

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios
Profesionales

Informe Profesional de Servicio Social

ALBERGUE INDÍGENA: "LA CASA DE LOS MIL COLORES"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Jorge Alberto Rivas Sierra

Directora: Dra. Luz María Rocha Jiménez

México D.F.

Febrero 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Índice

AGRADECIMIENTOS.....	1
Prólogo.....	2
RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
Capítulo 1 Psicología del enfermo	6
1.1. La espiritualidad en el enfermo.....	8
1.2. Psicoterapia y espiritualidad.....	12
1.3. Logoterapia.....	20
1.4. El sentido de vida.....	22
1.4.1 Lo espiritual como sentido de vida	24
1.4.2. El cuestionamiento del sentido de vida	25
1.4.3. El sentido de muerte.....	27
1.4.4. El sentido de dolor	29
1.4.5. El sentido del trabajo.....	32
1.4.6. El sentido de amor.....	33
1.5. El papel de la religión.....	35
Capítulo 2 Tanatología.....	37
2.1. El miedo a la muerte.....	40
2.2. El duelo.....	43
2.2.1.Etapas en el proceso de duelo.....	46
2.3. Duelo silente.....	48
2.4. Pérdidas.....	49
2.4.1. Tipos de pérdidas.....	50
2.4.2. Después de la pérdida.....	50
Capítulo 3. La Familia y el enfermo.....	53
3.1. Organización Familiar.....	55
3.1.1. Límites y fronteras.....	56
3.1.2. Jerarquías.....	57
3.1.3.....	

Roles.....	58
3.1.4. Alianzas y coaliciones.....	59
3.1.5. Flexibilidad	59
3.2. Ciclo Vital de la familia.....	60
3.3.La enfermedad a través de las diferentes etapas del desarrollo humano.....	64
3.3.1. Enfermedad crónica en la infancia.....	65
3.3.2. Cómo el niño llega a concebir la enfermedad.....	67
3.4. El papel del psicoterapeuta.	69
3.5. El papel del acompañante.....	76
Capítulo 4. Albergue Indígena "La Casa de los Mil Colores".....	78
4.1. Antecedentes de la CDI	78
4.1.1 Estructura de la CDI.....	78
4.1.2. Programas que lleva a cabo la CDI.....	79
4.1.3. Misión.....	79
4.1.4. Visión.....	79
4.1.5. Principios de la CDI.....	79
4.1.6. Funciones de la CDI.....	80
4.2 Localización del albergue Indígena "La casa de los mil colores".....	81
4.2.1. Ubicación del albergue indígena "La casa de los mil colores" en el mapa del Sistema Colectivo Metro.....	82
4.3. Estructura del albergue indígena "La casa de los mil colores".....	83
4.3.1. Organigrama.....	83
4.3.2. Objetivo general del albergue.....	84
4.3.2.1 Objetivos específicos.....	86
4.4. Política del albergue.....	86
4.5. Reglamento del albergue.....	92
4.6. Instalaciones Albergue indígena "La Casa de los Mil Colores".....	97
4.7. Área de Psicología.....	104
4.7.1 Objetivo general.....	104
4.7.1.1 Objetivos específicos.....	104
4.7.2. Población a atender.....	105

Capítulo 5 Desarrollo del Servicio Social.....	106
5.1. Objetivo personal de haber escogido este Servicio Social.....	106
5.2. Objetivos personales de la realización del Informe Profesional de S.S.....	106
5.3. Actividades realizadas en el albergue.....	107
5.3.1. Dinámicas.....	107
5.3.2. Samuel a través del espejo.....	119
5.3.3. Cine debate.....	125
5.3.4. Otras actividades.....	135
5.3.5. Resultados obtenidos como prestador de Servicio Social en el área de psicología.....	137
5.3.6. Otras Instituciones que apoyaron durante mi Servicio Social al albergue.....	140
5.3.7. Habilidades personales aprendidas dentro del Servicio Social.....	142
5.4. Propuesta al albergue.....	143
Anexos	
Anexo "A" Formato de entrevista clínica en el albergue.....	149
Anexo "B" Caso Luisito.....	152
Anexo "C" Alfabetizando.....	159
Anexo "D" Pruebas Proyectivas	162

AGRADECIMIENTOS.

*Quisiera agradecer, no sin antes dedicar
el presente trabajo a todas aquellas personas
que han influido tanto en mi formación
profesional como personal:*

*A la UNAM por ser el nido de los futuros líderes intelectuales mexicanos,
a la Facultad de Psicología por apostar tanto en los jóvenes,
a la Dra. Luz María Rocha, por creer en este proyecto
desde la primera vez que se lo presenté y ser mi gran apoyo,
por su ejemplar empeño en formar a psicólogos clínicos de calidad.*

*A mis estimadas revisoras: La Lic. Ma. Eugenia Gutiérrez por confiar
en mí sin siquiera conocerme y por sus grandes aportaciones;
A la Maestra Rosario Muñoz, por haberme presentado el mundo de
la psicología clínica y ser esa figura tan grande a seguir.
Al Dr. Jorge Rogelio, por su excelente disposición en el proceso del trabajo,
Al Maestro Jorge Álvarez, por su voto de confianza en mí y este informe.*

*A mis padres, por tanto amor y apoyo incondicional,
A Stéphanie Robles, por esa gran enseñanza espiritual
y su enorme esfuerzo en recuperar el conocimiento perdido
A Rebeca Rivera, porque también somos lo que hemos perdido.*

*Al Dr. Javier Nieto, por aquella segunda oportunidad, por supuesto...
A Nora Sevilla, por irradiar la luz que ilumina la oscuridad en "Mil colores"
A todos los ciudadanos que con sus impuestos mantienen
esta Universidad, reflejo de sus esfuerzos diarios
y sobre todo a esas maravillosas personas indígenas que conocí en el albergue,
cuya historia de vida es la médula espinal de mi trabajo.*

México D.F. 2014

Prólogo

Reconocer y valorar la raíz histórica de un País, es ser portador de conciencia para cuidar nuestra población indígena. Agradezco el espacio y aprovecho para compartir mi admiración a dicho portador, realizador de este excelente trabajo.

Este Informe Profesional es símbolo de compromiso con nuestra población indígena, población con la cual tuve la gran experiencia de trabajar con el autor de esta obra, estimado amigo y colega al cual agradezco su interés por compartir su respeto y pasión por nuestros hermanos indígenas. Durante el tiempo que trabajé con él, fuimos privilegiados al tener acceso a nuestra cultura de una forma muy cercana, que mejor cercanía que el convivir durante un tiempo con personas indígenas de nuestro País, México. El trabajo realizado día con día alimentó mi pasión por la psicología, herramienta fundamental para el desarrollo personal de cada uno de los integrantes del albergue indígena "La Casa de los Mil colores", perteneciente a la CDI (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas); lugar que nos permitió realizar escenarios reales de trabajo para desarrollar el potencial humano en cada una de las personas que alberga, la principal función en este sitio es atender necesidades de salud en la población indígena que requiere de atención médica hospitalaria de tercer nivel, indígenas provenientes de los diferentes estados de la República Mexicana carentes de recursos económicos necesarios para su atención, son respaldados por el albergue. "Mil colores" brinda a niños y adultos indígenas al igual que a sus familiares, un servicio integral de salud y bienestar a través de una atención multidisciplinaria de calidad y respeto, favoreciendo el proceso de recuperación de salud y respetando sus costumbres, cultura y lengua materna.

Las actividades que realicé junto al autor, me permitieron adquirir herramientas para poder observar el carácter multiétnico de nuestra nación, promover acciones contra las problemáticas de mayor índice reportadas, por ejemplo: discriminación de género, violencia familiar, cuidados de salud general, educación sexual, pobreza y desnutrición infantil. Y no podría dejar de mencionar la riqueza personal al conocer sus tradiciones, artesanía, música, vestimenta, lengua materna y gastronomía de cada representante de la cultura indígena nos compartía su forma de vida. Considero que el reflejo de este escrito es la mejor manera de hacer útil esta experiencia e influenciar sobre la seriedad y compromiso de la Psicología con nuestros hermanos indígenas, también confío que este escrito será una gran aportación para la Universidad Nacional Autónoma de México, al invitar a todo lector a ser un elemento protector de nuestra cultura que para nosotros los mexicanos, me atrevo a decir que es nuestro mayor tesoro. Gracias.

López Paredes Yolanda Paola.

RESUMEN

El presente trabajo tiene la finalidad de describir mediante un Informe Profesional mi Servicio Social realizado en el albergue indígena "La Casa de los Mil Colores" durante un periodo de 6 meses (del 2 de junio de 2012 al 2 de enero de 2013). Dicho albergue pertenece a la CDI (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas), cuyo objetivo es brindar diversos servicios por parte del Estado mediante este lugar a personas enfermas de origen indígena, canalizadas por algún Hospital o a través de los Centros Coordinadores indigenistas. Consta de una población variada tanto en el aspecto del rango de edad, como en el tiempo de estancia de cada miembro del albergue. En el registro de dicho sitio existen pacientes desde meses de edad hasta ancianos que requieren cuidados geriátricos. En este lugar se esfuerzan por brindarles la mayor parte de servicios posibles, como dinero para su pasaje de regreso al pueblo, comida, medicamentos, ropa, transporte, entre otros. La prioridad en mi trabajo fue brindarles un apoyo psicológico, espacios recreativos culturales. A lo largo de esta tesis plasmo toda mi experiencia durante mi estancia en dicho Centro. Teorizo sobre el sentido de vida del ser humano y el apoyo de la Tanatología, comento sobre la organización familiar y características de la familia indígena. Posteriormente describo sobre el funcionamiento de la Institución que me acogió durante mi Servicio Social.

Finalmente describo las actividades que desarrollé y hago una evaluación de mi trabajo en el Albergue, proponiendo lo que considero útil implementar en dicho lugar.

Espero dicho trabajo sea agradable a la lectura no solo para los amantes de la Psicología, sino para cualquiera que esté interesado en conocer mi experiencia con la población indígena y mediante esta mi invitación a la reflexión a cualquier lector que en sus manos caiga el presente trabajo.

Palabras clave: indígena, sentido de vida, tanatología.

ABSTRACT

This thesis has the purpose to describe by a professional report my Social Service made in an indigenous hostel it's name is "La Casa de los Mil Colores", my job lasted a period of 6 months (from June 2, 2012 to January 2, 2013). This hostel is part of the CDI (National Commission for the Development of Indigenous Towns) which provide various services finances by the State. Through this place sick people of indigenous origin are channeled by some public sector Hospital. It has a diverse population both in terms of age range, as in the time period of each member stay in the hostel. In this site there are patients since months old until ancients who require geriatric care. Professional team in charge of the hostel strive to provide the most services possible , as money for the passage back to town , food, medicine , clothing, transportation , among others. The priority in my work was to provide a psychological support, space for recreation and occupational therapy. Throughout this thesis I wrote all my experience during my stay at the hostel. Theorize about the meaning of human life and the support of Thanatology, comment on family organization and family characteristics of the indigenous. Then I describe the functioning of the Institution that hosted me during my Social Service

Finally I describe the activities that I did and I attached an evaluation of my work it the hostel, proposing what I consider useful to implement in that place.

I hope this thesis be enjoyable to read not only for lovers of psychology, but for anyone interested in learning about my experience with the indigenous population and by this my invitation to reflect any reader who falls into their hands this work it is accepted.

Keywords: indigenous, meaning of life, thanatology.

INTRODUCCIÓN

Según estadísticas oficiales del INEGI¹, en el año 2010 vivían en nuestra Nación 6 695 228 personas de origen indígena, los cuales hablaban alguna lengua nativa, encontrándose distribuidos en 52 pueblos oficialmente reconocidos por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.²

El albergue indígena "La casa de los mil colores" da hospedaje a personas provenientes de diferentes partes del país, originalmente era exclusivamente para infantes, pero desde el año 1999 el lugar abrió sus puertas para enfermos de cualquier edad. La prioridad del albergue es defender el derecho a la salud de la población indígena, el grado de atención es de tercer nivel y cada paciente tiene derecho a llevar un acompañante (en casos especiales puede ser más de uno).

El Informe Profesional está estructurado de la siguiente manera: al inicio explico qué fue lo que me llevó a elegir los temas de "tanatología" y "sentido de vida" como la mayor influencia teórica en el mismo, al haber trabajado no sólo con los enfermos del albergue, sino el (o los) familiar(es) que lo(s) acompañaba(n) fue inevitable dedicar el tercer capítulo exclusivamente al tratamiento familiar con el enfermo, pilar fundamental de apoyo para el mismo y el cuarto capítulo es enfocado a lo que es el albergue como Institución pública, su funcionamiento, instalaciones, entre otros datos relevantes y por último el quinto capítulo es dedicado a lo que fue mi intervención con la población, lo más relevante de dicho apartado está constituido por cada una de las actividades que planeé, pruebas proyectivas aplicadas y unas clases de alfabetización con las que le enseñé a leer y a escribir al familiar de un paciente que estuvo mucho tiempo en el albergue, al final de dicho capítulo se encuentran mis conclusiones y una propuesta al lugar, justificada por los aspectos que encontré a mejorar en los 6 meses que realicé mi Servicio Social.

¹ Fuente electrónica: www.inegi.org.mx

²Para profundizar en estadísticas indígenas (lenguas, distribución geográfica, rezago educativo, entre otros) recomiendo la página donde conseguí las cifras antes citadas:
http://www.edi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=758&Itemid=68

Capítulo 1 Psicología del enfermo

Cuando ingresé al albergue, desde un principio se me informó que trataría con una población muy variada, ya que los pacientes sólo están en el albergue el tiempo necesario para acudir a su cita con el médico, o a su tratamiento. Pensé que sería oportuno hacer dinámicas y otras actividades que no necesitaran un seguimiento de varios días, es decir, actividades que se iniciaran y se concluyeran el mismo día.

Pero con el paso del tiempo en el albergue tuve el privilegio de conocer más a unas personas que a otras. Generalmente la gente más enferma y que requería tratamientos con más frecuencia era la gente que permanecía más tiempo en el albergue, e inclusive aunque estos se fueran a sus pueblos no pasaba un largo tiempo antes de que estos volvieran.

Fue entonces cuando me di cuenta de algo sumamente interesante. Las personas que habían pasado por un proceso más largo de enfermedad (y por lo mismo agotador y devastador) eran las personas que habían dejado de quejarse o maldecir a Dios. Encontraban actividades de acuerdo a sus capacidades, que los satisfacían, participaban con más gusto en las tareas tanto recreativas, terapéuticas como obligatorias. También eran capaces de forjar relaciones más sólidas en el albergue, tanto entre la población como en el equipo de trabajo. Me pregunté ¿cómo era posible que las personas que aparentemente tenían más razones para renunciar a esta vida fueran las que mejor se veían? ¿por qué los "recién llegados" tenían actitudes más hostiles y antisociales? La explicación psicológica era que estas personas ¿se habían adaptado de cierta manera a la enfermedad? ¿Acaso se habían resignado simplemente?

Después de investigar sobre este tema me di cuenta que las respuestas solamente podían ser respondidas en el campo de la tanatología, y por lo mismo debía de investigar autores que me explicaran desde un punto de vista profesional dicho proceso. En ese momento entendí algo fundamental: que las personas con

más tiempo enfermas no eran más "plenas" por el hecho de resignarse o adaptarse a la enfermedad, sino porque ya habían pasado por un proceso que las había llevado a cambiar su percepción de vida; dejando atrás banalidades por las que muchas veces la mayoría de las personas nos llegamos a lamentar. La autora que considero más trascendente en mis conclusiones por su enorme gama de estudios en cuanto al tema es Elisabeth Kübler Ross. Ella propone 5 etapas en el proceso de muerte: la negación, la ira, la negociación, la depresión y por último la aceptación.

Pero no solo los aportes de Kübler Ross son suficientes para explicar el fenómeno psicológico por el que pasa un enfermo terminal que lo lleva a seguir adelante el tiempo que le queda de vida. Decidí adentrarme en el tema de cómo los enfermos, y la gente en general es capaz de encontrar ese "cómo" lograr seguir a pesar de las circunstancias tan difíciles que se presentan en su entorno. La filosofía de Viktor Frankl le da sentido y explicación a este fenómeno. Frankl desarrolló el estudio de la "Logoterapia" dentro del área de la Psicología, la cual es un tipo de psicoterapia. En palabras de Rodríguez M³, esta es considerada como "la tercera Escuela Vienesa de psicoterapia", la primera es el psicoanálisis generado por Freud y la segunda, la escuela Adleriana. Así mismo he decidido abarcar el tema de la espiritualidad como eje fundamental a tratar en un enfermo, ya que desgraciadamente este aspecto se le concede a mí parecer menor peso del que debería en el ámbito de la psicología, hablar de espiritualidad no es solamente limitarse al ámbito esotérico o verla como algo no científico, después de que el lector concluya el primer capítulo espero que se dé cuenta de la importancia del valor del acompañamiento espiritual dentro de la psicología.

³Rodríguez Maribel "Logoterapia", blogg extraído de: <http://www.maribelium.com/logoterapia.html>

1.1. La espiritualidad en el enfermo

El tema de espiritualidad puede sonar un tanto esotérico, lejos de ser visto como una herramienta seria para el profesional clínico, pero gracias a mi estancia en el albergue aprendí que lo espiritual forma parte fundamental en el tratamiento psicológico, por lo tanto habrá que considerarlo si queremos tener una visión completa del ser humano, tomando en cuenta este aspecto tendremos una herramienta muy eficiente si nuestro deseo como terapeutas es mantener una relación de apoyo que facilite la maduración y el crecimiento personal del enfermo.

Para poder influir de la manera correcta en un enfermo en cuanto al aspecto espiritual es necesario no verlo con lástima, porque ese trato también es discriminatorio y un profesional que esté en acompañamiento terapéutico no puede sesgar su trato hacia el paciente por medio de la lástima. Otro punto importante es el señalado por Kübler Ross, el cual consiste en no ver a la muerte como una desgracia, como el fin absoluto de todo lo bueno, al contrario, sino verla como un renacimiento, una nueva etapa, un segundo nacimiento:

La experiencia de la muerte es casi idéntica a la del nacimiento. Es un nacimiento a otra existencia que puede ser probada de manera muy sencilla. Durante dos mil años se ha invitado a la gente a <<creer>> en las cosas del más allá. Para mí esto no es un asunto más de creencias, sino un asunto del conocimiento.⁴

La plena realización del ser humano, meta de la psicología humanista, requiere la activación de su dimensión espiritual, trascendental, transpersonal, sin la cual quedaría esencialmente mutilado. Con esto quiero decir que una buena orientación en un tratamiento psicológico para el enfermo es la psicología humanista, la cual comparte un mismo enfoque con la espiritualidad.

Me gustaría agregar antecedentes históricos pocos conocidos de la psicología humanista desde el análisis de Ken Wilber⁵ en lo referente a la evolución de la

⁴Kübler R (1987 *La muerte, un amanecer*)

⁵ Citado en: Cabodevilla I (2006). *En Vísperas de morir*

misma, señala cómo este movimiento ha tenido tres impulsos: El primero tuvo lugar durante la década de los sesenta, con los inicios del movimiento del potencial humano. Y aunque era una aproximación multiforme, señala Wilber, tendió a centrarse en las experiencias cumbre, los talleres de fin de semana y los seminarios de siete días. Fue una explosión centrada en torno al EsalenInstitute (California USA).

Al cabo de una década se inició es segundo impulso, las limitaciones de enfoque anterior habían comenzado a resultar patentes, ya que aun resultando útiles para un atisbo inicial, tendían a desvanecerse muy rápidamente, dejando incluso en ocasiones al individuo en una situación todavía peor que al comienzo. En todo caso lo que no tardó en evidenciarse fue que el compromiso con la verdadera transformación requiere tiempo, esfuerzo, dedicación y una intencionalidad sostenida. La gente comenzó entonces a comprometerse con disciplinas auténticamente transformadores, como el zen, y el yoga, la psicoterapia, el trabajo corporal, etc. Fue así como el seminario intensivo de cinco días terminó dando paso al compromiso sería de cinco años de duración.

Este impulso solía centrarse en la conciencia, pero no atendía la parte espiritual del ser humano, con lo que se le dio paso al tercer impulso.

El interés de la psicología en el conocimiento del ser humano ha ido evolucionando. A comienzos del Siglo XX, Sigmund Freud sacó a la psicología tanto de la religión como de la neurología, y se centró en las funciones de la mente humana. En 1920 expuso su famosa teoría estructural del yo, ello y superyó. Los herederos de la gran sabiduría de Freud trataron de definir más claramente la mente humana y el yo. Adler conceptualizó el yo como una unidad de la personalidad. Rank puso de manifiesto la importancia de la voluntad humana de separarse de los demás.

