el paciente tiene para su aprendizaje, (físicas, psicológicas, cognitivas, sensoriales, socioculturales, idioma...etc.) por otro lado los métodos de educación que se van a utilizar y a quién se va a educar (paciente, familia y/o cuidador).

Es en el **postoperatorio inmediato** donde, Guindano y colaboradores (2004), presumen que, suceden la mayor parte de las acciones del programa de EpS.

En esta segunda etapa del programa se proporciona material escrito de autoayuda. En el programa se entrega a todos los pacientes, el folleto "Guía para la persona ostomizada y familia" que edita la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia. Este folleto aporta instrucciones claras y sencillas.

La *tercera etapa* del programa coincide con el primer **cambio de dispositivo**. En la realización del cambio la enfermera se encuentra a solas con el paciente. El objetivo es que el paciente asimile el esquema del procedimiento, que consiste en:

- Despegar la bolsa de arriba abajo
- Desechar la bolsa correctamente
- Limpiar el estoma y piel con agua y jabón neutro
- Secar a toques
- Cortar el diámetro del nuevo dispositivo
- Pegar el dispositivo de abajo a arriba

El objetivo de la *cuarta etapa* del programa es que **el paciente comience a manejar el dispositivo** en la realización del cambio de bolsa y colabore en su higiene. Para ello el paciente realiza el cambio con ayuda de la enfermera e intenta:

- Despegar la bolsa
- Desechar la bolsa
- Limpiar y secar estoma y piel

- Recortar el diámetro
- Pegar el nuevo dispositivo

Es en esta etapa cuando la enfermera informa al paciente y familia acerca de los distintos tipos de dispositivos que existen en el mercado.

A partir de la *quinta etapa*, además de las intervenciones sobre conocimientos y habilidades, **se abordan aspectos sociales y económicos**.

En la *sexta y última etapa* se introducen contenidos sobre la vida diaria, adaptación a su entorno y vida familiar. La enfermera informa sobre hábitos higiénicos-dietéticos, consejos en la alimentación y problemas potenciales, explica la importancia de adaptarse a la vida normal lo antes posible.

Por su parte López, Quintero y Valdés (2005), presentan otro programa en que las enfermeras brindan un apoyo emocional a las personas ostomizadas la cual se expone a continuación:

- 1) Determinan la información que le brindo el cirujano al paciente, cerciorándose si fue comprendida o no, aclarando lo que sea necesario.
- 2) Explican al paciente los pormenores del procedimiento.
- 3) Exhortan al paciente a que exprese sus ideas y sentimientos con respecto a la ostomía para así conocer su forma de pensar.
- 4) Procuran estar presente cuando el paciente mire o toque por primera vez la ostomía.
- 5) Sugieren a la familia que maneje también la ostomía y le brindan información sobre como hacerlo.
- 6) Promueven entrevistas e intercambios con otros pacientes que también tengan ostomías.
- 7) Aportar información sobre la función intestinal, características del material expulsado y su frecuencia.
- 8) Instruyen al paciente y familiares en los cuidados con la bolsa.
- 9) Identifican signos y síntomas de irritación o inflamación cutánea y/o complicación de la ostomía.
- 10) Explican al paciente y familia que este proceder no lo limita para cumplir con su rol familiar y que puede reanudar sus tareas cotidianas con ayuda y comprensión, adaptándose a su nuevo estilo de vida.

El equipo de enfermería de las diferentes instituciones de salud llevan a cabo su trabajo con las personas ostomizadas de diferente manera aunque comparten el mismo objetivo:

- Después del acto quirúrgico, escuchar a la persona y colaborar para reconocer que sus reacciones negativas son normales y previsible.
- Lograr que la persona acepte y participe en el tratamiento y en las acciones asistenciales que estime oportunas.
- Brindar información clara, concisa y adecuada para que su reincorporación a su medio familiar y social sea lo más temprano posible a su cirugía.
- Brindar apoyo psicológico en relación con el cambio de la imagen corporal, la autoestima y el auto-aprecio.

### **3. LA PSICOTERAPIA EN EL CONTEXTO POSMODERNO O CONVERSACIONAL**

En las últimas décadas se produjeron ciertos procesos dentro de las terapias sistémicas que intentaban crear un marco conceptual para dejar de lado al anterior empirismo modernista de las teorías acerca de la terapia (Anderson y Goolishian, 1996).

“Uno de los cambios mas radicales para la psicoterapia y quizá para la psicología en general, fue el advenimiento, en la década de 1990, del posmodernismo” (Mecacci, 1999 en Bertrando, 2011, p. 18). Los terapeutas sistémicos tendían a volverse terapeutas conversacionales, narrativos y en ese proceso comenzaron a posicionarse como “colaboradores” con sus clientes mas que como “expertos”... con este nuevo giro, la terapia sistémica (...) cambio radicalmente hacia una actitud comprensiva” (Bertrando, 2011, p. 22).

De acuerdo con Bertrando (2011), el giro narrativo y conversacional puede ser visto en parte como una reacción al clima de décadas pasadas que resaltaba lo mecánico, es decir, lo posmoderno existe sólo en relación con lo moderno, por lo que para comprender mejor esto, se presentan algunas de las características de la perspectiva moderna la cual parte de la idea de que existe una realidad separada del observador, susceptible de ser conocida de manera objetiva. El conocimiento es visto como un espejo de la realidad y la función del lenguaje es representar al mundo tal cual es (Anderson, 1997).

Dentro de la tradición modernista, típicamente se traza una distinción entre el “mundo interno” de la mente y el “mundo externo” material. Donde la determinación precisa de las relaciones causa-efecto entre los elementos que conforman el mundo, es lo que típicamente definimos como conocimiento (Estrada y Diazgranados, 2007).

Las psicoterapias ubicadas dentro de la tradición moderna parten de la base de que el terapeuta es un observador objetivo de sus clientes. Muchas veces están inspiradas en un modelo médico y el proceso terapéutico se entiende como análogo a la intervención de un médico con un enfermo. Se cree que el terapeuta posee un conocimiento experto sobre la naturaleza humana o sobre las dificultades del cliente. Este conocimiento privilegiado con frecuencia se traduce en una marcada diferencia de jerarquía, ya que el terapeuta sabe más que el paciente, sabe lo que realmente le está pasando a éste y probablemente tenga algunas ideas sobre como deben ser las personas y las relaciones humanas sanas o funcionales (Anderson, 1997).

Las terapias modernas generalmente parten de un diagnóstico que determina el tratamiento a seguir y los objetivos de éste. El terapeuta puede saber qué pasos o etapas se darán en la terapia y diseñar intervenciones o estrategias para lograr las metas del tratamiento. Generalmente es el terapeuta quien da de alta al paciente o decide cuando debe de terminar la terapia (Tarragona, 2006).

Por el contrario para el posmodernismo el conocimiento es esencialmente un producto de lo que frecuentemente se llama “modernismo cultural”, es decir que, asume que no hay una realidad única o universal, sino muchas maneras de entender las conductas, las interacciones y los eventos (Limón, 2005).

“...La perspectiva posmoderna considera que el conocimiento es un proceso activo, que no se descubre sino se construye, esta reformulación parte de la premisa donde la comprensión humana es meramente interpretativa (Contribución de la hermenéutica)...” (Hernández, 2009 pág. 5).

A partir de esta nueva perspectiva de lo que se trata es de dejar de pensar en lo verdadero y mas bien contemplar que las descripciones y explicaciones científicas estan determinadas por ciertos procesos inherentes a la sociedad y al campo científico (Gergen, 1992). Es decir, de acuerdo con Hernández (2009), el posmodernismo representa el nacimiento de la pluralidad de voces.

Dentro de la transformación ofrecida por el posmodernismo, se rechazan las esencias individuales, ahora se entiende que la identidad se desarrolla en sincronía con otros y con las relaciones establecidas, mismas que se hayan permanentemente en movimiento (Gergen, 1992). Las relaciones se encuentran coordinadas con el contexto, entendiendo con esto, que los participantes indiscutiblemente se encuentran ligados a su entorno a través de un vínculo bidireccional. Se puede afirmar que el individuo y el objeto de conocimiento se inter-construyen lo cual hace posible hablar de singularidad, de la multiplicidad de contextos, de la variedad cultural y del carácter generativo del lenguaje.

Es innegable que para la propuesta posmoderna, el entender ampliamente lo que significa una relación social resulta fundamental, puesto que ahora el proceso terapéutico puede ser entendido como una construcción social.

En el postmodernismo el foco es el cambio de significados y composiciones, más que el cambio de conductas, sentimientos, o pensamientos (Limón, 2005). Por lo que el lenguaje ocupa un lugar central ya que más que representar la realidad, la constituye. Es decir, que las palabras que utilizamos no reflejan o expresan lo que pensamos o sentimos, sino que le dan forma en gran medida a nuestras ideas y al significado de nuestras experiencias. Harry Goolishian, uno de los fundadores de la terapia colaborativa, solía decir: Nunca sé lo que pienso hasta que lo digo (Anderson, 2005, p. 4; en Tarragona 2006).

El lenguaje puede ser entendido como una extensión de nuestro cuerpo, que sirve para explorar el mundo social. El lenguaje no sólo es hablar, es por el contrario escribir, bailar, dibujar, actuar, cantar, llorar, reír, gritar, modelar, grabar siendo cuando estas manifestaciones ocurren en presencia de otros, acontecen como actividad social. Es decir, si el lenguaje provee la matriz para todo el entendimiento humano, entonces la psicoterapia puede ser construida acertadamente como “una actividad lingüística en donde la conversación acerca

de un problema genera el desarrollo de nuevos significados” (Goolishian y Winderman, 1988: 139, citado en Estrada y Diazgranados, 2007).

Friedman (1996; en Tarragona, 2006, p. 450-451) llama a los terapeutas que trabajan desde la perspectiva posmoderna «terapeutas constructivos» y los describe de la siguiente manera:

Los terapeutas constructivos:

- Creen en una realidad construida socialmente. Las realidades son las conversaciones que tenemos sobre ellas y, por lo tanto, todas las visiones son una consecuencia del lenguaje: cada teoría y cada sistema es meramente una narrativa (Bertrando, 2011).
- Enfatizan la naturaleza reflexiva de la relación terapéutica en la que el cliente y el terapeuta co-construyen significados mediante el diálogo o la conversación.
- Se mantienen empáticos y respetuosos ante el predicamento del cliente y cree en la capacidad de la conversación terapéutica para liberar aquellas voces e historias que han sido suprimidas, ignoradas o no tomadas en cuenta previamente.
- Se alejan de las distinciones jerárquicas hacia una oferta de ideas más igualitarias en la que se respetan las diferencias.
- Co-construyen los objetivos y negocian la dirección de la terapia, colocando al cliente en el «asiento del conductor», como experto en sus propios predicamentos y dilemas.
- Buscan y amplifican las habilidades, fortalezas y recursos y evitan ser detectives de la patología o reedificar distinciones diagnósticas rígidas.
- Evitan utilizar un vocabulario de déficit y disfunción, reemplazando la jerga de la patología (y la distancia) con el lenguaje cotidiano. Los terapeutas tienden a poner mucha atención al discurso y a las palabras, sin embargo de acuerdo con Bertrando (2011), no sólo se comunican con palabras, sino también a través de otros medios: el paralinguaje, la quinésica, la proxémica, entre otros.
- Están orientados hacia el futuro y son optimistas respecto al cambio.

El marco conceptual del posmodernismo se nutre de distintas disciplinas, principalmente viene sostenida por las ideas provenientes del construccionismo social, la hermenéutica y la semiótica.

### 3.1 Construccinismo Social

Kenneth Gerger es su principal representante, y lo define como una indagación que busca sobre todo explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica o da cuenta del mundo en el que vive (López, 2007).

Básicamente fue en los años ochenta cuando el construccionismo social empezó a delinearse de manera conceptualmente.

Las ideas construccionistas han surgido en los campos de la historia, la sociología y la filosofía de la ciencia, hoy día sus influencias y desarrollos impregnan la Psicología (Pichardo, 2007 en Reyes y Tapia, 2008).

La postura construccionista social, surge como oposición a la idea modernista de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva; ésta concibe que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje (Hoffman, 1996).

Se puede decir que el construccionismo social favorece un sentido de reflexión crítica, que nos ofrece la alternativa para trazar nuevos caminos y novedosas formas de comprensión que retan al pensamiento dualista, lineal y unidireccional, al revelar las relaciones entre los sujetos (Hernández, 2009).

Para McNamee y Gerger (1996), las relaciones son el locus del conocimiento; los significados que atribuimos a las cosas, acontecimientos, a las personas y a nosotros mismos son el resultado de intercambios e interacciones situados históricamente y culturalmente.

En consecuencia, serán los relatos los medios por los cuales el ser humano se hace perceptible hacia él mismo y hacia los otros.

Bertrando y Toffanetti (2000), explican que el construccionismo social pone en primer plano la idea de relación, vista como expresión no de estructuras o patrones comportamentales, sino de sistemas de lenguaje y de significado. Defienden la importancia de la conversación para desarrollar un sentido de identidad. Cada idea, cada concepto, nace del intercambio social mediado por el lenguaje. Tal y como menciona Dimon (en Cuevas, 2008), el mundo que percibimos y los significados que creamos acerca del mundo son el resultado de interacciones sociales es decir, hablamos con otras personas y vivimos en un contexto cultural que nos trasmite significados, es decir, los construccionistas sociales sostienen que todo el conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales, en el ámbito del mundo común. Sólo a través de la continua conversación con gente íntima el individuo puede desarrollar un sentido de identidad o una voz interior (Maldonado, 1997; en Cuevas, 2008).

Esto implica que los significados son transitorios, cambiantes, de momento a momento, en la conversación, los significados están constantemente en construcción.

Gergen (1992), afirma que “la verdad parece ser una cuestión de perspectivas y estás productos de intercambios y consensos sociales, es decir, construidas en los sistemas de comunicación social. El origen de la cognición no puede entenderse ni explicarse sin hacer referencia a la cultura, la interacción y el lenguaje.

El construccionismo es un punto de vista del observador en el que el movimiento va desde considerar que el yo mira el universo hasta el reconocimiento de ese yo, como parte de un universo social múltiple; sostiene que el cierre organizacional de los sistemas se mantiene gracias a las interacciones, que el cambio se produce a través de la estabilidad, que la autonomía tiene lugar por medio de las restricciones, y que en los límites encontramos posibilidades

Los conceptos de constructivismo y construccionismo social pudieran confundirse ya que el construccionismo, al igual que el constructivismo hacen hincapié en que no existen garantías fundamentadoras de la ciencia y, además, las dos critican el enfoque de la mente individual, pero el constructivismo se hace partícipe de la tradición del conocimiento individual en tanto que existe una ontología del sujeto que conoce y el mundo que es construido, mientras que en el construccionismo el conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, tanto el mundo como la mente son constituidas desde las prácticas discursivas, aquellas están integradas en el lenguaje por lo tanto son conceptos siempre en negociación (Reyes y Tapia, 2008).

### **3.2 Hermenéutica**

La hermenéutica de acuerdo con Galimberti (2007), es el arte o la técnica de la interpretación. El término de origen griego remite al dios Hermes, que lleva a los hombres los mensajes de los dioses y a los dioses las invocaciones de los hombres.

Etiológicamente la palabra *Hermenéutica* significa “yo expreso mis ideas en palabras”.

Históricamente la hermenéutica se remonta al siglo XVII, y surgió inicialmente como un enfoque para el análisis y la interpretación correcta del texto bíblico y de otros textos literarios. Sin embargo hacia finales del siglo XVIII, y más aún en el XIX bajo la influencia de los filósofos Friedrich Wilhelm Schleiermacher y Wilhelm Dilthey, la hermenéutica fue rompiendo con la tradición textual y se convirtió en un método para interpretar y comprender la conducta humana, surgiendo así como una disciplina genuina y una teoría general de las ciencias sociales y humanas (Mueller-Vollmer, 1989 citado en Anderson, 1997).

Una de las aportaciones más discutidas de la hermenéutica fue su abierto rechazo a considerar a la historia únicamente como una sucesión de hechos (*positivismo histórico*). Según la hermenéutica, el intérprete debe separarse de su tiempo y de sus juicios personales e intentar lograr una contemporaneidad con el texto de referencia y el autor del mismo, interpretándolos, renunciando a cualquier intención o normatividad de actualidad (Bauman, 2002).

La hermenéutica tiene como punto de partida la superación de la dualidad sujeto-objeto.

Anderson (1997), plantea que en el siglo XX, la hermenéutica adoptó un tono postmoderno con el pensamiento de Hans-George Gadamer, Jürgen Habermas, Martin Heidegger y Paul Ricoeur.

En términos generales la hermenéutica se ocupa de la comprensión y la interpretación: comprensión del significado de un texto o discurso, donde están incluidas la emoción y la conducta humana, y comprensión donde influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete.

Tom Andersen (1995), plantea que el concepto de círculo hermenéutico postula que todos vivimos nuestras vidas de acuerdo al marco vital que nos ha estructurado en el pasado.

Lo que entendemos se relaciona con lo que oímos y lo que vemos y esto se relaciona con lo que buscamos y escuchamos, así también escogemos lo que no vamos a ver y lo que no vamos a escuchar.

Gadamer (en Andersen, 1995), afirma que la acción de incluir y excluir, esta regida por nuestros prejuicios. Así lo que llegamos a entender tiene que ver con nuestros propios ser.

“Sin embargo, cuando estamos por entender algo en particular, puede ser que veamos y oigamos algo que nunca habíamos visto ni oído antes. Esta nueva experiencia puede que retroalimiente nuestro pre-entendimiento, lo matice y hasta lo cambie. Esta relación circular entre el pre-entendimiento general y la expresión local es lo que se conoce como Círculo Hermenéutico” (Andersen, 1995 p. 4).

### **3.3 Semiótica**

La palabra semiótica de acuerdo con Mendoza (1998) no es nueva, la usaban los médicos desde tiempo atrás en su forma francesa “semiología” para designar parte de la medicina que se ocupa de interpretar los síntomas de las enfermedades.

F. de Saussure (en Mendoza, 1998), disponía en la lengua francesa del término *semiologie* (semiología) para designar una ciencia que estudia la vida de los

signos. Se utilizaron diversas variantes de este término, principalmente semiotic (semiótica) para hablar de la doctrina de los signos.

La semiótica es una disciplina reconocida principalmente como el estudio del signo, abarca una diversidad de dominios donde pareciera que no existen límites por su variedad terminológica (Eco, 2005).

Casetti (1980), plantea que no existe una sola semiótica ya que hay una diversidad que afecta tanto a los modelos de análisis (semiótica de la comunicación, de la significación, de la producción) como a sus campos de aplicación (semiótica del relato, del cine, de la cultura de masa...)

En la semiótica se reconoce la facultad metalingüística del lenguaje, hasta el punto en que la propia teoría semiótica se proyecta como un metalenguaje que se ocupa de los sistemas de signos.

De acuerdo con Zecchetto (2003, citado en Reyes y Tapia, 2008), la semiótica esta relacionada con la epistemología al explicar el problema de cómo llegamos a conocer a través del vehículo llamado *signo*.

### **3.3.1 El signo**

De acuerdo con Ávila (2004) un signo es “un hecho perceptible que nos da información sobre algo distinto de sí mismo” (p. 11).

Ávila (2004) nos plantea la existencia de dos tipos de signos: los primarios y los secundarios. Donde de acuerdo con el autor en los primeros, la finalidad de comunicar algo más allá del objeto mismo no es la función primaria y en los segundos su función primaria es la de comunicar y se producen voluntariamente.

En el campo de la semiología hay dos planteamientos el extenso, que abarca tanto los signos primarios como los secundarios, y el limitado que incluye únicamente el estudio de los signos primarios. A la primera se le llama semiología de la significación y a la segunda semiología de la comunicación.

Dentro del campo de la semiología de la comunicación hay una clase de signos que utilizamos en la vida cotidiana los cuales reciben el nombre de lingüísticos, y son estudiados por la lingüística.

La teoría del signo lingüístico fue desarrollada por F. de Saussure, quien concibe al signo como la asociación de una imagen acústica (significante) y una imagen mental (significado) (Ávila, 2004).

Significado y significante, como señala Saussure están indisolublemente unidos en el signo.

Sin embargo, esta asociación se puede ver separada cuando se escucha alguna palabra en un idioma que no se comprende por lo que lo único que se entenderá será el sonido o fonemas, es decir, el significante, sin poder ser capaz de evocar la imagen o el significado.

### **3.3.1.1 Arbitrariedad del signo**

El carácter arbitrario del signo ha sido reconocido desde la antigüedad y se considera que el signo es arbitrario porque, entre éste y la realidad a la que hace referencia no hay relación natural, es decir, que no existe una regla para que a los objetos se les denomine de tal o cual forma y el hecho de que se les nombre así es un simple pacto de determinada sociedad que usa una lengua específica (Ávila, 2004).

### **3.3.2 El significado y contexto**

En la lengua una palabra tiene normalmente múltiples significados y para seleccionar el adecuado la palabra necesita ubicarse en un contexto el cual es un marco de referencia con respecto al cual los signos adquieren significado.

De acuerdo con Ávila (2004), hay cuatro tipos de contextos:

- Contexto semántico

En este contexto, un signo adquiere un significado con referencia al significado de los otros signos.

El contexto semántico permite escoger las acepciones de las palabras.

- Contexto situacional

Este contexto se refiere a la situación de los hablantes en el espacio, en el tiempo y en el diálogo.

- Contexto físico

Este tipo de contexto a diferencia de los anteriores no recurre a las otras palabras que aparecen junto a ella para precisar su significado, así tampoco recurre a la situación, el espacio, el tiempo o el diálogo, sino que se apoya en el mundo físico que nos rodea, así este contexto nos ayuda a interpretar el sentido de las palabras.

- Contexto cultural

Este contexto lo constituyen todos los conocimientos que tiene el hablante por el simple hecho de vivir en un lugar determinado. Tiene conocimientos históricos, conocimientos adquiridos en la escuela y los conocimientos que su propia experiencia le ha dado. Todo lo anterior nos ayuda constantemente a interpretar lo que escuchamos.

### **3.3.3 La comunicación lingüística y sus funciones**

Cuando utilizamos una lengua para comunicarnos se pone en juego varios factores.

Es necesario que exista un emisor, un oyente y que utilicen el mismo código. En la situación comunicativa, el hablante produce un mensaje que es recibido por el oyente.

El emisor, según Guiraud (1972, citado en Reyes y Tapia, 2008), es una persona que manda un mensaje a otro. Mientras que el receptor es la persona encargada de recibir los mensajes.

Para lograr una comunicación adecuada entre hablante y oyente es necesario tomar en cuenta varios criterios como el género, la edad y el status socioeconómico.

Roman Jakobson, (1972, citado en Reyes y Tapia, 2008), un lingüístico ruso diseñó seis funciones de los signos que a continuación se explicarán:

- Función referencial

Esta se da cuando se establece la comunicación lingüística entre un hablante y un oyente que comparten el mismo código y entre los cuales se intercambia un mensaje.

Esta función consiste precisamente en “decir algo sobre las cosas”, en hacer referencia mediante el mensaje al mundo de los objetos y sus relaciones (Ávila, 2004).

- Función sintomática

Mientras dos personas hablan, estas sin pretenderlo dan información sobre sí mismas, es decir, dan síntomas, proporcionan información sobre el locutor (Ávila, 2004).

- Función conativa

En esta función se busca convencer al oyente, se trata que a través de la conversación se acepten las propuestas del hablante.

- Función fáctica

Esta función se centra, de acuerdo con Zecchetto (2003, citado en Reyes y Tapia, 2008), en el canal con el fin de asegurar el contacto y la relación con los demás, es decir que, tiene la finalidad de poner en contacto lingüístico a los interlocutores, de situarlos en el dialogo.

- Función emotiva

Esta función define las relaciones entre el mensaje y el hablante (Guiraud, 1972, citado en Reyes y Tapia, 2008).

- Función metalingüística

Explicar los códigos y los signos corresponde a esta función. Es la capacidad de reflexionar sobre una lengua, tomando como instrumento la lengua misma. Gracias a ella recabamos información sobre expresiones o palabras que no entendemos (Ávila, 2004).

A pesar de que muchas prácticas psicológicas continúan siendo estrictamente convencionales, encontramos que bajo el nuevo protagonismo del lenguaje como constructor de realidades surgen las terapias posmodernas o conversacionales en la psicología clínica. En la comunidad terapéutica, encontramos una multitud de nuevas prácticas basadas en una concepción de la terapia como reconstrucción de significado dentro de éstas encontramos las siguientes:

- *Terapia Narrativa* (post-estructuralista) de Michael White y David Epston
- *Trabajo con Equipos y Procesos Reflexivos* de Tom Andersen
- *Terapia Colaborativa o de Sistemas de Lenguaje Colaborativo* de Harlene Anderson y Harry Goolishian

## **4. TERAPIA NARRATIVA**

### **4.1 Antecedentes**

La Terapia Narrativa es una propuesta que comenzó a desarrollarse en la década de los ochenta y que aporta al campo de la psicología nuevas ideas para hacer psicoterapia.

La aportación de la propuesta a la psicoterapia proviene de otras disciplinas fuera de la Psicología como de la Filosofía, Antropología, Literatura y Ciencias Sociales, razón por la cual se atreve a presentar ideas frescas y novedosas para la comprensión de los dilemas humanos.

La terapia narrativa busca un acercamiento respetuoso, no culposo de la terapia y el trabajo comunitario, la cual centra a la persona como expertos en su vida (Morgan, 2000).

Las dos principales fuentes de inspiración para el desarrollo de esta terapia fueron Gregory Bateson y Michel Foucault.

El primero, fue un antropólogo y filósofo inglés-norteamericano que aplicó la cibernética a las ciencias sociales y elaboró una nueva visión de la mente. Las contribuciones claves de Bateson incluye la importancia que tiene la epistemología en el proceso de “cómo sabemos lo que sabemos”, la importancia de las “diferencias básicas que hacen una diferencia” en los sistemas vivos y de las “pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas”.

La segunda fuentes de inspiración, Michel Foucault, descubre como los sistemas de conocimiento como la medicina pueden llegar a ser extremadamente opresivos al transformar a las personas en sujetos deshumanizados mediante clasificaciones científicas a las que se llega a través de la mirada (White, 2004).

### **4.2 Representantes**

Los principales representantes de esta terapia son Michael White del Dulwich Centre, Adelaide, South Australia y David Epston de The Family Therapy Centre, Auckland, Nueva Zelanda.

Epston y White proponen la analogía de la terapia como un proceso de contar y/o volver a contar las vidas y las experiencias de las personas (White y Epston, 1993).

Para ellos la vida es como un “relato o narrativa” lo cual en palabras de White (2002b, p. 17), significa que:

“...los seres humanos son interpretes: que interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras vidas. (...) Es afirmar que los significados derivados en este proceso de interpretación no son neutrales en cuanto a sus efectos en nuestras vidas, sino que tienen efectos reales en lo que hacemos. (...) Es afirmar que es el relato o historia propia lo que determina la forma de la expresión de nuestra experiencia vivida”.

Por lo cual, la narración se retoma como eje fundamental a través del cual, la persona articula su experiencia de vida en una historia, por lo tanto, es también el eje que guía en la solución de los conflictos creados por el problema (Flores y Campillo, 2009).

### **4.3 Organización de las sesiones**

Las sesiones en terapia narrativa no tienen una duración determinada y el intervalo entre cada sesión de igual forma es variable (Payne, 2002).

### **4.4 Terapia descentralizada**

White (2005, citado en Campillo, 2009), habla de la importancia de definir la posición del terapeuta en la terapia narrativa, la cual de acuerdo con White, se propone que se realice desde una posición descentralizada e influyente, dado que esta posición pone a las personas que asisten a consulta en el centro; es decir, que el centro está en el conocimiento local que la persona tiene acerca de su historia y sus relaciones y no en el conocimiento especializado.

Lo que orienta la búsqueda de información es aquello que es relevante para que la misma persona pueda tener múltiples perspectivas de su experiencia vivida.

### **4.5 Descripción del problema (historia dominante)**

La Terapia Narrativa se auxilia del concepto “explicación negativa (White 1994 p.142, en Campillo, 1996), para señalar el como surgen los problemas; desde esta perspectiva los problemas tienen lugar en la vida de las personas debido a restricciones culturales, ideológicas, económicas y sociales que impiden a la persona hacer significativos los momentos en que han sido capaces de resolver las situaciones de conflicto.

Los autores del modelo narrativo de acuerdo con Campillo (2009), escogen la historia y el relato como la analogía que permite entender como las personas organizan sus experiencias de vida.

Estas narraciones serán lo que White y Epston llamarán “narrativas dominantes” o “historias saturadas por el problema”; así, “las personas que acuden a terapia

suelen sentirse incapaces de intervenir en una vida que se les parece como inmutable; están bloqueadas en su búsqueda de nuevas posibilidades y significados alternativos” (White y Epston, 1993 p. 50).

La idea es que, es el relato o la narración lo que suministra el marco primario a la interpretación, y que es obra de los relatos o historias como las personas juzgan sus propias vidas y las vidas de los demás al encontrar sentido en su experiencia. Cuando las personas experimentan problemas por los que van a terapia las narraciones con las que están relatando su vivencia y/o en las que otros están contando su experiencia vivida, es únicamente lo que a ellos les esta causando conflicto, siendo su narración insuficiente para presentar todas sus vivencias (White y Epston, 1993).

Campillo (2009, p. 23), nos dice que: en la historia saturada por el problema se resume la experiencia vivida y hacemos conclusiones de lo que somos y si esas conclusiones reducen las posibilidades de cambiar y nos atrapan en una visión negativa, unidimensional de lo que somos, entonces nos vemos a nosotros mismos a través de ese retrato negativo. Los problemas nos pueden definir pobremente y parcialmente.

Morgan (2000), plantea que la historia dominante no solo afecta en el presente, sino que tendrá implicaciones para las acciones futuras.

Por lo tanto el objetivo clave de la Terapia Narrativa será desconstruir estos relatos para generar narrativas alternas en donde la persona sea el protagonista de una historia que permita abrir posibilidades de solución así como generar una identidad nueva.

#### **4.6 Externalización del problema**

Michael White desarrolló una innovadora técnica psicoterapéutica de “externalización del problema” esta técnica propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente. Este procedimiento de intervención permite a la persona asumir una posición de observador de sus propios procesos de vida, de las acciones y relaciones que mantienen al problema y con las que puede oponerse y puede mantener influencia sobre la vida del problema, así el problema esta situado en el exterior y el objetivo es diferenciarlo de la identidad del consultante y considerarlo producto de la cultura y de la historia en la que se sitúa (White, 2004).

De acuerdo con White (2004), este proceso de internalización se inicia alentando a las personas que den cuenta de los efectos que tienen en sus vidas los problemas que las aquejan. Puede tratarse de los efectos producidos en sus estados emocionales, en sus relaciones familiares, en las esferas sociales y laborales, etc.

Para que se pueda llevar a cabo la externalización, el terapeuta invita a la persona a poner nombre específico al problema, quizás una palabra o una frase corta. El **bautizar el problema** añade énfasis y co-creación, permite a la persona sentir que controla su problema (Payne, 2002). (V. cuadro 1)



Cuadro 1. Descripción de las funciones de la externalización y sus efectos para la revisión de la influencia relativa en la conversación externalizante. Campillo (2009, p. 5)

El lenguaje y el nombre para el problema vienen de la persona, jamás se debe imponer el nombre del problema por parte del terapeuta. El nombre del problema puede ir cambiando conforme se van descubriendo más de sus características (Morgan, 2000).

De acuerdo con White y Epston (1993), aunque la definición externa del problema puede mantenerse constante a lo largo de la terapia, es más común que sea fluida y evolucione a lo largo del tiempo. Esto sucede especialmente cuando a los clientes les ha costado encontrar términos descriptivos que representen adecuadamente su vivencia del problema.

La finalidad central de esta técnica es lograr que la persona se piense separada del problema y que así, experimente libertad para revisar la influencia no únicamente del problema en su vida, sino su propia posición con respecto a esa influencia y reconozca la suya y cambie la valoración que hace de sí misma y de sus posibilidades futuras (Campillo, 2009).

La técnica de externalización del problema no excluye la responsabilidad personal. Pues se incita a los pacientes a reconocer que tienen la opción de continuar sometiéndose a la influencia del problema externalizado o de declinar a la incitación a someterse. Sin embargo la responsabilidad que le corresponde al paciente sólo se menciona de manera implícita (White, 2004).

La externalización abre un espacio para la identificación y la circulación de conocimientos alternativos o dominados (White y Epston, 1993).

Las preguntas de externalización separan la identidad del consultante de la historia saturada, creando un espacio metafórico, las que evocan una manera diferente de pensar acerca de la experiencia vivida y la conecta con lo que valora en su vida y la sitúa despegada de eso para que pueda identificar diferencias, apreciar cambios y explicar el por qué esa nueva información es importante para su vida.

Algunos ejemplos de preguntas de acuerdo con White y Epston (1993), externalizantes son:

- ¿Cuando se presenta el miedo, cómo hace para convencerte de que le hagas caso?
- ¿Cómo afecta la timidez tu relación con tus amigos?
- ¿Cómo ha afectado la presencia de la “caca traicionera” lo que usted piensa de sí misma como Mamá?
- ¿Cómo afecta el berrinche a la posibilidad de entenderse como pareja?

De acuerdo con Morgan (2000), existen diferentes cosas a externalizar entre las cuales se pueden distinguir las siguientes:

- Sentimientos: la culpa, el miedo, los celos, etc.
- Problemas entre las personas: las peleas, las culpas, los conflictos, el discutir, etc.
- La cultura y prácticas sociales: la culpabilidad a las madres (mother-blaming), la culpabilidad de los padres, la dominancia heterosexual, el racismo, etc.
- Otras metáforas: “la pared de resentimiento”, “el bloqueo”, “la ola de desesperanza”.

Cuando las personas se separan del problema, sus habilidades, intereses, competencias, compromisos se hacen más visibles. Al ser más visibles, están más al alcance y reduce la culpa y la condena y deja lugar a la responsabilidad.

Del problema, según Morgan (2000), se puede explorar:

- Sus trucos
- Tácticas
- La manera en que opera
- La manera en que habla
- Su tono de voz
- Sus intenciones
- Creencias
- Ideas, planes gustos y disgustos
- Sus reglas, propósitos
- Deseos, técnicas, sueños
- Quien lo apoya o lo sostiene en sus mentiras

Las practicas asociadas a la externalización de problemas también: a) liberan a las personas de las descripciones saturadas de problemas de sus vidas y relaciones, b) fomentan la generación o resurrección de relatos alternativos y mas gratificantes, y c) ayudan a las personas a identificar y desarrollar una nueva relación con el problema (White y Epston, 1993).

Cuando la persona comienza a plantearse al problema fuera de ella, es más fácil que vea cómo éste interfiere en su vida y sus relaciones (influencia relativa) y como ella también hace cosas o logra controlarlo. Ahí se puede identificar los acontecimientos extraordinarios, que son una puerta de entrada para descubrir la experiencia no relatada, la que ha quedado subsumida a la historia saturada por el problema (White, 1994, citado en Campillo, 1996).

Una vez que se ha externalizado el problema en su conjunto y sus componentes específicos, los pacientes pueden advertir las posibilidades que tienen de actuar contra el problema ya externalizado.

White y Epston (1993), plantearon inicialmente tres clases de preguntas que permiten mapear la influencia relativa, estas preguntas de acuerdo con White incitan a los miembros de una familia a derivar dos descripciones diferentes de su relación con el problema que presenta en la terapia. La primera es una descripción de la influencia que el problema tiene en la vida y en las relaciones de los miembros de la familia; la segunda es una descripción de la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen en la persistencia del problema mismo.

Las preguntas de influencia relativa se pueden clasificar en: a) Explicación Única; b) Re-descripción Única (Preguntas en Relación a sí mismo); c) Preguntas Posibilidades Futuras y en todas las categorías se hacen preguntas directas y en relación a los otros (indirectas), de tal modo que se vuelve fundamental el método de preguntar para construir una conversación externalizante.

*\*Preguntas relativas a la explicación única*

Estas instan a los miembros de la familia a dar sentido al logro aislado, localizándolo dentro de una pauta o clase de sucesos que están relacionados en el tiempo y el espacio (White, 2004).

Estas preguntas historian los logros aislados, emplean una gramática de cambios decisivos y progreso e incitan a relatar la historia personal y de las relaciones.

Estas preguntas se pueden dividir en directas e indirectas, algunos ejemplos de preguntas de acuerdo con White (2004), son:

Preguntas directas:

\*¿Cómo logro usted dar ese paso?

\*¿Quiere ayudarme a comprender cómo pudo superar el problema?

\*¿Qué le parece que podría haber estado haciendo usted a fin de prepararse para dar este paso?

\*¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de que debía tomar la decisión de ser audaz y emprender algo nuevo?

Preguntas indirectas:

\*Según usted, este logro entendido como una guía decisiva, ¿Qué me dice a mí sobre la naturaleza de su nueva decisión?

\*¿Qué cree usted que esta contribución me dice sobre la manera en que usted esta orientándose en una nueva dirección?

\*¿Qué cree usted que su intención de superar el problema le dice a Mary sobre la manera en que está tratando de dar una nueva trayectoria a su vida?

*\*Preguntas relativas a la re- descripción única*

Estas preguntas estimulan a los miembros de la familia a dar significación a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la re-descripción de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. Estas preguntas incitan a los miembros de la familia a operar en el dominio de la conciencia y a hacer que se manifiesten otros conocimientos (White, 2004).

Las preguntas se pueden dividir en: preguntas directas, preguntas indirectas, preguntas referentes a la relación con él mismo y preguntas referentes a la relación con los demás, algunos ejemplos de preguntas son:

#### Preguntas directas:

- \*¿Qué le dice a usted sobre si mismo que resulte importante que yo conozca?
- \*¿Qué le dice esta nueva dirección sobre aspectos de su relación que a usted le es grato conocer?
- \*¿Que parte de su persona lo lleva a creer que esta nueva dirección se acomoda mejor a usted que la antigua dirección?

#### Preguntas indirectas:

- \*¿Qué cree usted que estos nuevos cambios me dicen sobre usted como persona y que es importante que yo conozca?
- \*¿Cómo cree que ha cambiado la imagen que tengo de usted como persona?
- \*¿Qué cree usted que mis colegas han descubierto sobre su capacidad que de otra manera habrían pasado por alto?

#### Preguntas referentes a la relación con él mismo:

- \*¿Qué le parece oírse decir que usted tiene autoridad sobre si mismo?
- \*¿En qué medida saber esto sobre usted influye en la manera en que se percibe a si mismo?
- \*¿Qué efecto tiene su determinación de no cooperar con el problema en la actitud respecto de usted?

#### Preguntas referentes a la relación con los demás:

- \*¿Cómo estos descubrimientos acerca de la influencia que usted tiene en la perduración del problema afectan su relación con \_\_\_\_\_?
- \*¿Según usted, la significación de estos cambios en la relación de sus padres afecta la interacción que mantiene con ellos?

#### *\*Preguntas sobre posibilidades únicas*

Este tipo de preguntas incitan a los miembros de la familia a especular sobre el futuro personal y de sus relaciones, lo cual está relacionado con explicaciones únicas y re-descripciones únicas. Estas preguntas alientan a los miembros de la familia a investigar otras versiones posibles del yo y de sus relaciones, a descubrir qué nuevos y valiosos destinos o metas podrían acompañar a las explicaciones únicas y las re-descripciones únicas, y a descubrir que indicios de estas versiones alternativas podrían suministrar sobre posibilidades futuras y sobre los pasos específicos ofrecidos por esas posibilidades (White, 2004).

Estas preguntas se pueden dividir en preguntas directas, preguntas indirectas, en preguntas referentes a la relación con él mismo y en preguntas referentes a la relación con los demás, algunos ejemplos de preguntas sobre posibilidades únicas de acuerdo con White (2004), son:

Preguntas directas:

- ¿De que manera el conocer esto sobre si mismo influye para que de el próximo paso?
- ¿En que medida cree usted que esta nueva concepción de su relación pueda afectar su futuro?
- Puesto que le parece más atractiva esta nueva imagen de si mismo, ¿Cómo podría adherirse más a ella?

Preguntas indirectas:

- Sabiendo lo que ahora se sobre usted ¿Qué posibilidades cree que podría parecer para usted inmediatamente?
- ¿Qué cree que a jane le parece alentador acerca de las nuevas posibilidades que acompañan esta nueva imagen de usted como persona?
- ¿Puede apreciar algunas de las nuevas posibilidades que yo creo que usted tiene para reconstruir su relación?

Referentes a la relación con el mismo:

- ¿En que medida aprovechar algunas de estas nuevas posibilidades puede afectar la relación que usted tiene consigo mismo?
- ¿Cómo cree que explorar las nuevas oportunidades que acompañan esta nueva dirección afectará la apariencia de usted mismo como persona?

Referentes a la relación con los demás:

- ¿En que medida esta nueva visión de si mismo afectara su relación con problema?
- ¿Cómo los hechos futuros de la nueva trayectoria de la relación de sus padres afectaran la interacción que usted mantiene con ellos?

La evolución de la definición del problema puede verse considerablemente facilitada por las preguntas de influencia relativa.

La manera como se estructuran las preguntas y el objetivo que persiguen en la Terapia Narrativa abre la brecha para la investigación de nuevas descripciones del cliente para sí mismo, las cuales crearán nuevas distinciones que se traducirán en nuevas respuestas, están instan a seleccionar logros aislados y alientan a replantear su relación consigo mismo, con los demás, y siempre con referencia a esos logros aislados (White, 2004).

#### **4.7 Acontecimientos extraordinarios**

M. White y D. Epston (1993), hablan de que es necesario identificar un acontecimiento extraordinario para iniciar la construcción de nuevos significados.

La identificación de acontecimientos extraordinarios y la creación de significados en torno a ellos ayudan a los clientes a identificar su resistencia a los efectos del problema o a sus exigencias. En el proceso de construir nuevos significados para los acontecimientos extraordinarios, las personas revisan su relación con el problema; White y Epston (1993), plantean que podemos encontrar acontecimientos extraordinarios pasados, acontecimientos extraordinarios actuales y acontecimientos futuros.

#### **4.7.1 Acontecimientos extraordinarios pasados**

Los acontecimientos extraordinarios pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema. Se les puede pedir que recuerden “hechos” o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones. Aunque estos eventos son experimentados por las personas afectadas en el momento en el que ocurren, los relatos saturados de problemas de sus vidas suelen impedir la atribución de nuevos significados a estas vivencias (White y Epston, 1993).

Los acontecimientos extraordinarios pasados pueden facilitar la creación de nuevos significados en el presente, significados que permiten a la persona volver a tras y revisar su historia personal y la de sus relaciones.

#### **4.7.2 Acontecimientos extraordinarios actuales**

Son aquellos que se presentan en el transcurso de la sesión. Generalmente las personas se fijan en ellos gracias a la curiosidad del terapeuta, y porque éste les invita a que los hagan más perceptibles. La inmediatez de estos acontecimientos extraordinarios actuales les da mucha fuerza, y están directamente disponibles para que la persona genere significados nuevos a partir de ellos (White y Epston, 1993).

#### **4.7.3 Acontecimientos extraordinarios futuros**

Los acontecimientos extraordinarios pueden situarse en el futuro. Pueden identificarse revisando las intenciones o planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema, o investigando sus esperanzas de liberarse de ciertos problemas (White, 1993).

Aunque estos acontecimientos extraordinarios futuros constituyen una anticipación de cosas aún por suceder, son también algo presente y pueden llevar a identificar acontecimientos extraordinarios pasados. La existencia de estas intenciones y esperanzas pueden considerarse un gesto presente de desafío al problema, y puede llevar también a investigar aquellas experiencias pasadas que conducen a la persona pensar que las cosas pueden ser diferentes en el futuro.

## 4.8 Logros aislados

Las historias que las personas refieren, dice White (2004), están llenas de lagunas e inconsistencias y contradicciones.

Estas lagunas ponen en marcha la experiencia vivida y la imaginación de las personas. Con cada nueva versión, las personas reescriben sus vidas. La evolución vital es similar al proceso de reescribir, por lo que las personas entran en los relatos, se apoderan de ellos y los hacen suyos (White y Epston, 1993).

De acuerdo con White (2004), es la resolución de esas lagunas, inconsistencias y contradicciones lo que contribuye a prestar cierta indeterminación a la vida; son las que hacen que las personas se empeñen activamente en encontrar una significación única.

A medida que las personas se separan de las historias dominantes se les hace posible orientarse más hacia aspectos de su experiencia que contradicen sus conocimientos, a esas contradicciones, White y Epston, las llaman “logros aislados” y son estos los que permiten una alternativa en la historia de las personas (White, 2004).

Para que un hecho llegue a ser un logro aislado, debe ser calificado como tal por las personas que tienen que ver con los hechos.

El logro aislado es cualquier cosa que no le guste al problema y que no se acomode con la historia dominante. Se pueden encontrar en el pasado, el presente y/o el futuro, y puede ser: un plan, una acción, un sentimiento, una frase, un deseo, sueño, pensamientos, una creencia, una habilidad y/o un compromiso. Estos se pueden descubrir durante las conversaciones terapéuticas así como entre ellas y antes y después de éstas (Morgan, 2000).

La identificación de los logros aislados como explica Campillo (2009), tiene una gran importancia dentro de la realización de la nueva historia.

Las preguntas sobre los logros aislados incitan a las personas a discernir aquellas intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de la vida de las personas, por lo que podemos dividir las en preguntas directas e indirectas (White, 2004).

Las preguntas acerca de los logros aislados de acuerdo con White (2004), se pueden dividir en directas e indirectas.

Ejemplo de preguntas directas:

\*¿Puede usted recordar una ocasión en la que pudo caer en el problema pero no cayó en él?

\*¿Puede usted reconocer alguna ocasión en la que su resolución de eludir el problema era tal que casi logró liberarse de su dominio?