Años después, los terapeutas conductuales definieron el yo como un repertorio de conductas. Por esta razón, los conductistas son los psicoterapeutas que probablemente con menor frecuencia se han centrado en cuestiones del alma.

El conductismo trata fundamentalmente de descubrir la respuesta observable que el individuo quiere consolidar o eliminar, e intenta reforzarla o extinguirla selectivamente. Su interioridad no le interesa demasiado. El terapeuta conductista se ocupa de diseñar condicionamientos operantes que refuercen las conductas deseables y extingan las indeseables.

Algo parecido ocurre con la psiquiatría puramente biológica, en la que el terapeuta administra una determinada medicación para provocar una estabilización de las pautas conductuales. Muchos psiquiatras funcionan administrando la medicación en la primera entrevista, y a partir de ese momento, quedan periódicamente con el usuario del servicio, una vez cada tres semanas, para asegurarse de que ha logrado el efecto deseado.

Para quien sustenta este punto de vista, señala Ken Wilber⁶, la depresión por ejemplo, no tiene que ver con la ausencia de valores o con la pérdida del sentido de vida, sino con la baja concentración de serotonina.

Ejemplificando⁷: la angustia o depresión porque mi novia me abandone por otro hombre puede estar interiormente motivada por no sentirme querido por mi madre, y fisiológicamente manifestarse en un bajo nivel de serotonina en el cerebro. En tal caso la medicación podrá, hasta cierto punto, compensar el desequilibrio de serotonina, lo cual resulta muy acertado y en ocasiones sumamente beneficioso, pero lo cierto es que no me ayudará a comprender lo más mínimo mi sufrimiento interior, a interpretarlo de un modo que tenga sentido para mí y me ayude a crecer, aprendiendo de esa posible experiencia mediante el análisis que solo un profesional de la salud podría aportarme.

⁶ Citado en: Cabodevilla I. *"En Vísperas de morir"* Edit. Crecimiento personal. España 2006

⁷ Ejemplo parafraseado de Cabodevilla.

Retomando lo anterior, es muy posible que si el paciente no está muy interesado en comprender su profundidad, la medicación puede ayudarlo a conseguir sus objetivos. Pero si lo que la persona realmente desea es comprender sus profundidades e interpretarlas adecuadamente, entonces tendrá que hablar con alguien que conozca esas profundidades y haya ayudado a otros a descifrarlas, con lo cual disminuirá su confusión y será cada vez más transparente ante sí mismo. Cabodevilla (2006) sugiere buscar un terapeuta de orientación humanista para estos casos.

La psicología humanista surgió como un esfuerzo de centrar la atención en esas áreas en que la psicología tradicional no lo hacía (madurez, autorrealización, etc.). La mente no está capacitada para "captar" los mensajes del espíritu. Éstos hay que escucharlos desde el corazón. Probablemente algo de esto quería decirnos Saint Exupery en el delicioso cuento *El principito*, cuando señalaba que "Lo esencial es invisible a los ojos, hay que mirarlo con el corazón"⁸.

Dar corazón a las cosas es, la gran contribución de los movimientos espirituales, que dirigen sus esfuerzos a la autenticidad básica de quiénes somos y en qué consiste la vida.

La psicología señala Thomas Hart⁹: *pretende comprender la dinámica interna y relacional del ser humano. La espiritualidad busca orientarnos hacia la realidad que se encuentra más allá de nuestras percepciones.*

La psicología al servicio de la psicoterapia se esfuerza en fomentar el crecimiento y el bienestar de las personas, lo que comparte con la espiritualidad. Ambas buscan liberar al ser humano de sus cadenas y conducirlo a una vida más plena.

⁸ Ibidem

⁹ Ibidem

1.2. Psicoterapia y espiritualidad

Concebida específicamente como psicoanálisis, la psicoterapia tiene hacia un resultado que es, concretamente, el de tomar consciente lo psíquico. La logoterapia, por el contrario, tiende a tomar consciente lo espiritual. Pues bien concebida específicamente como análisis de la existencia, se esfuerza específicamente por hacer que el hombre cobre conciencia de su responsabilidad, viendo en ella el fundamento esencial de la Existencia humana. (Cabodevilla 2006).

La responsabilidad significa siempre responsabilidad ante un deber. Ahora bien, los deberes de un hombre sólo pueden ser interpretados partiendo desde un "sentido", del sentido concreto de una vida humana. En realidad, este problema es uno de los más frecuentes entre aquellos con que el enfermo mental asalta al médico, en sus luchas y sus angustias espirituales. No es el médico, sino el enfermo quien, llevado de sus propias angustias espirituales, pone este problema sobre la mesa y acosa con estas dudas y cuestiones al encargado de su curación.

En palabras de Cabodevilla: ...la psicoterapia, aun en ocasiones en que no lo sabe o no lo quiere saber, se convierte muchas veces en una especie de dirección espiritual. Los tratamientos de aspectos espirituales no pueden darse a través del modelo médico. Los que se dedican al acompañamiento de moribundos saben que no pueden resolver el problema último de la muerte, pero si pueden ayudar a la persona a afrontar los diversos componentes del proceso de morir.

Esto es un trabajo sumamente delicado, ya que el tener en frente a un enfermo terminal requiere de mucho conocimiento, no sólo teórico, también de uno mismo, ya que representa el enfrentarse a la muerte a través del paciente y si el terapeuta no está listo espiritualmente su trabajo será deficiente. No existe un manual o una receta que nos explique paso por paso como tratar a un enfermo, pero lo que nunca debe de dejar el terapeuta de lado es que la prioridad siempre debe de ser

las expectativas y deseos del paciente, fortaleciendo su autoestima, dignidad e integridad.

Conuerdo con Cabodevilla (2006) en que cada persona es única, y vivirá el proceso de su muerte de una manera muy diferente a los demás, por lo que el terapeuta debe de conocer cuáles son los deseos y preocupaciones específica del caso, lo que inevitablemente requiere de un buen encuadre para que exista el suficiente nivel de confianza por parte del enfermo para el psicólogo. Considero que esto fue uno de los aspectos que más trabajo me costó en el albergue, aprender que cada paciente tenía su propio proceso y con esto preocupaciones y necesidades únicas, era necesario acompañarlos objetivamente, libres de mis prejuicios y expectativas hacia lo que a mí me gustaría que pasara con ellos. Creo que éste es uno de los retos más difíciles a los recién llegados al acompañamiento terapéutico al enfermo.

La psicoterapia irá fundamentalmente a favorecer la reconciliación existencial, esto es, a resolver sentimientos negativos hacia uno mismo y hacia el propio pasado, y aumentar la aceptación y adaptación a las circunstancias personales (físicas, sociales, psicológicas y espirituales) de cada uno. En el albergue era muy común encontrarme con casos los cuales tenían sentimientos de culpa y odio hacia sí mismos, por lo que habían hecho en el pasado, cuando tenían salud¹⁰. Estos sentimientos muchas veces eran lo que le daba ese esfuerzo a los pacientes por vivir, ya que querían resolver estos conflictos antes de partir.

El objetivo fundamental de la psicoterapia será, por lo tanto, ayudar a la persona a conocerse más claramente. De este modo, su profundidad comenzará a ajustarse a su conducta y no existirá diferencia entre sus palabras y sus acciones. A eso es precisamente a lo que nos referimos cuando hablamos de una persona íntegra o congruente, es justamente el tipo de persona que sabemos que no nos miente ni engaña porque tampoco se miente ni se engaña a sí misma. En el caso de los enfermos terminales el poder reencontrarse a sí mismo antes de morir será un

¹⁰Véase en el Capítulo 5 la técnica del espejo en el caso: Samuel

gran aporte del profesional de la salud mental para una muerte digna al mismo, ya que habrá entendido porqué realizó aquellas conductas y que pudo aprender de ellas.

Cabodevilla (2006)¹¹ asegura que en el moribundo, son varios los síntomas que raramente aparecen aislados, componiendo una red que llamamos sufrimiento. Algunos de estos síntomas son la falta de sentido, la futilidad, la angustia existencial, la oscuridad interior, el desasosiego interno, la culpabilidad, la desesperanza.

Tenemos que saber a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de asistencia espiritual, esto puede sonar como un asunto esotérico, cuya funcionalidad sea cuestionable, pero la verdad es que es una herramienta fundamental en el trabajo terapéutico con el enfermo terminal. De la misma manera que puede haber una mala terapia que fomente el egoísmo y el egocentrismo, una mala espiritualidad fomenta la culpa, los miedos o la dependencia, incluso a veces el odio y la opresión a los demás, lo que impedirá un encuentro consigo mismo y literalmente carcomerá la psique del individuo hasta que el resultado sea una muerte sumamente cruel en el sentido espiritual.

Como lo señala el autor antes citado cuando ambas, psicoterapia y espiritualidad son sanas, van unidas en el intento de fomentar el bienestar del hombre. No son realidades separadas, y ciertamente no son opuestas. Una psicoterapia profunda y una profunda espiritualidad están unidas en el logro de promover el crecimiento y el bienestar del ser humano.

Dios señala Thomas Hart¹², es la más profunda dimensión de toda experiencia y por ello, la espiritualidad es el amplio contexto interior con el que trabaja la psicoterapia, especialmente en relación a los valores más importantes que nos

¹¹ “*En Vísperas de morir*” Cabodevilla I.

¹² Citado en Cabodevilla I. “*En Vísperas de morir*”

orientan. El profesional sanitario se enfrenta a cuestiones para las que no tiene respuestas, y se impone una comunicación distinta, más humana.

El Espíritu es el horizonte o la dimensión más profunda de toda experiencia, entonces también es el horizonte o la dimensión más profunda de la psicoterapia. Tenemos que aprender a relacionarnos con la espiritualidad de nuestros pacientes. Las necesidades espirituales y su posible dolor, se deben analizar y estudiar, aunque debemos tener claro que los modelos médicos imperantes son obsoletos para este cometido. La espiritualidad, opera en un nivel en el que la lógica no es suficiente para adentrarse en él. La lógica, el ojo de la lógica, es una herramienta maravillosa para comprender algo de nosotros mismos y del mundo en el que vivimos, pero esta ciencia espiritual a la que nos estamos refiriendo, no puede ser comprendida, ni tan siquiera captada por el ojo de la lógica.

Un buen ejemplo es que de la misma manera que los rayos X no pueden ser vistos por el ojo biológico y se han tenido que desarrollar otros procedimientos para su estudio, el espíritu no puede ser objetivado desde la lógica y deberemos desarrollar otro tipo de conocimiento para su estudio y asistencia y la terapia es una situación en la que la persona, o paciente, se abre a la ayuda.

Una sana espiritualidad es ya sólo de por sí terapéutica; al mismo tiempo, la terapia puede aportar *insights* espirituales y medios útiles para alcanzar metas de tipo espiritual.

Cabodevilla (2006) asegura que la espiritualidad se encarga de las cuestiones esenciales, de las dudas más íntimas, del sentido y de los valores fundamentales de la vida del ser humano. La terapia necesita de orientaciones espirituales para ser completa. La espiritualidad necesita de los *insights* terapéuticos y de sus instrumentos.

Dentro del marco de la psicología humanista se trata de crear condiciones especiales de seguridad que nos permitan adentrarnos en explorar sentimientos

que en general no admitimos de nosotros mismos y solemos enviarlos a la sombra de nuestro ser. Sentimientos como la ira, la rabia, el odio, los celos, etc; son reconocidos y analizados sin tener que dañar a los demás.

Carl Rogers habla sobre la ira y señala:

“Se necesita escuchar a la ira. Eso no significa que simplemente haya que oírla. Necesita ser adaptada, asumida en el interior y comprendida empáticamente. (...) La verdad de la ira es que ésta tan solo puede disolverse una vez que ha sido escuchada y aceptada sin reservas”¹³.

Una buena metáfora es que de la misma manera que los padres cuidan a sus hijos y favorecen su crecimiento personal teniendo que mantenerse muchas veces al margen, también el terapeuta tendrá que dejar que el paciente experimente con la vida y aprenda aún de la forma más dura. La tarea del terapeuta seguirá siendo siempre comprender, no juzgar y estar ahí, confiando en la naturaleza del ser humano. En el albergue esto fue algo que aprendí después de los primeros dos meses, después de haber tenido un acercamiento tan delicado y personalizado con algunos pacientes me di cuenta que empezaba a depositar en ellos expectativas y aspiraciones que venían más de deseos personales o necesidades propias que de la realidad, una realidad que solo el paciente tendría el derecho de construir, decidiendo el rumbo que debería tomar según sus necesidades formadas por experiencias, cultura, personalidad, entre otros muchos factores, mismas que deben de ser libres y respetadas. La visión del terapeuta debe de ser lo suficientemente objetiva, basándose en las necesidades y deseos del enfermo, ofreciéndole entonces una nueva visión de esta realidad la cual debe de tener en cuenta que esta sólo será vivida por el mismo enfermo, pero será solamente

¹³ Citado en: Cabodevilla I. “En Vísperas de morir” Edit. Crecimiento personal. España 2006

decisión del enfermo tomar el camino propuesto. Esto es un aprendizaje que solo se da con la experiencia.

Antes de tener una vivencia profesional tan delicada como lo es el acercamiento con la muerte mediante los enfermos éticamente es necesario que el profesional que dirige el tratamiento con el enfermo sea sometido antes a un análisis psicológico, para resolver los conflictos propios que pueden sesgar nuestra manera de ver el trabajo tanatológico, incluso en el acompañamiento con la familia también es fundamental dejar en claro que los deseos y necesidades que deben de tener como prioridad son las del enfermo, no las de ellos. Solamente resolviendo o mínimo identificando nuestros conflictos personales como terapeutas, así como dejarle en claro a la familia la prioridad de la opinión del enfermo podremos llegar a realizar un trabajo de calidad.

El ser terapeuta no es un trabajo sencillo, un análisis psicológico es tan delicado como abrir quirúrgicamente a alguien, escuchar profundamente, observar con atención, es mucho más que limitarse a aplicar técnicas en periodos de cincuenta minutos. Desde el postulado de Cabodevilla se considera que la psicoterapia, es *un encuentro en el que la vida se encuentra en su máxima expresión, la verdadera terapia tiene lugar siempre de corazón a corazón y se despliega según el ritmo que marcan los participantes en ese encuentro.*

De hecho todas las "terapias de la palabra" –desde ciertas terapias cognitivas hasta las terapias interpersonales, la terapia jungiana, la terapia Gestalt, el análisis transaccional, etc.- se basan en el mismo principio de descubrir la interpretación adecuada de nuestra profundidad interior, un significado adecuado y comprensible a mis sueños, mis síntomas, mis profundidades, mi vida y todo mi ser.

La vida no es simplemente un conjunto de eventos objetivos, sino que también encierra un componente profundamente subjetivo que se debe llegar a comprender e interpretar. En palabras de Ken Wilber¹⁴: *"la vida de cada uno de*

¹⁴ Ibidem

nosotros no sólo tiene superficie, sino también profundidad y, si bien las superficies deben ser vistas, las profundidades en cambio, deben ser interpretadas, de modo que, cuando más adecuadamente pueda interpretar mis propias profundidades, más transparente será mi vida, más claramente podré verla y comprenderla, menos me confundirá y menos desconcertado me hallaré ante su opacidad".

En el albergue me encontré con lo que muchos mexicanos varones sufren: el no poder expresar sus sentimientos por la educación que recibieron, en la cultura mexicana es mal visto que un hombre llore ya que es una muestra de debilidad, pero lamentablemente esto se puede manifestar psicósomáticamente en un futuro, perjudicando la salud del individuo. Poder expresar, decir el propio sufrimiento, es un paso hacia la superación. Sabida es la función terapéutica de la palabra, de la articulación de lo que a uno le pasa ante alguien que escucha. Po

El trabajo espiritual supone un viaje a través de los apegos, que nos lleva de vuelta a casa, hacia nosotros mismos, donde nos integramos de manera sagrada con todo lo que hasta ahora parecía irreconciliable. Entonces todo en la vida encaja. Lo que nos ha ocurrido, por doloroso que fuera, es precisamente lo que necesitábamos para alcanzar nuestro destino de totalidad consciente. En la vida nos encontramos con aquello, que justamente necesitamos para crecer. El trabajo espiritual nos llena de iluminación, es decir, a permitir que la luz nos llene (Cabodevilla 2006).

Han sido mucho los psicólogos eminentes que han comprendido claramente las posibilidades que abre la terapia en este extenso campo de la espiritualidad, como Jung, Frankl, Fromm, Maslow, etc.

Carl Jung, famoso psiquiatra suizo, se hizo famoso por su agudo interés por la materia espiritual.

Jung se dio cuenta de que algunos de los mismos símbolos e incluso algunas historias, aparecerían en diversas culturas religiosas y dedicó muchos años de su vida a la búsqueda de estos símbolos religiosos universales a los que llamó arquetipo, y llegó a señalar que las religiones del mundo son los grandes símbolos terapéuticos de la humanidad.

Debido a que le interesaba la religión, la alquimia, la espiritualidad, etc. Algunos críticos han preferido imponer a Jung el calificativo de "místico", en vez de considerarlo científico.

Dentro del albergue me di cuenta que la mayoría de la población era gente creyente, los cuales se apoyaban de sus creencias para poder soportar el proceso de la enfermedad; en el plano de la psicología considero conveniente citar a Jung en cuanto a este tema tan delicado de la religión, íntimamente relacionado con la espiritualidad. Dicho autor analizaba tanto la religión como los mitos alrededor de la gente, desde el plano de los simbolismos interpretables y el potencial curativo para los mismos creyentes.

Para Jung, las tradiciones y creencias místicas constituyen importantes expresiones de las aspiraciones y valores humanos. Jung consideraba a las experiencias espirituales como datos que ningún estudioso preocupado por la amplia gama del pensamiento y la conducta humana debería desconocer o pasar por alto.

Empero, es claro que la actitud de Jung siempre fue la de un investigador y no la de un creyente o un discípulo.

Soy y seguiré siendo un psicólogo, no me interesa nada que trascienda el contenido psicológico de la experiencia humana" No obstante en el plano psicológico me interesa las experiencias religiosas que contengan una estructura y un simbolismo interpretables. Para mí, la experiencia religiosa es algo real, auténtico. He descubierto que a través de estas experiencias el alma puede

"salvarse", acelerarse su integración y alcanzar el equilibrio espiritual. (Jung en McGuire y Hull p. 229)¹⁵

Jung percibía claramente que, en la vida, la perspectiva religiosa guarda una estrecha relación con la salud psicológica:

*Entre todos mis pacientes en la segunda mitad de la vida, es decir, con más de 35 años, no he atendido a uno solo cuyos problemas no se relacionan en última instancia con la búsqueda de una perspectiva religiosa. Puedo asegurar que todos se sentían enfermos debido a que habían perdido lo que las religiones vivas de todas las edades han proporcionado a sus fieles, asimismo, que no observé ninguna curación real que no debiera a la recuperación de las creencias religiosas.*¹⁶

1.3. Logoterapia

La logoterapia es una psicoterapia que propone que la voluntad de sentido es la motivación primaria del ser humano, una dimensión psicológica inexplorada por paradigmas psicoterapéuticos anteriores, y que la atención clínica a ella es esencial para la recuperación integral del paciente.

La logoterapia está lejos de haber logrado el desarrollo teórico que caracteriza al psicoanálisis y a la psicología profunda de Jung. Pese a esto la logoterapia causó interés. Como su denominación lo sugiere, se trata de darle un sentido a la existencia humana (en esto se asemeja a la psicología de Jung).¹⁷ Para entender la génesis de la logoterapia corresponde saber que Frankl fue prisionero en un campo de concentración. Allí, considera haber podido sobrevivir más que nada porque le supo dar un logos (en griego: sentido, significado) a su existencia. De su experiencia da cuenta en el libro *El hombre en busca de sentido*.

Consta de tres partes que son fundamentales para su desarrollo:

¹⁵ Citado por Frager y Fadiman (2010).

¹⁶ Íbidem

¹⁷ Extraído de <http://es.wikipedia.org/wiki/Logoterapia#Referencias> sujeto a discusión en la procedencia del autor.

1. La libertad de voluntad (antropología): que explica que todo hombre es capaz de tomar sus propias decisiones, por lo que es libre de escoger su propio destino y no convertirse en una marioneta a merced del mismo, o del inconsciente colectivo (pandeterminismo).

2. La voluntad de sentido (psicoterapia): expresa la preocupación de Frankl ante los métodos psicológicos enfocados en la percepción del "componente exterior", desvirtuando la idea del animatismo presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal (psicologismo).

3. El sentido de vida (filosofía): que para la Logoterapia es un factor incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia, pero puede escaparse de la comprensión humana. La Logoterapia es una percepción positiva del mundo (reduccionismo).