\*¿Puede usted recordar un episodio en el que sus padres tenían opiniones divididas sobre un problema y que, sin embargo, luego lograron unirse y oponerse a la influencia de ese problema?

Ejemplos de preguntas indirectas sobre logros aislados:

\*Según usted, ¿Qué parte de los hechos que refirió me dice que usted todavía tiene cierta influencia en la perduración del problema?

\*¿Puede comprender mi sorpresa al ver que usted hizo semejante contribución en esta circunstancia?

\*¿Qué aspectos de estos nuevos cambios cree usted que a mis colegas les parece más impresionante?

\*En vista de la historia de la prolongada influencia del problema en su relación, ¿qué cree usted que me sorprende al considerar su relación en esta ocasión?

#### **4.9 Lo ausente pero implícito**

White (2000, citado en Campillo, 2009), propuso trabajar con la categoría de lo ausente pero implícito, una de las rutas de estas re-conexiones con la historia es la identificación y la descripción de lo que está ausente pero implícito en cada una de las expresiones de la vida, de todo lo que le permite a la persona darle significado y poner en circulación, a aspectos de su experiencia vivida.

#### **4.10 Desconstrucción**

Desde el punto de vista de la terapia narrativa, los problemas sólo sobreviven cuando están respaldados por ideas particulares, creencias y principios.

La Terapia Narrativa está interesada en descubrir, reconocer y llevar a parte (desconstruir) las ideas, creencias, prácticas de la cultura en que vive la persona y que sirven para asistir al problema y a su historia, de esta manera es más fácil cuestionarlas y desafiarlas (Morgan, 2002).

Se llama **desconstrucción** a resaltar y examinar las verdades que se dan por hecho.

La desconstrucción es un proceso en el cual, una perspectiva de la realidad, es considerada solamente una posibilidad de interpretación de la realidad, así no existe sólo una interpretación sino que existen múltiples interpretaciones y se tienen que reconocer múltiples realidades, dependiendo de las personas o grupos en que se sostenga esa idea, por lo tanto no hay una sola explicación la realidad es socialmente construida y aceptada (Campillo, 2009).

De acuerdo con White (2004), el “método desconstrutivo” se basa en lo que generalmente se designa como “construccionismo crítico”, en él se propone que la

vida de las personas esta modelada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación y por las prácticas culturales y de lenguaje del yo y de su relación.

Las preguntas desconstructivas preguntan por lo no visible y lo no hablado pero implícito en el discurso.

Para facilitar el proceso de recreación de acuerdo con White (2004), se puede hacer uso de una gran variedad de preguntas. Entre ellas las preguntas referentes al panorama de acción y al panorama de conciencia; otro tipo de preguntas son las preguntas referentes a experiencias de experiencias, las cuales incitan a las personas a dar una versión de lo que creen o que imaginan que otras personas pueden pensar de ellas y ponen en juego la imaginación de las personas de manera que constituyen alternativas de sí mismas.

Estas preguntas deben formularse dentro del contexto del diálogo y cada una debe de estar en armonía con las respuestas suscitadas por la anterior pregunta

#### *Desconstrucción del poder*

La desconstrucción de las prácticas de poder de los familiares de acuerdo con White (2004), se logra incitando a las personas a externalizar vivencias relacionadas con dichas prácticas. Cuando las prácticas de poder quedan desenmascaradas pueden asumir una posición respecto de ellas y contrarrestar la influencia que tienen en sus vidas y relaciones.

#### *Desconstrucción de las prácticas del saber*

Los terapeutas pueden contribuir a desconstruir el saber de los expertos al considerarse ellos mismos coautores de otros conceptos y prácticas y al realizar un esfuerzo concertado a fin de establecer un contexto en el cual las personas que buscan ayuda terapéutica tengan el privilegio de ser los autores primarios de esos conceptos y prácticas (White, 2004).

Las actividades desconstructivas ayudan a las personas a apartarse de los modos de vida y pensamiento que empobrecen sus vidas y la de los demás.

### **4.11 Panorama de acción y panorama de conciencia**

Para el trabajo terapéutico White (2004), retoma la propuesta de Jerome Bruner (1986) sobre el Panorama de la Acción y el Panorama de la Conciencia.

De acuerdo con Jerome Bruner (1986, citado en White, 2004), el *Panorama de la Acción* contiene acciones o hechos eslabonados en secuencias particulares a través del tiempo que giran o se enlazan alrededor de un tema y que construyen la trama de la historia.

En un texto, suministra al lector una perspectiva de la temática de los hechos que se desarrollan en el tiempo (White, 2004).

De acuerdo con Michel White (2004), las preguntas del Panorama de la Acción enfocan eventos específicos y pueden referirse al pasado, al presente o al futuro y son eficaces para dar nacimiento a paisajes alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal, por ejemplo:

- ¿Cuándo se decidió a dar este paso?
- ¿Qué preparativos lo condujeron a hacerlo?
- ¿Cuáles eran las circunstancias que rodeaban ese acto?
- ¿Contribuyo alguien a ello?
- ¿Me podrías contar algunas cosas de cómo ha afectado la flojera las relaciones con tus papás?
- ¿Dame algunos ejemplos de cómo logra arruinar tus actividades escolares?

Por otro lado el Panorama de Conciencia, hace referencia a la interpretación que las personas hacen de su experiencia vivida así como a las reflexiones relativas a: deseos y preferencias de los personajes, características y cualidades personales, estados intencionales (motivos y finalidades), creencias y valores (White, 2004).

Las preguntas relativas al panorama de conciencia llevan a las personas a revisar los hechos que se desarrollaron en el panorama de acción y a determinar que podrían revelarse estos sobre:

- a) La naturaleza de las preferencias y los deseos de los personajes,
- b) El carácter de las varias cualidades personales y de relación,
- c) La constitución de sus estados intencionales, por ejemplo sus motivos y sus finalidades,
- d) La composición de sus creencias preferidas, y
- e) La naturaleza de sus empeños

Las preguntas del panorama de conciencia invitan a la articulación y a la realización de estas preferencias alternativas, deseos, cualidades personales y de relación, estados intencionales y creencias, y todo culmina en una revisión de los empeños y compromisos personales en la vida (White, 2004).

Por ejemplo:

- ¿A qué nuevas conclusiones podría usted llegar sobre sus gustos, sobre lo que resulta atractivo para usted, sobre aquello que le atrae?
- ¿Qué le dicen estos descubrimientos sobre lo que usted desea en su vida?

- ¿Cómo caracterizaría usted las cualidades de su relación en ese primer tiempo cuando ambos lograban prestarse apoyo el uno al otro frente a la adversidad?

A pesar de que las historias contribuyen a asegurar cierta determinación en la vida, rara vez abarcan todas las contingencias que aparecen en la “vida como se vive” de una manera total.

A medida, dice Michel White (2004), que las personas van respondiendo a las preguntas de panorama de acción y a las de panorama de conciencia, van reviviendo experiencias y es como si sus vidas fueran contadas de nuevo.

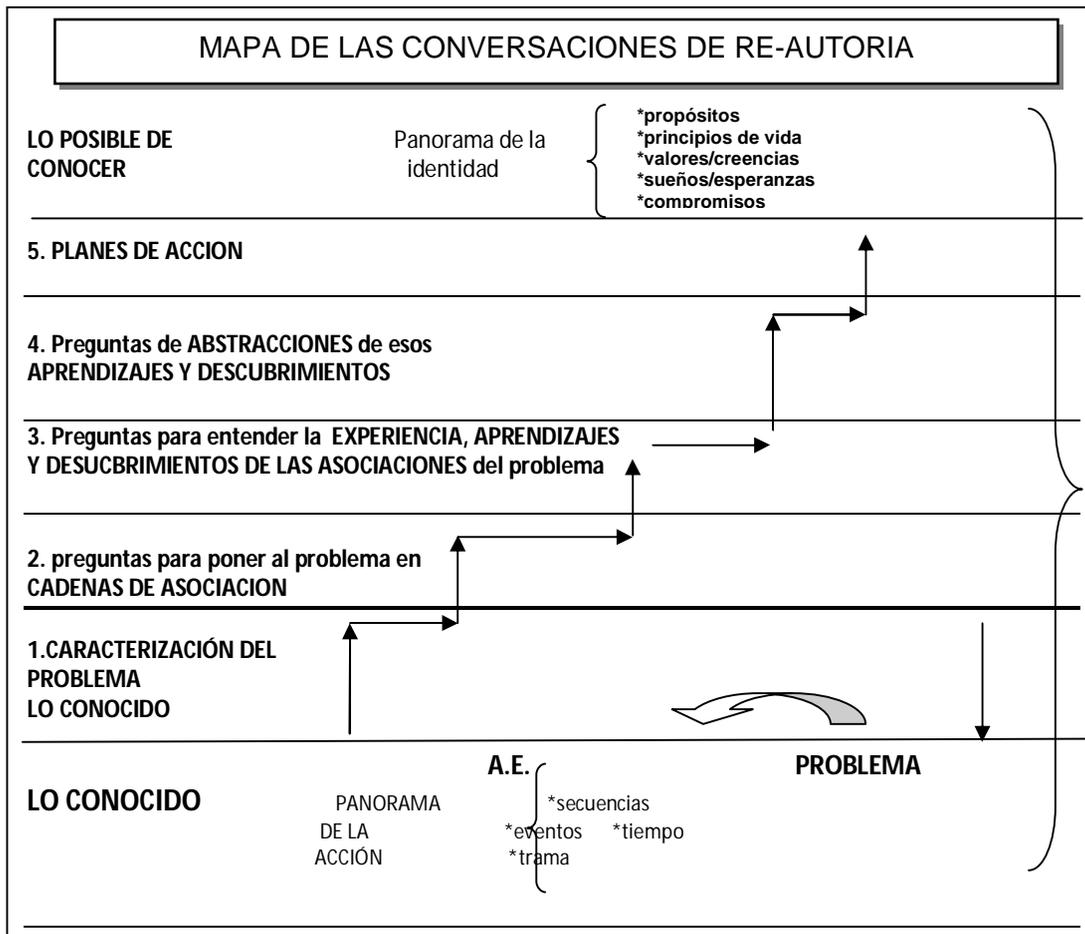
#### **4.12 Preguntas de andamiaje**

Michael White (2006, citado en Campillo, 2009), inspirado en Vygotsky, retoma el concepto de “zona proximal” desarrollado por el psicólogo Ruso, concepto que plantea que el desarrollo es fundado en el aprendizaje y que es un logro de la colaboración social de las personas quienes estructuran el aprendizaje de manera tal que se haga posible el que ellos se muevan de lo que les es conocido y familiar a lo que es posible de conocer y realizar; retomando eso para la terapia Narrativa, M. White, propone las preguntas de andamiaje con las cuales plantea que la persona pueda ir de *lo conocido y familiar*, que en el caso del problema sería la historia saturada, a lo *posible de conocer* que sería desarrollos con nuevos significados y un plan de acción.

White (2006, en Campillo, 2009), utiliza el mapa de las preguntas de andamiaje para conectar el panorama de la acción con el panorama de la conciencia, el mapa contiene cinco clases de preguntas, las cuales no tienen que seguir un orden lineal sino más bien ir articulando con la persona la reflexión acerca del conocimiento y los descubrimientos que van surgiendo en el proceso. (v. cuadro 2)

Las cinco clases de preguntas son:

- 1) preguntas para caracterización del problema,
- 2) preguntas para poner al problema en cadena de asociación
- 3) preguntas para entender cuál es la experiencia, aprendizajes y descubrimientos de esas asociaciones del problema
- 4) preguntas de abstracciones de esos aprendizajes y descubrimientos
- 5) planes de acción.



Cuadro 2. Campillo (2009, p.48). Descripción del mapa de las preguntas de andamiaje utilizados para conectar el espacio entre lo conocido y familiares y lo posible de conocer. (Basado en White, Michel 2006, pág. 48)

### 4.13 Re-membresía

La Narrativa parte de que la identidad es construida socialmente y que las relaciones que guardamos con las otras personas conforman la membresía de la vida, o sea que parte de las habilidades de vida las desplegamos con los otros aunque nunca las hayamos relatado.

La Membresía de la vida es una propuesta de Michel White (1994, en Campillo, 1996), a través de la cual se reflexiona la influencia de lo relacional en la construcción del proyecto de identidad, esto es, si la “Identidad es una negociación en una comunidad de Personas”, lo relacional tiene suma importancia para desentrañar a la historia saturada por el problema ya que se van descubriendo quien o quienes son figuras significativas del pasado, presente y futuro, cuyas voces son influyentes para la construcción de la historia alternativa. Es decir, las personas con las que convivimos, que nos enseñan o nos ayudan, aquellas que nos apoyan y con las cuales hemos estado en una relación, son las que conforman

la membresía de nuestra vida. Como seres humanos no existimos sin relacionarnos con los otros, y es a través de las relaciones que descubrimos o creamos la imagen de lo que somos capaces de hacer o ser.

White (2007, citado en Campillo, 2009, p. 291), dice que “en el contexto terapéutico las conversaciones de re-membresía:

- Evocan “la vida” como la membresía de un “club” y la “identidad como una “asociación” de la vida...
- Contribuyen al desarrollo de un sentido múltiple de la identidad...
- Abre la posibilidad para la revisión de la propia membresía de la vida...
- Descripciones de las versiones preferidas de identidad y de los conocimientos y habilidades de vida co-generados en relaciones significativas...
- Provee un entendimiento bidireccional de las relaciones de la persona con las figuras significativas...
- Y frecuentemente iniciado por dos conjuntos de cuestionamientos... El primero invita a: recolección de lo que la figura contribuyó a la vida de la persona... que la persona sea testigo de su identidad a través de los ojos de la figura. El segundo invita: recolección de lo que la persona contribuyó a la vida de la figura... descripción rica de la manera en la cual esta conexión contribuyó a la sensación de lo que la figura ella/el o su vida era”.

Algunos ejemplos de preguntas de re-membresía de acuerdo con Campillo (2009) son:

- ¿A quién no le sorprendería oírte hablar de tu compromiso de mantener la esperanza?
- ¿Quién reconocería y apreciaría lo que el compromiso de mantener la esperanza significa para ti?
- ¿Hubo alguien que presentó la idea de mantener la esperanza de un futuro mejor? ¿Qué crees que vieron ellos en ti que les hizo pensar que tu podrías mantener ese compromiso con la esperanza?
- ¿Cuándo tu \_\_\_\_\_ te veía con ojos amorosos que veía en ti que te gustaría conservar?

Las conversaciones de re-membresía de acuerdo a lo que plantea Campillo (2009), evocan perspectivas y puntos de vista de personas y relaciones que al ser retomadas pueden contribuir al desarrollo de la historia alternativa.

#### 4.14 Re-narración

La Terapia Narrativa es un método para construir nuevas narraciones (generando nuevas identidades), por lo tanto estamos dando por hecho que las actuales narraciones de la experiencia vivida no relatan suficientemente lo que la persona ha vivido, o bien, relatan solamente aquellos hechos que se han vuelto significativos y que a través del lenguaje encasillan a la persona en rótulos incapacitantes.

De acuerdo con Morgan (2000), nuestras vidas tienen muchas historias. Ninguna está libre de ambigüedad o de contradicción y ni una historia puede encapsular o manejar todas las contingencias de la vida.

Todas las historias pueden ocurrir al mismo tiempo, y los eventos, al ir sucediendo, serán interpretados de acuerdo al tema dominante en ese momento.

La estructuración de una narración exige recurrir a un proceso selectivo en el que expurgamos de nuestra experiencia aquellos hechos que no encajan en la versión dominante que desarrollamos y que nosotros y los demás tienen sobre nosotros. De manera que con el correr del tiempo buena parte de nuestro caudal de experiencia vivida queda sin historiar y nunca se cuenta ni se expresa. Al inducir a las personas a remontarse a sus experiencias vividas, se pueden localizar y reelaborar nociones alternativas previamente perdidas y así pueden ser accesibles nuevas y enriquecedoras percepciones y validaciones de sí misma (White, 2004).

Las historias alternativas son historias identificadas por las personas que van en dirección a la vida que desean, reducen la influencia del problema en su vida y crea nuevas posibilidades de vida. Es decir que, la re-narración de la experiencia necesita del comportamiento activo de las personas con la organización de su experiencia, con la libre recombinación de los factores naturales en todas las pautas posible (White y Epston, 1993).

Las conversaciones de Re-autoría de acuerdo con Russell, S. y Carey, M. (2004, citado en Campillo, 2009, p. 99), comienzan desde la revisión de la influencia relativa en las conversaciones externalizantes, en ellas la persona comienza la revisión de su historia y va descubriendo a través de las preguntas externalizantes relaciones diferentes, sus propios conocimientos y habilidades, que al ser ligados a sus propósitos o intenciones, cosas a las que valora, deseos, esperanzas, compromisos y principios de vida, lo que White (2000, citado en Tarragona, 2006), ha llamado estados intencionales de identidad, cuando se va ligando el panorama de la acción y de la identidad se mueven las preguntas y las respuestas en un zig-zag a través del tiempo y se van abriendo nuevas líneas de identidad generando nuevos significados.

Algunos ejemplos de preguntas de Re-autoría son:

- Me contaste que pudiste salir de la casa más allá de la ansiedad, ¿Qué crees que lo hizo posible?
- ¿Qué crees que te guiaba cuando diste ese paso para liberarte del problema?
- ¿Qué deseabas o qué querías que pasara?
- ¿Qué dice de ti el que hayas podido salir más allá de los efectos de la ansiedad?
- ¿Cómo el realizar ese esfuerzo va de acuerdo con los propósitos de vida?
- ¿Qué sabes de ti al verte hacer salir, de lo que valoras o deseas que antes no conocías?
- ¿Cómo lo que estás logrando se relaciona con tus compromisos de vida?
- ¿Crees que eso que ahora estás haciendo es un principio de vida?

#### **4.15 Ceremonia de definición y Testigos externos**

White (en Campillo, 2009), retomó del trabajo de la antropóloga social Bárbara Myerhoff, la metáfora de la ceremonia definicional y la adoptó en la terapia para fundamentar el proceso terapéutico con testigos externos.

La metáfora de la ceremonia definicional contribuye la estructuración de las narraciones y re-narraciones, así mismo contribuye a la generación de descripciones densas de las vidas de las personas.

De acuerdo con White (2002a), la ceremonia de definición generalmente tiene lugar en foros estructurados que proporcionan un espacio para que las personas participen en la expresión de las historias de sus vidas, las cuales pueden ser de proyectos personales, su trabajo, su identidad, la expresión de sus habilidades y saberes. Estas expresiones constituyen una representación, de la que un público que ha sido convocado específicamente a tal efecto es testigo.

White (en Payne, 2002), ha subrayado cada vez mas la importancia de que la persona que narra y vuelve a narrar tenga un público, este público puede estar formado por amigos, familiares, compañeros, etc.

De acuerdo con White (2002a,b), los testigos externos tienen una función fundamental de colaborar con la persona o la familia desde un proceso en el cual se recupera el impacto que la historia de la persona tiene en ellos de tal manera que le sea útil escuchar los comentarios, en este proceso se incluyen los 4 pasos siguientes: a) la expresión, b) la Imagen, c) Resonancia, d) el Transporte o la movilización personal.

**Expresión:** se trata de que el testigo escoja de lo que ve o escucha en la entrevista algo que le llame la atención, ejemplo de las preguntas que se pueden hacer en este paso son: ¿Qué te llamó la atención mientras escuchaba la historia, de lo visto o lo escuchado?

**Imagen:** se le pide a la persona que observe las imágenes con su imaginación y la creatividad que le surge mientras escuchaba, las preguntas que se pueden plantear son: ¿Qué imagen llegó a tu mente mientras escuchabas la historia?, ¿Cómo se relaciona esa imagen con lo que es importante para (la persona)?, ¿Qué impresión te surge de lo que es importante para (la persona)?

**Resonancia:** son las ideas que conectan la vida del testigo con la historia escuchada, las preguntas que se pueden plantear pueden ser: ¿Qué hay acerca de tu propia vida/trabajo que se conecta con esas partes de la historia que te llamaron la atención?

**Trasporte:** el testigo externo, utilizando su propia experiencia de vida aporta aspectos de sí mismo que describan el impacto que la vida de la persona tuvo, presentándolo en conclusiones que logró después de oír a la historia de la vida de la persona. Ejemplo de las preguntas que se pueden hacer en este paso son: ¿Ha dónde te has movido o te ha llevado en tu pensamiento lo que has escuchado?, ¿En qué lugar estás ahora que no estabas al inicio de estas conversaciones? (White, 2006; en Campillo, 2009).

Es muy importante que la respuesta de los testigos externos, en la terapia narrativa esté basada en lo que escucharon y vieron en la sesión, puesto que el objetivo es compartir la experiencia.

White (2000, citado en Campillo, 2009, p. 293), “plantea de la ceremonia definicional con testigos externos que:

...El límite hasta el cual la ceremonia definicional contribuye a las opciones para que la persona se vuelva otra de lo que era, esta demostrado por el hecho de qué, ésta hace posible que las personas:

- a) Piensen fuera de lo que piensan de manera rutinaria, extender los límites de su entendimiento;
- b) Pararse en territorios de su vida que están asociados con historia preferida de identidad;
- c) Tener la experiencia de una identidad de muchos niveles y voces múltiples;
- d) Articular conocimientos y habilidades que previamente fueron huellas a ser percibidas de su historia;
- e) Tomar opción para la acción de en sus vidas y relaciones que de otra manera no hubieran estado accesibles o visibles para ellos”

#### **4.16 Uso de documentos terapéuticos**

Los documentos son el vehículo de presentación y exhibición de la estimación del autor según una serie de criterios morales que se han establecido en una disciplina dada. Y en este sentido los documentos moldean la vida de su autor de la misma forma en que moldean la de su objeto (White y Epston, 1993).

El terapeuta puede emplear documentos escritos, de su propia autoría o creados por la persona que consulta. Estos documentos tienen muchos aspectos y formas posibles, pueden incluir un relato histórico de la capacidad de la persona para intervenir, en su nombre, en su propia vida. Incluyen detalles acerca de las cualidades de la persona en años anteriores, y algunas especulaciones sobre cómo, cuándo y en qué circunstancias aquellas cualidades podrían reaparecer y ponerse al servicio de sus planes y sus objetivos (White, 1993).

Estos documentos resumen los descubrimientos de la persona y le permite describir su propio progreso. Ella puede conservarlos para utilizarlos de nuevo en el futuro o cuando tenga necesidad de ellos.

De acuerdo con White y Epston (1993), los documentos, pueden ser memorandos, cartas, declaraciones, listas, ensayos, contratos o certificados. A veces serán solo para el uso privado de la persona; a veces los compartirá con el terapeuta o incluso con otra gente.

En su libro Medios Narrativos para Fines Terapéuticos White y Epston (1993), nos plantean la utilización de diferentes cartas:

\*Cartas de invitación: cuando es importante incluir en la terapia a personas reacias a participar en ella.

\*Cartas de despido: para demostrar la innecesaridad de que la gente desempeñe ciertas funciones.

\*Cartas de predicción: predecir el futuro de una persona, relación o familia con un periodo de seis meses como intervalo, la intención al hacer esto es:

1. La predicción propone un seguimiento a los seis meses
2. Dado que la mayoría de las personas no hacen caso, sino que leen su revisión antes de la fecha indicada se espera que la predicción funcione como una profecía autocumplidora.

\*Cartas de contraderivación: se agradece haber enviado a la persona a terapia.

\*Cartas de recomendación.

\*Cartas para ocasiones especiales.

\*Cartas breves: las cuales se pueden subdividir en:

- reflexiones post-sesión
- el terapeuta necesita ayuda
- no asistencia

- convocando al público
- investigando la influencia del problema
- historiar acontecimientos extraordinarios
- desafiar las técnicas de poder : esto es así en aquellos casos en los que aquello que la persona percibe como problemático es algo que tiene que ver con:
  1. la sumisión ante técnicas específicas de poder utilizadas por otros y/o
  2. la participación, como vehículo o instrumento de poder, en la subyugación de otros, y/o
  3. el sometimiento a las técnicas del sí mismo, en cuyo caso la persona es el instrumento de su propio sometimiento.
    - Desafiar las especificaciones acerca de las personas y las relaciones: animan a las personas a generar significados sobre aspectos de ellos mismos y/o sus relaciones que puedan percibir, pero que no encaja con las normas y expectativas.
    - Eso me recuerda...
    - Encuentro fortuitos

Las cartas son sobre todo un medio para un fin y por lo tanto pueden emplearse con diversos propósitos. En una terapia relatada, las cartas se utilizan principalmente con el objetivo de convertir las vivencias en una narración o relato que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo (White, 1993).

En una terapia relatada de acuerdo con White y Epston (1993), las cartas son una versión de esa realidad co-construida llamada terapia y se convierten en una propiedad compartida por todos los participantes. Las cartas se pueden sustituir por historias clínicas. También hay documentos en cuya elaboración participa activamente la persona aludida, en estos documentos el sujeto desempeña un papel central a la hora de contribuir a la especificación de sí mismo y de esta manera se hace consciente de su participación en la constitución de su propia vida.

#### **4.17 Termina de la terapia**

El desenlace deseable de la terapia es la generación de historias alternativas que incorporen aspectos vitales y anteriormente negados de la experiencia vivida (White, 2004).

Es decir que a medida que las personas avanzan un poco en la articulación y la experiencia de otras maneras de ser y pensar, a medida que experimentan alguno de los objetivos, valores, creencias, compromisos, etc., que están asociados a estos relatos alternativos de la vida, se acercan a un punto en el cual

la contribución del terapeuta ya es innecesaria. Es perfectamente sensato despedir en este punto al terapeuta, lo que es de celebrar (White, 2002a).

Así como David Epston (1994) plantea:

“Nunca pienso en un final o terminación. Prefiero pensar en la celebración. Un parte de esa celebración consiste en que, cuando la gente obtiene de la terapia lo que buscaba, con frecuencia se da una inversión de roles entre la familia y el terapeuta. Generalmente una vez terminada la terapia, les pido a los individuos o a los miembros de la familia en su conjunto que escriban o graben una cinta relatando su experiencia en la terapia y del pasaje realizado. A veces organizamos una fiesta con pastel y todo en la última sesión” (p.128)

#### **4.18 TERAPIA NARRATIVA CON NIÑOS (AS)**

La impresión que el niño se forme sobre qué es la terapia nace incluso en el momento en que entra en la consulta.

La mente del niño es diferente de la de un adulto, pero en gran medida esta influenciada por la imaginación de los adultos. Nuestro objetivo es acceder a su imaginación y a sus conocimientos y colaborar con ellos. (Epston, Freeman y Lobovits, 2001).

De acuerdo con Epston y colaboradores (2001), escuchar el relato de un niño atendiendo al simbolismo y la metáfora nos puede servir para alumbrar ideas imaginativas y para ello es necesario la sensibilidad y el respeto para apreciar la variedad de narraciones de los pequeños, que no siempre son verbales y que a menudo emplean otras formas de expresión. Si nos sintonizamos con su capacidad cognitiva, el niño nos proporcionara la retroalimentación al responder de forma verbal y no verbal a nuestra conversación.

La práctica de la terapia narrativa también tiende a crear un clima donde se invite a los niños a ser inventivos al abordar sus problemas, en vez de estar inmovilizados por la vergüenza, la culpa o el remordimiento porque sus padres se ven obligados a soportar toda la carga que supone dar una solución al problema.

En la terapia con niños se hace necesario abrir un espacio para conocerlo al margen del problema, lo cual permite reflexionar acerca de las cualidades, intereses, expectativas habilidades y deseos que el niño tiene para su vida con lo cual promovemos una visión más amplia de lo que es su vida (Flores y Campillo, 2009).

Para llevar a cabo la externalización del problema se puede realizar a través de crear metáforas lo cual permite separar al niño del problema, explorar la influencia relativa del problema y del niño sobre la vida del problema. Al jugar se van conectando nuevos significados posibles permitiendo la exploración de múltiples

historias. La historia creada en plastilina o en dibujos, contiene una metáfora de historias alternativas posibles que es elaborada por el niño, explorando los contenidos, las consecuencias, las vivencias creadas en la metáfora y sus significados posibles (Campillo, 2009).

Para que el niño pueda salirse de la descripción problemática de sí mismo, en la cual el rótulo quiere hablar por su identidad, se tiene que externalizar el problema y contextualizar la experiencia descubriendo todas las maneras en que este/a ha podido más que el problema y como ciertas maneras de manejar la vida propician la existencia del problema y cuales acciones y relaciones paran o evitan el mismo.

La historia creada en plastilina o en dibujos, tiene que ser de la elección del niño/a, y siendo la terapia Narrativa una terapia descentrada lo importante es lo que emerja del niño/a, lo que le sea útil. Cuando ya se ha decidido por el niño/a como lo nombra y la manera en que se ve el problema, se está creando una metáfora y al ir jugando surgen posibilidades o historias alternativas posibles que al ser elaboradas por el niño/a, de tal manera que se puedan explorar los contenidos, las consecuencias, las vivencias creadas en la metáfora y sus significados posibles, en este proceso el niño/a explora la historia del personaje con sus propios conocimientos de referencia y la externalización del problema en un personaje de la historia le permite recordar o innovar maneras de oponerse a la influencia del problema.

Durante la conversación externalizante puede surgir ante una pregunta acerca de los efectos del problema al pedirle al niño/a que nombre al problema, la idea de dibujarlo y al estar mapeando los efectos de la influencia relativa del problema en la vida del niño, puede surgir alguna metáfora que coadyuve con la externalización.

La selección de la metáfora para la terapia proviene del niño/a de los contenidos relatados en la cual se narra la historia saturada del problema y se identificaron los acontecimientos extraordinarios.

En el juego se externaliza el problema automáticamente puesto que el problema se vuelven un personaje que actúa en la historia, explicitando como esta afectando la vida del niño/a y se van recuperando a través de las preguntas tanto los acontecimientos extraordinarios como los conocimientos y habilidades de vida que el personaje necesita en la historia y son aportados siempre por el niño/a a la terapia descentrada.

De acuerdo con Campillo (2007), la metáfora que se crea cuando el problema se transforma un personaje, lo dibuja el niño/a y se van describiendo su influencia relativa sobre la vida del problema y explorando alternativas para mejorarlo o capturarlo algunas más reales y otras que pueden ser imaginarias, lo cual hace que exista un espacio imaginario donde muchas alternativas son posibles, se libera al niño/a de sentirse atrapado por el problema y acrecientan las ideas. Y las propuestas ligadas a las habilidades y conocimientos del niño/a.

La terapia narrativa de juego en la que se trabaja con metáforas tiene que guiarse por las características de la terapia narrativa puesto que de no ser así se corre el riesgo de que la creación al jugar sea impuesta por la terapeuta y se desplace hacia la creatividad dejando fuera el objetivo central de utilizar la metáfora, que es coadyuvar a la externalización creando una distancia de reflexión en la que el niño/a al volver al problema un personaje puede analizar como interfieren en sus deseos para su vida e identificar sus planes de acción (Campillo, 2007).

Para el niño la exteriorización es como “jugar a...” Se puede invitar al niño a discutir en qué términos participar de forma lúdica: diciéndole por ejemplo ¿Cuál sería la forma más divertida de hablar de esto o sobre esto?

Utilizamos preguntas para proporcionar recursos lingüísticos que el niño pueda relacionar con sus conocimientos y su imaginación para desarrollar posibles significados y abrir el camino a ideas originales.

La forma de jugar con los niños en la terapia narrativa son interminables, lo fundamental es establecer una conexión con la imaginación del niño. Se puede manifestar un interés por los juegos de manos, por dibujar historietas, hacer experimentos científicos, o la ambición de escribir un libro.

Descubrir que al niño le interesan las artes marciales, los deportes o el baile puede originar metáforas para el tratamiento del problema (Epston, et al., 2001).

Existen niños pequeños que aun no saben escribir y para conocer cuales son las condiciones del pequeño podemos apoyarnos en sus padres o en el adulto que los acompaña y pedirles a ellos que describan la historia saturada del niño/a, de esta manera después podremos comenzar con algunas preguntas externalizantes (Campillo 2009).

## **II. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON PERSONAS OSTOMIZADAS**

La cirugía de una ostomía trae consigo muchos cambios, que afecta diferentes esferas de la vida de las personas, sin embargo como se explicó en el capítulo 1 las personas ostomizadas no reciben una atención psicológica profesional, sino por el contrario, es el personal de salud u otras personas ostomizadas quienes les brinda apoyo emocional.

El objetivo general de la realización de este trabajo es establecer una propuesta de intervención psicológica con las personas ostomizadas bajo los lineamientos de la Terapia Narrativa de Michael White y David Epston. Este objetivo se ha dividido en dos objetivos específicos:

- 1) Establecer una propuesta de intervención a partir de la Terapia Narrativa con adultos (mayores de 18 años) que tenga un estoma ya sea permanente o temporal y,
- 2) Establecer una propuesta de intervención a partir de la Terapia Narrativa con niños (menores de 18 años de edad) que tenga un estoma, no importando si este es temporal o definitivo.

A continuación se desarrollan las propuestas, que después de la revisión teórica de los temas centrales y apoyados en los ejercicios propuestos por Martha Campillo (2009) se logran integrar.

### **1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON ADULTOS OSTOMIZADOS**

Para una persona adulta pudiera quizás ser más complicada y difícil la adaptación y aceptación de su nueva condición.

Las personas ven afectada su esfera laboral, sexual, social, etc., por lo que es importante escuchar cuales son las demandas del paciente haciendo una lista de sus prioridades se le solicitará que escoja lo que quiere trabajar.

Así, una vez seleccionado la prioridad se puede comenzar a trabajar al respecto escuchando la descripción del problema (historia dominante) y con el proceso de externalización, el cual se puede realizar con el siguiente ejercicio propuesto por Campillo (2009), este ejercicio se desarrolla a través de dibujos y la realización de una historia:

#### **HISTORIA EN DIBUJOS**

En cada recuadro hay un aspecto de la vida de la persona el cual se tendrá que llenar con dibujos:

*EFECTOS DEL PROBLEMA en la vida de la persona: nombrarlo caracterizarlo	*PERSONIFICACION DEL PROBLEMA: nombrarlo, dibujarlo	*ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS: influencia relativa de la persona sobre el problema.
*INFLUENCIA DEL PROBLEMA EN LA VIDA	*CONOCIMIENTOS, HABILIDADES, AUSENTE PERO IMPLICITO ACONTECIMIENTO EXTRAORDINARIO	*PROBLEMA SIGUE EN LA VIDA
*RECUPERACION DE HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS	*CAPTURA DEL PROBLEMA	*LINEAS ALTERNATIVAS DE IDENTIDAD: LOGROS, FUTURO, planes de acción, HISTORIA ALTERNATIVA

Preguntas externalizantes utilizadas para hacerlas mientras se esta dibujando la historia y llenado cuadro por cuadro:

1. ¿Cómo se ve (el problema)? ¿Qué forma tiene?
2. ¿Qué nombre le darías al problema?
3. ¿Donde se presenta más seguido el (problema)?
4. ¿Qué hace (el problema) cuando te hecha a perder la vida? ¿cuales son sus intenciones para dañarte la vida?
5. ¿Qué te dice el problema cuando quiere (asustarte)?
6. ¿Qué cosas no te deja hacer (el problema)?
7. ¿Con que cosas que a ti te guste hacer interfiere (el problema)?
8. ¿Cuéntame de alguna ocasión en la cual (el problema) quería ganarte y no te dejaste?
9. ¿Qué has hecho las veces que tú logras que (el problema) no te gane?
10. ¿Qué has descubierto que sea una buena trampa para el problema?
11. ¿Cuándo el problema te quiere quitar el sueño, como logras ignorarlo?
12. Ahora que logro (habilidad) ¿qué fue lo que hiciste?

13. ¿Cuáles dirías que son sus tácticas que han funcionado para no dejar que el problema interfiera en su vida?
14. ¿Qué diferencia hace el verse que ya ha logrado (habilidad)?
15. ¿Por qué es importante para ti saber que puede (habilidad)?
16. ¿Cuándo el problema te quiere convencer de que no puedes, que te dice?
17. ¿A qué otros amigos llama (el problema) para seguir interfiriendo en tu vida?
18. ¿Qué cosas te dices a ti mismo y/o qué haces para que (el problema) no te gane?
19. ¿Cuéntame como te diste cuenta de qué hacer y que funcionaba en contra del (el problema)?
20. ¿Podrías dibujar eso que te ha ayudado? ¿Qué le nombre le darías?
21. ¿Cuándo usas ese (valor /ausente pero implícito) qué diferencia hace?
22. ¿Por qué es importante para ti saber eso de ti?
23. ¿Qué hace (el problema) cuando se agranda?
24. ¿Cómo haces para convencerte de que no se va a ir?
25. ¿Ahora qué puedes hacer (habilidades o conocimientos) para controlar al problema y cómo se relaciona eso con las cosas a las que le das valor o que son importantes para ti?
26. ¿Ahora que te ves sin el problema cuáles son tus esperanzas o sueños?
27. ¿A qué persona le gustaría mucho lo que estas haciendo? ¿Cuéntame actividades que han disfrutado juntos?
28. ¿Qué aprecia esa persona de ti?
29. ¿Cuándo se llevan bien, cuéntame que le das a la vida de esa persona?
30. Si te pudieras ver a ti mismo como te ve (persona amada, su amigo), ¿Qué piensa esa persona de ti?
31. Ahora que has logrado hacer todo esto, ¿Cuál será tu siguiente paso?

32. ¿Cómo se vería todo lo que has logrado y lo que esperabas ahora que no esta el problema?

Estas son solo algunas preguntas que se pueden utilizar para cubrir los rubros que se presentaron en el cuadro anterior. Aunque las preguntas y la realización de los dibujos son actividades complementarias, se pueden llevar acabo de forma independiente.

Otra forma de exploración de los efectos que tiene el problema en la vida de la persona es a través de las siguientes preguntas, tomadas como ejemplo de los ejercicios propuestos por Campillo (2009):

¿Cómo te ven las personas cuando actúas bajo la influencia de “el problema”?

1. ¿Qué acciones son fáciles de hacer cuando se dice “problema”?
2. ¿Hay desventajas de actuar de acuerdo con “problema”?
3. ¿Cómo se ha dado cuenta de que el actuar bajo la influencia de “problema” no es para su beneficio?
4. ¿Qué diferencia hace el actuar en contra de “problema” para la imagen preferida de lo que le guste ser?
5. ¿Qué experiencias vividas generaron o posibilitaron la conclusión a la que llegó acerca de sí mismo o de su identidad, resumida en el rótulo?

Para que las personas recuperen su historia de éxito contra el problema se pueden plantear preguntas como las siguientes:

1. ¿Cuando se presenta el problema en su vida, como ha logrado no hacerle caso?
2. ¿Cómo logra que el problema no lo convenza de sentir su presencia y pensar en él?
3. ¿Cómo ha logrado en el pasado que no le eche a perder la vida?
4. ¿Qué hace que le ayuda a combatirlo?
5. ¿Cómo logra tener presentes sus deseos e intenciones para su vida, que van en contra de su problema? ¿Como ha logrado que no afecte su relación con su familia/escuela/trabajo?
6. ¿Qué ha descubierto que lo controla, combate y como él lograrlo cambia la imagen de sí mismo?

7. ¿Qué se dice o que hace en situaciones donde puede más que el problema?
8. ¿Cuándo reconoce que puede sacarlo de su vida qué beneficios le trae el saberlo?
9. ¿Cómo reconoce esas habilidades y conocimientos que le han permitido cambiar y anclar lo que valora de su vida y de sus relaciones?

Es importante lograr que las personas ostomizadas se den cuenta que cuentan con habilidades y conocimientos que le ayudaran a re-escribir su historia. Para ello se puede hacer uso del siguiente ejercicio:

Se le pedirá a la persona que escriba una historia de algún conocimiento o habilidad que haya utilizado para enfrentar algún problema.

Después se le pedirá resaltar ese o esos conocimientos o habilidades que le permitieron crear una historia, utilizando la siguiente recuperación:

La persona escogerá un conocimiento o habilidad que tenga y al llenar los espacios, explorara las experiencias con éste en el pasado, presente y futuro.

1. ¿me puede contar una historia acerca de cuando descubrió ese conocimiento o habilidad y lo que le permitió resolver?
2. ¿Me podría dar algún ejemplo, de qué le han permitido en su vida el utilizar esos conocimientos o habilidades?
3. ¿Qué le ha permitido descubrir de usted mismo que antes no conocía, el tener y utilizar esos conocimientos o habilidades?
4. ¿Qué otras habilidades reconoce que puede hacer ahora tienen esos conocimientos o habilidades?
5. ¿Qué personas han apoyado más el desarrollo de esos conocimientos o habilidades?
6. ¿Qué notaron las otras personas que eran diferente cuando utilizaba esos conocimientos o habilidades?

Estas preguntas les muestran a las personas que cuentan con habilidades que tal vez no recordaban para poder resolver los problemas.

Una de las situación que más les preocupa a las personas ostomizadas es la cuestión laborar, ya que tras la operación muchas de ellas se sienten discapacitados para seguir laborando, aunque muchas de las dudas que tienen acerca de si van a poder trabajar, si podrán seguir trabajando en lo mismo, o si las

personas de su trabajo se van a dar cuenta de esta situación, son resueltas por sus médicos, esta situación parece preocuparles de manera relevante, sobre todo si tienen que cambiar de trabajo, para abordar esta situación podemos hacer uso de los siguiente ejercicio tomado de Campillo (2009):

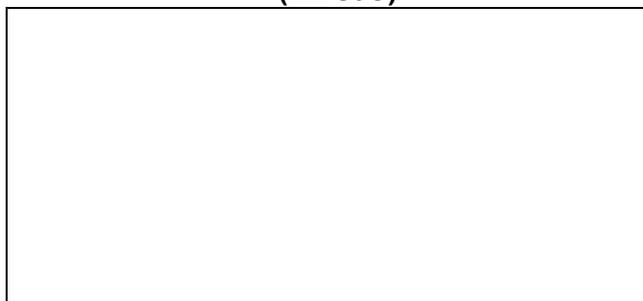
### **Paso 1** El territorio en mi historia profesional (laboral)

El persona contestara, contando historias, las siguientes preguntas para describir, el territorio de sus conocimientos y habilidades, de las personas que lo han apoyado, de su experiencia con aquello que lo inspira, lo que valora y ha aprendido de sí mismo en su actividad profesional (laboral).

1. ¿Donde comenzó a formarse ese territorio de conocimientos y habilidades profesionales (laboral)?
2. ¿Qué personas han influido y apoyado esa elección profesional/oficio? Y ¿Quiénes han ayudado en la adquisición de habilidades profesionales?
3. ¿Qué habilidades y conocimientos de tu vida profesional (laboral) estás orgulloso/a de tener?
4. ¿Podía contar una historia acerca de la manera preferida de ser (profesión/oficio) en la que se incluya detalles de alguna experiencia en la que la haya descubierto?
5. ¿podría contar una historia acerca de su labor, a lo que le da valor y se patentiza en lo que reconoce como su identidad preferida de ser (profesión /oficio)?
6. ¿podría contar una historia acerca de lo que le da esperanzas, los sueños, aspiraciones, deseos y la dirección en la que quiere que vaya su vida profesional?

**Paso 2** La persona dibujara en una hoja, la figura de su territorio de vida, en silueta, paisaje o de la manera que lo imagine, en el que va a representar el territorio de su vida profesional (laboral) preferida, con las siguientes categorías:

#### **EL TERRITORIO DE MI HISTORIA PROFESIONAL (DIBUJO)**



- El lugar : le invita a dibujar y a pensar en todos los orígenes de la vida profesional, el lugar donde estudio, las escuelas o universidades, institutos y ciudades donde están los maestros, teorías, influencias profesionales que los han formado y que los sostienen que lo ayudaron en la vida profesional.
- Los caminos: le invita a dibujar y pensar en tu actividad cotidiana a la que te dedicas como (profesión/oficio), lo que te gusta, donde trabajas actualmente y como organizas tus actividades.
- Los habitantes del territorio: le invita a dibujar y a pensar en las personas importantes, las personas apreciadas, personas que muevan tu corazón en la historia de volverse (profesión/oficio), influencias en la manera preferida de ser (profesión/oficio).
- El centro del territorio: le invita a dibujar y a pensar en todo aquello que le da valor en su actividad profesional, sus habilidades y conocimientos en la manera preferida de ser (profesión/oficio).
- Los descubrimientos: le invita a dibujar y a pensar en los acontecimientos extraordinarios y los descubrimientos que la actividad profesional ha tenido para su vida, las posibilidades que ha abierto en la vida.
- Los paisajes: le invita a dibujar y a pensar en los regalos que has recibido de las personas en la historia de su trabajo, el apoyo recibido, haber sido valorado y apreciado.
- El panorama: le invita a dibujar y a pensar en, todo lo que lo/a inspira, los sueños, deseos, compromisos y principios de vida y a pensar en el futuro, en la esperanza, incluye las aspiraciones, deseos y la dirección del futuro en la que quiere que vaya su vida profesional.

**Paso 3** La persona dará ejemplos de...

1. ¿Cómo han superado los obstáculos, problemas o dificultades en la vida profesional (laboral), recuperando los conocimientos y habilidades que le han servido?
2. ¿Qué diferencia ha hecho el crear El territorio de mi historia profesional?
3. Podría describir una historia de ¿Cómo lo que valora en su identidad profesional (laboral) le ha apoyado en la resolución de problemas en su trabajo?
4. ¿Describir una historia de cómo reconocer su Identidad Profesional (laboral) se relaciona con sus sueños, deseos, preferencias, con lo que le da valor y con sus compromisos y principios propios de su vida?

Los ejercicios anteriores pueden ayudar a las personas a descubrir cosas de ellos que tal vez habían olvidado, conocimientos y/o habilidades que les ayudan a darle un significado diferente a su experiencia vivida.

Sin embargo, se puede hacer uso de otros como los ejercicios de re-membresía los cuales permiten que las personas se den cuenta de que forma otras personas han tenido una influencia en su vida, ya que uno de los aspectos que se ve influenciado después de la cirugía de ostomía, es el ámbito social y sexual; o bien ejercicios que permiten que piensen en cuales son las cosas que más valoran de su vida y les sirva de motivación.