La metodología logoterapéutica de Frankl se basa en tratar las enfermedades psíquicas tanto desde un abordaje netamente médico (por ejemplo a ciertas personas que le consultaban por depresión, tras estudiarlas, les recetaba un tratamiento hormonal), aunque principalmente la cuestión es dialogar con la persona y notar en ella qué es lo que da sentido a su vida.

En general la Logoterapia sería un tipo de Psicoterapia Humanista - Existencial. La Psicoterapia Existencial es un enfoque terapéutico más filosófico que médico, que fundamenta su perspectiva en las filosofías fenomenológico-existenciales. Algunos de estos filósofos incluyen: Nietzsche, Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Martin Buber, etc. Este modelo contempla al ser humano como en constante desarrollo y evolución, lo que implica un movimiento y procesos constantes. La persona se encuentra en constante relación con su medio, ya que es vista como ser-en-el-mundo (Dasein), lo que implica que su existencia se vea constantemente enfrentada a circunstancias que le exigen respuesta.¹⁸

¹⁸ Íbidem

Otro aspecto de la Psicoterapia Existencial actual es que, al concebir a la persona como siempre en relación, ya sea con el mundo físico o corporal, o el mundo social e interpersonal, o el mundo personal, íntimo y psicológico, o inclusive con las dimensiones espirituales del mundo, se constituye como un enfoque postmoderno, que acentúa el estudio de la construcción que hacemos cotidianamente de lo que llamamos realidad. Esto se expresa principalmente en el énfasis que hace al estudio y trabajo constante en y con la relación terapéutica. Las vicisitudes de cada encuentro terapéutico son tratadas con especial atención, observando aquellos aspectos que obstruyan las posibilidades de generar un encuentro auténtico entre cliente y terapeuta o, en el caso de la terapia de grupo, entre todos los participantes¹⁹

1.4. El sentido de Vida

Este psiquiatra vienés ya mencionado, Viktor Frankl, eligió este término porque Logos es una palabra griega que equivale a "sentido", "significado" o "propósito". La Logoterapia centra su atención en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre²⁰.

La Logoterapia busca una visión integral de la persona, en la que se le ve como a un ser único e irrepetible, en el que hay que tener en consideración su dimensión espiritual.

Según la Logoterapia, la primera fuerza motivadora del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida. Debido a esto, Frankl habla acerca de la voluntad de sentido, en contraste con el principio de placer (o, como también podríamos denominarlo, la voluntad de placer) que es en lo que se centra el psicoanálisis freudiano, y en contraste con la voluntad de poder que enfatiza la psicología individual de Adler.

¹⁹ Íbidem

²⁰ Citado del pdf electrónico: <http://horacioaferreyra.com.ar/wp-content/uploads/2013/02/revista-psicologia05.pdf>

Para Frankl: *"La búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una racionalización secundaria de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido"*.²¹

Debemos de tener en cuenta que lo único constante es el cambio, con el paso del tiempo las circunstancias no son las mismas y nuestra vida se renueva, evoluciona intentando adaptarse de manera eficiente para poder desarrollarse en el contexto actual. Una psique bien desarrollada, conociendo las limitaciones personales y percibiendo las exigencias del medio es capaz de replantear las estrategias que deberá utilizar para poder desenvolverse lo mejor posible ante este medio. Es por eso que aquel hombre que se halle en crisis, deberá de replantear el sentido de su vida actual, para poder realizar nuevas cosas que cumplan las necesidades surgidas; solo a través de la búsqueda renovada de un sentido junto a la conciencia de la voluntad del mismo podremos replantear un nuevo proyecto de vida, más eficiente a nuestras circunstancias, apegado a la realidad y no a nuestra fantasía o a lo que nos gustaría que pasara. Todo esto sirve para ayudar al paciente a encontrar el sentido de su vida. Le hace consciente lo que anhela en lo más profundo de su ser y de sus responsabilidades, que consisten en decidir por qué. Se atreve a penetrar en la dimensión espiritual en el sentido de aspirar por una existencia más significativa. Mira más hacia el futuro que el psicoanálisis porque busca cometidos y sentidos que se pueden realizar.

En un periodo determinado de la vida, una persona puede encontrar sentido en el placer de tener una familia, o en concluir unos estudios, pero estos acontecimientos no dependen exclusivamente de la persona y son fácilmente arrebatables por circunstancias adversas. Entonces la persona se ve arrojada a buscar ahondando más profundamente en ella misma, Frankl llega a señalar que sólo un sentido trascendente nos enseña a soportar la prueba de la vida.

²¹Frank Viktor E. (2001) *El hombre en búsqueda del sentido*.

Frankl está convencido de que el núcleo del ser humano es el espíritu y de que éste busca sin cesar el sentido fundamental de la existencia. La existencia siempre está dirigida a algo que hay que cumplir o alguien a quien amar. Cada situación a la que nos abrimos conscientemente es una oportunidad y un reo que nos ayuda a realizarnos.

El papel del logoterapeuta con el enfermo

El Logoterapeuta tiene la función de ampliar y ensanchar el campo visual del paciente de forma que sea consciente y visible para él, todo el espectro de significados y principios. Nunca debe imponer juicios sino dejar que el paciente busque por sí mismo.

1.4.1 Lo espiritual como sentido de vida

La palabra "espiritual" puede mal interpretarse y ser categorizada como un término exclusivo de la religión, o del esoterismo, pero la realidad es que lo espiritual tiene mucho que ver con la experiencia del sentido de la vida que la persona anhela en su fuero interno, independientemente de sus creencias, por lo que podemos asegurar que todos, creyentes o no creyentes, tenemos una vida espiritual. En este sentido, la espiritualidad se refiere a nuestros valores y deseos más profundos, a lo más nuclear de nuestra existencia.

La psicología transpersonal, ha salido de la incapacidad crónica de la psicoterapia para ir más allá de las personas como egos autónomos, para ir más al fondo, a un nivel más espiritual. La psicología transpersonal es lo nuevo y prometedor en la psicoterapia de ahora mismo y se basa sobre todo en el misticismo y en el pensamiento oriental.

1.4.2. El cuestionamiento del sentido de vida

La búsqueda del sentido de vida debe de ser considerada como una conducta únicamente humana. Por lo tanto el hecho de cuestionarse el sentido de vida no debe de ser considerado como un problema. Por tanto, el hecho de cuestionarse el sentido de vida no debe de interpretarse nunca en modo alguno, como síntoma o expresión de algo enfermizo, patológico o anormal del hombre, lejos de ellos, es la verdadera expresión del hombre, de lo verdaderamente humano. Podemos ejemplificarlo perfectamente en el caso de los animales muy desarrollados, por ejemplo las abejas o las hormigas, organizados desde cierto punto a través de un modo social y superiores en ciertos aspectos a la sociedad humana. Pero jamás podemos llegar a la conclusión de que estos animales se planteen el problema del sentido de su propia existencia, ni pueda por lo tanto llegar a ser de su existencia algo discutible o problemático.

Con esto nos quiere decir Fankl que le está reservado al hombre como tal, y exclusivamente a él, el enfocar su propia existencia como algo problemático, el experimentar todo el carácter cuestionable del ser.

El problema del sentido de la vida, planteado de un modo radical, puede llegar a avasallar totalmente al individuo. Este caso suele darse, sobre todo, en el periodo de la pubertad, es decir, en aquel periodo en que se revela ante el joven que va madurando espiritualmente y lucha espiritualmente por ver claro, la problemática esencial de la existencia humana. El ser humano es, ante todo, un ser esencialmente histórico – por ejemplo en contraposición al ser animal- , que vive siempre dentro de un ámbito histórico, fuera de cuyo sistema de coordenadas no puede concebirse. Y este sistema de relaciones se halla siempre presidido de un sentido, no confesado, no percibido o no expresado. De aquí que la vida en un hormiguero pueda considerarse si se quiere, como enderezada hacia un fin, pero en modo alguno, como dotada de un sentido. Y con la categoría misma del

"sentido" desaparece también lo que podemos llamar lo "histórico": un estado de hormigas jamás podrá tener una historia.

Pero el problema del sentido de vida no se plantea de un modo típico solamente en los años de adolescencia, sino que en ocasiones es el propio destino quien lo plantea, por ejemplo una vivencia que sacuda y estremezca al hombre (por ejemplo en el caso del albergue el recibir la noticia de tener una enfermedad mortal). Y así como la problemática del sentido de vida en el caso del adolescente no representa nada enfermizo, tampoco debe de considerarse como patológica la angustia espiritual del hombre luchando con el contenido de la vida. En términos generales, no debe de perderse de vista, además que la psicoterapia cuando amplía sus horizontes como logoterapia, específicamente en el análisis de la existencia, guarda relación, por lo común, con hombres que sufren espiritualmente, pero que no deben de ser considerados como enfermos en sentido clínico. En rigor, es ese sufrimiento causado por la problemática humana lo que construye el verdadero objeto sobre que versa la "psicoterapia que arranca de lo espiritual". Pero aún en los casos que se dan realmente síntomas clínicos o psicopáticos puede tratarse también de facilitar al enfermo, por medio de la logoterapia al punto de apoyo espiritual especialmente sólido que el hombre sano y corriente necesita menos, pero que el hombre psíquicamente inseguro necesita de un modo apremiante, precisamente como compensación de esa inseguridad.

El tener una actitud positiva ante el sentido de vida es sumamente trascendente para el paciente y un estudio estadístico lo demuestra: Esta investigación estadística de gran envergadura acerca de las probables razones de la longevidad dio como resultado que todos los sujetos investigados, es decir, todas las personas longevas incluidas en la encuesta, tenían una concepción de la vida "optimista", afirmativa del sentido de vida misma.

1.4.3. El sentido de muerte²²

*“Sólo cuando realmente sabemos y entendemos que tenemos un tiempo limitado en la tierra
- y que no tenemos manera de saber cuando nuestro tiempo se ha acabado-,
comenzaremos a vivir cada día al máximo,
como si fuese el único que tendremos.”*

E. K. Ross

En el intento de dar una respuesta a la cuestión del sentido de la vida – a esta cuestión que es la más humana de todas-, el hombre se ve remitido a sí mismo como aquel a quien la vida pregunta y que tiene que responder y ser responsable ante ella. Se ve, por tanto remitido al hecho primigenio de que la Existencia es ser consciente y ser responsable ante ella, hemos visto que la responsabilidad es algo que emerge del carácter concreto de la persona y la situación, siendo una concreción misma. La responsabilidad crece con el carácter peculiar de la persona y con el hecho de que la situación siempre es algo peculiar e irreplicable. Estos dos aspectos son elementos constitutivos en cuanto al sentido de vida humana.

Pero esos dos aspectos esenciales de su existencia se manifiestan, al mismo tiempo, el carácter finito del hombre.

Lo cual quiere decir que esta finitud tiene también, necesariamente, que representar algo que dé un sentido a la existencia humana, en vez de quitárselo.

¿Cuántas veces se nos dice que la muerte hace problemático el sentido de la vida? Que en última instancia, todo carece de sentido, puesto que la muerte vendrá, a la postre a destruirlo todo. ¿Puede realmente la muerte anular o menoscabar el sentido de la vida? Por el contrario. En efecto ¿Qué ocurriría si el hombre fuera inmortal? Podría demorar con razón cada uno de sus actos hasta el

²² Tanto el sentido de muerte, el sentido del dolor, del trabajo y del amor son complementos que hacen llegar al individuo a encontrar su sentido de vida, éstos no deben de ser vistos como sentidos apartados, en todo momento Frankl remarcó que el sentido de vida no podría lograrse sin tener en cuenta éstos, de la misma manera. el cuestionamiento de dicho sentido por parte del propio paciente es un grado de conciencia puramente humano. He decidido modificar lo menos posible las palabras textuales del autor en su libro: “Psicoanálisis y existencialismo, de la psicoterapia a la logoterapia” para que no se distorsione el mensaje que Frank busca transmitir en la estructura de la búsqueda del sentido de vida.

infinito, no tendría el menor interés en realizarlos precisamente ahora, podría demorarlos un año o hasta diez. En cambio, viviendo como vivimos, en presencia de la muerte como algo inevitable en nuestro futuro, nos vemos obligados a disfrutar el tiempo de vida limitado del cual disponemos y no dejar pasar en balde, desperdiciando las ocasiones que solo se brindan una vez y cuya suma finita compone la vida.

Por lo tanto, con esto Frankl nos quiere decir que la finitud, la temporalidad, no sólo es una característica esencial de la vida humana, sino que es, además, un factor constitutivo del sentido de vida. El sentido de la vida humana se basa en su carácter irreversible. Por eso, sólo podremos comprender la responsabilidad de vida de un hombre siempre que la entendamos como una responsabilidad con vistas al carácter temporal de la vida, que sólo se vive una vez.

En el albergue esto fue algo muy útil en el tratamiento con los pacientes, el hacerlos ver que solamente existe una vida, o en el caso de que sus creencias los inclinaran por pensar que no era la única vida que tendrían optaba por decirles que es la única vida que tendrían con ese nombre y con esas personas que los acompañaban y que jamás es tarde para hacer lo que siempre quisimos era una especie de fuerza que entraba por su mente mediante esa idea y se irradiaba al cuerpo, me era muy útil hacerles reflexionar sobre lo que querían hacer antes de morir, y en la mayoría de los casos esos pendientes eran los motivantes para seguir buscando las opciones necesarias para llegar a esos objetivos.

Me gustaría concluir este apartado con la siguiente aportación de Frankl:

¡Vive como si vivieses por segunda vez y como si la vez primera lo hubieses hecho todo de un modo tan falso como te dispones a hacerlo ahora! Quien consiga trazarse ante sí esta idea fantástica, no cabe duda de que sentirá, al mismo tiempo, toda la grandeza de la responsabilidad que sobre el hombre pesa en todos y cada uno de los momentos de su vida: la responsabilidad con respecto a lo que saldrá

*de la hora siguiente, con relación al modo como deberá plasmar el día de mañana*²³.

Pero para entender la totalidad de la propuesta de Frankl es preciso mencionar no solamente el sentido de vida y su contraparte: el de muerte, sino todos los demás sentidos que afligen al hombre:

1.4.4. El sentido del dolor.

*"La vida no es algo, sino que es siempre,
simplemente la ocasión para algo"*²⁴

Hebbel

Al tratar el problema del sentido de la vida distinguimos en términos muy generales tres posibles categorías de valores. Hablamos de valores de creación, de valores de vivencia, y de valores de actitud. La primera categoría se realiza por medio de actos, la segunda mediante la acogida pasiva del universo (la naturaleza, el arte) por el Yo.

Por su parte, los valores que llamamos de actitud se realizan siempre que admitimos como tal algo que consideramos fatal como el destino. Lo cual quiere decir que la vida del hombre no se colma solamente creando y gozando, sino también sufriendo.

Existen casos en donde solo momentos antes de su muerte, el hombre se da cuenta de todo el abismo de falta de sentido que ante él se abre. Gracias a esta repentina visión de la falta de sentido de su vida, se agiganta, por encima de sí mismo, cobra una grandeza interior que da retrospectivamente, un sentido pleno y hermoso a su existencia pasada. Y es que la vida puede adquirir su sentido no solo por la muerte, sino también en la muerte misma. Dicho en otras palabras, no

²³ Frankl V. "Psicoanálisis y existencialismo, de la psicoterapia a la logoterapia" Segunda edición. Edit. Fondo de cultura económica

²⁴ *Ibidem*

es el sacrificio de la propia vida lo que da a esta un sentido, sino que la vida puede llegar a su colmo incluso en su propio fracaso.

Otra premisa fundamental del sentido del dolor es que la falta de éxito no significa la falta de sentido. Lo cual puede ser ejemplificado en las experiencias amorosas. Preguntémosnos honradamente si estaríamos dispuestos a suprimir de nuestra vida las experiencias desventuradas en materia amorosa, a borrar de ella las experiencias dolorosas, o desdichadas y nos contestaremos sin ninguna duda, que no. La plenitud de dolor no significa el vacío de la vida, por el contrario el hombre madura en el dolor y crece en él, y estas experiencias desgraciadas le dan mucho más que lo que podrían darle muchos éxitos amorosos.

El debatirse del hombre con lo que el destino pone ante él es la misión más alta y la verdadera finalidad del sufrimiento. Cuando padecemos una cosa, le volvemos interiormente la espalda, poniendo cierta distancia entre nuestra persona y la cosa de que se trata, mientras sufrimos de un estado de cosas que no debiera ser, nos hayamos bajo la tensión existente entre lo que de hecho es y lo que nosotros creemos que debe ser.

El sufrimiento tiende a salvaguardar al hombre de caer en la apatía, en la rigidez mortal del alma. Mientras sufrimos, permanece viva, con esto el hombre crece y madura en el sufrimiento, el dolor le temple, le hace más rico y más poderoso porque habrá de adquirir nuevas herramientas para salir del mismo.

El duelo, posee el sentido y la fuerza del ser que siga existiendo, en cierto modo, lo que ha dejado de existir. Ambos sentimientos, el de arrepentimiento y el de duelo, corrigen de alguna manera el pasado. Resolviendo un problema, al contrario del aturdimiento y la distracción: *el hombre que trata de aturdirse o distraerse cuando sufre alguna desgracia, no soluciona ninguna cuestión, no borra sus desgracias, lo que borra es simplemente una de las consecuencias de las desgracias.*

Con esto Frankl afirma que aquel hombre que trata de distraerse o aturdirse ante el evento desagradable, no aprende nada. Al tratar de huir de la realidad puede

refugiarse en la embriaguez o en las drogas. Cometiendo con esto un error subjetivista y hasta psicologista al creer que por medio del aturdimiento, borra también el objeto mismo de la emoción, como si lo que se arrincona en la ignorancia desapareciera por ello de la realidad. El acto de apartar la vista de un objeto no lo hace desaparecer, tampoco el hecho de reprimir una emoción de duelo anula la realidad deplorada.

Las enfermedades brindan al hombre la ocasión de padecer. No solo porque el hombre puede estar enfermo y no padecer en el sentido propio de la palabra, sino también porque existe por otra parte, un padecer fuera de cualquier acto de enfermedad, un padecer estrictamente humano, que es precisamente aquel que forma parte esencial de la parte del hombre, por el sentido de la misma. Puede darse por tanto, el caso de que el método al que llamamos *análisis existencial* se vea obligado a poner en condiciones de poder sufrir, mientras que el psicoanálisis por ejemplo, enfatiza en hacer de él un ser capaz de gozar o ejecutar. Hay situaciones en las que únicamente el hombre puede vivir su vida en el auténtico sufrimiento. Y esa ocasión para algo que es la vida, según Hebbel²⁵, se desperdiciara también en el caso de dejar pasar desaprovechada una ocasión de padecer. Comprendemos ahora porque Dostoyevsky²⁶ pudo decir aquello de que solo tenía miedo de una cosa: el no ser digno de sus padecimientos. Apreciando también cual meritorio es el padecer de aquellos enfermos que parecen luchar por mostrarse a la altura de sus dolores.

El enfermo, como sujeto que padece y soporta, es en cierto modo superior al médico. El médico que tenga el oído lo bastante fino para percibir los factores relevantes de la situación tendrá siempre, ante un enfermo incurable, la sensación de no poder enfrentarse con aquel ser sin un poco de vergüenza. En efecto, mientras que el médico se siente impotente e incapaz, para arrancar a la muerte su víctima, el enfermo es el hombre que hace frente al destino, sometiéndose pacientemente a él en su sereno padecer, con lo que cumple desde el punto de

²⁵ Citado por Frankl en "Psicoanálisis y existencialismo, de la psicoterapia a la logoterapia"

²⁶ Ibidem

vista metafísico, una auténtica obra, a la par que el médico, en el mundo de lo físico, en el campo de las realizaciones médicas, se siente fracasado en su propia misión.

1.4.5. El sentido del trabajo.

La logoterapia busca que el hombre sea responsable de sus actos, por lo cual el cuestionarse el sentido de vida no basta con dejarlo solo en palabras, este cuestionamiento debe de ser la filosofía de vida que encamine a quien se pregunte hacia dónde quiere ir y qué expectativas tiene de la vida. Por eso, la respuesta adecuada ante el cuestionamiento del sentido de vida debe de ser una respuesta activa y encuadrada dentro de la concreción de cada día, que es el espacio concreto del ser humano responsable. Dentro de este marco concreto, el individuo es insustituible e irremplazable. Ya nos referimos a lo importante que es para el hombre la conciencia de su carácter único, de que su vida se vive una sola vez. El análisis de la existencia en el sentido de despertar la conciencia de ser responsable y cómo esta conciencia se despierta y acrecienta, sobre todo, a base de una tarea concreta y personal de lo que se llama una misión.