Otro de los aspectos que más suele preocuparle a las personas ostomizadas, es el sexual, debido a que experimentan cambios en su imagen corporal, les preocupa que sus parejas los rechacen, este aspecto de la vida de las personas suele verse muy afectado después de la cirugía, no sólo por los aspectos psicológicos, sino también los físicos, como se explicaba en el capítulo 1.

El ejercicio de Re-membresía que a continuación se presenta puede utilizarse, con algunas modificaciones, para ayudar a las personas en este aspecto de su vida.

### *Ejercicios de RE-MEMBRESÍA*

Proceso: contestar las preguntas que se presentan a continuación en cada categoría:

Escoja a una persona significativa y de gran influencia para su vida, describa su relación con la persona, narrando los detalles que hicieron esa relación tan importante:

#### HISTORIA DE LA RELACION:

---

---

---

---

---

#### 1. CONTRIBUCIÓN DE ESA FIGURA a la vida de la persona

1. ¿me podría contar quien era esa figura significativa? ¿Cómo se lleva con "persona"? ¿que hacia su relación fuera tan importante?
2. ¿Podría contar una historia de algún evento significativo que marco la importancia de la relación entre usted y "persona"?
3. ¿Qué cosas hacia "persona", que hicieron que esa relación fuera significativa y a esa figura tuviera gran la influencia para usted?

4. ¿Cuándo piensa en “persona”, cual diría que fuera la manera en que esa figura ha contribuido a su vida?
5. ¿Cómo considera que su relación y la conexión especial con “persona” ha hecho una diferencia para su vida? ¿Me puede contar una historia de algún recuerdo que sea un ejemplo de esto?

## 2. LA IDENTIDAD DE LA PERSONA a través de los ojos de esa figura

1. Cuando usted está con “persona” ¿qué diría que ella/él valora de usted?
2. ¿Qué apreciaba “persona” de su forma de ser o de pensar?
3. ¿Qué cosas le gustaban a “persona” de lo que usted hacía, que le parecían valiosas y que le auguraban un buen futuro?
4. ¿Cuándo estaba con “persona”, qué reconocía en usted, que otros no veían en su manera de ser?
5. ¿Si pensara en la manera como se ha llevado, qué es lo que considera, que le ha dado a su vida la relación con “persona”?
6. Cuando recuerda la relación con “persona”, las cosas que han compartido, ¿Qué imagina que ve en usted, que le hace apreciarle y valorar su relación?

## 3. LA CONTRIBUACION DE LA PERSONA a la vida de esa figura

1. ¿Recuerda alguna experiencia, acerca de las cosas que hizo en la relación, que le ganaron el afecto que “persona” mostró por usted?
2. ¿Recuerda una historia acerca de algo que hizo, para hacer que su relación con “persona” fuera considerada importante?
3. ¿Me podría contar lo que compartía con “persona” que ha hecho que usted se haya vuelto alguien tanpreciado?
4. ¿Podría recordar una historia acerca las cosas que usted hizo en la relación, momentos preciados y cómo esto contribuyó la vida de “persona”?

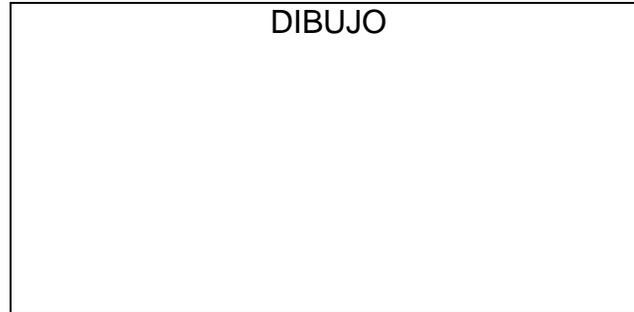
## 4. IMPLICACIONES de esa contribución a la identidad de la figura o a la imagen en que esa figura tiene de sí misma y acerca de lo que era su vida.

1. ¿Recuerda usted una historia acerca de qué cosas cambiaron en la vida de “persona” por el hecho de conocerle y convivir contigo?

2. ¿Qué imagina que fue el efecto para la vida de “persona” de las cosas que usted contribuyó en la relación?
3. ¿Recuerda una historia acerca de una acción, apoyo, ayuda o algo que usted haya hecho, que hubiera cambiado la vida de “persona”?

### EJERCICIO: CREANDO UN ESCUDO DE LO QUE VALORO DE MI VIDA

La persona dibujara las cosas que considere importantes y que sostiene su vida, le dará un nombre: sueños, deseos, compromisos, habilidades, conocimientos y contará una historia de su experiencia de ¿Cómo surgió eso que valora? ¿Qué personas influyeron? ¿Qué experiencias resulta importantes en ese reconocimiento de sí mismo? ¿Cómo eso que valora lo ha ayudado en momentos importantes?



1. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA ¿Cómo surgió lo que valoro en mi vida?, contando una historia de su experiencia vivida, con detalles.
2. Contar una historia de ¿Cómo lo que valoro me ha ayudado a resolver problemas?
3. Describa la influencia que ha tenido otras personas importantes en el desarrollo de eso que valoro en la vida, de sus preferencias y compromisos.

### Preguntas que orientan a la reflexión

1. ¿Qué diferencia hace el reconocer lo que usted valora, las preferencias y compromisos de vida?
2. ¿Por qué es importante para su vida darse cuenta de esos valores, preferencias y compromisos que orientan su vida?
3. ¿Cómo se darán cuenta las personas con las que se relaciona que usted tiene esas preferencias y compromisos de vida?

Teniendo presente que esta es una propuesta teórica y que en el caso de la Terapia Narrativa la conversación que se tiene con las personas es de acuerdo a su propia historia, siendo ellos los expertos en su vida, las conversaciones en los diferentes encuentros se desarrollaran de acuerdo a la historia que traiga cada persona. (v. anexo 1)

A demás de los ejercicios y las preguntas presentadas anteriormente, se pueden utilizar otras técnicas como el uso de metáforas, cuentos, cartas o textos relacionados con la narración de la persona (v. anexos 4 y 5). En el caso de las personas ostomizadas se les puede hacer llegar un testimonio de otra persona ostomizada incluso se les puede proporcionar una copia del libro “Una nueva oportunidad de vida: testimonios de colostomizados para colostomizados” (Spezzia, 2007) lo cual ayudaría a las personas a darse cuenta de que no son las únicas a las cuales se les ha realizado un estoma.

## **2. PROPUESTA DE INTERVENCION CON NIÑ@S OSTOMIZADOS**

Al igual que en la propuesta de intervención con adultos, la propuesta que se integro esta a basada en los ejercicios propuestos por Campillo (2009), y siguiendo los lineamientos de la Terapia Narrativa se comenzará con una conversación externalizante, esta se puede llevar a cabo a través de una técnica de dibujo, para ser más atractiva la sesión para l@s niñ@s.

En este sentido se le solicitará al niñ@ que dibuje el problema y le ponga un nombre, aun cuando el niñ@ ya tenga la edad para contarnos la descripción del problema podemos hacer uso de esta técnica de dibujo.

Nombre del problema_____
--------------------------

Seguido de la realización del dibujo se puede solicitar al niñ@ que realice una historia en forma de cuento, en el cual el personaje principal sea el “Problema” elegido, que le ha dado dificultad en su vida.

En esa historia se relatara cómo “el problema” planea las maldades que hace, cómo encuentra maneras para vencer la oposición de la persona. Se describirá la manera como hace alianza con otros problemas para seguir presente o como cambia de forma y las diferentes maneras en que debilita la voluntad de la persona.

Historia como un cuento:

---

---

---

En este proceso de externalización, cuando se tiene como paciente a un niño que aun no sabe escribir se puede realizar la historia a través de preguntas como las siguientes:

1. ¿De qué va a ser esta historia que vamos a hacer? ¿De qué te gustaría que se tratara?
2. ¿A qué personajes invitamos a la historia? ¿Quiénes van a formar parte de la historia?
3. ¿Cómo se van a llamar esta historia? ¿Qué hacen esos personajes? ¿Dónde están?
4. ¿Qué dificultades están teniendo? ¿hay algunos problemas que les den guerra y los hagan estar mal?
5. ¿Cuándo el problema se presenta qué efectos tiene en la vida del personaje?
6. ¿Qué ha hecho (el personaje) en el pasado cuando (el problema) se presenta? ¿Qué hace (el personaje) que le ayude a no dejar que (el problema) lo convenza?
7. ¿Cómo se llama esa parte del (personaje) que lo ha ayudado a salir o poder seguir adelante más allá del problema (lo ausente pero implícito)?
8. ¿Qué diferencia hace que (el personaje) vea que logra escaparse del problema?
9. ¿Por qué es importante para (el personaje) saber qué puede hacer las cosas que ha hecho?
10. ¿Qué recursos o habilidades a descubierto el personaje que le han enseñado cosas que no sabia de sí mismo?

11. ¿Cuándo (personaje) piensa en las cosas que son importantes, hay alguna palabra para nombrar eso que es importante?
12. ¿Quiénes estaban presentes cuando (personaje) logro hacer esas cosas, los ponemos en la historia? ¿Cómo fueron importantes en los pasos que el (personaje) se animo a dar?
13. ¿Ahora que el personaje hace estas cosas, habrá algo que podamos decir acerca de las cosas a las que les da un valor o que son importantes, cómo cuáles?
14. ¿Ahora que el personaje esta logrando hacer esto, cuáles serían algunos de las esperanzas o sueños? ¿Qué sería lo que ahora anhela?
15. ¿A qué persona le gustaría mucho lo que (el personaje) esta haciendo? ¿Cuéntame que actividades han disfrutado juntos?
16. ¿Qué apreciaba esa persona de (personaje)?
17. ¿Cuándo se llevaban bien, cuéntame algo acerca de que le daba (personaje) a la vida de su amigo/a \_\_\_\_\_?
18. Si (personaje) se ve a sí mismo como lo ve su amigo \_\_\_\_\_ ¿que piensas que personaje apreciara más de él, qué es lo que más le gustaría de sí mismo?
19. Ahora que el personaje ha logrado hacer todo esto, ¿Qué está haciendo, cuál será su siguiente paso?

A través de las preguntas anteriores se pueden explorar diferentes áreas de la vida l@s niñ@s, ya que con ellas se esta haciendo uso de las diferentes técnicas que M. White y D. Epston plantean; como la externalización de la historia dominante donde se puede notar como es que esta actuando el problema, las habilidades que le permiten salir adelante, la re-membresía, entre otras cosas, y con ellas lograr que el/la niño/a le de significados diferentes a sus experiencias (v. anexo 2).

Cada una de las preguntas se adaptará al lenguaje de los niñ@s por lo que la conversación con él/ella se ira desarrollando de acuerdo con su historia.

Una técnica más a utilizar, es el uso de documentos terapéuticos los cuales pueden ser de diferentes tipos, como cartas, certificados o escritos de acuerdo a sus historias (v. anexo 3).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La ostomía es una cirugía que en los últimos años ha ido en aumento por lo que se ha hecho necesario a nivel médico investigar más acerca del proceso de los pacientes antes y después de la cirugía.

Algunos autores como Gómez (1990); Noda y colaboradores (2001); Solanas y Noguero (2001) y Suarez (2007); coinciden en que el paciente ostomizado sufre cambios a nivel físico, psicológico y social, provocando en las personas un gran número de dudas relacionadas entorno a su vida cotidiana, además Suarez (2007) enfatiza que existen factores que influyen en la aparición de los síntomas que suelen presentar las personas ostomizadas como son: la **Perdida de imagen corporal**, el **Retraimiento social**, la **adaptación a una nueva vida** (la alimentación, la vestimenta, la actividad sexual) y el **miedo a las complicaciones** medicas.

A pesar de los cambios que los autores mencionan en sus respectivos trabajos, el tema de las ostomías en el campo de la psicología es poco discutido y subvalorado.

Los autores mencionados coinciden con otros autores como Rangel y Cortes (1999); Barbero, García y Llano (2004) y Da Silva y Eri (2006), en que las respuestas emocionales que tienen las personas tras la cirugía de ostomía requiere de una atención profesional, debido a que cada persona ostomizada experimentan reacciones y/o actitudes diferentes, las cuales varían de acuerdo a su sexo, edad, nivel sociocultural, su capacidad para adaptarse a su nueva situación además del tipo de estoma y permanencia del mismo.

Durante la realización de este trabajo de investigación, no se encontró en el campo de la psicología trabajo alguno de investigación relacionado con el tema de las personas ostomizadas, sin embargo debido a que las personas ostomizadas presentan un considerable número de cambios emocionales durante su estancia en el hospital, se contemplo la importancia de tomar en cuenta el trabajo que realiza el departamento de psicología de las instituciones de salud, donde se encontró de acuerdo con Sánchez y Ceja (2000) que se evalúan y se desarrollan nuevos programas de atención al paciente y a su vez se busca que los profesionales, ya sean médicos especialistas o enfermer@s enterostomales, se encuentren bien capacitados para desarrollar su función; por otra parte, Gómez y colaboradores (2005), explica que se busca la donación de equipos de colostomía e iliostomía a través de asociaciones gubernamentales y no gubernamentales para ayudar a las personas de bajos recursos económicos, también se estimula a especialistas a impartir conferencias informativas acerca de las ostomías.

Algunos autores, como es el caso de Guindano y colaboradores (2004) y López, Quintero y Valdez (2005), preocupados por que la rehabilitación de las personas ostomizadas no sólo sea a nivel físico han realizado algunas propuestas para

brindarles el apoyo emocional que necesitan aun sin ser profesionales en el campo de la psicología.

Suarez (2007), en su trabajo "Adaptación a una Ostomia", plantea que existen dos pautas que ayudan a que el ostomizado se enfrente a su nueva situación: 1) **Información y adiestramiento**; pauta que le corresponde llevar a cabo a l@s enfermer@s y a los médicos proctólogos y/o cirujanos, y como se ha encontrado y presentado a lo largo de este trabajo es una función que se ha cumplido de manera satisfactoria en la mayoría de los casos y; 2) **Apoyo afectivo y emocional**, si bien esta pauta Suarez la enfoca en que el paciente reciba la colaboración de su familia o de sus redes de apoyo para no aislarse y caer en depresión, es importante estar conscientes que no es responsabilidad de la familia el bienestar de la persona ostomizada, salvo el caso de los niños, ya que como se explico en el desarrollo de este trabajo, las personas ostomizadas son capaces de valerse por ellas mismas por lo que considero importante que esta pauta sea dividida en dos aspectos, por un lado el afectivo y por otro el emocional, donde en el primero sean las personas que rodean a el/la ostomizado/a quienes se encarguen de brindarle su afecto y sobre todo de hacerle saber que su relación no cambiará. Mientras que el segundo rubro le compete a los psicólogos llevarlo acabó, brindándoles atención no sólo al paciente ostomizado, si no también a los familiares, quienes en ocasiones suelen tener mayores conflictos con la ostomia que el mismo portador se ella. Sin embargo, desafortunadamente, esa atención que se propone y que en algunos casos requiere el paciente y su familia no se realiza por Psicólogos, si no que son otros profesionales, como l@s enfermer@s y los médicos, quienes han intentado realizar actividades para brindarles esa atención que necesitan, de ahí la importancia de la realización de este trabajo, y el cumplimiento de los objetivos planteados.

Las propuestas que se presenta cumpliendo con los objetivos específicos esta basada en los en los ejercicios propuestos por Campillo (2009), siguiendo los lineamientos de la Terapia Narrativa; lo innovador del modelo de Narrativa, una propuesta teórico-metodológica de gran impacto, es que los autores, M. White y D. Epston, priorizan aspectos nunca antes incluidos en el ámbito de lo terapéutico como son el analizar y desconstruir la influencia del contexto en que se da el problema, plantear una terapia descentralizada, en la cual se recupera a la experiencia de vida en el relato como la fuente central desde donde, la persona puede analizar, reflexionar, descubrir y realizar la re-edición de la historia dominante y tener múltiples perspectivas de su experiencia vivida, de esta manera el desenlace de la terapia es la generación de historias alternativas que incorporen aspectos vitales y anteriormente negados de la experiencia vivida (White y Epston, 1993; Whithe, 2002a,b; 2004; Epston, 1994 y Epston y cols., 2001).

Las personas ostomizadas, principalmente los adultos, consideran ciertos aspectos de su vida mas afectados que otros después de la cirugía, tal es el caso del ámbito laboral, sexual y social.

Por lo que la propuesta teórica presentada trata de abordar esos aspectos de su vida y no sólo esos, se busca que con dicha propuesta se pueda abordar cualquier aspecto de la vida de las personas que ellas consideren importante con lo que se cumple el primer objetivo específico.

Considerando que la realización de las ostomias no hace distinción entre sexo y edad, y cumpliendo con el segundo objetivo específico planteado, se realizó una propuesta de intervención para niños, por supuesto sin dejar de lado los lineamientos de la Terapia Narrativa.

La propuesta de intervención con niños tiene como característica que se puede hacer uso de la gran imaginación de los pequeños, proponiendo que el proceso de externalización se lleve a cabo mediante la realización de dibujos y/o cuentos lo cual hará las sesiones más atractivas para los niños.

Puede darse el caso de que se realicen ostomias a niños que aun no saben leer ni escribir por lo que se desarrolló un ejercicio que permita llevar a cabo el desarrollo de una historia a través de preguntas donde se vaya describiendo una historia externalizante.

A demás de los ejercicios que se mencionaron también se destacó que se pueden utilizar algunas otras técnicas como el uso de metáforas, cuentos, cartas o textos relacionados con la narración de la persona, como los que se anexan.

Por lo que se puede concluir que la propuesta que se logró integrar, tiene como característica estar basada en una terapia creativa y liberadora como lo es la Terapia Narrativa y que aporta al campo de la psicología clínica nuevas ideas para hacer psicoterapia, permitirá a los pacientes ostomizados tener un abordaje psicológico profesional, para que puedan atender los cambios que experimentan después de la cirugía y de esta manera integrarse a sus actividades cotidianas, teniendo una rehabilitación integral.

La experiencia del ostomizado se va transformando con el transcurso del tiempo y dependiendo de la evolución de su enfermedad y de las posibilidades de adaptación encontradas, el ostomizado desarrolla estrategias de enfrentamiento, con las cuales pasa a enfrentar los problemas o modificaciones, producto de la ostomía. Para ello, la persona necesita de un tiempo personal para reflexionar y adaptarse a su nueva condición, ese tiempo puede llevar días, semanas o meses, por lo que se considera importante que las personas ostomizadas tengan la certeza de que pueden contar con la atención psicológica en el momento en que lo necesiten y no sólo mientras se encuentren hospitalizados (Campos y Quiroz, 2008).

## REFERENCIAS

- Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Revista Psicoterapia y Familia*. 8(1), 3-7.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. Mc Namee y K. Gergen, K. *La terapia como construcción social*. (pp. 45-59), México: Paidós.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Amorrourtu: Argentina.
- Ávila, R. (2004). *La lengua y los hablantes*. México: trillas.
- Barbero, F., García, J. y Llano, A. (2004, noviembre). Una experiencia On-line en la atención al ostomizado: [www.ostomias.com](http://www.ostomias.com). Ponencia presentada en el V Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías. Pamplona. Extraído de [www.ostomias.com](http://www.ostomias.com) el día 10 de julio de 2010.
- Bauman, Z. (2002). *La hermenéutica y las ciencias sociales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Benavides, J. (2009). *Calidad de vida del paciente ostomizado*. Tesis de especialidad para obtener el título de Coloproctólogo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. D. F., México.
- Bertrando, P. (2011). *El terapeuta dialógico: el dialogo que conmueve y transforma*. México: Pax.
- Bertrando, P. Toffanetti D. (2000). *Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas*. Buenos Aires; Barcelona: Paidós

- Bustos, (2000). *La Psicología de la Salud en las instituciones de Salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Campillo, M. (1996). La Narrativa como alternativa psicoterapéutica. *Revista del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología*. 1(1), 193-208.
- Campillo, M. (2007). El uso de la metáfora y la terapia de juego en la conversación externalizante. *Procesos psicológicos y sociales*. 3 (1y2). Extraído de <http://www.capaf.com.mx/articulos/cuatroelcuentomagia.pdf> el día 25 de noviembre de 2011.
- Campillo, M. (2009). *Terapia Narrativa: auto-aprendizaje y co-aprendizaje grupal*. Xalapa, México: Publicaciones Ollin.
- Campos, N. y Quiroz, M. (2008). Estrategias de afrontamiento (Coping) en personas ostomizadas. *Revista Latinoamericana de enfermería*, julio-agosto 16(4) extraído de [www.eeerp.br/rlae](http://www.eeerp.br/rlae) el día 12 de julio de 2010.
- Carrasco, M. y Márquez, M. (2009). Las personas portadoras de estomas: La narrativa y los cuidados humanizados. *Index. Enferm. Oct.-Dic. 18(4)* Granada. Extraído el día 12 de julio de 2010 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962009000400012&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962009000400012&script=sci_arttext)
- Casetti, F. (1980). *Introducción a la semiótica*. Barcelona: Fontanella.
- Charúa, L. (2006). Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. *Revista Médica del Hospital General de México O.D.* Abril-junio; 69 (2): 113-118

- Charúa, L. (2007). Cirugía general de colon y recto. En Abdo, F. y Pérez, E. (Ed.). *Clínicas del Hospital General de México: Gastroenterología quirúrgica* (p.75-82), México, D. F.
- Cuevas C. C. J. (2008). *Terapia sistémica: Aspectos teóricos y técnicos de los modelos MRI, estratégico, centrada en soluciones y Milán*. Trabajo Final de Diplomado, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D. F.
- Da Silva A. y Eri, H. (2006). El significado del cambio en el modo de vivir de la persona con ostomía intestinal definitiva. *Revista latinoamericana de enfermería. julio-agosto; 14(4)*, 245-253. Extraído de [www.eeerp.br/rlae](http://www.eeerp.br/rlae) el día 16 de mayo 2010
- Dorantes, A. y Visques, V. (2004). *El quehacer del psicólogo de la salud*. Tesis para obtener el título de licenciado en psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Eco, U. (2005). *Tratado de semiótica general*. México: Mondadori.
- Epston, D. (1994). *Obras escogidas*. México: Gedisa
- Epston, D., Freeman, J. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. México: Paidós.
- Estrada, A. y Diazgranados, S. (2007). *Construccionismo Social: Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Uniandes.
- Flores, A. y Campillo R., M. (2009) *Del Miedo a la Seguridad: Caminos para Retar a las Crisis. Procesos Psicológicos y Sociales. 5(1 y 2)* Facultad de Psicología, Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. México.