En palabras de Frankl ²⁷, el hombre que no comprende el sentido peculiar de su propia existencia singular se sentirá necesariamente paralizado en las situaciones difíciles de la vida. Le sucederá forzosamente como al alpinista que envuelto por la espesa niebla y que al no tener la meta ante los ojos, se expone al peligro de que le asalte un cansancio fatal. Al despejarse de nuevo la niebla y atalayar, por lejos que sea la cabaña o el refugio salvador, se siente otra vez animoso y lleno de energías, las mismas piernas que apenas hace un momento parecían dejar de responderle se renuevan con oleadas de energía.

Mientras los valores creadores o su realización ocupan el primer plano en la misión de vida del hombre, el campo de su realización coincide en general con el de su trabajo profesional. El trabajo representa el espacio en el que la peculiaridad

²⁷ Frankl V. "Psicoanálisis y existencialismo, de la psicoterapia a la logoterapia"

del individuo se enlaza con la comunidad, cobrando con ello su sentido y su valor. Sin embargo este valor se da por la obra (como una obra en función de la comunidad) y no a la profesión concreta en cuanto tal. No es, por tanto, una profesión determinada la que da al hombre la posibilidad de realizarse, es decir, ninguna profesión por sí misma hace al hombre feliz. Cuando la profesión concreta que se ejerce no produce en el hombre un sentimiento de satisfacción, no debe de culparse a la profesión, sino al hombre mismo. En palabra de Frankl : *“No es la profesión de por sí la que hace a quien la ejerce irremplazable e insustituible, le da simplemente, la posibilidad de ello”*²⁸

1.4.6. El sentido de amor.

Habiendo expuesto lo anterior podemos decir que los dos grandes pilares del sentido de la existencia humana son la peculiaridad de la persona, esto es, el carácter único, y el segundo, la singularidad, el que su vida se viva una sola vez.

Los valores de creación se realizan bajo la forma de aportaciones, guardando siempre una relación más o menos grande con la comunidad. Y con ello, que la comunidad, que tiende a la creación y a la actividad humana, es lo que conviene un sentido existencial a la singularidad y peculiaridad de su vida. La comunidad también puede ser meta a la que se encamina la existencia. Principalmente, la comunidad entre dos seres, la comunidad íntima entre un *yo* y un *tú*. El amor es exactamente la vivencia de otro ser humano, en todo lo que su vida tiene de peculiar y singular. En el amor, el ser amado es concebido como un ser peculiar y singular, en un ser único, concebido como un *tú* y acogido como tal por otro *yo*. Somos seres insustituibles e irremplazables para quien nos aman, sin que por ello necesitemos hacer nada de nuestra parte. El que es amado no puede impedir que si ser amada actúe según su personalidad peculiar y singular, es decir según su valor personal. El amor no es ningún mérito, sino una gracia. Y no solo una gracia,

²⁸ Ibidem.

sino un encanto, para el amante, el amor hechiza al mundo, lo transfigura, lo dota de un valor adicional.

La psicoterapia y la espiritualidad armonizan perfectamente. Mientras la psicoterapia apunta a su afinidad, aunque no exclusivamente, a la curación el corazón herido, ya sea por el pasado o por las vivencias actuales o anticipando acontecimientos que en muchas ocasiones jamás ocurrirán, la espiritualidad se fusiona con la espiritualidad en muchos momentos, como cuando reconocemos que perdonar, pacificar nuestro interior y pacificarnos con los demás es al fin y al cabo un acto auténticamente espiritual.

A veces la psicoterapia significa estar con alguien, mientras toda la angustia y soledad aparece descarnada, y el terapeuta lo único que hace es proveer de un espacio y de un tiempo donde el protagonista vierte sin miedo al abandono, ni la crítica, todo su dolor. La espiritualidad puede resultar una buena asistencia en el proceso de elaboración del dolor, un apoyo adicional, un amplio sistema de significados desde el cual podemos resistir un dolor.

Cabodevilla (2006) asegura que la dimensión espiritual es el océano en el que "vivimos", nos movemos y estamos. Es el principio y el fin de todo. En la psicoterapia es el amplio marco en el que trabajamos los conflictos o problemas del cliente. El terapeuta debe de tener en cuenta que tanto el paciente como él comparten un campo espiritual común. La consulta debe de ser siempre para el psicólogo un lugar sagrado, donde se encuentran dos personas, cada una con su historia. Es un lugar cálido, seguro, acogedor, dispuesto a llenarse de lo fundamental de la existencia humana. Es un lugar para el amor. Se considera de suma utilidad en la consulta, entre cliente y cliente, tener unos minutos de meditación silenciosa, de sosegada espera antes de que llegue la persona, a la que se va a recibir.

1.5. El papel de la religión

Personalmente creo que el papel de la ciencia ha ido demasiado lejos al quebrar la fe del hombre en su grandeza espiritual... Y al sugerirle a cambio que no es sino un animal insignificante nacido del azar.

John Eccles²⁹

Dentro de los procesos psicológicos manifestados en el enfermo, considero indispensable analizar el papel de la religión. Durante mi estancia en el albergue me pude percatar de un fenómeno que se presentaba en muchos casos: personas que antes de estar enferma no se consideraban creyentes ahora lo eran, o los que ya lo eran antes de la enfermedad después de recibir el diagnóstico ahora se apoyaban más en esta.³⁰

Después de haber hablado con muchos de ellos identifiqué un patrón en común: La religión (desde católicos hasta testigos de Jehová³¹) les ofrecía algo después de la muerte, es decir, les ayudaba a cambiar el miedo a morir por la esperanza de vivir algo mejor después de la muerte, llámese paraíso, el reino de los cielos, la gracia de Dios, etc. Donde ya no habría dolor y sus males se irían para siempre, donde tendrían una felicidad eterna a lado de sus seres queridos que habían muerto antes que ellos. Entonces la muerte dejaba de ser el final para convertirse en un pequeño periodo de transición, que los llevaría a una eternidad plena en todos los aspectos.

Respaldo mi argumento anterior con los siguientes pasajes Bíblicos más utilizados en cuanto éste tema:

²⁹ Eccles John *El cerebro y la mente* Citado por Louvier J. en: *"El sentido de la vida"*

³⁰ Después de haber pasado por un proceso de duelo, véase el apartado 2.2.1 *Etapas en el proceso de duelo. Ya que en el principio de la enfermedad era común que en lugar de apoyarse en la religión se enojaran con "Dios" y se alejaran de la misma. Pero en la mayoría de los casos el enfermo terminaba por reconciliarse con su "Dios", encontrando el consuelo necesario y la fuerza para poder cumplir su última voluntad.*

³¹ Que fueron las dos religiones que encontré en la población del albergue

"Porque tanto amó Dios al mundo que no paró hasta dar a su hijo único, para que todo el que crea en él no perezca, sino que tenga vida eterna.."(Jn. 3,16)³²

"Yo soy la resurrección y la vida. Él que cree en mí, aunque muera vivirá" (Jn. 11, 25)³³

"Y enjugará toda lágrima de sus ojos, y no habrá ya muerte ni llanto, ni gritos, ni fatiga" (Ap. 21, 4)³⁴.

Independientemente de mis creencias personales, las cuales no considero relevante expresar, no puedo desmeritar los resultados de la fe en una religión en el enfermo. A muchos les funcionaba mejor que cualquier terapia, incluso hubo un caso muy curioso en el albergue de una mujer que estaba como paciente porque una enfermedad degenerativa la había dejado prácticamente ciega y querían salvarle la visión de un ojo, ella era testigo de Jehová y cuando toqué el tema de la religión en el consultorio, ni si quiera pude percatarme pero de un instante a otro ella ya me estaba intentando convencer de ser testigo de Jehová.

Al ser su gran apoyo y una esperanza de vida después de la muerte ésta religión para ella, había enfocado sus esfuerzos en propagar lo que ella definía como: "La palabra de Dios". Con la cual estaba infinitamente agradecida por haber cambiado por completo su concepto de estar enferma. Ahora para ella, el tener un padecimiento físico no significaba un castigo, o el fin de todo, ahora representaba un periodo de transición que en el momento de su muerte la llevaría a la plenitud total, lejos de enfermedad, dolores y sufrimientos.

Todo recién llegado al mundo del acompañamiento terapéutico a enfermos terminales debe de tener en cuenta el aspecto de la religión, inmiscuirse en cuál es en la que el paciente cree, respetar dichas creencias y partir de ahí para identificar cómo es que el paciente percibe la enfermedad.

³² Citado por Louvier J. "El sentido de la vida"

³³ Ibidem

³⁴ Ibidem

Capítulo 2 Tanatología

*Nosotros los hombres tenemos un cielo,
y este también está en cada uno de nosotros
en toda su plenitud, indiviso y correspondiente
a la naturaleza de cada cual.*

*Por eso cada vida humana sigue su propio curso,
por eso fallecimiento, muerte y enfermedad están desigualmente repartidas,
según la acción de cada cielo, porque si el mismo cielo estuviera en todos nosotros,
todos los hombres tendrían que estar enfermos al mismo tiempo,
y sanos al mismo tiempo.*

Paracelso (Padre de la alquimia)

La tanatología es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos, y en otros animales (tanatología forense veterinaria) aplicando el método científico o técnicas forenses, tratando de resolver y enfrentar las situaciones conflictivas que suceden en torno a ella, desde distintos ámbitos del saber, como son la medicina, la psicología, la antropología física, la religión y el derecho.

El término deriva del lenguaje griego. En la mitología griega, Thanatos (θάνατος; "muerte"), logos (definición o tratado). Es la personificación de la muerte.

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

Objetivos

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

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

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

La muerte es un hecho trascendental que pone fin a la vida y que suscita en el hombre las más grandes reflexiones y profundas preguntas. El mundo occidental se caracteriza por tener la incertidumbre de la muerte, y con frecuencia sentimos temor de morir, aunque de antemano sabemos que es el único porvenir seguro que tenemos como seres humanos.

Desde sus inicios la especie humana se ha preguntado por el significado y sentido de la muerte; a lo largo del pensamiento humano filósofos y pensadores importantes como Platón, Aristóteles (o el mismo Epicuro), han tenido como objetivo dilucidar el significado de la muerte y auxiliar al ser humano en su temor frente a ella. Las religiones o creencias en torno a la vida, como las de los judíos, cristianos, hinduistas, budistas y demás, tienen variados conceptos y rituales de la muerte, pues algunos creen en la posibilidad de la reencarnación o la resurrección, o de una vida eterna en el cielo o en el infierno.

La concepción de la muerte en el México prehispánico y en nuestras etnias actuales está ligado a ciertos dioses y a la vida después de la muerte; de hecho, el mexicano actual ha llenado su mundo de mitos y leyendas, de poemas, canciones, dichos populares y de una mezcla de temor y humor; incluso se dice que nos burlamos de la muerte o reímos de miedo, pero ¿estamos preparados para morir o para perder a un ser querido? Seguramente la respuesta será un rotundo no. (Rojo de la Vega y Negrete P. 2004)³⁵

La muerte es un proceso natural de la vida, tan cotidiano como el nacimiento de un nuevo ser; el problema está cuando nos toca de cerca, pues en ese momento atravesamos por una serie de sentimientos tales como fragilidad, vulnerabilidad y amargura, los cuales no estamos preparados para enfrentarlos y vivir con ellos; la mente reacciona de manera diferente cuando este trágico suceso llega a nuestras vidas, y entonces las reacciones son intensas, con cambios psicológicos, conductuales y emocionales que marcan la vida por lapsos variables.

³⁵ Citados en: REVISTA DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA
Volumen XXII numero 2 (Mayo –Agosto 2009) por Denis R.P., Benítez S. y Hermida M.

2.1. El miedo a la muerte

Si deseamos morir bien hemos de aprender a vivir bien, manteniendo la esperanza de una muerte apacible, debemos cultivar la paz en nuestra mente y en nuestra manera de vivir"

Dalai Lama

La muerte no es un fracaso, forma parte de la vida. Es un acontecimiento que todos viviremos.

Es cierto que la cultura actual ignora, oculta o evade la muerte. Se la considera y se la trata como un tabú (no se habla de ella ni con quien la vivencia de cerca). Además muchas veces, tal vez demasiadas, la soledad, el miedo, el abandono y la impotencia componen el último acto de la vida.

No es posible impedir cierto sufrimiento afectivo y espiritual que forma parte del proceso del morir de cada cual. Creo que mayoritariamente, por no decir todos, en algún momento de nuestra vida hemos sentido miedo. El miedo es un sentimiento, una emoción humana que puede hacerse tan tremenda y tan presente que nos puede atezar, incluso anular.

La psicología humanista ha comprendido que existen dos formas diferentes de miedo y ansiedad. Una de ellas es el terror patológico, la angustia que se halla ligada a la "enfermedad mental". La otra no está ligada a ningún trastorno patológico, sino de una angustia existencial, un miedo intrínseco del ser humano a la muerte. Así pues, el terror existencial no es ilusorio, sino real, y padecerlo no es patológico, sino inevitable.

Desde que el ser humano en su evolución terminó por separarse de los demás primates como un ser autorreflexivo, comenzó a exponerse a la ansiedad y a la culpa.

Desde al análisis de Cabodevilla algo así se muestra en el relato bíblico de Adán y Eva, a partir de que probaron el fruto prohibido tomaron conciencia de sí mismos y de que sufrirían y morirían, y que deberían de llevar consigo esa angustia y nueva carga. Comer el árbol del conocimiento no sólo hizo que los hombres y mujeres tomaran conciencia de su estado, sino que emprendieran una vida real de auténtica responsabilidad autoconsciente. Éste fue el nacimiento de la autoconciencia.

El conocimiento nació de la libertad y lejos de los oscuros rincones de lo irracional. El hombre prefirió la muerte y la angustia a la inocencia de la ignorancia.

Si bien es cierto que el hombre y la mujer son criaturas sufrientes porque se han tornado conscientes de la muerte y de todo el horror descrito por el movimiento existencialista, este puede ser superado, trascendiendo el yo y la muerte.

Cada persona tiene su propia configuración de miedos. Para algunos, la pérdida del control, el miedo a la locura resulta lo más temeroso. Para otros, son la soledad y el sentirse abandonados. Pero para otros, el miedo es algo muy real y espeso, difícil de atravesar sin un acompañante. Transitar por los territorios del miedo es una nueva oportunidad de profundizar en nuestro yo más auténtico.

Conforme pasa el tiempo y el hombre envejece se va topando de frente con este miedo a la muerte, el cual deja de ser un evento que se creía lejano para convertirse en algo que puede llegar muy pronto, creando ansiedad que muchas veces encuentra consuelo en la religión, personas que toda su vida se hicieron llamar ateos es común que terminen siendo creyentes.

El envejecimiento, la enfermedad, el sufrimiento, el acercamiento a la muerte son experiencias de separación, todo lo que significa ruptura entraña tristeza. La

travesía por la tristeza forma parte del proceso de hacerse de otra manera, de una nueva adaptación a la existencia.

Cada persona vive a su manera el sufrimiento, cada persona lucha contra la angustia con mecanismos de defensa que le son propios.

Hoy sé que es bueno permitir a la persona que disponga de un espacio y un tiempo para compartir lo que está viviendo. Algunas personas, cuando se enfrentan a la muerte, profundizan en su vida; otras no lo hacen. No existen formas ideales de vivir, ni modos ideales de morir.

Acompañar es aceptar la parte inacabada, de imperfección, supone asimilar lo que cada uno de nosotros somos. Acompañar en el tránsito del miedo, es permitir; es confiar en la vida, en la persona moribunda que estamos asistiendo, desde nuestra condición de ser querido o de profesional.

Concuerdo con Cabodevilla en que a veces, en el acompañamiento por este territorio tan denso, habrá que intentar buscar el humor que se encuentra en todas las cosas. Con esto no se quiere decir que se tomen las cosas a broma, sino que si logramos buscar el humor a todo lo que hacemos y forma parte de la vida incluso en las tragedias resultará de gran ayuda. Con frecuencia nos acercamos al moribundo con excesiva seriedad, inclusive con lástima. Cuando la persona se enfrenta a una enfermedad grave e invalidante que acecha su vida, una buena terapia consiste en que la persona mejore su vida imprimiendo mayor calidad a cada pequeña cosa o actividad que realice el objetivo terapéutico es ayudar a la persona a situar el morir como la culminación de su vida. Hasta el último momento hay una oportunidad para encontrar o conferir un sentido a la vida. La vida incluye el morir, una buena vida incluye una buena muerte.

2.2. El Duelo

El duelo es el proceso psicológico que cada ser humano experimenta de diferentes formas e intensidades que varían según la edad, el sexo, el vínculo afectivo, la fortaleza emocional y espiritual y hasta la cultura a la que pertenecemos.

La palabra duelo viene de la palabra latina *Dolos*, que significa “sentir un profundo dolor”, este es el proceso emocional de adaptación debido a una pérdida (no solo a la de un ser querido).

La finalidad del duelo es recuperarse de la manera más saludable en el tiempo más corto posible y alcanzar en ese tiempo el equilibrio emocional, y no transcurrir de un duelo considerado “normal” a padecer un duelo patológico, que es cuando se vive y se reacciona con sentimientos y emociones desproporcionados a los que se esperan cuando un ser amado muere. Este tipo de duelo requiere ayuda profesional inmediata.

Las etapas del duelo europeo difieren de las del mexicano y, en general, de las del latino, según opina la doctora Elisabeth Kübler-Ross, quien es considerada como la madre de la tanatología. Propone que la elaboración del duelo ocurre en cinco etapas: negación y aislamiento, ira, regateo, depresión y, finalmente, aceptación.

En México, el doctor Alfonso Reyes Zubiría³⁶ tiene una visión distinta respecto del proceso de duelo y de las emociones anteriormente descritas. Al mexicano, lo caracteriza la religiosidad y el apego a la familia, ingredientes que lo hacen vivir estas etapas de manera distinta al europeo; refiere sentir una gran tristeza a lo largo del proceso de duelo, pero la religiosidad hace que alcance en la mayoría de los casos la aceptación mediante la fe. Las etapas que el mexicano vive son, entonces, la depresión, la ira, el perdón y la aceptación.

³⁶ Citado en: REVISTA DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA Volumen XXII número 2 (Mayo –Agosto 2009) por Denis R.P., Benítez S. y Hermida M.

En ocasiones es posible sufrir síntomas idénticos a los de un proceso de duelo sin que se haya padecido la muerte de un ser querido debido a la ocurrencia de sucesos que pueden desencadenarlos, como una enfermedad incurable o terminal, un divorcio, la pérdida del trabajo o de un miembro anatómico, la ruina económica, una decepción amorosa, la prisión o un fracaso profesional, entre otros. El tanatólogo deberá asistir a estas personas para que logren la aceptación del hecho en estos casos, y orientar a la familia a vivir un proceso de duelo lo más saludable posible y en el menor tiempo, si hubiese ocurrido la muerte de un ser querido.

En la actualidad, hay un gran número de personas preparadas para ayudar a curar el dolor del proceso de morir, tanto en el enfermo como en la familia. El trabajo tanatológico no termina con la muerte de alguien, sino que continúa hasta que el familiar concluye su trabajo de duelo y llega a la verdadera aceptación de la muerte de su ser querido.³⁷

Cabodevilla (2006) Propone como solución la búsqueda del sentido de la vida, la cual nos enseñará a apreciar la vida tal cual es y tomar los eventos como un modo de aprendizaje; lo difícil de ello será comprender nuestra misión en la Tierra. Hemos decidido citar a Frankl porque él lo explica muy bien (*el hombre en busca de sentido, 2001*). La búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no "una racionalización secundaria se sus impulsos instintivos; éste sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo"; únicamente así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido. Algunos autores sostienen que las sensaciones y los principios no son otra cosa que "mecanismos de defensa", "formaciones y sublimaciones de las reacciones".

"Tenemos que precavernos de la tendencia a considerar los principios morales como simple expresión del hombre. Pues *logos* o "sentido" no es sólo algo que

³⁷ Ítem (revista electrónica)

nace de la propia existencia, sino algo que hace frente a la existencia, si ese sentido que espera ser realizado por el hombre no fuera nada más que la expresión de sí mismo, o nada más que la proyección de un espejismo (la ilusión) perdería inmediatamente su carácter de exigencia y desafío; no podría motivar al hombre ni requerirle por más tiempo. Esto se considera verdadero, no sólo por lo que se refiere a la sublimación de los impulsos instintivos, sino también por lo que toca a lo que C.G. Jung denomina *arquetipos* del "inconsciente colectivo", en cuanto estos últimos serían también expresiones propias de la humanidad como un todo. Y también se considera cierto por lo que se refiere al argumento de algunos pensadores existencialistas que no ven en los ideales humanos otra cosa que invenciones. Según J.P. Sartre, el hombre se inventa a sí mismo, concibe su propia "esencia" es decir, lo que él es esencialmente, incluso lo que debería o tendría que ser. Pero yo no considero que nosotros inventemos el sentido de nuestra existencia, sino que lo descubrimos".³⁸

Todo esto me llevó a la conclusión de que el hombre es capaz de soportar condiciones y situaciones difíciles simplemente hasta de imaginar, siempre y cuando tenga un buen proceso de duelo (en cuanto el punto de vista de la tanatología) y el apoyo de alguien que le brinde comprensión y esté dispuesto a escucharlo; si ese "alguien" es capaz de ganarse la confianza y el cariño del enfermo; definitivamente se convertirá en la piedra angular para que este muera lo más tranquila y dignamente posible.