- Galimberti, H. (2007). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gómez, C., Patkan, M., Torres, V., Merino, C., Pascal, S., Moriggia I., Osre, M., Hurvitz M. (2007). El paciente ostomizado en el entorno de una asociación. Los problemas de la atención integral del paciente Ostomizado. *Rev Asoc Coloproct del Sur*. 2(4). Extraído el 25 de mayo de 2010 de [http://www.aecirujanos.es/noticias/paciente\\_ostetomizado.pdf](http://www.aecirujanos.es/noticias/paciente_ostetomizado.pdf)
- Gómez, E. (1990). Manejo y cuidado a pacientes con estomas. *Revista de Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social*. 3 (2/3). México.
- Guindano, L., Soteras, M., Beortegui, E., Canga, N. & Fuentes, C. (2004, noviembre). Programa de educación para la salud en pacientes con ostomias urinarias y digestivas. Ponencia presentada en el V Congreso Nacional de Enfermería en ostomías. Pamplona. Extraído de [www.estomaterapia.es/.../9\\_programa%20de%20educacion.pdf](http://www.estomaterapia.es/.../9_programa%20de%20educacion.pdf) el 12 de julio de 2010.
- Hernández, A. (2009). *Terapia posmoderna y muerte*. Tesina para obtener el título de licenciado en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM
- Hernández, E. (2000, febrero). *Abordaje psicológico del paciente ostomizado*. Ponencia presentada en la X Jornada Anual en Provincia del Hospital General de México., O.D., Querétaro, México.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En Mc Namee S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. México: Paidós

Hollister. (2000). *Manual del paciente ostomizado*. Autor.

Latorre, J. y Beneit, P. (1992). *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.

Libertad, A. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 29(3), 275-8. Extraído el 28 de mayo de 2010 de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu12303.pdf>.

Limón, G. (2005). *Terapias postmodernas: aportaciones construccionistas*. México: Pax.

López, M. Quintero, L. y Valdés, M. (2005). Manejo de enfermería en el paciente ostomizado. Extraído de [www.magon.cu/infociencia/Articulos/2006/.../paciente\\_ostomizado434.pdf](http://www.magon.cu/infociencia/Articulos/2006/.../paciente_ostomizado434.pdf) el día 16 de julio de 2010.

López, R. (2007). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis para obtener el grado en Maestría en Terapia Familiar. Facultad de Psicología, programa de maestría y doctorado en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México.

Marks, D; Murray, M; Evans, B; Willig, C; Woodall, C. y Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud: teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.

Martínez, J. y Martínez, J. (2008) Fundamentos históricos y científicos de la conversión de la Proctología en Coloproctología. Extraído el 28 de mayo del 2010 de <http://www.drmartinezcarles.com/historia-coloproctologia.html>

Martín, B.; Rojas, L.; González, S.; Panduro, R. y Crespillo, Y. (2008) Estudio fenomenológico sobre el afrontamiento del cambio corporal del paciente

ostomizado durante el postoperatorio mediato. Biblioteca Lascasas; 4(2). Extraído el 16 de agosto de 2010 de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0324.php>

McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La Terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós Iberica

Memolin. (2009). Tipos de ostomizados. Extraído el 01 de junio del 2010 de [http://ostomizadosmexico.blogspot.com/2009\\_06\\_01\\_archive.html](http://ostomizadosmexico.blogspot.com/2009_06_01_archive.html)

Mendoza, L. E. (1998). *Semiótica propuesta de su aplicación en el mensaje gráfico*. Tesis para obtener el título de licenciado en Diseño Gráfico. ENEP Acatlán, Universidad Nacional Autónoma de México.

Morgan, A. (2000). ¿Qué es la terapia narrativa? Una introducción. Traducido y sintetizado de Morgan Alice, 2000: *What is Narrative Therapy? An easy to read introduction*. Adelaida: Dulwich Centre Publications. Extraído el 22 de marzo 2010, de <http://www.dulwichcentre.com.au/publications.html>

Noda, C.; Alfonso, L.; Fonte, M.; Valentín, F. y Reyes M. (2001) Problemática actual del paciente con ostomía. *Revista Cubana de Medicina Militar*; 30(4), 256-262. Extraído el 20 de marzo 2010 de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572001000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572001000400008)

Padilla, I. (2007). *Experiencia en el tratamiento quirúrgico con estomas y su reconexión*. Tesis para obtener el título de especialidad en Cirugía General. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. D. F., México.

Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.

Plan único de especialidades médicas en Coloproctología (2009). Facultad de Medicina. División de Posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México. D.F. Extraído el 28 de abril del 2010 de [www.fmposgrado.unam.mx/programas/coloproc.pdf](http://www.fmposgrado.unam.mx/programas/coloproc.pdf)

Rangel, F. & Cortés, E. (1999). Atención de enfermería a pacientes ostomizados. En *Gastroenterología y Hepatología práctica* (pp. 191-204), México, D. F.: Murguía, D. (comp.)

Reyes, F. & Tapia, A. (2008). *El proceso de video-reflexión en la terapia familiar con enfoque sistémico*. Para obtener el título de licenciados en Psicología Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México.

Sánchez, M., & Ceja, T. (2000). Clínica de estomas. Reporte de práctica. *Revista de enfermería IMSS*; 8(1), 27-31.

Solanas, P. & Noguero M. (2001). Protocolo de enfermería ante un paciente ostomizado. *Revista de Enfermería científica*. 24 (8), 232-233

Spezzia, M. A. (2007). Una nueva oportunidad de vida: testimonios de colostomizados para colostomizados. Edit.

Suarez, L. (2007). Adaptación a una ostomía. Cuadernos de Atención Primaria. Vol. 14: 220-226. Extraído de [www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/.../09\\_Colaboracion\\_2.pdf](http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/.../09_Colaboracion_2.pdf) el día 19 de julio de 2010

Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Revista de psicología Conductual*, 14(3), 511-532. Extraído de

[http://terapiainpacto.com/userfiles/98412/file/10\\_TARRAGONA.pdf](http://terapiainpacto.com/userfiles/98412/file/10_TARRAGONA.pdf) el día 14 de abril de 2012

Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. 6ª ed. México: McGraw-Hill.

United Ostomy Associations of America (2009). *Intimacy after ostomy surgery*. Autor. Florida. Extraído de [www.ostomy.org](http://www.ostomy.org) el día 23 de enero de 2011.

Villajuan, E. (2006). *Calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta de enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. Facultad de Medicina. E. A. P. Enfermería Universidad Mayor de San Marcos. Extraído el 24 de marzo 2010, de [http://www.cybertesis.edo.pe/sisbib/2006/villajuan\\_re/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.edo.pe/sisbib/2006/villajuan_re/html/index-frames.html) (investigaciones)

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines Terapéuticos*. Barcelona: Paidós

White, M. (2002a). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002b). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.

White, Michael (2004) *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. (2da. Reimpresión). Barcelona: Gedisa.

## ANEXO 1

En este apartado se presenta la ejemplificación de una conversación que se tuvo con un adulto portador de un estoma definitivo, en dicha conversación se intento tener un acercamiento a la aplicación de la propuesta que se realiza en este trabajo siguiendo los lineamientos de la Terapia Narrativa y para poder presentar la conversación se habló con el paciente y se le explicó cual era el fin de la investigación, aceptando su publicación firmo un Consentimiento Informado, donde se especificaba que todos los datos que expusieran serian únicamente utilizados para fines académicos y su identidad permanecería en anonimato.

A diferencia de los niños que en algunas ocasiones no comprenden la magnitud de las circunstancias o la situación a la que se están enfrentando con la realización de un estoma, los adultos suelen ver esta cirugía como algo devastador tal como es el caso del señor **Ignacio** (nombre asignado para guardar la confidencialidad de la persona) de **52 años** de edad, a quien a causa de cáncer de colon, le tuvieron que realizar una resección abdominoperineal, concluyendo esta operación con la realización de una colostomía permanente.

La operación del señor Ignacio, fue programada y a pesar de que los coloproctólogos le explicaron en que consistiría su operación a él no le quedo del todo claro. A don Ignacio lo operaron el día 23 de junio del año 2010.

La conversación con el Sr. Ignacio se llevo a cabo en un cubículo del servicio de Gastroenterología de la institución de salud donde se encontraba hospitalizado, la conversación se llevo a cabo el día 2 de julio del año 2010, la platica con él tuvo una duración de aproximadamente 35 minutos ya que fue interrumpida por la enfermera que le realizaría su curación y cambio de equipo.

La conversación con el Sr. Ignacio comenzó en la sala donde se encontraba hospitalizado, al llegar con él, me presente y traté de hacer empatía con él, Le pregunté cómo se encontraba, y al darme cuenta que había conseguido establecer empatía le pedí que me acompañara a un cubículo de si no tenia inconveniente, petición a la cual accedió.

Ya estando en el cubículo unos minutos mas tarde comencé la sesión

**J:** ¿Cómo esta?

**I:** Bien eso creo, aunque ahora tengo esto.

**J:** ¿Platíqueme que le hicieron y cuál fue la razón?

**I:** Me detectaron cáncer hace aproximadamente 6 meses y parece que el tumor ya estaba muy grande, por lo que me tuvieron que dar quimio y radioterapia pero parece que eso no ayudo en mucho, y fue entonces cuando los médicos decidieron operarme, el doctor me había dicho que iban a tratar de quitarme el

tumor, pero que posiblemente al abrirme se dieran cuenta de cosas que en los estudios no se detectan y pues así fue, cuando me abrieron ya tenía otros órganos dañados y por eso tuvieron que quitármelos y hacerme esto (señalando su colostomía), bueno eso fue lo que me dijeron, según para que este bien, pero, como voy a estar bien con esto si ya no voy a poder hacer todo lo que hacía antes además mi mujer ya no me va a querer así.

**J:** ¿Entonces cree que esta operación no fue lo mejor para usted?

**I:** Pues lo médicos dice que si pero, más bien es un problema, claro como ellos no la tienen. (Al decir esto el Sr. Ignacio tiene una expresión de estar molesto ante la cirugía)

**J:** Usted me dice que su ostomía es su problema, bien dígame ¿cómo se ve su colostomía?

**I:** ¡¡¡Horrible!!!

**J:** ¿Qué nombre le daría?

**I:** Pues... no lo sé es muy desagradable verse así, no se si le pondría un nombre... aunque podría llamarse moustro, mi “pequeño moustro” ja

**J:** Bien se que es poco el tiempo que tiene con su “pequeño moustro” pero, ¿Qué cosas no le deja hacer?

**I:** Bueno no lo sé bien, porque aquí aun me ayudan mis familiares a hacer algunas cosas pero yo creo que no voy a poder tener relaciones con mi esposa, no creo que ella quiera, además tampoco creo que pueda seguir trabajando soy comerciante y me dedico a vender en los tianguis.

**J:** Bueno entonces dígame ¿con que cosas interferirá su “pequeño moustro”?

**I:** mmm pues, con el sexo creo, y tal vez tenga que dejar de comer algunas cosas y tal vez tenga que dejar de trabajar, aún no lo sé bien, no me han informado nada al respecto y lo peor del caso es que al parecer ya me van a dar de alta. Bueno eso se lo dijo el médico a mi esposa.

Después de estas preguntas el Sr. Ignacio infirió que tal vez su “pequeño moustro” no era su problema, porque al fin y al cabo le había devuelto la salud y salvado la vida y más bien el problema era que no sabía nada acerca de su “pequeño moustro”, es decir, no sabía como tratarlo, no estaba informado de cómo lo tiene que lavar, que equipos usar si va a poder usar la misma ropa entre otras cosas que le inquietaban como si iba a poder trabajar y tener relaciones sexuales con su pareja.

**J:** Bien si su “pequeño moustro” como usted ha nombrado a su colostomía no es su problema, entonces dígame ¿qué lo es y que nombre le daría?

**I:** Yo creo que mi problema es la falta de información acerca de que será diferente en mi vida de ahora en adelante y creo que... sólo le llamaría desinformación..., no se me ocurre otro nombre.

**J:** Bien dígame que cosas no le deja hacer la desinformación

**I:** mmm, bueno más que no dejarme hacer algo específicamente, cuando no sé como hacer las cosas o al menos que me hallan explicado como hacerlo, me da miedo estar experimentando, como los niños, a ellos no les da miedo, al contrario les gusta estar experimentando y descubrir cosas nuevas, lo he visto con mi nieto, en cambio cuando uno es viejo a lo que más le teme es no ir a lo seguro.

**J:** Cuéntame alguna ocasión en la que la desinformación quiso ganarte y no se dejó.

**I:** pues no lo sé no recuerdo ninguna ocasión.

**J:** todos los días nos enfrentamos a cosas nuevas, cosas que tal vez nunca hemos experimentado, y de las cuales nos encontramos desinformados, algunas ocasiones estas nuevas circunstancias pueden ser problemáticas, dígame ¿Cuándo esto le sucede qué hace para solucionarlas?

**I:** si tiene razón en el tianguis casi siempre hay que enfrentarse a nuevas cosas, sobre todo con las personas que dirigen las plazas, aveces le salen a uno con cada cosa, pero cuando eso sucede sólo hablo con ellas y aclaró la situación, que afecta mi trabajo y lo soluciono lo más pronto posible porque si no a veces no puedo vender.

**J:** bien, ¿podría decir que hablar acerca de la situación es una táctica que ha funcionado para no dejar que la desinformación interfiera en su vida?

**I:** pues no lo sé, supongo que si... si yo creo que sí

**J:** ¿Cuénteme como se dio cuenta de qué hablar le funcionaba en contra de la desinformación?

**I:** pues... no lo sé creo que desde la primera vez que lo hice supe que cuando algo similar sucediera tendría que hablar con las personas porque si no lo hacía eso me perjudicaría y no me conviene.

En ese momento la conversación fue interrumpida por la enfermera enterostomal que estaba a cargo del Sr. Ignacio, debido a que le tocaba curación y cambio de equipo. Se le pidieron sólo unos minutos más para concluir la sesión.

**J:** bien, ahora que ha recordado una de las tácticas que tiene, porque estoy segura que tienen muchas más, para enfrentarse a nuevas circunstancias, ¿cree que podría utilizarla para combatir la desinformación a la que esta presente con respecto a su “pequeño moustro”?

**I:** ... mmm... si yo creo que si y tal vez ahorita que me hagan la curación seria un buen momento para darle la pelea a la desinformación (ríe)

**J:** eso me parece una buena idea, y seguramente le ganará la batalla, me gustaría ayudarlo a ganarla, para eso le voy a proporcionar estos dos escritos (se le hizo entrega de una copia de las dos entrevistas que se presentan en este trabajo) léalos le ayudaran a terminara con la desinformación.

**I:** si, gracias

**J:** Bien parece que vamos a tener que dejar esa platica aquí y finalizar la sesión me dio gusto conocerlo y darme cuenta de que es una persona con muchas armas para ganarle la batalla a la desinformación. Probablemente ya no nos volvamos a ver debido a que están por darlo de alta.

**I:** que mala suerte que sólo hallamos podido platicar una vez

**J:** así es, pero estoy segura de que sabrá que hacer. Y bueno lo dejo porque ya lo están esperando. Que este bien, hasta pronto.

**I:** hasta luego y gracias, con permiso.

## ANEXO 2

En este apartado se presenta la ejemplificación de una conversaciones que se tuvo con un niño portador de un estoma temporal, en la conversación que se tuvo con él, al igual que en la anterior, se intento tener un acercamiento a la aplicación de la propuesta que se realiza en este trabajo siguiendo los lineamientos de la Terapia Narrativa.

La conversación se llevó a cabo el día 02 de julio del 2010 con un niño de 13 años de edad al cual para proteger su identidad se le ha nombrado Ricardo, el niño se encontraba hospitalizado en el servicio de pediatría de una institución de salud pública.

Ricardo llegó al Hospital a urgencias debido a un fuerte dolor abdominal, que fue diagnosticado como una peritonitis por lo que tuvo que ser operado de emergencias el día 28 de junio del mismo año y por lo que se le realizó una colostomía temporal.

Para poder presentar la conversación se habló con el paciente y con su madre explicándoles cual era el objetivo de la investigación. Una vez expuesto cual era el fin de la investigación las personas aceptaron y la madre del niño firmo un Consentimiento Informado, donde se especificaba que todos los datos que expusieran serian únicamente utilizados para fines académicos y su identidad permanecería en anonimato.

Comencé platicando con Ricardo en la sala de hospitalización en la cual se encontraba, donde comencé por presentarme y tratar de ser empático con él, se le pregunto ¿como te encuentras?, ¿Cómo te sientes? Y si estaba de acuerdo en acompañarme al cubículo para conversar mejor. Ricardo accedió.

Ya estando en el cubículo:

**J:** Platícame ¿Cómo estas?

**R:** Bien

**J:** ¿Sabes que te hicieron?

**R:** me sacaron un pedazo de mi intestino a mi panza

**J:** así es, lo que te hicieron médicamente se llama colostomía, ¿lo sabías?

**R:** me lo dijeron los doctores, pero la verdad no me acordaba como se llamaba.

**J:** Y sabes ¿Por qué te la hicieron?

**R:** No, sólo se que me dolía mucho mi estomago y me operaron cuando desperté ya tenia esta bolsa

**J:** bueno, por lo que pude ver en tu expediente, te hicieron esta operación porque, en tu intestino tuvo una perforación, y si no te operaban con los desechos que hay en el intestino se podían infectar otros de tus órganos.

**R:** haaa, no sabía, sólo sabía que voy a traer la bolsita por poco tiempo

**J:** y ¿cómo te sientes de traer la bolsita?, ¿Qué sentimiento te provoca esto?

**R:** no sé, mmm, traer la bolsita no es malo, es para que me cure, pero no quiero traerla por mucho tiempo y tampoco quiero estar en el hospital porque mi mamá no tiene dinero para pagarlo y se va a quedar sin trabajo por mi culpa, por esta enfermo como la vez pasada que me enferme. (En este momento la expresión de Ricardo cambio y se puso triste).

**J:** ¿eso quiere decir que tener tu estoma o traer la bolsita no es importante para ti?

**R:** no

**J:** ¿qué es lo que te preocupa, que te hace sentir mal?

**R:** no me gusta ver a mi mamá triste, ni llorando por mi culpa, me siento culpable de que mi mamá se gaste todo su dinero en mí, por enfermarme y de que se vuelva a quedar sin trabajo.

**J:** si tuvieras que ponerle un nombre a este sentimiento ¿cómo le pondrías?

**R:** mm, no sé, culpa, sólo culpa. No sé me ocurre otro nombre.

A Ricardo se le pidió que realizará un DIBUJO de la culpa, es decir, que dibujará la forma que esta podría tener.

Después de que Ricardo realizó el dibujo se le pidió que escribiera una historia en forma de cuento, en la cual el principal personaje fuera “La culpa” en este cuento escribiría cómo es que “la culpa” planea las maldades que le hace y que hace él para combatirla, pero, después de un rato, Ricardo dijo que no se le ocurría nada. Entonces se optó por llevar a cabo otro de los ejercicios propuesto donde se le ayuda a la persona a realizar su historia a través de preguntas que permiten ver como es que esta actuando el problema en la persona y algunas de las habilidades que le permiten salir adelante.

**J:** que te parece si te ayudo ¿De qué va a ser esta historia que vamos a hacer?

**R:** De la culpa

**J:** ¿De qué te gustaría que se tratara?

**R:** no sé

**J:** ¿Quiénes van a formar parte de la historia?

**R:** no sé, la culpa, supongo, mi mamá, yo...

**J:** ¿Cómo se van a llamar esta historia?

**R:** mmm, no sé, lo puedo pensar y al rato te digo.

**J:** bueno entonces dime ¿Qué hacen esos personajes?

**R:** Ricardo llora por que siente mal y porque esta triste por ver a su mamá preocupada, mi mamá llora por que estoy enfermo, ella esta triste y me esta cuidando.

**J:** ¿Dónde están?

**R:** en el hospital

**J:** ¿Qué dificultades están teniendo?

**R:** mmm, pues mi mamá no puede ir a trabajar, por que esta conmigo, no hay nadie más que me cuide, a mis hermanitos lo esta cuidando mi abuelita, y además mi mamá ya no tiene dinero.

**J:** ¿Cuándo la culpa se presenta qué efectos tiene en la vida Ricardo?

**R:** pues, hace que llore y que ya no quiera estar en el hospital porque mi mamá ya no tiene dinero y no puede ir a trabajar por estarme cuidando.

**J:** ¿Qué ha hecho Ricardo en las ocasiones que la culpa se presenta?

**R:** me enojo mucho, no me gusta sentirme así, creo que no ayuda mucho y le digo a mi mamá que ya no quiero que me cuide y que ya me saque del hospital, pero ella me dice que es necesario que este yo aquí, porque así me recuperaré y entonces ella se podrá ir a trabajar y yo le podre ayudar cuidando a mis hermanitos.

**J:** ¿Qué hace Ricardo que le ayuda a no dejar que la culpa lo convenza?

**R:** pues no sé, mi mamá se da cuenta cuando algo me pasa y me pregunta qué es lo que tengo y entonces platica conmigo, ella me dice que me quiere mucho y que siempre puedo confiar en ella, ahora que estoy otra vez en el hospital, cuando me

he sentido enojado conmigo mismo por estar enfermo y que ella no pueda ir a trabajar, ella me dice que yo sólo me preocupe por ponerme bien que a ella no le importaría cambiar de trabajo con tal de verme bien y feliz.

**J:** ¿Cómo se llama esa parte de Ricardo que lo ha ayudado a salir o poder seguir adelante más allá de la culpa?

**R:** no sé

**J:** ¿Qué es diferente cuando Ricardo logra escaparse de la culpa?

**S:** esta contento y quiere colaborar con los médicos para aliviarse lo más pronto posible y así ayudarle a mi mamá y ella ya no estará triste. (En este momento Ricardo sonrió y dijo que se dio cuenta que él podía controlar la situación y que ahora sabría que hacer cuando se sintiera mal)

**J:** Así... y ¿Cómo es que puedes controlar la situación?

**R:** cada vez que me sienta triste voy a hacer lo que he hecho otras veces, platicar con mi mamá y decirle como me siento, ella siempre sabe como animarme y el verla bien a ella me da fuerza.

**J:** a demás de lo que me acabas de comentar ¿qué otros recursos o habilidades a descubierto Ricardo?

**R:** mmm, pues que a pesar de que está es la segunda vez estoy enfermo y en un hospital, soy un niño fuerte y me voy a poner bien, también que le puedo ayudar a mi mamá a cuidar a mis hermanitos y que yo soy quien controla sus sentimientos y si siento algo que no me gusta puedo hacer que se valla, pensando en que todo saldrá bien.

**J:** bien me alegra que te des cuenta que tú puedes controlar la situación, el tiempo de la sesión estaba por terminarse y me gustaría saber cómo te sientes.

**R:** bien... ahora se lo que tengo que hacer cuando me sienta culpable por estar enfermo.

**J:** bien, y bueno ahora que ya sabes como combatir a la culpa, espero que no dejes que se apodere de ti.

**J:** Hemos llegado a la final de esta conversación, me dio gusto conocerte y darme cuenta de que eres un chico muy fuerte e inteligente, probablemente ya no nos volvamos a ver debido a que en dos o tres días más te darán de alta, aun así me gustaría que leyeras este documento, fue escrito por una persona a la cual también le tuvieron que hacer una ostomía desde hace 6 años a causa de cáncer....