Los lazos afectivos, el vínculo afectivo, la forma e intensidad de la relación que tenemos con cada persona, la forma e intensidad de la convivencia, la educación, los elementos culturales, las creencias y nuestra personalidad, más las condiciones existentes antes, durante y después de la pérdida, son factores que pueden influir notablemente en la duración, forma e intensidad de cómo vivimos una ausencia. Es por lo anterior que en ocasiones la muerte de un familiar lejano puede no ser tan impactante para quienes continuamos con vida, pero la muerte de una mascota, la muerte de un amigo, de una pareja sentimental, la demolición

³⁸ Frank Viktor E. (2001) *El hombre en búsqueda del sentido*.

de una casa, o el derrumbamiento de un árbol, puede ser un final de sumo significado para nosotros.

La importancia que una ausencia tenga para cada uno de nosotros puede ser un factor crucial en la forma e intensidad como vivamos el duelo respectivo, pero nuestro carácter, nuestra filosofía de vida, las circunstancias que estemos viviendo, lo espiritual que seamos, nuestras vivencias previas, y quizá, hasta los momentos que hayamos adquirido en diferentes formas y espacios, también pueden ser una influencia en la forma, intensidad y duración de nuestro duelo.

2.2.1 Etapas en el proceso de duelo.

Como sabemos cada humano es único, y los duelos que cada persona vive se manifiestan de manera única debido a la historia de vida personal, de hecho ante pérdidas similares en una misma persona puede manifestarse en cada ocasión un duelo diferente.

La Dra. Elisabeth Kübler-Ross después de haber trabajado años con enfermos terminales teorizó (siempre dejando en claro que no siempre se manifestarán en ese orden) las siguientes etapas en el duelo:

1. *Negación.*- Por lo general sucede el momento de recibir la noticia sobre una pérdida. En esta etapa, generalmente manifestamos nuestra negación ante el hecho, con una expresión equivalente a "no puede ser" o "esto no puede estar sucediendo".
2. *Ira.*- Cuando se reconoce que sí sucedió el evento de la pérdida, es posible la manifestación de coraje, ira y reclamos. Estas expresiones normalmente van encausadas a quienes creemos responsables directos de la pérdida: el médico, una enfermera, Dios, algún familiar, hasta se puede presentar que a la persona que murió culpemos.
3. *Negociación.*- Como su nombre lo dice, en esta etapa se intenta negociar, ya sea con Dios, el jefe del trabajo, el médico, con la ley, etc. Para

obtener a cambio la restitución de lo perdido, aunque en muchas ocasiones eso sea imposible (desde la amputación de una parte del cuerpo hasta la muerte de alguien). Normalmente en esta etapa ofrecemos hacer o no hacer algo (dejar de beber, fumar, pelear, etc.) a cambio de la recuperación de lo ausente.

4. *Depresión*.- Puede ser el resultado de no haber obtenido los resultados deseados en la negociación, también se considera que llega como resultado de la ira y el coraje no manifestado en su momento. Esta es la etapa más difícil y complicada, sin embargo esta etapa indica que la aceptación de la pérdida va siendo más probable, porque en cierta manera estamos manifestando la rendición, en una lucha por lo innegable.
5. *Aceptación*.- En esta etapa aceptamos plenamente la pérdida y comenzamos a funcionar de una manera más armónica y cordial con nosotros mismos, con las demás personas y con nuestro entorno.

Es importante recordar que estas etapas no se presentan en todos los casos de manera lineal. Por lo tanto lo mejor es esperar vivirlas de manera salteada y desordenada, de hecho es común vivir una etapa más de una vez y en pocas ocasiones se llega a la aceptación como proceso final.

A partir de los estudios de Kübler-Ross otros investigadores profundizaron en el tema de las etapas de duelo, actualmente los más relevantes son:

Igor Caruso (1969)

- Catástrofe del Yo.
- Agresión
- Búsqueda de indiferencia
- Huida
- Ideologización
- Aceptación

Nancy O'Connor (1990)

- Ruptura de antiguos hábitos (desde el conocimiento de la pérdida hasta ocho semanas después).
- Inicio de la reconstrucción de vida (desde la octava semana hasta un año).
- Búsqueda de nuevos objetivos, de amor o de amigos (desde los 12 hasta los 24 meses).
- Terminación del reajuste (después del segundo año).

Isabel Fonnegra (2001)

- Shock, aturdimiento y anestesia emocional.
- Enfrentando la ausencia: fase aguda.
- Volver a la vida: cambio, reorganización y restablecimiento.

Susana Roccatagliata (2000)

- Choque e incredulidad
- Tomar conciencia de la pérdida
- Desorganización, desesperación y retraimiento.
- Resolución

A pesar de que existan nuevas teorías del proceso de duelo, actualmente la de la Dra. Kübler-Ross sigue siendo la más prestigiada.

2.3. Duelo silente³⁹

Se origina por una ausencia importante, ya sea de un ser querido, un objeto o una circunstancia; sin embargo en un duelo silente, la ausencia no necesariamente implica una presencia o posesión, y después de la pérdida, también puede darse por la imposibilidad o dificultad para relacionarse con alguien o con algo. Este puede generarse por:

³⁹ Extraído de: Tovar O. "UN DUELO SILENTE: ETAPAS DEL PROCESO DE DUELO" México D.F. Edit. Trillas. Primera Edición

- La ausencia de una persona o ser querido que estaba y ya no está, alguien con quien teníamos una relación, quizá comercial, de negocios, escolar, vecinal, sentimental, familiar o de cualquier otro tipo.
- La ausencia de un objeto o una circunstancia.
- La imposibilidad o dificultad de iniciar, continuar o establecer (en ese presente o periodo) una relación, convivencia, vínculo o disfrute.
- La falta de interés o disposición para dejar, separarnos o hacer algo que modifique o mejore la situación que nos aqueja o padecemos.

Retomando el último punto, las razones para mantener las cosas como están pueden ser muchas, y es posible que quienes lo vivimos, mantengamos la idea de que nada cambiará, por lo tanto, preferimos adecuarnos a las circunstancias, y al mismo tiempo contradictoriamente existe una esperanza de cambio favorable en algún momento indeterminado, con o sin nuestra participación.

Es importante considerar que también las ausencias abstractas o intangibles pueden generar un duelo silente.

Un duelo silente puede generarse por un final, un cambio, una ausencia, una pérdida, un faltante o un desinterés.

2.4. Pérdidas

Las llamadas pérdidas son eventos inevitables en la vida de todo humano y generalmente suceden como resultado de:

- Un final esperado o no.
- Un cambio propiciado o inesperado
- La ausencia de un ser querido o de algo que nos era grato.
- La falta de una persona o algo deseado que hasta el momento no hemos podido o quizá nunca podamos hacer que forme parte de nuestra vida como nosotros quisiéramos.

2.4.1. Tipos de pérdidas

El duelo silente es la manifestación psicológica de una pérdida importante para la persona, las pérdidas pueden ser:

- Pérdidas de elementos abstracto o intangibles
- Pérdidas por muerte
- Pérdidas corporales
- Pérdidas sin reconocimiento social
- Pérdidas por pérdidas
- Pérdidas por logros
- Pérdidas por dificultad o imposibilidad de realización
- Pérdidas por circunstancias adversas.

2.4.2. Después de la pérdida

Es muy común que después de una pérdida, sobre todo en la de un ser querido, personas cercanas a quien está viviendo el duelo traten de animarlo, desgraciadamente es probable que el esfuerzo estas personas que no son profesionales de la salud mental por animar tenga resultados totalmente opuestos. Además es importante tomar en cuenta el ritmo de vida en el que estamos inmersos, el cual no da tiempo ni siquiera para poder procesar un duelo con el tiempo y tranquilidad que este requiere. Es por eso que considero importante incluir en la formación del profesional que trate ya sea con el enfermo como con la familia los siguientes factores como circunstancias que favorecen la existencia de un duelo silente:

Educación y reglas de comportamiento. - En la cultura mexicana es muy común la creencia de que los hombres no deben de llorar, desde temprana edad a los varones se les educa con la idea de que el llanto es una muestra de debilidad y cobardía, exclusivo de las mujeres y de los niños pequeños. Específicamente en el albergue encontré este fenómeno tanto del lado del enfermo, como del lado del

familiar que estaba a cargo de él. El enfermo si era hombre era muy común que aparentara una imagen de fortaleza y tranquilidad para que sus seres queridos no se preocuparan tanto, pero era más común que en el consultorio al brindarle un espacio para que manifestara todas las cargas emocionales que traía llorara por un tiempo prolongado, lo mismo pasaba con el familiar si era hombre.

En el albergue un aspecto que me ayudó a que los varones confiaran en mi era que se identificaban conmigo por ser hombre, algunos de ellos confesaban que se les dificultaba mostrarse con la psicóloga que estaba en el turno matutino por ser mujer, ya que ellos tenían muy enraizado esta idea de que un hombre jamás debe de llorar, después de explicarles que el consultorio era un espacio para ellos, donde dependía solamente de ellos que tanto lo aprovecharan y que todo lo que se dijera en ese espacio solamente se quedaría entre esas cuatro paredes del consultorio.

Falta de tiempo para la convalecencia por la ausencia.- Vivimos en una sociedad que tiene un ritmo de vida muy acelerado y por lo tanto no hay tiempo ni siquiera para detenerse a estar con uno mismo. Para alguien que ha perdido a un ser querido es sumamente importante tener el tiempo suficiente para poder procesar ese evento, al no tener un espacio para desahogar todas las cargas que se tienen es muy probable que esa angustia se manifieste tarde o temprano, lo más probable de una manera psicosomática.

Insuficiente sensibilidad en algunas personas con quienes conviven los dolientes.- Después de un tiempo de haber acontecido la pérdida es común que la gente allegada al doliente, la cual no es profesional en el tema de la salud mental dé consejos y opiniones para tratar de animarlo, los cuales solo pueden ocasionar que el doliente se confunda o se sienta incómodo en demostrar sus sentimientos, las frases más comunes para tratar de animar al doliente son: "échale ganas" y "a él no le gustaría verte así". Frases las cuales un psicólogo no podría utilizar, ya

que parece que se está denigrando el esfuerzo que está haciendo el afectado en procesar la situación tan dura como lo es perder un ser amado.

Dificultad para contar con alguien que nos acompañe durante el duelo.- Cuando el evento de la pérdida es reciente en la mayoría de los casos las personas afectadas por la pérdida están acompañadas por familiares y amigos que les brindan su apoyo. Pero conforme pasa el tiempo esos amigos y familiares se alejan y vuelven a sus vidas cotidianas, por lo que el doliente se queda prácticamente solo, con una sensación de soledad.

Capítulo 3 “La familia y el enfermo”

El haber estudiado la obra de un autor tan importante como lo es Frank me hizo preguntarme sobre los aspectos que aquí en nuestro contexto mexicano también son importantes para que el enfermo encuentre un sentido de vida y en la sociedad mexicana es inevitable darle el peso necesario a un sistema tan relevante y en la mayoría de los casos tan unido como lo es la familia,, ya que si el profesionales de la salud tiene la opción de no solamente trabajar con el enfermo, sino con sus familiares (o en el caso del albergue con un solo familiar cercano) éste tendrá una herramienta muy importante para poder brindarle al enfermo un apoyo completo.

La familia es una organización única que constituye la unidad básica de la sociedad. Desde el punto de vista de la sociología, el ser humano es gregario por naturaleza, es decir, necesita de una familia como grupo natural para sobrevivir. Puesto que un recién nacido moriría si nadie cuidara de él, por lo que se asegura que la familia es tan antigua como la misma raza humana, por ende es parte de la naturaleza humana. Sin embargo, tanto la organización familiar, como todas aquellas funciones que trascienden pueden presentar una enorme diversidad tanto cultural, como social. (Levi-Strauss 1981).⁴⁰

Resulta difícil dar un tratamiento psicológico oportuno y breve al paciente sino se hace de manera integral a lado de su familiar, es por eso que en el albergue se manejan estructuras y métodos de trabajo basados en el tema de la familia.

Basándonos en la información teórica podemos asegurar que cuando en psicología clínica se iniciaron las investigaciones acerca de los estilos interaccionales de las familias disfuncionales empezó a tambalearse el concepto de “familia normal”, el cual había permanecido inmutable hasta ese momento. En

⁴⁰ Citado por Velasco Campos M; Sinibaldi G. J. “*Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)* México D.F. Edit. Manual Moderno 2001. 3ª edición Pp. 1

realidad, las múltiples formas resultaron ser mucho más diversas de lo que podía surgir del concepto normativo de familia "típica", "sana", "adecuada" o "ideal". (Simon, 1988)⁴¹. Por lo tanto sería difícil definir lo que es una familia normal.

Lo que quiero decir es que en el albergue encontré una diversidad muy amplia de estructuras familiares, siendo cada una de ellas muy compleja, las cuales a veces fueron totalmente diferentes de las *familias* que conocemos como "típicamente normales". De aquí que me preguntaría si existe la "familia normal", o cómo podría definir a la "familia normal".

Offer y Shabshin (1982)⁴² identificaron varias definiciones de "normalidad", las cuales introdujeron en la literatura clínica, así como en las ciencias sociales, éstas han aportado cuatro puntos básicos:

1. La normalidad como sinónimo de salud. La cual incluye el enfoque clásico, médico-psiquiátrico y sostiene una definición de normalidad en términos negativos, es decir, normalidad es la ausencia de trastornos. Todas las familias asintomáticas y que por ende, no manifiestan problemas graves son consideradas personas normales, sanas.
2. La normalidad como utopía incorpora la teoría psicoanalítica y la humanista⁴³. Concede el calificativo de normalidad a aquel funcionamiento ideal u óptimo o bien, a la autorrealización del potencial humano. En esta visión se propone el desarrollo óptimo de las potencialidades libremente de cada miembro de la familia.
3. La normalidad como promedio. En forma estadística el rango medio es considerado como lo normal y los extremos como la desviación.
4. La normalidad como proceso. La conducta normal se aprecia en el contexto de múltiples procesos de sistemas transaccionales (tienen lugar en el tiempo). En pocas palabras los individuos más sanos son quienes tienen

⁴¹ Citado por Velasco Campos M; Sinibaldi G. J. "*Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*". México D.F. Edit. Manual Moderno 2001. 3ª edición Pp. 22-24

⁴² Ítem. Pp.25

⁴³ Citado en Velasco y Sinibaldi "*Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*" pp.12 Edit. Manual Moderno (2001)

una mayor variedad de técnicas para enfrentar los problemas, al poseer mayores y mejores estrategias adaptativas que muestran mayor flexibilidad al tratar con eventos de la vida interna y externa. En resumen aquel individuo que entienda y se adapte más rápido al cambio será el que tenga mayor control sobre él mismo.

Como podemos ver los cánones de clasificación y conceptos en cuanto al tema de la familia no sean suficientes para describir y explicar las estructuras familiares que se dan en mil colores, ya que estas se constituyen de complejas combinaciones de organización interna.

Creo que el concepto de "familia sana" es más factible que "familia normal", ya que la idea de sanidad resulta de una estructura funcional, donde los integrantes a pesar de los conflictos que puedan manifestar entre ellos seguirán siendo parte de la estructura familiar, cumpliendo con sus papeles

3.1. Organización familiar

El concepto de estructura se describe como la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. La familia constituye una red de sucesos dinámicos cuya organización y reglas de conducta no deben considerarse completas en sí mismas, sin enfocarse atendiendo a la función que cumplen para cada miembro del grupo, así como la totalidad de la familia.

Por consiguiente la estructura de una familia por lo común no permanece invariable, si ésta no cambia, significa simplemente que no necesita cambiar en ese momento. Sólo con base en la recurrencia de interacciones específicas y por la redundancia de las conductas es posible hacer alguna inferencia acerca de las reglas y por consiguiente de la organización de un sistema dado. La dirección y regulación de estos procesos no se hace al azar, sino que están determinados por

su función en un contexto de límites, jerarquía alianza, secretos, mitos y roles familiares (Simón, 1988) ⁴⁴

3.1.1. Límites o fronteras

La claridad de los límites del sistema familiar es un parámetro útil para evaluar el funcionamiento de la familia. Minuchin (1992)⁴⁵ los conceptúa como las reglas que definen quién puede participar y como debería de hacerlo dentro de un sistema o subsistema. Estas reglas que demarcan dónde, cuándo y en qué condiciones determinado miembro del grupo se comporta de una u otra manera, constituyendo lo que se conoce como límites individuales. Cuando estos se delimitan entre la familia y el exterior se conocen como límites externos (Simón et. Al. 1988) Así, lo límites parecen estar determinados por la distancia interaccional (física o emocional) que los miembros de la familia manifiestan hacia otros, así como con personas o instituciones fuera del ámbito familiar.

En la familia se diferencian aparte de los propios individuos que la componen, subsistemas, con funciones específicas:

Marital.- Compuesto por la pareja, el cual tiene sus propias fronteras y que por definición no incluye a los hijos.

Parental.- Surge del cruce generacional, está conformado generalmente por el padre y la madre, tiene a su cargo la socialización de los hijos, así como su crianza.

⁴⁴Item

⁴⁵Item

Filial. - En donde los hermanos desarrollan patrones de negociación, cooperación y competencia. Además en el contexto de nuestra cultura es necesario considerar el subsistema de los abuelos.

Al hablar de límites o fronteras es importante hacer mención a la utilidad de estas para la evaluación del funcionamiento de esa familia. Conviene tener presentes las siguientes distinciones:

- Fronteras externas de la familia.
- Fronteras entre sub-sistemas.
- Fronteras individuales.

3.1.2. Jerarquías

Minuchin (1992)⁴⁶ considera que una jerarquía familiar clara es un requisito indispensable para el adecuado funcionamiento de la familia. Esta teoría está basada en la práctica clínica, específicamente en los conceptos normativos de lo que "debería ser". La parentalización de un hijo resulta cuando los padres deciden delegar su responsabilidad y obligación en uno o más de sus hijos o bien cuando se da la adopción por parte de ese hijo.

A fin de que exista un adecuado funcionamiento familiar debe existir una clara jerarquía, entendida como el grado de autoridad o influencia que tiene un miembro sobre la conducta de los demás.

En la mayoría de los casos del albergue al venir de una cultura tradicionalista patriarcal pude darme cuenta que la mayor jerarquía en la estructura familiar era

⁴⁶ítem

ocupada por un hombre, en los casos en los que el papá estaba ausente o había muerto, el puesto era adoptado por el hijo varón más grande. De la misma manera lo pude observar cuando alguna paciente era acompañada por un hermano, primo, tío o cualquier otra figura masculina de autoridad me era un tanto difícil tener un acercamiento con ella si no lo tenía antes con su acompañante varón, dato que considero relevante aportar para los futuros prestadores de servicio social que sean varones en el albergue.

3.1.3. Roles

Se refieren a la totalidad de expectativas y normas, como un todo tienen con respecto a la posición que cada uno de los individuos debe guardar dentro de ella.

En el ámbito de la terapia familiar Richter (1963)⁴⁷ en particular desarrolló el concepto socio psicológico de rol aplicando un marco psicoanalítico. Por ejemplo para Richter el "rol de hijo" sería la totalidad estructurada de fantasías y expectativas inconscientes de los padres al asignarle al hijo la tarea a cumplir por cierta función. En la actualidad parece más probable observar la existencia de efectos disfuncionales cuando las definiciones de roles son demasiado rígidas (Simon,1988)⁴⁸

En cuanto a las expectativas depositadas por los padres tienen que ser elementos que el profesional a cargo del tratamiento tiene que identificar desde el principio. Centrándonos en el campo de la tanatología, si el hijo es el enfermo es muy probable que los padres tengan un proceso de duelo más complicado, ya que desde el punto de vista psicoanalítico no sólo se está muriendo el ser querido; también las expectativas y deseos proyectados hacia él por parte de los padres se están haciendo con él.