**R:** de verdad, que malo, al menos yo no estoy tan enfermo

**J:** te das cuenta, eres un chico sano, sabes que tu estoma es algo temporal, tienes suerte...

...Te decía del autor de este documento, él actualmente es payaso y se hace llamar "Memolin" y se dedica a dar shows para personas ostomizadas, a demás dar conferencias de motivación, bueno espero que lo leas y elijas que tipo de ostomizados de los que el presenta te gustaría ser, porque a pesar de que tu estoma es temporal aun no sabemos cuanto tiempo vas a tener.

**R:** gracias

**J:** ojala podamos seguir conversando en otra ocasión. Hasta luego.

**R:** adiós

## ANEXO 3

Los textos que a continuación se presentan son ejemplos de algunos documentos que se pueden utilizar como apoyo en la terapia.

### TIPOS DE OSTOMIZADOS

#### El payaso Memolin\*

“Yo como ostomizado me he dado cuenta que existen tres tipos de ostomizados en este lugar llamado tierra.

#### **Los sufro, sufro, sufro**

Son aquellos que sufren la desgracia mas grande en su vida, sufren por que creen que ya no pueden salir adelante, y culpan a todo el mundo de su situación, le tienen miedo a esforzarse, crean una dependencia de la persona que los esta cuidando, adoptan el papel de discapacitados, y buscan quien les resuelva su problema.

Hay ostomizados que ya no pueden valerse por si solos, factores puede haber muchos, edad, enfermedad crónica u otras situaciones. Es lógico que se sientan desamparados y abandonados.

La situación, un joven de 30 años de edad que aún puede seguir preparándose para un futuro, (sic) caiga en el síndrome de sufro, sufro, sufro. Por el hecho de que tenga una ostomía. (Colostomía, ileostomía, urostomía), Se va a acostumbrar a vivir de esa manera y lo mas probable es que se resigna a su situación, esto quiere decir que va a sufrir su condición. Y no va a ser feliz.

#### **Los normales**

Estos ostomizados se dieron cuenta que pueden seguir haciendo las cosas de siempre, trabajar, hacer ejercicio, nadar, etc., tienen una vida como la de cualquier persona, a ellos no les interesa su situación física o su diferencia, son esforzados, son amorosos, se ocupan en ser proveedores de su familia, son ostomizados admirables y un buen ejemplo para muchos. No muchos se esfuerzan para salir de una crisis existencial. Y ellos lo consiguieron.

\* Ostomizado desde hace 6 años a causa de cáncer, hoy tiene un show para personas que tienen una ostomía, da su espectáculo y aparte da conferencias de motivación, ayudando a los demás. En Enero de 2009 Recibió el Reconocimiento "GREATCOMEBACKS" America Latina Otorgado Por Boston Medical Dvice, por ser un ejemplo de vida. Extraído de [http://ostomizadosmexico.blogspot.com/2009\\_06\\_01\\_archive.html](http://ostomizadosmexico.blogspot.com/2009_06_01_archive.html)

## **Los Championstomy**

Estos ostomizados tienen una vida como los normales, no tiene caso describirlos porque pondríamos lo mismo que los normales, estos tienen una gran pero gran diferencia, lo voy a decir de esta forma, ¡están locos!, estos ostomizados rompen esquemas establecidos, pero no corrompen las reglas, ellos se ocupan en ayudar a los demás sin descuidar sus compromisos personales, no tienen miedo al que dirán, y nunca se pelean con el no puedo, ayudan al que no puede y levantan al que se resbaló, son líderes capacitados para triunfar.

Si tu eres una persona que esta ostomizada, en que clasificación te encuentras, estas sufriendo, eres normal o estas loco, si estas sufriendo comienza a vivir una vida normal y poco a poco terminaras loco. Estas clasificaciones de ostomizados simplemente es mi punto de vista, yo lo pienso de esa forma por que así lo he vivido” (Memolin, 2009).

## **ANEXO 4**

### **Entrevista a Clara\***

### **Ostomizada y urostomizada**

El médico que me operó de la colostomía se apellida Makuse, y eso fue lo único que supe, de los demás médicos no supe nada, pero como me hicieron dos cirugías al mismo tiempo (colostomía y urostomía), me parece lógico que hubiera más médicos.

#### **¿Cómo te diste cuenta de tu enfermedad?**

Esto empezó cuando me quitaron la matriz a raíz de que tuve miomas y algunos se me reventaron. Entonces me dicen que cuando me quitaron la matriz no me rasparon bien. Hubo una pequeña adhesión que cobró vida y se fue haciendo grande como un globo; sin embargo, como no tenía ningún malestar, no fui a ver al doctor. El globo se montó sobre el colon, presionó la vejiga, la uretra, parte del intestino y me provocaba estreñimiento. Hasta entonces fui al doctor y nunca me quiso mandar a hacer unos estudios, a pesar de suplicarle. Me dijo que mi problema era porque no comía a mis horas, y lo que llegaba a comer no era balanceado, pues trabajaba en la panadería de “Sanborns” y me comía lo que quitábamos del pan, y con eso saciaba mi hambre. Dejaba de defecar hasta tres días y, cuando iba a la clínica, sólo me hacían un lavado y eso me aliviaba momentáneamente. Posteriormente empecé con calenturas, me dolía el estomago. Tenía que ir al doctor muy seguido y en el trabajo se molestaban conmigo, por lo que decidí renunciar. A consecuencia de mi renuncia, perdí el derecho al servicio del Seguro Social y tuve que ir al Hospital General. En la primera consulta me pasaron a gastroenterología. Cuando saqué ficha me hicieron una biopsia por el recto y me citaron a los 15 días para entregarme los resultados; esas dos semanas me sentí muy mal. Mientras esperaba los resultados, mi hijo Eduardo me encontró tirada en la cama y me sugirió que fuéramos al seguro aunque pagáramos, y me llevó. De inmediato me aplicaron suero y me aplicaron una inyección para quitarme el dolor, me dieron de alta. A los 15 días fui a recoger los resultados y ese mismo día me interné en la clínica 27, le avisaron a mis hijos que estaba hospitalizada y ahí estuve un mes. Una ambulancia me trasladaba a La Raza para hacerme los estudios porque en la 27 no tenían los aparatos; el último estudio no me lo hicieron en la Raza porque no tenían un aparato, por lo que me llevaron a Centro Médico para realizarme el estudio y el doctor me informó que me iba a quedar ahí. Los estudios que hicieron en La Raza en un mes, en Centro Médico los hicieron en dos días. Al terminar, me dieron de alta y me recetaron medicamentos. En las últimas consultas me mandaron hacer radioterapia y en la sexta sesión se hizo una fístula que conectó la uretra con el colon. Fui a Centro Médico de urgencias y no me quisieron atender, subí al consultorio de colon y recto, ahí estaba el doctor Makuse. Le platiqué el problema

\*Entrevista tomada del libro “una nueva oportunidad de vida. Testimonio de colostomizados para colostomizados”. Ejemplo de una persona portadora de dos estomas definitivos.

que tenía e inmediatamente me subieron a piso y me asignaron una cama. Al día siguiente entré a quirófano y me hicieron una colostomía de urgencia. Permanecí internada 8 días, cuando me dieron de alta seguía viniendo a radioterapias y a consulta en colon, recto y urología. El primero de febrero me hicieron la colostomía y urostomía.

### **Cuando estabas entrando a quirófano, ¿qué pensaste?**

Primero pensé en Dios, porque soy católica y siempre le pedí a él que, si salía de quirófano, saliera lo mejor posible, si no, que no me dejara aquí. Le pedí que no dependiera de mis familiares. Esto lo digo por experiencia propia. Mi esposo se separó de mí cuando me hicieron un legrado. Entonces me dijo: “No sé en lo que andas metida y, ¿por qué te tuvieron que hacer un legrado?”. Me dejó y terminó la relación, tiempo después me quitaron la matriz. Para cuando me hicieron la operación de colostomía y urostomía, ya estaba separada. No hubo un abandono por causa de la colostomía o la urostomía, eso fue antes.

### **¿Cuántos años vivieron juntos?**

Veintinueve años, lo que más me duele es que él se junto con otra persona y la tiene viviendo en la misma casa donde vivimos juntos tanto tiempo.

### **¿Cómo reaccionaste al darte cuenta cómo saliste de la operación?**

Cuando desperté, después de cuatro días sin conocimiento, no me podía mover porque tenía aparatos por todos lados y me tenían con las manos amarradas. Me preguntaba: ¿Qué me hicieron?”, porque no me dolía absolutamente nada. Enseguida llegó una enfermera y empezó a hacer el cambio de la bolsa de urostomía, fue lo primero que vi; después me cambió la colostomía y también me pregunté qué era eso. La enfermera me explicó lo que eran, me informó que de ahora en adelante por esas bolsitas iba a hacer mis necesidades. Le dije a mi hija: “Ve qué tengo por la parte de abajo”, y se asomó y me dijo: “Mamá, no tienes nada, estás hueca y cosida”. Eso me dolió mucho porque no sabía qué iba a hacer, tampoco se presentaba ninguna terapeuta. Como a los ocho días subió la señorita Rocío, me empezó a ver y me informó todo lo que me habían hecho. Ya me habían quitado la matriz y un ovario, y ahora me quitaron el otro ovario, el recto, la matriz, la vejiga, un pedazo de intestino, el apéndice por precaución (por si algún día se me llegara a reventar) y el colon. Prácticamente quedé hueca. Entonces la señorita Rocío me dijo: “No se preocupe, todo va a seguir siendo normal”. Pensaba que nunca iba a poder recuperarme; sin embargo, poco a poco me fui rehabilitando. Nadie me anticipó qué me iban a hacer, no tenía ningún médico de cabecera; venían doctores, me explicaban en sus términos y no entendía nada, hasta que un día le pregunté a uno de ellos: “Dígame, ¿qué fue lo que me hicieron?”. Me respondió: “Le hicimos exenteración pélvica”. Esa palabra se me quedó muy gravada. Le pregunté: “¿qué es eso?”. El doctor me respondió: “Cuando la estaban operando, observaron la situación y le quitaron todo lo que ya había invadido el tumor”. Fue muy difícil para mí, pues eran dos estomas y dos

clases de equipo muy diferentes. Son situaciones que tienes que superar. Sufrí mucho con la urostomía porque me la hicieron muy abajo, ahora cada que habló con las terapistas me gusta comentarles mi caso y lo primero que les recomiendo es que platiquen con los doctores y les indiquen cuál es la altura correcta de la colostomía y urostomía, ya que si la dejan abajo es muy incómodo, y no me gustaría que los demás compañeros sufran lo que yo sufrí. He ido a farmacias grandes por Motolinía a cambiarme los equipos delante de las señoritas que los venden, para que ellas sepan qué es lo que pueden recomendar a los pacientes.

### **¿La primera colostomía no sirvió?**

No, porque con la radioterapia se reventó la bolsita y daño otros órganos.

### **¿Consideras que te hicieron mal la radioterapia, puesto que te afectó otra cosa?**

Sí, porque no se hubiera agrandado el problema. Si las cosas las hicieran bien, ahora sólo sería colostomizada.

### **Platícanos acerca de tu operación**

Mi operación duró 12 horas y estuve cuatro días en terapia intensiva, mis hijos iban todos los días a verme. En una ocasión, mi hija, la mayor, me comentó que mientras estaba en terapia intensiva, la enfermera le dijo que me hablara porque yo la podía escuchar. Cuando me estaba hablando, desperté y le susurré: "Vete a descansar, ya estoy aquí, para algo me dejo Dios". Estuve 15 días hospitalizada, comía por un catéter que me pusieron; a los cuatro días la costura que tenía se reventó y me bajaron a quirófano nuevamente. Mi recuperación fue en casa pero jamás me dieron instrucciones de cómo colocarme la bolsita, de cómo lavarla, nada. Cuando estuve en el hospital mi hija se fijó muy bien cómo hacían los cambios. Cuando me dieron de alta, no me movía, estaba desesperada, trataba de levantarme. La bolsita de colostomía me duraba cuatro o cinco días, pero la de urostomía sólo me duraba 24 horas y me la tenía que cambiar porque donde pasaba la orina se me hacían grietas, y se empezaba a despellejar la piel. Mis hijas tenían que hacerme el cambio de equipo constantemente; me lo quería cambiar sola, pero no podía estar sentada porque se me despegaba la bolsa y sólo se podía estando acostada, ya que el orificio lo dejaron casi en la ingle. Seguía con el problema de que la bolsita de urostomía me duraba 24 horas. Pedí ayuda pues, como no tenía seguro, gastaba mucho en el equipo. Mi hijo el más chico me compraba los equipos.

### **¿Cómo llegas a conocer un grupo de apoyo?**

Me enteré que existía un grupo de apoyo por medio de la terapeuta Rocío Bárcenas. Llegué al grupo a los cinco meses de operada porque no quería asistir. Me presente con el señor Macías y me recibieron muy bien. Esa vez había una parodia entre Óscar y Mari (que en paz descanse); a ella la aprecié mucho porque

me dio amor, cariño; era muy alegre, estaba muy adentrada en el grupo. Pasó año y medio para que el señor Macías se percatara de que al llegar al grupo me sentaba cinco minutos y luego me quedaba de pie, entonces me concertó una cita con el doctor Rodríguez Corián, quien me revisó y me propuso una operación para reubicar mi urostomía, aunque en ese año y medio ya había tenido una operación y me la dejaron en el mismo lugar, pues era como ojal y sumida. Con la colostomía no he tenido problemas. El doctor Rodríguez Corián me operó para cambiar de lugar la urostomía: la subió y me la dejó de fuera. Ahora mi equipo me dura ocho días, todos los sábados cambio mi equipo y me dura hasta la siguiente semana. Cuando me baño me pongo un plástico que acondicioné en forma de babero para que abarque las dos cosas. Al principio tenía la piel muy débil, se me ponía roja y luego me sangraba. Con los tips que dan en el grupo aprendí que, con un poco de vinagre en tres cuartos de agua y jabón líquido neutro, me lavo el estoma mientras me baño. Antes de bañarme dejo los equipos preparados, al salir me seco y me los cambio en menos de 15 minutos.

### **Después de la reubicación de la urostomía, ¿ya no ha habido otra intervención quirúrgica?**

No, para nada. Sólo cada seis meses me hacen estudios de hormonas, radiografías, análisis de sangre. La tomografía me la hacen cada dos años, y cada cinco la años la de mama.

### **Al principio ¿tuviste problemas con tu equipo?**

Sí, no sabía que ponerme, no conocía las marcas ni que había equipo de dos piezas y de una; en el grupo me fueron diciendo. La señorita Rocío Bárcenas me enseñó mucho. Chelito me citó un día en su consultorio y me dijo que quería verme bien vestida, pintada y arreglada porque no tenía por qué andar así (andaba todo el tiempo con bata y una mascada). A raíz de eso empecé a cambiar de vestir.

### **¿Tuviste algún problema con tu equipo?**

Un día, al ir al mercado, se me safó la bolsa. Estaba muy apenada, no sabía que hacer. Tomé un taxi, le hablé a mi hija y le dije que me preparara el baño. Ella me ayudó mucho en esos aspectos.

### **¿Qué tiempo tardaste en ser independiente?**

Dos años fue el tiempo que tardé en hacer cosas por mí misma. También influyó que el orificio lo tenía muy abajo, ya que al principio no me lo podía ver.

## **Actualmente, ¿Qué consideras que te crea más problemas, la colostomía o la urostomía?**

La urostomía, porque con la colostomía dejo de comer dos o tres horas y no hay ningún problema, me puedo cambiar muy bien el equipo; pero con la urostomía no, porque constantemente está saliendo la orina.

## **¿Para cambiar el equipo recomiendas dejar de comer un tiempo?**

No, lo que recomiendo es que se cambie en la mañana antes de desayunar para que no haya movimientos del intestino. En la urostomía debes estar atento a cambiar rápido el equipo porque la orina nunca deja de salir y, como ya no tienes sensibilidad, no te das cuenta.

## **¿De dónde nace tu vocación de ayuda?**

Mi único deseo es que los enfermos no pasen ni sientan lo mismo que yo.

## **¿Antes de tu operación ayudabas a la gente de otra forma?**

No, sólo atendía a mi familia y hasta de Dios me había olvidado, porque mi familia era lo más importante para mí. Hago esto para que los pacientes ostomizados no se olviden de que cuentan con alguien que los apoya, que somos muchos los que podemos ayudar y que acepten que gracias a esta operación tenemos una nueva oportunidad de vida. Mi actitud ante la vida es otra, no sólo hubo un cambio físico, sino también espiritual.

## **¿Qué equipo de colostomía usas?**

“Hollister” de dos piezas, porque quitas la bolsita, la lavas, la dejas secando mientras usas otra y al día siguiente te la pones. Las bolsitas pueden durar hasta cuatro o cinco meses, la placa hay que cambiarla cada ocho días, si se empieza a despegar ya no tiene caso mantenerla, porque se empieza a filtrar y a dañar la piel.

## **¿Cómo realizas tu cambio de equipo?**

El estoma lo tengo en forma de ojal, en las partes más angostas se hacen holanes. Me lavo con agua, vinagre y jabón neutro líquido, además me seco muy bien. Para lavarme alrededor de la piel uso gasas para limpiarme bien y que no queden residuos, me limpio con servilletas. No uso papel de baño porque suelta mucha pelusa. Me pongo la pasta y la placa con un pedazo de recorte, para que me quede derecho de los dos lados.

### **¿Te pones pasta selladora?**

Sí, me pongo pasta alrededor y la placa la caliento para que esté tibia y se active el calor. La puedes calentar en el pecho para que se caliente con la misma temperatura del cuerpo, luego le quitas el protector y la colocas en el estoma.

### **¿Cómo te pones la pasta?**

Alrededor del estoma, sobre la piel; es el estoma no, porque lastima, me arde por el alcohol que contiene.

### **¿Te pones algún protector para la piel?**

No, nada; no lo necesito.

### **El polvo cicatrizante, ¿lo usas?**

No, porque no lo requiero.

### **Cuando se te llega a quemar la piel, ¿Qué haces?**

Las veces que se me ha quemado ha sido por filtraciones. Solo me lavo con agua, un poquito de vinagre y jabón. Lo que hago es que dejo orear tantito el estoma y la piel empieza a secarse y regenerarse; después pongo la pasta selladora y enseguida la placa. Sin embargo han sido pocas las ocasiones que se me ha irritado la piel.

### **¿Qué equipo utilizas?**

Uso los equipos que me dan en el Seguro, pero como no sirve el pegamento, lo tengo que cambiar más rápido. Si el pegamento sirviera, me alcanzaría con el equipo que me dan en el seguro Social. Aparte compro "Hollister" para completar.

### **He sabido que bailas, ¿Cómo se mantiene tu equipo?**

Cuando voy a bailar, el equipo me dura mucho menos a pesar de que uso cinturón, esto debido al movimiento. Me gusta mucho bailar, aunque no lo hago muy seguido.

### **¿Algún truco para que sea más fácil el cambio de equipo cuando se llena de gases?**

Por eso uso equipo de dos piezas (placa y bolsa). Lo único que hago es ir al baño y abrirlo por la parte de arriba o abajo. Cuando estoy en un lugar cerrado, evito abrirlo por la parte de arriba porque se queda impregnado el olor en la ropa; sin embargo, cuando estoy en un lugar al aire libre, no importa que lo abra por arriba para drenar los gases, no se impregna el olor en la ropa.

### **¿Qué prefieres para cerrar tu bolsa?**

Definitivamente las pinzas, porque las tiritas en ocasiones se llegan a romper de tanto que las abres y las cierras.

### **¿Te haces irrigación?**

No, a mí no me la autorizó el doctor porque me dijeron que tenía los intestinos como un cristal y que al empezar con la irrigación se me iba a reventar algo por dentro, y sería desastroso. Lo único que trato de hacer es comer a mis horas y en la noche cenar a las 7 a más tardar, eso es todo.

### **¿Cuáles son tus horarios de comida?**

En la mañana el desayuno es a las 7 de la mañana, la comida entre 1 y 2 de la tarde, la cena entre 6 y 7 de la noche y, entre comidas, dos vasos de agua y una fruta.

### **Platícanos cómo es tu desayuno**

Una taza de café con leche, fruta, un par de claras porque no como la yema, pan tostado o cereal con leche, y un plátano.

### **¿Los cereales no te caen mal?**

No, para nada, y no me producen gases.

### **¿Qué es lo que no recomiendas desayunar?**

Enchiladas o cosas que llevan muchos condimentos, porque te hacen mucho daño. A veces se me antoja comer frijoles, pero los evito porque me provocan diarrea, a menos que tengan jengibre.

### **¿No le cambia el sabor el jengibre a los frijoles?**

No, solo sabe un poco amargo, pero el sabor del frijol no se pierde, es un sabor agradable; también le pongo jengibre a las lentejas. Recomiendo que si quieren comer frijoles los pongan a remojar una noche antes y al otro día los ponga a cocer con su agua normal, y al primer hervor tiren el agua y los vuelvan a poner, con eso se evitan los gases. No puedo comer hígado de res o carne de puerco porque me suelta mucho el estómago. La cebolla me gusta mucho, pero la evito porque me provoca muchos gases; la llevo a comer cuando sé que no voy a salir a la calle.

### **¿Y la comida?**

Como vivo sola, me da flojera hacer comida nada más para mí, prefiero comprarla con una señora que guisa sin aceite y sin condimentos; me da arroz, frijoles y guisado, aunque los frijoles no los como. Hace guisados como tortitas de pollo, salpicón, picadillo, y me los como muy bien, no me hacen daño. Cuando cocino, hago sopa de verduras, pollo abierto asado y ensaladas.

### **¿Alguna verdura que te haga daño?**

La coliflor me provoca muchos gases.

### **¿La col?**

Sí como, pero guisada y con orégano para que no provoque gases; el brócoli cocido con limón y sal, chayote, todo lo como.

### **¿Pozole?**

Sí lo como y no me provoca muchos gases, pero tengo que dejar de comer medio día cosas condimentadas para podérmelo comer a gusto y que no me vaya a provocar ningún problema. Necesito comer muy ligero en la mañana o a medio día si me lo voy a comer en la noche.

### **Tú cena**

Cereal con leche o una taza de café con leche y una pieza de pan o bolillo, con mermelada o mantequilla. Es una cena muy ligera.

### **Después de esta cena, ¿no tienes hambre antes de acostarte?**

No, sólo me tomo un vaso de agua y mis medicamentos para la hipertensión y para cuidar mis riñones, y así hasta el otro día.

### **¿Durante la noche te levantas por motivo de tu colostomía?**

No, para nada sólo cuando llego a comer algo de más que me suelte del estómago.

### **¿Qué crees que sea lo que te provoca más diarrea?**

Excederme en cantidades de alimentos de noche, eso me provoca diarrea y tenerme que levantar.

**Vamos a regresarnos al momento en que sales del hospital y todo es conflicto, ¿te dieron ganas de suicidarte?**

No, no tuve ningún problema en ese sentido, pensé que si Dios me había dejado aquí era para algo, entonces a echarle ganas, lo que si es que me sentía muy sola a pesar de estar rodeada de gente, estaban mis hijos y nietas, pero me daba mucha pena hablarles y decirles lo que sentía, en ese entonces estaba viviendo mi yerno con nosotras y al sentarme a comer con ellos, me levantaba a media comida para irme a bañar porque sentía que olía mal. Salía de bañarme y mi hija me hacía el cambio de todo. Pensaba si eso seria para siempre. No quería salir por más que me decían que saliera a tomar el sol, sentía que todos me veían con mala cara, hasta que poco a poco empecé a hacerlo cuando iba a mis curaciones.