⁴⁷item

⁴⁸item

3.1.4. Alianzas y coaliciones

Una alianza designa una afinidad positiva entre dos o más miembros del sistema familiar, es potencialmente neutra a diferencia de la coalición que en su caso la cercanía entre dos personas surge con la finalidad de oponerse al sistema o miembro.

Por ejemplo, si dos hermanos sufren de violencia física por parte del padre y entre ellos se protegen y dan el apoyo psicológico necesario para sobrepasar ésta situación es un claro ejemplo de alianza. Por otro lado, ejemplificando la coalición podríamos situar una escena en la cual un anciano perteneciente a una familia (abuelo, tía, etc.) sea excluido y discriminado por sus limitantes físicas por dos o más miembros del grupo familiar.

3.1.5. Flexibilidad

La flexibilidad dentro de la familia, también conocida como adaptabilidad depende de la capacidad para crear un equilibrio flexible entre estabilidad y cambio. La flexibilidad es un recurso necesario para garantizar la posibilidad de contemplar y llevar a cabo el cambio dentro de un sistema, facilita el desarrollo en situaciones de crecimiento.

De la misma manera en la que un cambio tan insignificante que pueda parecer como lo es el cambio de domicilio, hasta unos más delicados como lo es el de ingresos económicos, un divorcio, la llegada de un nuevo integrante a la familia o la pérdida de alguien puede poner en riesgo el equilibrio familiar, la noticia de que uno de ellos está enfermo seriamente puede ser un evento sumamente difícil de digerir para los integrantes, por lo que el sistema familiar debe de tener las

herramientas necesarias para poder tener una flexibilidad que se adapte a cualquier tipo de cambios, y la buena intervención del psicólogo en estos casos es inevitable.

Solamente dejando en claro que el brindar una vida digna para el enfermo es un trabajo de equipo por parte de todos en la familia, respetando sus intereses y voluntades podremos empezar a articular un sistema eficiente para la calidad de vida del enfermo.

3. 2. Ciclo Vital de la familia.

El concepto de ciclo de vida de la familia, se formuló por primera vez en sociología. Desde principios del decenio de 1970 – 79, la mayoría de los terapeutas familiares has prestado mucha atención a este concepto como marco para realizar un adecuado diagnóstico de la problemática familiar, así como para planificar su tratamiento. Mientras transcurre el ciclo de vida familiar, las fases y crisis transicionales resultan inevitables, específicamente cuando un nuevo integrante se incorpora o cuando uno de ellos se va o muere. Por otra parte, el ciclo vital de cada individuo en particular encaja como un engrane en el ciclo de la vida familiar, es decir, que ambos tienden a entrelazarse perfectamente. De este modo, a medida que el individuo aumenta su edad, por lo general, aunque no invariablemente, tenderá a pasar por diferentes fases del ciclo familiar. Vale la pena mencionar que de acuerdo con los hallazgos realizados por Hill (1964), los investigadores o clínicos que tratan de hacer generalizaciones respecto de las familias sin tomar en cuenta su etapa de desarrollo, encontrarán una enorme fluctuación en sus datos, los cuales no podrán ser analizados de la manera correcta, a menos de que sean analizados en medida de que etapa de desarrollo está viviendo la familia.

El principal problema metodológico en el estudio del ciclo de la vida familiar es que no existe un acuerdo acerca de cuántas etapas deben reconocerse. Diferentes

autores subdividen el ciclo de la vida familiar en un número variable de etapas que oscila entre un mínimo de cuatro (lo cual resulta ser demasiado simplista), y un máximo de 24 fases (clasificación bastante engorrosa, además de poco práctica). Con un rango tan grande de clasificaciones obviamente hay demasiados autores que proponen cosas diferentes, por lo que eh decidido mencionar los más utilizados:

El primero es el ciclo que propone Simonet. Al (1988)⁴⁹, Esta sólo comprende 5 etapas, las cuales son: 1) la pareja recién casada 2) la familia con hijos pequeños 3) la familia con hijos adolescentes 4) El desprendimiento o salida de los hijos del hogar y finalmente 5) la familia en los años de la jubilación. Obviamente estas se pueden subdividir más de acuerdo con las edades de los hijos y con las tareas relacionadas de la familia.

En su obra "El ciclo vital de la familia" Lauro Estrada (1988),⁵⁰ desarrolla un modelo basado en el de Pollak acerca del ciclo de pareja. Este autor toma en cuenta las cuatro fases por las que atraviesa una pareja: 1) antes de la llegada de los hijos, 2) la crianza de los mismos, 3) cuando los hijos se van del hogar, 4) después de que se han ido. Tomando estas fases críticas como base, por ser las que involucran situaciones de especial dificultad para la mayoría de las familias. Estrada ha creado su modelo sobre el ciclo vital de la familia mexicana, el cual se compone por 6 fases:

El desprendimiento

Los jóvenes tienen que abandonar el hogar paterno y salir en busca de un compañero o compañera fuera de su familia. Si el proceso llega a ser doloroso para el joven no lo es menos para sus padres. De este simple hecho se puede deducir que el individuo se enfrenta de manera constante a dos corrientes en pugna, una que favorece el desprendimiento, la búsqueda de la autonomía y la

⁴⁹ Citado en Velasco y Sinibaldi "Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)" pp.45 Edit. Manual Moderno (2001)

⁵⁰Ítem pp.30

individuación, y la otra que tiende a fijar, detener, congelar o regresar el proceso de crecimiento a etapas de desarrollo anteriores.

El encuentro

Durante esta fase los jóvenes aprenden el rol de cónyuges, proceso que no es tarea sencilla pues presupone, por una parte, haber renunciado a las ganancias emocionales que proporciona la etapa de pretendiente, así como a los beneficios de continuar siendo hijo e familia y, por otra, tener la disponibilidad física y emocional para aventurarse en el quehacer del vivir y de formar una nueva familia.

Los hijos

La llegada de los hijos requiere de la creación de un espacio físico y emocional dentro del núcleo familiar. Por supuesto que esto plantea, por una parte, la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial y, por otra, el surgimiento de un nuevo subsistema dentro de la pareja: el parental. Desde este momento ambos cónyuges serán a la vez pareja conyugal y parental. Así que serán los mismos dos individuos enrolados en dos subsistemas con funciones diferentes y no intercambiables.

La adolescencia de los hijos

En esta etapa usualmente se combinan varios factores, los conflictos de autonomía, identidad y rebelión de los adolescentes, con fines de encontrar su propio lugar en la vida. Segundo, los padres, que aun cuando muchas veces ya se encuentran en la madurez se ven, muy a su pesar, inclinados a revivir su propia adolescencia. Tercer, por una parte se presentan con mayor frecuencia los conflictos de pareja, especialmente los emocionales con matices serios, y, por otro a las crisis individuales de la edad media. Finalmente, a menudo la edad de los abuelos resulta crítica, ya que se acercan a un momento de su existencia en que

ya no podrán valerse por sí mismos y, además, se avecinan la soledad y la muerte, lo que es motivo de preocupación y conflicto en la familia.

El reencuentro

En esta etapa se enfrentan nuevos retos, entre ellos la necesidad de admitir y dar lugar a nuevos miembros dentro de la familia como a los cónyuges de sus hijos, así como al nacimiento de los nietos, enfrentar pérdidas dentro del seno familiar, tales como la muerte de la generación anterior, jubilación, declinación de la capacidad física, aparición de las enfermedades, conflicto con las nuevas generaciones y problemas económicos de los hijos que inician una nueva familia, y finalmente pero no por eso menos difícil o importante, la necesidad de la pareja, ahora con el nido vacío de reconocerse y reencontrarse, independizándose también de sus propios hijos y nietos para formar de nuevo la pareja conyugal que fueron en un inicio.

La vejez

Ser abuelo ofrece un nuevo horizonte en la vida, el aceptar la propia mortalidad enciende el deseo de sobrevivir. La presencia del nieto hace que el pasado y el futuro se fundan en el presente. Además, para el individuo se crea la oportunidad de experimentar una nueva relación, diferente a la de ser padre; la de ser abuelo.

Por otra parte debe de considerarse si la enfermedad que presenta el integrante en esta etapa es crónica, ya que esto también es un factor importante. Desde el punto de vista de cómo la enfermedad repercute en el desarrollo del ser humano, éste puede dividirse en cuatro grandes grupos de enfermedad crónica: en la infancia, en la adolescencia, en el adulto y en la vejez.

Estos poseen diferentes características pues la enfermedad crónica conlleva distintas consecuencias en el individuo y la familia de acuerdo con la etapa de la vida en que se encuentre el paciente.

3.3. La enfermedad a través de las diferentes etapas del desarrollo humano

El interés de la psicología por el tema de la enfermedad se origina a partir de las primeras observaciones de tipo clínico sobre las reacciones emocionales de carácter negativo que se producían en el individuo enfermo. Estos datos, en principio informales, dieron lugar a estudios más sistematizados, por lo general de corto psicoanalítico y efectuados por médicos, quienes observaban las características psicológicas de sujetos hospitalizados o con una enfermedad crónica. En muchos casos era evidente la estrecha relación que existía entre los aspectos afectivos y cognitivos del fenómeno de la enfermedad. Así surgió la premisa de que la ansiedad, el miedo o la depresión en el enfermo (independientemente de que fuera adulto o niño), tenían mucho que ver con sus ideas, conceptos, mitos o creencias acerca de lo que representa la enfermedad para él y para su familia.

Desde la primera infancia, e incluso desde su concepción, el ser humano se encuentra en contacto con la enfermedad. En este sentido, el individuo experimenta sensaciones internas inusuales debido a los diversos padecimientos, con lo cual llega a tener conciencia de manera repentina de procesos corporales hasta entonces desconocidos para él, así como la desagradable sensación que ocasiona la inexplicable pérdida de control sobre ciertas partes o funciones de su propio cuerpo.

Olson y colaboradores⁵¹ encontraron que 10% de los problemas de las parejas recién casadas lo constituyen aspectos relacionados con la enfermedad de uno de sus miembros, o bien, de algunos de los integrantes de sus familias de origen. Mientras que para las familias con hijos en etapa de crianza o que asisten a los primeros años de la escuela primaria, el porcentaje de dificultades relacionado con algún padecimiento en uno de sus miembros tiende a aumentar, para luego

⁵¹ Citado en Velasco y Sinibaldi "Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)" pp. 32 Edit. Manual Moderno (2001)

disminuir durante su etapa de desprendimiento. Al ser encuestados estos grupos familiares revelaron que aproximadamente 10% de sus conflictos tenía que ver con aspectos relacionados a la enfermedad de alguno de ellos. Este porcentaje parece ascender hasta 20% durante la etapa de nido vacío y, por supuesto, se agudiza en los años posteriores a la jubilación de uno o ambos miembros de la pareja.

De manera que los individuos enfermos, así como los sistemas implicados, como la familia, su red de apoyo y su comunidad, también resultan afectados como consecuencia del padecimiento. Ahora bien, la forma, así como el grado y tipo de repercusiones que la enfermedad ocasionará sobre los sistemas a los que pertenece el sujeto, variará de acuerdo con la etapa del desarrollo por el cual el individuo atraviese, así como por la fase del ciclo vital que la familia esté viviendo. Así, es importante analizar cómo la enfermedad impacta al individuo en las diferentes etapas del ciclo vital familiar

3.3.1. Enfermedad crónica en la infancia

La mayoría de los niños enfermos crónicos o que han tenido hospitalizaciones repetidas consideran a su enfermedad como una forma de castigo por una mala acción que realizaron. De acuerdo con esto Peters⁵² señala desde este enfoque que enfatiza el autoculparse disminuye a medida de que el niño crece. Sin embargo, otros trabajos de corte cognitivo encuentran que los niños no necesariamente consideran a su enfermedad como un castigo. Del Barrio – Martínez⁵³ concluye que la interpretación moral de la enfermedad como castigo de una acción indebida –la cual se describió de manera constante en los primeros trabajos desde el enfoque psicoanalítico- sólo aparece en el caso de sujetos ansiosos, o niños hospitalizados o con enfermedades crónicas de muy larga

⁵² Citado en Velasco y Sinibaldí "Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)" pp. 29 Edit. Manual Moderno

⁵³ Ítem. Pp.32

duración. Actualmente un gran número de trabajos acerca del concepto salud-enfermedad que tienen niños y jóvenes, parece concordar en cuanto a que éste varía de acuerdo con:

- El grado de complejidad de la enfermedad que el niño o su familiar padezca.
- La edad del individuo, pues entre menor sea ésta parece existir menor grado de integración del cuerpo como un todo. A mayor edad, el niño adquiere la capacidad de hacer referencia a procesos corporales internos, así como agentes causales o bien, a sitios sobre los que se asienta el padecimiento. Además el padecimiento adquiere más realismo y es capaz de presentar mayor grado de diferenciación y abstracción acerca del concepto de enfermedad, así como una descripción más organizada del proceso de la misma, el cual incluye una causa, así como un funcionamiento subsecuente del padecimiento.
- La presentación de signos o síntomas que resultan más fácilmente visibles o reconocibles, ya que el niño parece ser más apto para comprender de manera más rápida y completa el padecimiento
- Los aspectos específicos de la enfermedad que el niño solo logra comprender a medida de que crece y madura. Entre éstos se encuentran el proceso de curación, la función de los medicamentos –incluyendo la comprensión de que no sanarán por acto de magia-, la acción de los microbios como algo que “no ven” pueden enfermarlos así como el hecho de que las vacunas funcionan como herramientas preventivas.

3.3.2. Cómo el niño llega a concebir la enfermedad

Una manera adecuada de investigar los diferentes conceptos que el niño tiene sobre lo que es la salud-enfermedad es pidiéndole que realice dibujos al respecto, ya que este determina las asociaciones negativas que el niño llega a tener respecto a su enfermedad y hospitalizaciones. Así, en un estudio realizado entre niños de 4 a 13 años por medio de dibujos, con la finalidad de averiguar cuáles eran sus ideas respecto al binomio salud-enfermedad, Del Barrio-Martínez⁵⁴ comunicó los siguientes hallazgos:

- Inicialmente los niños se centran únicamente en los síntomas más evidentes, así como los aspectos más perceptivos de la enfermedad.
- Después definen mejor a la enfermedad por sus causas consecuencias, logrando el concepto de enfermedad como un proceso.
- Hasta los 9 años aproximadamente los niños aún perciben a la enfermedad solo por los síntomas, no por la verdadera causa de la misma.
- Entre los 10 y 13 años comprenden los procesos fisiológicos que pasan en ellos por la enfermedad.
- Entre los 5 y 6 años las explicaciones del niño respecto a la enfermedad son de tipo preoperacional, es decir, el niño relaciona su padecimiento con una situación u objeto, aunque muchas veces esta relación resulte irrelevante.

El concepto inmediato y mágico de la enfermedad y su curación recuerda a las primeras explicaciones mágico-fenomenistas dadas por el hombre primitivo a los padecimientos, los cuales suponían que su aparición se debía a fuerzas sobrenaturales.

El albergue al ser un lugar que aloja a enfermos (muchos de ellos con enfermedades terminales); necesita indispensablemente un trabajo tanatológico hacia su población; tanto para el familiar que acompaña como para el enfermo.

⁵⁴ Citado en Velasco y Sinibaldi "Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)" pp.44 Edit. Manual Moderno (2001)

Cuando llegué me di cuenta que en general faltaban trabajos de este tipo con los indígenas albergados, muchos de ellos descubren y sienten lo que es la muerte sin la ayuda de un profesional; esto no es un trabajo fácil para el equipo de trabajo en el albergue, ya que cada día se presentan casos nuevos que necesitan de atención personal, muchas veces el equipo de trabajo no es suficiente para el tamaño poblacional del lugar. Pero esta falta de guía no es solamente culpa del albergue, ya que también debería de ser labor del hospital donde los atienden (supongo que el hospital cuenta con el mismo problema de no tener la capacidad suficiente para dar dicha asesoría a cada uno de los pacientes que se presentan).

Creo esencial para esta tesis plasmar lo que sucede psicológicamente en cada etapa de la vida donde se puede manifestar la enfermedad, para que el psicólogo que lleve el tratamiento con esta persona tenga un panorama con lo que se puede enfrentar.

En cuanto a lo personal el trabajar con estas personas fue todo un honor, y en cuanto a mi formación profesional aprendí mucho, realmente entendí a Elisabeth Kübler-Ross la cual afirmó que los enfermos son los mejores maestros.

3.4. El papel del psicoterapeuta

Busqué a mi alma, a mi alma no la pude ver.

Busqué a mi Dios, mi Dios me eludió.....

Busqué a mi hermano y encontré a los tres.

Elisabeth K-R.⁵⁵

El terapeuta procura crear un espacio de seguridad en el que el paciente pueda encontrarse con su propio centro. Esta es una tarea eminentemente espiritual.

Jung, uno de los más grandes psicólogos destacados en dibujar el mapa de la vida psíquica de las personas, constataba que prácticamente todas las personas mayores de 40 años que acudían a su consulta habían perdido el contacto con su centro.

Lo milagroso de un encuentro terapéutico es simplemente el despertar de un corazón por otro, y esto tiene lugar cuando la preocupación por todo lo que no es esencial se desvanece. A veces en un gesto sencillo, lleno de amabilidad, como una sonrisa o una mirada acogedora aparece en toda su intensidad el encuentro sincero.

La terapia, también es un ritual. El ritual es acción sagrada y la vida moderna tiende a destruir lo sagrado. Nuestro trabajo será recuperar la respiración, el caminar sobre la tierra, la lluvia en nuestro rostro, el beber el agua fresca, el charlar con un amigo, el compartir la comida o una casa como algo sagrado. Ritualizar la vida cotidiana agudiza la experiencia, viviendo plenamente.

Cuentan que un intelectual fue a ver a un maestro para poner a prueba sus teorías. El maestro comienza a servir té. Continúa vertiendo el té despacio y la taza se llena hasta el borde. El maestro, que parece no haberse dado cuenta de ello, continúa echando té y éste se sale y empieza a extenderse por todas partes. "Pare, pare!", dijo el invitado "Ya está llena. Ya no cabe más". El maestro se detiene y dice: Sí. Una

⁵⁵ "La muerte, un amanecer" 2004

*taza es como la mente. Cuando ya está llena, no cabe más. Si queremos aprender algo, primero tenemos que vaciar nuestras mentes”
El visitante se dio cuenta de que había acudido con una mente demasiado llena como para aprender algo nuevo.*

La labor del terapeuta es escuchar con mucho cuidado, no solamente con los oídos, sino también con los ojos, con el olfato, con la piel, tratando de entender tanto lo que se dice como lo que se deja de decir.

El terapeuta acepta a sus pacientes como son ahora, en la etapa y circunstancias concretas de su vida actual. Ese espacio terapéutico es un lugar de bienvenida, un espacio protegido, un encuadre donde pueden desahogarse y encontrar apoyo, u refugio seguro donde pueden explorar su interior.

El terapeuta escucha siempre, consuela a veces, otras desafía y confronta al cliente con lo que hace y su responsabilidad.

Estar con otra persona señala Carl Rogers⁵⁶ quiere decir, que por el momento dejas de lado tus propios puntos de vista y tus valores a fin de adentrarte en el mundo del otro sin prejuicios.

Hoy en día existe el peligro de pensar que la terapia es un oficio como cualquier otro. Se aprenden ciertas destrezas y se ponen a la venta estos servicios. Llegar a ser terapeuta exige que una persona haya superado algunas pruebas de la vida y que haya dejado algo de su orgullo en el transcurso de la misma. Si una persona no tiene el suficiente espacio interno, la competencia profesional no servirá de gran cosa. La terapia comienza limpiando el espacio del que dispone nuestro interior.

No es posible ser terapeuta sin generosidad de espíritu. Nadie habrá de ser terapeuta, doctor o profesional de la salud mental si su prioridad es enriquecerse.

⁵⁶Citado en: Citado en Cabodevilla I. "En Vísperas de morir" 2006

En el arte de la terapia nos comprometemos en dirigirnos siempre al otro de forma amable y respetuosa, como si fueran caricias a sus heridas. Heridas que merecen todo nuestro respeto ya que se trata de zonas sagradas donde se fraguó en algún momento de la vida de la persona una dolorosa batalla entre el deseo y la cruda realidad, muchas veces llena de déficits. Las heridas señala Carlos Rafael Cabarrús⁵⁷ son la fuente primera de la parte vulnerada. En esta parte se tiene todo lo que se ha recibido de golpes, de traumas. Todas las personas, cuando menos, tienen el trauma del nacimiento. Durante la infancia la persona es muy susceptible de quedar marcada por heridas. La herida es lo que produce un golpe por algo que fue negado. Pero también un exceso; una sobreprotección puede provocar el mismo efecto. Algunas de las situaciones más comunes que pueden generar heridas son.⁵⁸

- No me reconocieron en mi identidad. No me aceptaron como yo era.
- No me sentí amado. No me aceptaron por lo que era, sino por lo que hacía.
- Me abandonaron, no me atendieron, no tuvieron tiempo para mí.
- No me reconocieron en mi necesidad de ser acariciado. No recibí el contacto físico que necesitaba.
- No me creyeron.
- No apostaron por mí. No creyeron en mis capacidades. Me creían tonto o me sobreprotegieron.
- Me compararon
- No me dieron el rol dentro de la familia.
- No tuve seguridad.

El terapeuta es una persona que busca la verdad y está al cuidado del sufrimiento de la gente. Es esencial que el terapeuta haga esfuerzos incesantes de cara a su propio crecimiento personal.

⁵⁷ ítem

⁵⁸ Considero que el autor no expone éstas situaciones como algo consciente, es decir no significa que el paciente diga literalmente eso, el terapeuta puede partir de éste listado para percibir en el paciente dichas ideas.

La manera más efectiva de ayudar a los demás es progresar espiritualmente uno mismo y el mejor modo de progresar espiritualmente es ayudar a los demás.

Ese espacio privado y seguro que se crea en la terapia depende en gran medida de la calma interior del terapeuta. A medida que la terapia avanza, el cliente también va ganando una mayor calma. Por lo tanto se hace fundamental el trabajo personal del psicoterapeuta con él mismo.

El terapeuta deberá estar atento a las manipulaciones del cliente y permanecer en calma sin asumir las responsabilidades que nos son suyas. Hay ocasiones en que una buena intervención psicológica hace que el cliente se quede a solas con más dolor. Esto es muy difícil de aceptar por el personal sanitario poco preparado en el funcionamiento psicológico que quiere soluciones mágicas.

Conuerdo con Cabodevilla quien asegura que el terapeuta ayuda al cliente, pero no lo hace desde una posición de superioridad, ya que entre ellos comparten la misma condición humana y básicamente, aunque en distinto grado, sufren las mismas necesidades. Ambos caminan por el mismo sendero de la vida.

Nuestra capacidad de ayudar a los demás dependerá de que hayamos sido capaces de atender nuestros propios dolores. Un buen terapeuta no pierde el contacto con su propia fragilidad y humanidad. Esto fue una de las cosas que más me costaron en el albergue, ya que yo nunca había tenido pacientes, al principio sentía demasiado pesar por ellos, sin saber por qué estaba proyectando cosas mías en ellos de conflictos propios que ni siquiera había identificado

Un buen terapeuta se forma por medio de un largo aprendizaje que se centra en la apertura a su interior y en el limar las asperezas de su pasado que la instrucción de técnicas o instrumentos de actuación.

El terapeuta tiene que preocuparse de sus pacientes. Es mínimo que puede hacer. La terapia consistirá en parte, en mostrar aprecio por los demás. Un terapeuta es un amigo especial, un amigo que confía en el espíritu que habita en el interior de su paciente, este aspecto es sumamente delicado, ya que me di cuenta que en el

acompañamiento de la tanatología es necesario salirse de los cánones ortodoxos de la psicoterapia, donde el psicólogo no puede ser visto como amigo, pero la verdad es que la experiencia en Mil Colores me enseñó que hay ocasiones y casos en los que el acompañamiento terapéutico tiene que velar más por las necesidades del enfermo, y en el albergue conocí muchos casos en los que necesitaban más a un amigo que los escuchara y acompañara a un terapeuta.

Con esto no quiero decir que el ofrecer nuestra amistad nos aparta de la labor profesional, de hecho muchos de los pacientes que más me enseñaron y con los que pude observar lo compartido en este trabajo eran personas con las que me atreví a compartir una amistad, enseñanzas las cuales me hubiesen sido negadas de no haber entablado una relación de amistad.

El parte aguas para un buen trabajo terapéutico es lograr entrar en contacto con el interior del cliente, y para esto se exige que el terapeuta deje de lado sus propias preocupaciones y conflictos no resueltos antes de entrar en contacto con el paciente. Algo así me pasó en el albergue, había un chico enfermo de leucemia que tenía mi edad, se encontraba en fase terminal después de una desgastante lucha de años contra dicha enfermedad y habíamos entablado una buena relación.

En el momento de su última recaída, decidió abandonar el tratamiento contra el cáncer lo cual terminó por provocarle la muerte, fue entonces cuando comprendí la siguiente gran lección: este paciente había decidido no ver a su familia en Guerrero (Estado donde el provenía) hasta que llegara el lecho de su muerte, es decir, quería estar solo hasta que el sintiera que ya iba a fallecer para ir a su casa en Guerrero y morir ahí. Estuvo mucho tiempo en el albergue solamente con su mamá, a pesar de que todos sus hermanos y su padre querían tenerlo en su casa. Yo le insistía para que se regresara a su casa lo antes posible y pudiera disfrutar el mayor tiempo posible la compañía de sus seres queridos que ansiaban su presencia, pero él siempre fue renuente en su decisión y prefirió permanecer en el albergue hasta las últimas consecuencias.

Tiempo después de haber terminado mi servicio social fui informado de la muerte de este paciente y en un principio vi como un fracaso profesional el que no haya accedido a permanecer menos tiempo en el albergue para ir con su familia. Pero después de leer sobre el tema de tanatología me di cuenta que eso no era un fracaso, al contrario, era un claro ejemplo del logro del paciente. Pese a todo él siempre decidió que su voluntad era que la gente de su pueblo lo recordara cuando estaba bien, que no lo fueran a visitar en esas condiciones y al final dicho paciente logró su propósito, por lo que tuvo una muerte digna al ser respetados sus últimos deseos. Dios bendiga a este muchacho, por haberme enseñado algo tan valioso inclusive después de muerto.

La comprensión profunda del mundo del paciente requiere espacio, la imagen apropiada para ejemplificar es la de un contenedor en que el cliente va depositando todo aquello que le sobra para ser auténticamente el mismo, y que ha sido acumulado a lo largo del ciclo de vida. Un terapeuta que esté lleno de sus propias preocupaciones, de sus propios ruidos interiores o malestares, jamás podrá ofrecerles a sus pacientes el espacio que necesitan.

Debemos de vaciar antes de llenar, como los letreros del metro "Deje salir antes de entrar", en terapia podemos decir "vaciar antes de llenar". Cuando una persona se siente aceptada, encuentra el espacio para soltar el lastre que le impide seguir creciendo.

La tarea del terapeuta será proteger el espacio creado antes que extraer soluciones o consejos. Incluso la persona más detestable del mundo en su interior un tesoro muy valioso. Si somos capaces de crear las condiciones apropiadas, podrá encontrarlo y sacarlo a la luz.

El terapeuta debe ser paciente, no tener prisa, y no precipitarse en extraer condiciones. Desnudar precipitadamente el alma del paciente puede ser perjudicial, por lo tanto no hay que tener prisa, y tal vez esa paciencia nos permita ayudar incluso a esos pacientes con heridas más profundas a reintegrar el aprecio por la vida. Es imprescindible evitar escuchar con prejuicios, evitar hacerse juicios

presurosos que sólo nos llevan a intentar corroborarlos, para de esa forma salir reforzados en nuestra vanidad.

Cabodevilla (2006) asegura que un buen terapeuta deberá ejercitar la creatividad, la imaginación y la libertad interna para crear los medios necesarios que posibiliten al paciente darse cuenta de algo de sí mismo, el terapeuta se puede dar cuenta mucho antes que el cliente de que están tocando temas o zonas del mundo de este muy dolorosas, si esto se lo presentara crudamente al paciente este podría asustarse e interrumpir la terapia, por el contrario si actuara como si nada ocurriera la terapia no serviría de nada. Por lo tanto hay que ser hábil en buscar cierto equilibrio en el que el paciente no deba asustarse y pueda seguir avanzando en su madurez.

El terapeuta creativo posee un rico trasfondo personal. Tiene una vida rica en experiencia, no solo en lo tocante a su propio desarrollo emocional e intelectual, sino también por haberse expuesto a toda una gama de experiencias vitales.

Para quien escucha todo el día historias de infortunio, poseer cierto sentido del humor es indispensable.

Hablar de los moribundos nos confronta con nosotros mismos. Debemos resolver nuestras propias ansiedades y temores acerca de la muerte y su proceso. Debemos revisar continuamente nuestra visión de la enfermedad y la muerte. El psicoterapeuta puede servir de enlace entre el paciente y el personal sanitario que atiende al moribundo, explicando las necesidades psicológicas.

Hay algunos mitos que pueden interferir en la obtención de datos psicoterapéuticos, señala la psicóloga María Die Trill⁵⁹, señalando lo siguiente:

1. Una buena muerte es aquello en lo que todo queda resuelto
2. "Catarsis" es sinónimo de una intervención muy efectiva
3. Los pacientes terminales son psicológicamente muy frágiles
4. Siempre se requiere ayuda profesional

⁵⁹ Citado en : Cabodevilla I. "En Vísperas de morir"

Deberemos estar atentos a estos u otros mitos para que no obstaculicen la obtención de logros psicoterapéuticos.

3.5. El papel del acompañante⁶⁰

No menos importante que prepararnos para nuestra propia muerte es ayudar a otros a morir bien, cuando nacemos, todos nos hayamos desvalidos e impotentes y sin el cuidado y el afecto que recibimos entonces, no habríamos sobrevivido. Puesto que los moribundos son igualmente incapaces de valerse por sí mismos deberíamos de aliviar su malestar y angustia y asistir en la medida de lo posible para que mueran con serenidad.

Al asistir a una persona moribunda nuestro primer objetivo es infundirle serenidad. La simple atención afectuosa puede generar una actitud serena y sosegada en la mente de la persona que va a morir, dicho por el Dalai Lama el acompañante del moribundo; ya sea médico, enfermera, psicólogo, sacerdote o lo que fuera, no está ahí para confirmar nuestras convicciones, para confirmar nuestras creencias. Me pregunto en qué medida aquel que está encorsetado por sus propias convicciones puede acompañar a otra persona en su camino, es decir, en el descubrimiento del mismo. Desgraciadamente muchos que acompañan a los moribundos no hacen más que encerrar a aquellos a los que acompañe en el marco de sus propios presupuestos dogmáticos, un buen acompañamiento debe cumplir:

- Atreverse a compartir su vivencia espiritual con el enfermo
- Ser consciente de nuestra propia espiritualidad y haberla cultivado tanto experiencialmente como a través del conocimiento.
- No imponer nuestros valores al enfermo, siendo tolerante con la diversidad y percibiéndola como riqueza de estilos y formas.
- Estimular la expresión de la espiritualidad aunque fuera distinta a la nuestra

⁶⁰ Extraído de Cabodevilla

- Ser contenedor del tránsito por la angustia de los pacientes, es decir, permitir a los moribundos la expresión de la angustia existencial si aparece.
- "Saber estar", en los momentos de dolor, de soledad, esperanza, de despedida, etc.
- Con capacidad de escuchar y empatía que favorezca una auténtica relación de ayuda, lejos de paternalismos infantilizadores.
- Estar dispuesto a formarse a fondo en estrategias de relación de ayuda y técnicas de consuelo.
- Ser una persona abierta a las experiencias de la vida, que se deja influir por ellas y no se mantiene hermética y cerrada
- Ser una persona congruente, que cree en lo que hace y en la dimensión espiritual del ser humano

En el caso del albergue me gustaría recomendar al prestador de Servicio Social que no deje de lado el trato con el familiar acompañante, ya que muchas veces sólo se ve por la salud mental del enfermo, dejando de lado al acompañante, que en el peor de los casos necesitará acompañamiento terapéutico en el momento de la pérdida del enfermo.

Capítulo 4. Albergue Indígena “La casa de los Mil Colores”

4.1. Antecedentes de la CDI

El 21 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el cual se expide la Ley de Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y se abroga la Ley de creación del Instituto Nacional Indigenista. Se decreto entró en vigor a partir del 5 de julio de 2003.

La CDI es un organismo:

- Descentralizado de la administración pública Federal
- No sectorizado
- Con personalidad jurídica y patrimonio propio
- Con autonomía operativa, técnica, presupuestal y administrativa.

4.1.1 Estructura de la CDI

Estructura de la CDI

- Dirección General
- Unidad de planeación y consulta
- Unidad de coordinación y enlace
- Coordinación general de Administración y Finanzas
- Coordinación General de Programas y Proyectos Especiales
- Dirección General de asuntos Jurídicos

4.1.2. Programas que lleva a cabo la CDI

- Programación de infraestructura básica para la atención de los pueblos indígenas
- Programa de promoción de convenios en materia de justicia.
- Programa de organización productiva para mujeres indígenas
- Programa de coordinación para el apoyo a la producción indígena
- Programa de fomento y desarrollo de las culturas indígenas
- Programa de albergues escolares indígenas
- Programa de turismo alternativo de zonas indígenas
- Programa de fondos regionales indígenas

4.1.3. Misión

Orientar, coordinar, promover, apoyar, fomentar, dar seguimiento y evaluar los programas, proyectos, estrategias y acciones públicas para alcanzar el desarrollo integral y sustentable y el ejercicio pleno de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas de conformidad con el artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

4.1.4. Visión

Los pueblos y comunidades indígenas definen sus proyectos de desarrollo en un marco de equidad e inciden en la formulación, aplicación de políticas públicas para su beneficio, viven en condiciones sociales e económicas similares al promedio nacional y gozan de plena vigencia de sus derechos y respeto a su diversidad.

4.1.5. Principios de la CDI

- Observar el carácter multiétnico y pluricultural de la Nación.
- Promover acciones contra la discriminación o exclusión social, para la construcción de una sociedad incluyente, plural, tolerante y respetuosa de la diferencia y el diálogo intercultural.



- Impulsar la integridad y transversalidad de políticas, programas y acciones de la Administración Pública Federal para el desarrollo de los pueblos y comunidades indígenas.
- Fomentar el desarrollo sustentable para el uso racional de los recursos naturales de las regiones indígenas sin arriesgar el patrimonio de las generaciones futuras.
- Incluir el enfoque de género en políticas, programas y acciones de la Administración Pública Federal para promover la participación, el respeto, la equidad y oportunidades para las mujeres indígenas.
- Consultar a los pueblos y comunidades indígenas cada vez que el Ejecutivo Federal promueva reformas jurídicas y actos administrativos, programa de desarrollo o proyectos que impacten significativamente sus condiciones de vida y entorno.

4.1.6. Funciones de la CDI

- Apoyar y colaborar con las dependencias federales para la formulación y evaluación de políticas, programas y acciones.
- Coordinar con gobiernos estatales y concertar con los sectores sociales y privados para instrumentar programas y acciones.
- Diseñar y operar un sistema de consulta y participación de los pueblos y comunidades indígenas.
- Realizar investigaciones y estudios.
- Instrumentar y operar programas y acciones para el desarrollo de los pueblos indígenas cuando esto no corresponda a las atribuciones de otras dependencias.
- Desarrollar esquemas de capacitación para mejorar la atención de las necesidades de los pueblos indígenas.

- Proponer y promover las medidas que se requieren para el cumplimiento de los dispuestos en el apartado B del artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

4.2. Localización del Albergue indígena: “La casa de los mil colores”



**Avenida San Antonio Abad No. 231, Colonia Obrera. Delegación Cuauhtémoc. C.P. 06800
(A una cuadra del metro Chabacano).**

Como se muestra en la imagen, tomada sobre la Avenida San Antonio Abad, el albergue (Edificio amarillo del lado derecho) está ubicado a una cuadra de distancia del metro Chabacano, de la línea 2 (color azul), como referencia hay un hotel a lado que se llama “Hotel Maga”.

La estación del metro que se contempla al fondo es Metro Chabacano, siguiendo la dirección de los carros en dicha imagen nos conduciríamos dirección Taxqueña.

4.3. Estructura del albergue indígena: “La casa de los mil colores”

El albergue pertenece a la CDI, y a pesar de que comparte todos los ideales de la misma tiene su estructura propia y autónoma, la cual se divide en los siguientes puntos

4.3.1. Organigrama



4.3.2. Objetivo general del albergue⁶¹

EL objetivo del albergue indígena la Casa de los mil colores, es brindar atención a niños y adultos de origen indígena que requieren atención médico-hospitalaria de tercer nivel y a sus familiares provenientes de los diferentes estados de la república mexicana, a través de una atención integral de calidad y respeto, favoreciendo el proceso de recuperación de la salud

Para dar un poco más de contexto me gustaría especificar los 3 niveles de atención que existen, y específicamente a que se refiere el tercer nivel de atención que es donde se encuentra la mayoría de la población del albergue.

- **Primer Nivel de Atención Médica**

Se denomina a las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica

- **Segundo Nivel de Atención Médica**

Se denomina a los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal

⁶¹ Esta sección fue extraída de los documentos del archivo general del Albergue, tanto la política como el reglamento son presentados de manera íntegra, tal cual aparecen en impresos aquí están en el archivo del albergue, sólo he decidido adjuntar los distintos niveles de atención médica, puesto que el albergue atiende una población ubicada en el tercer nivel considero relevante explicar en qué consiste dicho nivel.

especializado. Comprende, además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel.

- **TERCER NIVEL**

Acerca del Tercer Nivel de Atención

Se denomina Tercer nivel de atención médica a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

Como ya lo expliqué anteriormente la mayoría de la población en el albergue se ubicaba en el tercer Nivel de atención, los que se encontraban más estables y estaba catalogados en otros niveles era porque habrían logrado su progreso ya estando registrados en el albergue, pero cuando llegaron se encontraban en el tercer nivel.

4.3.2.1 Objetivos específicos

- Coordinación con delegaciones estatales y centros coordinadores indigenistas
- Coordinación con personal hospitalario
- Obtención de recursos a través de otras instancias

4.4. Política del albergue

Albergue	Albergue Indígena “La Casa de los Mil Colores”
Bitácora	Libreta de comunicación interna para uso del personal del Albergue, donde se consigna todo evento relevante que requiere atención, relacionado con los pacientes, acompañantes, personal y/o instalaciones
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
CCDI	Centro Coordinador para el Desarrollo Indígena.
Coordinación Administrativa	Área que tiene la encomienda de la conducción del Albergue Indígena “La Casa de los Mil Colores”, responsable de las actividades tanto operativas como administrativas del mismo.
Coordinador Administrativo	Persona responsable de la administración y operación del Albergue Indígena “La Casa de los Mil Colores”.
Enfermería	Servicio destinado para proporcionar atención para el cuidado de la salud del paciente, de conformidad con las indicaciones médicas señaladas en la receta y brindar en caso de requerirse, el servicio de primeros auxilios al familiar del paciente y/o personal del Albergue, sin que para ello deba mediar indicación médica por escrito.
Instancia Referente	Se refiere a las Delegaciones Estatales y CCDI’s de la CDI.
Pacientes para	Son aquellos pacientes que padecen enfermedades cuyo tratamiento

Atención Médica de Tercer Nivel requiere de infraestructura médico-hospitalaria de alta especialidad, y que no se les puede proporcionar o no existe en sus comunidades de origen.

Pacientes de 2º Nivel Son aquellos pacientes que por su mejoría de salud son regresados a sus Estados de origen para ser atendidos en Hospitales de Segundo Nivel.

Psicología Servicio destinado para proporcionar al paciente y/o familiar, terapia individual y/o grupal, donde exprese sus sentimientos y emociones generadas a partir de la enfermedad que permea a su entorno.

Ropería Lugar para del Control de Donativos usados (ropa, calzado, juguetes, entre otros).

Tercer Nivel Es aquella atención médica especializada que se presta a la población indígena, gestionando y apoyando a los pacientes indígenas en su canalización a las diferentes Unidades de Atención Médica Hospitalaria para lograr su atención.

Trabajador (a) Social Persona encargada de recibir al paciente y su acompañante, gestionar tanto su estancia en el Albergue como su canalización y atención médica en la Unidad de Tercer Nivel, así como la concertación del apoyo para los requerimientos necesarios en la recuperación y rehabilitación del paciente.

Unidades Médicas de Tercer Nivel Son aquellas que cuentan con los recursos humanos, tecnológicos, económicos y materiales, para brindar atención de alta especialidad del Sector Salud.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

- El Coordinador Administrativo será quien opere el Albergue Indígena “La Casa de los Mil Colores”, adscrito al Programa Albergues Escolares Indígenas, y se apegará a la normatividad vigente para el manejo y operación de los recursos humanos, materiales y financieros.
- Los CCDI's, captaran la demanda de los enfermos que requieran de atención médica especializada denominada de Tercer Nivel y que no sea posible atender en su lugar de origen.
- En caso que la instancia que refiera al paciente no realice el estudio socioeconómico, la Trabajadora Social del Albergue deberá aplicarlo al momento de recibir al paciente.
- Los CCDI's y la Delegación Estatal, evaluarán a través de sus áreas de salud conjuntamente con los Organismos Estatales de Salud, el nivel de atención médica requerida para el paciente y deberán agotar las posibilidades de proporcionarle la atención médica dentro de la entidad federativa o de la región, antes de canalizar al paciente a la Ciudad de México para ser atendido, ya que por ningún motivo se otorgara el servicio en el Albergue a pacientes originarios de Entidades Federativas o Regiones donde existan los servicios médicos demandados.