**En este proceso en el que llevas ya más de cinco años, ¿a quien le quieres agradecer de manera especial?**

A nadie más que a Dios. Él fue el que me sacó adelante. Cuando me operaron me llevé varios libros que lía en el hospital y estaba todo el tiempo agradeciéndole a Dios, y le preguntaba: “¿Qué puedo hacer?, si tú ya hiciste mucho por mí”. Empecé a tomar una clase en la iglesia y ahora estoy tan adentrada que tomo cinco clases (Biblia, pastoral, evangelización) con el padre y doy catecismo, y me acaban de proponer entrar al ministerio para impartir la comunión.

**En los hospitales, ¿Cuál es tu labor?**

Sólo estoy en Centro Médico, me presento con la enfermera Susana y ella me indica qué pacientes tienen colostomía y urostomía. La intención con el paciente es hacerle ver que no es la única persona que se encuentran en esa condición. Los invito al grupo, les digo que se les va a dar mucho amor, que es un grupo muy bonito.

**¿Cuáles son las preguntas que te hacen con más frecuencia?**

Las preguntas normalmente me las hacen los familiares mientras sus pacientes se encuentran internados, me preguntan mucho acerca de lo equipos que se deben de poner, y les digo que el que mejor se les acomode, que en grupo les pueden dar más informes de dónde comprarlos.

**¿Sientes que la gente lo toma en serio?**

Sí, incluso he tenido muchas satisfacciones porque muchos familiares me han dado las gracias por ayudarlos y darles consejos. A veces les doy mi teléfono para resolverles sus dudas que se presenten.

### **¿Qué otra cosa quisieras decirles a los recién colostomizados?**

Que sientan que volvieron a nacer, que es una nueva oportunidad de vida que Dios nos está dando. Quizá no estaremos al 100 por ciento porque ya no vamos a poder hacer muchas cosas, pero que todo lo que podamos hacer lo hagamos con amor, que no se enojen, ni peleen con nadie porque la vida da muchas vueltas, ahorita estamos aquí y al rato ya no sabemos. Que estén bien con sus amigos, familiares y vecinos, que se acerquen a sus familiares para que vean que no somos personas que deben estar en un cuarto aislados porque huelen mal, traten a sus enfermos como una persona más.

### **Imagina que tu mamá te viera así como estás, ¿Qué crees que te diría?**

“Hija, sabes lo que tienes y cómo manejarlo, no debes preocuparte. No cierres una puerta porque la puedes necesitar después. No te enojas, y si te enojas voltéate para que te enojas contigo misma, no con la gente. Acuérdate que siempre debes tener una puerta abierta por si las demás se cierran”.

## **ANEXO 5**

### **Entrevista a Raúl\* Reconectado**

Mis problemas empezaron cuando al tomar cualquier alimento se me abultaba el estomago, repetía mucho y me daban dolores, además de sentir molestias en la espalda. Acudí al gastroenterólogo y me mandó a realizarme una serie de estudios; en ellos salió que tenía gastritis crónica y me encontraron una hernia hiatal. En otros estudios directamente en el estómago no salió nada, me metieron un catéter por la pierna para ver mi circulación sanguínea y todo estaba bien; sin embargo, seguía con las molestias de eructar constantemente.

#### **¿La hernia quedó eliminada?**

No, después de los estudios no atacaron nada, sólo querían saber por qué tenía el problema de estar eructando constantemente y después de hacerme una serie de estudios en el tórax me informaron que mi problema era una aneurisma abdominal, el doctor me comentó que era necesaria una operación. Cuando entré a quirófano la operación duró de seis a siete horas, cuando desperté de la anestesia tenía una herida enorme desde la boca del estómago hasta abajo del ombligo.

#### **¿En donde te operaron?**

La primera operación fue en el Hospital Mosel, después me pasaron al Durango y me operaron por segunda vez, me pusieron una malla para proteger la parte afectada, pero al momento de hacérmela se descubrió otra fístula abajo. El caso es que salieron aproximadamente siete fístulas como en una especie de escalerita. Pasaron los días y seguía en el hospital sin ver ninguna mejoría. Me dijeron que me pondrían una bolsa de plástico para evitar que se infectara y complicara mi situación, me metieron una bolsa de plástico con cierre para tener controladas las fístulas. En cada curación me soltaba a llorar, me ponían gasas, algodones, me lavaban, volvían a meter todo y cerraban; llegó un momento en que la bolsa no soportó, se rompió y se desprendió de la piel a pesar de que la tenía cosida sobre la misma. El primer doctor que me operó el aneurisma se molestó con los médicos del hospital Durango, pues veía que no había nada de mejoría en mi salud; al contrario, iban en aumento las fístulas, por lo que me pregunto que si tenía Seguro Social, respondí que sí, me comento que tenía muchas amistades en el Centro Médico Siglo XXI y me mandaría a especialidades. Hicieron una serie de trámites y al día siguiente llegó una trabajadora social, me contó que estaba disponible una cama en el Centro Médico, pero tenía que estar temprano para no perder el lugar. Una ambulancia me transportó hasta allí, al llegar me hicieron esperar muchísimo tiempo, y ya en la madrugada dejaron pasar a una de mis hijas

\*Entrevista tomada del libro “una nueva oportunidad de vida. Testimonio de colostomizados para colostomizados”. Ejemplo de una persona que tuvo un estoma temporal.

a verme. Las enfermeras que me atendían comentaron que mis heridas estaban peor que una cesárea, y el problema consistía en que por la herida se salió el estómago. En el hospital, me visitó un médico guatemalteco, se preocupó mucho por mi caso y solicitó bolsas para la colostomía, lo que salía del intestino me lo cosió para que pudiera evacuar, la bolsa me duraba de tres a cuatro días. Las enfermeras me hacían la limpieza, pero después de tanto que me la cosieron empezaba a desprenderse y me duraba muy poquito tiempo.

### **¿Por qué te cosían la bolsa en lugar de pegártela?**

No había manera de pegarla, pues estaba por dentro de la herida. Sólo dormía boca arriba, no podía estar de lado. Cuando le comenté al doctor que mi intestino no iba a aguantar mucho tiempo, busco una solución. A una enfermera se le ocurrió ponerme un parche de 20x30, le hizo un orificio para que saliera el estoma, y así colocar una bolsa. Posteriormente la señorita Lulú Noguez empezó a tratarme y, gracias a sus cuidados, la herida empezó a cerrar. Las curaciones me las hacía tres veces a la semana, tenía que comprar mi equipo porque en el Seguro no lo había, duré más de seis meses con esa herida. Del 27 de junio de 2002 al 2004 estuve hospitalizado. Cuando llegué al grupo de apoyo iba con la colostomía y la herida. La señorita Lulú fue la que me llevó, por eso la aprecio mucho, siempre se preocupó por mi bienestar. Para mi familia fue desgastante todo el tiempo que estuve en el hospital.

### **¿Algún día te preguntaste cuál fue la causa de llegar a esta situación?**

Sí, sabía que era mi culpa, porque cuando estamos jóvenes cometemos muchos errores. Toda mi vida he estado ligado al mundo del espectáculo, mi trabajo era en dirección artística; trabajé con dos compañías, Corporación Nacional Distribuidora y después para la RCA Víctor Mexicana, donde duré 20 años de servicio. Durante esos años fui ascendiendo de puesto y tenía muchas invitaciones de los artistas, salíamos a tomar y nos olvidábamos de comer por estar tomando. Cometí muchos excesos. En una ocasión llegué a en la noche a mi casa y le dije a mi esposa que me preparara algo de comer porque no había probado alimento. Al empezar a comer sentí que me faltaba el aire, me levante rápido a la ventana a tratar de respirar y me desmayé. Cuando llegó el doctor, me inyectó un medicamento y me reanimó, después preguntó qué había comido; sin embargo, llegamos a la conclusión que era el exceso de alcohol, combinado con mucho tiempo de ayuno, pues salía de mi casa antes de las 8 y no tenía hora de regreso; 1,2 o 3 de la mañana. Había días que regresaba casi amaneciendo, y sólo llegaba a bañarme y adelgace mucho. Estaba encerrado en mi recámara, no permitía ni el ruido, todo me molestaba. se me desarrolló gastritis y nunca la controlé ni tomé medicamentos para aliviarme, sólo deje el cigarro y el alcohol, y me sentí mejor aunque fue demasiado tarde, pues ya había afectado mi salud. Llegó el momento en que la enfermedad se agravó y fue necesario operarme. Pensé que la operación serían muy rápida, sólo 10-15 días de recuperación, pero fueron meses.

### **¿Perdiste tu trabajo?**

No, ya me había separado de la empresa, no podía seguir porque viajaba mucho, ya que soy editor de música y tenía que estar buscando al compositor y al interprete por todos lados. Después de entrar al grupo ORAMAC, escuchaba que la mayoría de los pacientes estaban enfermos de cáncer, mi situación era diferente. Escuche que todos los pacientes tenían cáncer en colon, recto, etc., provocaba que en lugar de sentirme mejor, me sintiera peor, pero la señorita Lulú insistió y seguí su consejo. Poco a poco empecé a tenerle cierto cariño al grupo. Me desaparecieron el ombligo de la herida tan grande que me hicieron. En una ocasión le comente a la señorita Lulú que tenía la impresión de que el doctor que me atendía no tenía mucho interés en mí, le pedí que me recomendara con otro médico, fue así como conocí al doctor Patricio Sánchez, además ya tenía muy buenas referencias de él por diferentes personas. Cuando fui a consulta, desde el primer día me mando a hacerme unos estudios, me comentó que cuando se los llevara me diría si tendría posibilidades de reconectarme.

### **¿Qué parte del intestino habías perdido?**

Parte ascendente del intestino grueso

### **¿Nunca sentiste que te podías morir?**

Había momentos en que al verme la herida, no sentía mejoría y les decía a los doctores que me dejaran, que no quería nada, pero me reconfortaban diciéndome que todo saldría bien. Pasaba horas sin dormir, desde las 6 de la mañana llegaba el primer doctor a preguntarme cómo me sentía y de ahí empezaban a inyectarme, de un lado tenía las sondas, suero y un catéter que pusieron para darme alimentos. Estuve mucho tiempo con esa alimentación para evitar que funcionara el aparato digestivo. Toda mi comida era líquida porque no aguantaba nada más.

### **¿Actualmente tiene la hernia?**

Sí, y tengo que andar con una faja. Fui a ver otro médico y me comentó que mi piel estaba en buen estado, pero me sugirió no hacer ningún esfuerzo mayor, ya que se podía reventar, pues es muy delgada. Sólo me pidió que no cargara cosas muy pesadas. A pesar de todo lo que he pasado no tengo problemas de hipertensión ni azúcar; el doctor me dice que parezco de 20 años y ya paso de los 70.

### **¿Cuánto tiempo duraste con la colostomía?**

Algunos meses

### **¿Qué o quién te ayudó?**

Le quiero agradecer a Lulú porque ella tuvo el interés de curarme, me puso muchas marcas de equipo hasta que encontramos con el que me adapté muy bien.

### **¿Qué te motivó?**

El anhelo de seguir adelante, es por eso que hoy me encuentro aquí disfrutando de la vida.

### **¿Qué fue lo que te motivó a reconectarte?**

A consecuencia de las coincidencias que se me presentaron, ya que tres personas me recomendaron al mismo doctor, decidí operarme, pero pasaron meses para tomar esa decisión, siempre ponía muchas excusas; creo que era porque ya me había acostumbrado a traer la colostomía.

### **¿Tenias miedo de meterte a un problema semejante al de la primera operación?**

No, porque le pregunté el doctor cuánto tiempo iba a tardar mi recuperación y me respondió que máximo dos semanas. Mi recuperación fue muy agradable, ya que estuve en una habitación independiente. Gracias a mi hija fue que, a través de una amistad, me la asignaron. Más tarde me dieron de alta, pasaron dos semanas y comencé a tener dolor muy fuerte a un costado del estómago, que no me dejaba respirar, mi familia le habló al doctor y le explicó los síntomas que tenía. Él les indicó que me llevaran inmediatamente al hospital. Al llegar me hicieron análisis y concluyeron que posiblemente había tenido un infarto por un coágulo que se desprendió. A partir de ese momento tenía que tener cuidado de no golpearme, cortarme o caerme. Estuve 10 ó 12 días y me dieron de alta, después venía tres veces por semana con la señorita Lulú para curación.

### **¿Cuántas operaciones te hicieron?**

Me hicieron seis operaciones en el estómago.

### **¿Cómo fue tu recuperación en forma normal?**

Fue muy lenta

### **¿Cómo te habituaste a defecar en forma normal?**

Tuve algunos problemas, me daban unos dolores espantosos cuando tenía que defecar, me tuvieron que internar otra vez y me realizaban muchos lavados, llegaron a hacerme 15 diarios para que se me limpiara todo. Cada vez que iba a evacuar sentía que bajaba algo y luego se hacía un tapón y no podía hacer nada.

Cuando llegamos a casa, me dieron ganas de ir al baño y fui con miedo por el dolor, no sé como le hice, pero logré arrojar lo que me estaba obstruyendo. Después me dijeron que era parte de materia fecal, ya que después de año y medio de no hacer uso de ese intestino se endureció tanto la materia fecal que se convirtió en piedra. A partir de ese momento no he tenido ninguna obstrucción, cada noche tengo que tomar "Psyllium", una fibra que me ayuda a que la materia fecal se ablande. Antes el grueso de mi intestino era mucho mayor, pero después de la reconexión se hizo más delgado, por lo que la evacuación es más difícil y necesito tomar mucha agua. El día que tomo "Psyllium" tengo un poco de problemas, pero con jugo de papaya y comiéndome unas ciruelas pasas se quitan las molestias, aunque procuro que no se me olvide tomarlo

### **¿Aun reconectado te afecta lo mismo que te afectaba antes?**

Si, definitivamente. Más que nada porque todavía tomo anticoagulante, tengo que estar cada mes haciéndome estudios, y la primera recomendación es no comer verduras verdes como coliflor, lechugas, brócoli, berros, acelgas, espinaca, porque causan gases. La zanahoria, calabaza, chayote las puedo comer y no provocan gases.

### **¿Tienes algún mensaje final?**

Fui muy deportista de joven, nunca padecí de enfermedades. Después de tantos años nunca me imaginé que fuera a estar así, pero fue el exceso de alcohol y cigarro lo que posiblemente me llevó a esto. Lo que recomiendo al grupo ORAMAC es que fomenten este tipo de libros, porque muchas personas como yo llegamos sin conocimiento del tema a los hospitales; los mismos médicos y enfermeras muchas veces no muestran interés en informar y orientar a los pacientes.

## ANEXO 6

### LA OSTOMÍA ME DIO LA VIDA

Cuando abrí los ojos después de la intervención, pensé que la persona que estaba tumbada en mi cama no era yo, pues había perdido algo de manera definitiva. La parte de mí que me habían quitado en el quirófano no suponía, biológicamente, una gran pérdida, pero representaba mucho ya que había llevado a cabo una función determinada y ahora nunca más existiría.

De vez en cuando los cirujanos venían a ver cómo progresaba el postoperatorio, pero no se daban cuenta de que sus sonrisas y sus palabras de aliento no me servían para nada. A pesar de ser perfectamente consciente del resultado y los motivos de la operación, pues había sido informada de lo que me iban a hacer, esto no cambiaba el hecho de que yo quisiera hacer a alguien responsable de lo ocurrido. Ellos me habían quitado a golpe de bisturí toda la esperanza para una posible, aunque poco probable, recuperación (de mi enfermedad) en el futuro. Me fui recuperando con la conciencia de que nunca más volvería a estar sola porque esa "cosa" que tenía en mi abdomen, me acompañaría el resto de mi vida.

¿Qué tenía que hacer ahora? ¿Aceptarlo? ¿Rechazarlo? Para aceptarlo, nunca podría decir que estéticamente tenía alguna característica de las que podrían ser definidas objetivamente como "bonitas". Pero rechazarlo tampoco, porque era carne de mi carne y nada ni nadie sería capaz de apartarlo de mí. Solamente había una solución: sobreponerme a él y al mismo tiempo luchar contra sus pretensiones de dominarme. En una palabra: dirigirlo.

Durante este periodo, no se puede hablar de adaptación porque para mí, era más una reacción dictada por el espíritu de supervivencia, que una verdadera adaptación. Adaptarse implica un poco de aceptación, precisamente lo que yo no tenía.

El pensamiento que más me molestaba era, en realidad, una preocupación que consistía en el miedo de haber perdido toda mi libertad. ¿Podría todavía trabajar, viajar, seguir relacionándome socialmente, amar y mantener mis amistades? ¿sería aceptada por quién yo era o por lo que aparentaba ser? Seguramente, el reflejo de uno mismo en un espejo es lo que somos. ¿Como podría entonces pasar desapercibida, desaparecer físicamente y permitir que emergiera solo lo mejor de mí? Esto era lo que más me dolía: el miedo de no ser aceptada y el miedo de no ser libre nunca más.

Afortunadamente el tiempo pasa inexorablemente y día a día, fui adquiriendo experiencia en el manejo práctico de mi ostomía. Incluso le di un nombre: Camila. Cuando nació, Camila se cogía berrinches, nunca quería dormir, se manchaba continuamente y tenía que ser atendida de día y noche.

\*Relato tomado de [www.ayudate.es/historia.asp?id=2](http://www.ayudate.es/historia.asp?id=2)

Su actividad ininterrumpida, me causaba mucho estrés, tanto físico como psicológico, hasta el punto de echarme a llorar frecuentemente. Lloraba porque no era capaz de controlar la situación y porque sobre todo, me sentía sola. Mis familiares estaban siempre a mi lado, por lo que no debería haber sentido la soledad que sentía. Pero mi soledad era diferente. Era una soledad única y extraña, diferente a otras excepto a la de aquellos que viven esta misma experiencia, aquellos que comparten el mismo tipo de emociones y sentimientos por haber vivido una experiencia similar. Este es un tipo de soledad que, bajo mi punto de vista, puede ser definida como "soledad causada por sentirse diferente". ¡Suficiente! No podía aguantar más. El tiempo había servido para sobreponerme, para dejar atrás todos los miedos a la soledad y devolverme a la vida.

La enfermedad, ese monstruo con cientos de miles de dientes que se había comido una parte de mi intestino, había alejado, entre otras cosas, a mis amigos. Bien, tenía que hacer también una autoevaluación de este hecho. Se dice que los verdaderos amigos nunca te abandonan. ¿Es esto verdad? ¿Por qué entonces se habían alejado los míos? ¿Qué había pasado? ¿Nunca habían sido amigos de verdad, o había algo más? Al principio les culpé por haberme abandonado pero en mi corazón yo sabía que esta no era toda la verdad. ¿Cómo puede florecer la amistad si no hay contacto físico, interacción y diálogo? Al final me di cuenta que había sido yo la que me había alejado porque no quería verlos, porque sus conversaciones me molestaban, porque ellos no me entendían. ¡Qué presuntuosa había sido! ¿Y cómo me iban a entender? Ellos sabían que estaba enferma y estaban tristes por ello, pero ¿cómo iban a poder ver el mundo con mis ojos y percibirlo como lo hacía yo? La amistad no es la pretensión de la igualdad sino el respeto por las diferencias, la habilidad para estar de acuerdo o en desacuerdo sin miedo a ser juzgado y la aceptación sin reservas de los sentimientos de los otros. Es un sentimiento que elimina barreras. Cuando llegué a ese punto, tomé una decisión. Lo tuve que hacer porque mi vida estaba en peligro. Regresé al colegio, hice cursos y me uní a clubs sociales porque me quería reincorporar a la vida social, ¡y cuánto antes! Fue ahí donde encontré a mucha gente e hice nuevos amigos. Fue por ese camino como, poco a poco, dejé de ver a los demás como enemigos para pasar a verlos como individuos. Recuperé la autoestima que había perdido.

No es culpa de nadie que nos veamos obligados a vivir una experiencia en particular, no es ni mi culpa ni la de nadie. Es solamente el camino que nos toca. El curso de los hechos no puede alterarse y no tenemos elección. La elección es hacer el esfuerzo para continuar el camino en el que nos hemos encontrado una parada, el camino que nadie conoce y que nunca nadie podrá conocer hasta dónde puede llegar. El hecho es que nunca he sido dominada por Camila, sino que fue Camila la que tuvo que aceptar mi estilo de vida. Camila es tan salvaje, tan terriblemente indisciplinada, que incluso al día de hoy quiere controlarme. En esta lucha, algunas veces gana ella y otras veces gano yo. Algunas veces tenemos un "alto al fuego", solamente para volver a empezar la batalla. Es un círculo vicioso que no tiene ni vencedores ni vencidos.

Cuando me pregunto cómo hubiera sido mi vida si este incidente no hubiera modificado su dirección, no tengo respuesta. Mi vida es lo que tengo, no lo que podría tener si.... Mi vida es la que me da la felicidad, el dolor, el amor y la esperanza. Una vida que viviré para siempre, no en una diversidad normal pero si en una normalidad diversa.

Nuestra autora, Graziella, nació en Fano (un bonito pueblo encontrado por los romanos y con un pasado histórico muy rico). Estudió hasta los 19 años y debido a razones económicas decidió dejar de estudiar y comenzar a trabajar. Se casó en 1981 y tiene una hija, Giulia. Una enfermedad inflamatoria intestinal le golpeó en 1983 y los años entre 1987 y 1994 fueron los peores de su vida. En 1994 una ileostomía definitiva le devolvió la salud.

Tras recuperarse de ella volvió a estudiar y se graduó en Filosofía en 1999. Entonces acudió a un curso de informática y se cambió de trabajo. Hoy en día es responsable de una Unión Office. Participa en la A.M.I.C.I. (Asociación de personas con enfermedad inflamatoria crónica del intestino, la asociación IBD en Italia) y colabora frecuentemente con la Asociación Internacional de personas ostomizadas. Es responsable de preparar la información para las cartas de la A.M.I.C.I. sobre la enfermedad inflamatoria intestinal y coordina grupos de ostomizados fuera de Italia y dice esto sobre su meta: "creo que las personas con una ostomía necesitan que les demos la mano para formar un gran círculo que les transmita un sentimiento de libertad infinita". "Creo que la idea de hacer que las personas con una ostomía conozcan otras asociaciones nacionales o internacionales que estén dedicadas a sus principales problemas, rompe las barreras, especialmente las mentales..... les ayuda a sentirse menos solos, ¿no estáis de acuerdo?"

## ANEXO 7

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad para participar en la investigación titulada: \_\_\_\_\_

Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se brinde será sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención además confié en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad

#### Entrevistador:

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma:

\_\_\_\_\_

#### Estimado paciente

La investigación para el cual usted ha manifestado su acuerdo en participar, habiendo dado su consentimiento informado. Se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

#### Entrevistado:

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma:

\_\_\_\_\_

México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

# ANEXO 8