- El Área de Trabajo Social, deberá vigilar que los expedientes estén debidamente clasificados por Estado y orden alfabético, asignando un color específico a cada Estado y resguardados en la gaveta correspondiente de acuerdo con lo siguiente:
 - Activos del mes (niños)
 - Activos del mes (adultos)
 - Bajas, Altas y Defunciones Anuales niños
 - Bajas, Altas y Defunciones Anuales adultos
 - Canalización a 2º. Nivel en su Estado
 - Abandono de Tratamiento
 - Expediente pasivo (pacientes cuya revisión o futura cita es en 6 meses o más)

- El Área de Trabajo Social deberá realizar una revisión semestral a los expedientes, con la finalidad de determinar la consecución, término o abandono del tratamiento por parte del paciente.

- Será responsabilidad del Coordinador Administrativo, eficientar tanto los recursos presupuestales asignados, como los bienes y servicios adquiridos mediante recursos presupuestales o de cualesquiera otra fuente, a fin de beneficiar al mayor número de pacientes en el Albergue.

- El Coordinador Administrativo, deberá concientizar al personal sobre la seria responsabilidad civil que representa el manejo transparente de recursos tanto en efectivo como en especie del Albergue, para lo cual deberá establecer mecanismos mediante los cuales se evidencie dicha transparencia tanto en la adquisición como en la distribución y aplicación de los bienes y servicios.

- El Coordinador Administrativo, deberá vigilar que los gastos originados en la operación del Albergue (medicamentos, materiales, estudios de laboratorio o gabinete, accesorios y suministros médicos) afecten solamente a las partidas

presupuestales específicas del clasificador por objeto del gasto vigente y su comprobación debidamente soportada.

- En caso de requerimientos especiales, tratamientos médico-quirúrgicos y/o de rehabilitación cuyo monto rebase los \$2,000.00. El Área de Trabajo Social será el servidor público encargado de solicitar a la Coordinación Administrativa los recursos y esta deberá realizar los trámites correspondientes para la solicitud de transferencia interbancaria respectiva y su comprobación.

- El Coordinador Administrativo previo al trámite de pago al proveedor, deberá vigilar que todo medicamento, cumpla con lo establecido en el contrato respectivo, así como también que haya sido revisado minuciosamente por el área responsable (Trabajadora Social, Enfermería, Psicología y Ropería) y autorizará en su caso, sean devueltos para su sustitución, todos aquellos bienes que no estén en condiciones de ser consumidos, utilizados, aplicados y/o representen riesgo de contaminación para los pacientes, acompañantes y/o personal del Albergue.

- El Área de Trabajo Social, deberá vigilar que la distribución y/o aplicación de los bienes y servicios adquiridos para algún(os) paciente(s) en particular, se efectúe de manera exclusiva a dicho(s) paciente(s), considerando que en caso de medicamentos sólo podrán ser administrados bajo prescripción médica e indicados en la receta médica respectiva.

- Los pagos en efectivo, en Hospitales e Instituciones por concepto de consulta, estudios, cirugías, hospitalización, a través del paciente y/o acompañante, serán hasta por un monto de \$2,000.00 y se cubrirán con recursos del Fondo Fijo de Caja del Albergue.

- El Servicio de apoyo psicológico se proporcionará cuando la Psicóloga identifique a posibles candidatos y en casos específicos, a solicitud del Coordinador Administrativo y/o del personal de los servicios de trabajo social y enfermería, tomando en cuenta las condiciones que a continuación se señalan:

- Conducta inapropiada del paciente o familiar.
- Problemática familiar generada por la enfermedad
- Cirugía próxima o inicio de tratamiento médico agresivo
- Estado emocional en crisis
- Diagnóstico o fase terminal y familiar en elaboración de duelo

En casos de urgencias, donde se haya requerido la hospitalización del paciente, la Psicóloga evaluará si amerita realizar visita hospitalaria.

- Se proporcionaran al paciente y familiar, cuatro (4) alimentos al día (desayuno, refrigerio, comida y cena), mismos que se encuentran programados en el menú diseñado para todo el año: En los casos que exista indicación médica de alimentación especial, será preparada en apego a la prescripción médica que por escrito presente el paciente.
- Los dormitorios se distribuirán de acuerdo a la disponibilidad de espacio, en lo posible se procurará que sea por sexo, procurando que cada paciente se ubique con su familiar y sólo en casos de saturación, se compartirá dormitorio.
- El responsable del Área de Psicología, coordinará diversas actividades dirigidas al esparcimiento y cultura de los pacientes y acompañantes, como valor agregado del Albergue.
- Para la prestación de Servicios Asistenciales en el Albergue Indígena “La Casa de los Mil Colores”, se elaborarán en forma impresa, los formatos anexos en el actual procedimiento, mismos que se implementarán, por razones de economía, una vez agotada la existencia de los que se vienen aplicando; éstos formatos preexistentes contienen información relevante necesaria para el control de la Prestación de los Servicios Asistenciales y no se contraponen con los formatos anexos que se implementan y podrán imprimirse de manera vertical u horizontal, según se requiera.

4.5. Reglamento del albergue



COORDINACIÓN GENERAL DE PROGRAMAS Y
PROYECTOS ESPECIALES Programa de Albergues Escolares Indígenas

Reglamento Interno del Albergue Indígena la Casa de los Mil Colores

El derecho a la salud de la población indígena es una prioridad de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y parte de su labor asistencial es cubierta a través del Albergue "La Casa de los Mil Colores"¹⁶², ubicado en la Ciudad de México, D.F.

CAPÍTULO I. SOBRE EL REGLAMENTO

ARTÍCULO 1. Este reglamento establece los derechos y obligaciones de los pacientes indígenas y sus acompañantes durante su estancia en la "La Casa de los Mil Colores".

CAPÍTULO II. SOBRE LA COORDINACIÓN DEL ALBERGUE

ARTÍCULO 2. La Coordinación Administrativa es la autoridad encargada de supervisar y coordinar la operación de los servicios proporcionados en sus instalaciones, y el seguimiento de la atención médica y hospitalaria de los pacientes en caso necesario.

CAPÍTULO III. SOBRE LOS USUARIOS Y ACOMPAÑANTES

ARTÍCULO 3. Los usuarios son los pacientes indígenas que requieren Atención de Tercer Nivel² y la CDI gestiona el acceso a estos servicios en la Ciudad de México.

ARTÍCULO 4. Los acompañantes son las personas familiares y no familiares que acompañan al paciente durante su estancia en el Albergue "La Casa de los Mil Colores". Solo se permite un acompañante por paciente.

Por excepción y en casos específicos, la Coordinación Administrativa del Albergue autorizará hasta dos acompañantes.

⁶² El Albergue Indígena "La Casa de los Mil Colores" está ubicado en Avenida San Antonio Abad. No. 231, Colonia Obrera Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06800, Teléfonos 57-41-46-05 y 57-41-58-62; correo electrónico ibarbosa@cdi.gob.mx

² Servicios hospitalarios de alta especialidad, que no se encuentran disponibles a nivel Estatal o Regional. Página 2 de 4
COORDINACIÓN GENERAL DE PROGRAMAS Y PROYECTOS ESPECIALES Programa de Albergues Escolares Indígenas

CAPITULO IV. SOBRE LOS REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PACIENTES Y ACOMPAÑANTES

ARTÍCULO 5. El ingreso de pacientes al Albergue Indígena "La Casa de los Mil Colores" requiere que el paciente presente:

- Oficio de solicitud de ingreso del paciente, que puede ser emitido por la Delegación Estatal, o el Centro Coordinador para el Desarrollo Indígena (CCDI) u Oficinas Centrales, previa comunicación con la Coordinación Administrativa del Albergue.
- Hoja de referencia.
- Estudio socioeconómico elaborado por la unidad médica que lo atiende.
- Resumen clínico en el que se indiquen las causas por las que no se puede atender al paciente a nivel Estatal o Regional, que incluya estudios y exámenes realizados.
- Acta de Nacimiento, constancia de alumbramiento o de residencia, expedida por alguna autoridad de la localidad de origen.
- Identificación oficial del paciente ó acompañante (copia de la credencial de elector).
- Oficio de la Delegación Estatal o CCDI, donde certifique la falta de infraestructura médico-hospitalaria a nivel regional o estatal, necesaria para proporcionar la atención requerida al paciente.
- A un adulto, que cuente con las facultades físicas y mentales para responsabilizarse de la atención del paciente durante su estancia tanto en el Albergue Indígena "La Casa de los Mil Colores" como en el hospital donde es atendido.
- Carnet del hospital, en caso de los pacientes que reciben atención médica previa a su ingreso al Albergue Indígena "La Casa de los Mil Colores"

CAPÍTULO V. SOBRE LOS SERVICIOS

ARTÍCULO 6. Los servicios que brinda Albergue Indígena "La Casa de los Mil Colores" son:

- Alimentación y nutrición,
- Hospedaje y ropa de cama,
- Enfermería,
- Trabajo social,
- Apoyo psicológico,
- Transportación local a los hospitales, y foránea a comunidades, cuando proceda,
- Programa de actividades manuales y recreativas, y
- Material de limpieza e higiene

ARTÍCULO 7. La prestación de los servicios esta sujeta a la disponibilidad de la capacidad instalada.

CAPÍTULO VI. SOBRE LOS HORARIOS EN EL ALBERGUE

ARTÍCULO 8. El horario de servicio de alimentos es:

- Desayuno, de 7:00 a 8:00 de la mañana

- Refrigerio, de 11:00 a 11:30 de la mañana
- Comida, de 1:00 a 2:00 de la tarde • Cena, de 6:00 a 7:00 de la noche

ARTÍCULO 9. Los servicios de enfermería se proporcionarán según lo establezca el médico tratante, hasta las 11:00 de la noche todos los días.

ARTÍCULO 10. El horario de visitas es de las 10 de la mañana a las 6 de la tarde, de lunes a domingo, únicamente en el área de visitas del albergue.

ARTÍCULO 11. La Coordinación Administrativa del albergue permitirá recibir visitas e introducir alimentos en el dormitorio asignado, sólo si el paciente no puede desplazarse al área de visitas y al área de comedor por su estado físico/clínico.

ARTÍCULO 12. Las luces en dormitorios, pasillos y áreas comunes se apagarán a las 10:00 de la noche, excepto en las habitaciones donde el estado clínico del paciente requiera de luz durante la noche.

CAPITULO VII. SOBRE LAS OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES Y ACOMPAÑANTES

ARTÍCULO 13. El paciente y/o acompañante informará(n) al personal de trabajo social, todo lo relacionado con el tratamiento, evolución, necesidades del paciente, y los adeudos o pendientes que pudieran surgir con los hospitales. Además, realizará las siguientes actividades:

- Colaborar con las actividades de aseo del albergue según sean asignadas y cada vez que así se requiera.
- Bañarse diariamente y ayudar a mantener la higiene personal del paciente que acompaña.
- Conservar limpios y ordenados los dormitorios.
- Cumplir con los horarios establecidos en el presente reglamento.
- Apoyar y vigilar el comportamiento, alimentación y suministro de medicamentos del paciente durante su estancia.
- Regresar completa la ropa de cama y toallas que le sean asignadas.

ARTÍCULO 14. Los usuarios y acompañantes tienen estrictamente prohibido:

- Rayar, mutilar o maltratar el mobiliario equipo e instalaciones del albergue.
- Fumar e introducir cualquier tipo de alimentos y/o bebidas.
- Introducir cualquier tipo de armas o utilizar objetos peligrosos.
- Hablar en voz alta, a gritos o molestar en cualquier forma y en cualquier horario a los demás pacientes y acompañantes.
- Faltar al respeto y/o abusar de la confianza a los demás pacientes, acompañantes y personal propio del albergue.
- Intentar robar, o robar a los pacientes, familiares o patrimonio del albergue..
- Poner en riesgo físico a la población, personal o instalaciones del albergue.

ARTÍCULO 15. El paciente y/o acompañante presentará(n):

- Al Área de Salud del albergue, la receta original para solicitud y obtención de medicamentos, prótesis, material de curación y dietas.
- A la Coordinación Administrativa del albergue, los boletos de transporte a su lugar origen, en original para su autorización.

CAPÍTULO VIII. SOBRE LA SUSPENSIÓN DEL SERVICIO

ARTÍCULO 16. Cualquier conducta de los pacientes y acompañantes que no respete lo establecido en este reglamento y que afecte al personal y demás albergados, ameritará:

- Llamada de atención por escrito que se anexará al expediente del paciente,
- La suspensión definitiva de los servicios, después de dos llamadas de atención por escrito o una falta grave que ponga en riesgo la integridad física de los demás pacientes, acompañantes y personal del albergue.

CAPÍTULO IX. SOBRE LAS QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

ARTÍCULO 17. La Coordinación Administrativa del albergue realiza reuniones periódicas para informar a los usuarios la aplicación de este reglamento, así como para recibir sugerencias, críticas, peticiones y/o quejas por parte de los pacientes y acompañantes; también se encarga de recordar las obligaciones a las que están sujetos en los términos de este reglamento.

ARTÍCULO 18. Los pacientes y acompañantes pueden expresar sus comentarios, quejas y/o sugerencias por escrito en el buzón ubicado en el área de recepción.

CAPÍTULO X. SOBRE LOS ASPECTOS GENERALES

ARTÍCULO 19. En caso de emergencia, los pacientes y acompañantes, obedecerán las medidas de seguridad que les indique el personal de la CDI, para cuidar la integridad física de todos los presentes.

ARTÍCULO 20. La CDI no se hace responsable de objetos olvidados en sus instalaciones.

ARTÍCULO 21. Los casos no previstos en este reglamento, serán resueltos por la Coordinación Administrativa del albergue.

ARTÍCULO 22. Cuando el incumplimiento a este reglamento afecte la seguridad del patrimonio físico e integridad de los pacientes y acompañantes, se actuará como lo determinen las leyes y autoridades competentes.

4.6. Instalaciones Albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”



Imagen 1

Esta es la fachada de la entrada principal del albergue, está ubicado sobre Avenida San Antonio Abad # 231, a lado del arco está un mosaico donde dice el nombre del albergue y arriba de él el símbolo de la CDI.



Imagen 2

Pasillo de entrada, la puerta con vitrales es la puerta de entrada, del lado derecho se encuentra el módulo de vigilancia integrado por dos policías por turno, los escritorios que se ven son el área de contaduría y posteriormente de Trabajo Social, en esta área es donde la población tiene la obligación de reportarse cuando llega. Del lado izquierdo se encuentra ropería, lugar que guarda a lo largo de la semana la ropa donada por externos que se reparte cada lunes y donde se lavan las sábanas.



Imagen 3

Dicho pasillo lleva al segundo piso, la primera puerta que se ve da al comedor y a un patio techado, del lado izquierdo está la oficina del coordinador y responsable directo del albergue, enfermería se encuentra antes de las escaleras que dan al segundo piso, del lado derecho se encuentra la primera sección de dormitorios los dormitorios azules. En el fondo se ve el área de la televisión y la segunda puerta entre abierta da directo a los lavaderos.



Imagen 4

La enfermería es muy pequeña, se encuentra antes del área de la televisión, consta de una camilla, un mueble donde se guardan los medicamentos y al fondo un pequeño baño.



Imagen 5

Este es el patio techado que se encuentra entre los dormitorios azules y la cocina, en este lugar está el comedor, al fondo se ven los lavabos donde se limpian las manos antes de cada comida, del lado izquierdo la estructura que se ve con un techo de vigas es un altar a la Virgen, la puerta del lado derecho da a la cocina.

En este patio se hacen las dinámicas que requieren espacio y el donativo cada lunes.

Imagen 6



Esta es la primera sección de dormitorios, la azul, consta de 6 cuartos, cada uno con capacidad de 4 personas, se trata de separar hombres y mujeres al menos que sean acompañantes.

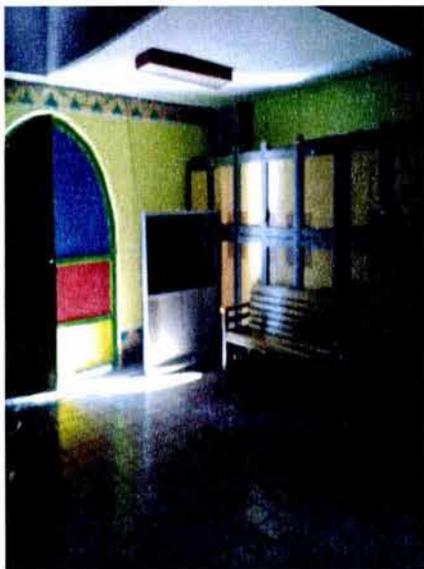


Imagen 7

Esta zona es el área de la televisión, aquí la población del albergue se reúne después de la cena para ver la televisión, en dicho lugar realizaba el cine debate cada viernes, y todos los miércoles se hace la terapia alternativa con rosas. La puerta que se ve entre abierta de al estacionamiento.



Imagen 8

La zona de lavaderos es donde la población tiene la obligación de lavar su ropa sucia diariamente, está conformada por 10 lavaderos, en este lugar también se guardan las escobas y los trapeadores.



Imagen 9

Las escaleras que dan al segundo piso, se puede distinguir los dormitorios rojos compuestos por 6 cuartos con capacidad para 4 persona cada uno.

Del lado derecho se encuentra el consultorio del área de psicología.



Imagen 10

Esta es la sala de juntas, aquí el equipo laboral analiza los asuntos importantes y las necesidades del albergue, en dicho lugar también se hacen manualidades con mucha gente a la vez por la capacidad de la mesa al ser la más grande del albergue.



Imagen 11

Al igual que los dormitorios rojos, este pasillo se encuentra en el segundo piso y pertenece a los dormitorios verdes, constan de 5 habitaciones, cada una con capacidad para 4 personas.

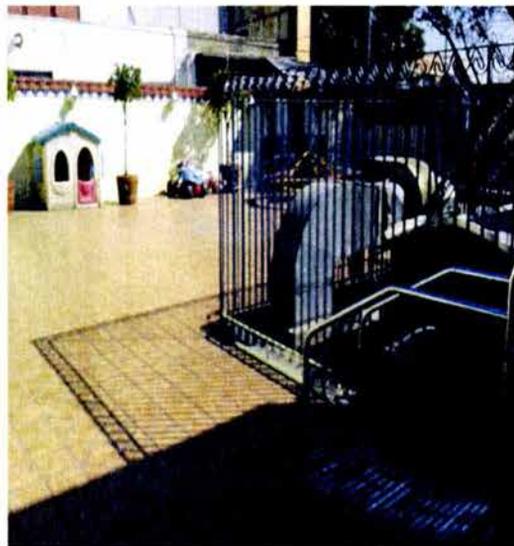


Imagen 12

La terraza, lugar donde la población cuelga a secar su ropa, en este espacio hay juegos infantiles.



Figura 13

El cuarto donde se guardaba todo el material para manualidades, dinámicas, etc. La mayoría son juegos de mesa, hay cartulinas, acuarelas y un armario con chaquiras y demás material para que la población aprenda a hacer manualidades y las pueda vender en sus pueblos.

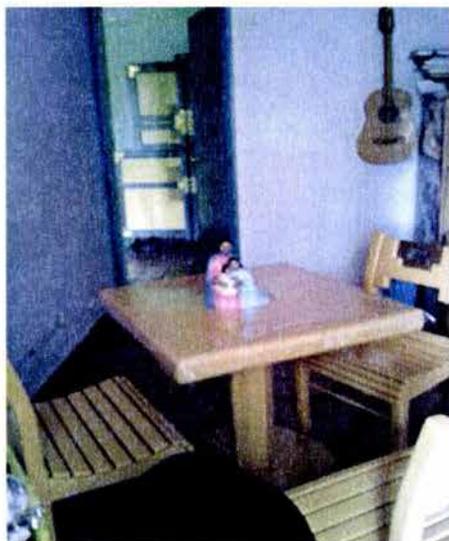


Figura 14

Este es el consultorio del área de psicología, debido a su limitado espacio sólo cuando hay poca gente en el albergue se hace manualidades en él. En la pared hay un espejo muy grande, con el se puede hacer la técnica del espejo.

4.7. Área de Psicología

Es el servicio responsable de dar seguimiento y atender aspectos psicológicos del paciente y de la familia en relación al proceso de su enfermedad.

4.7.1. Objetivo general

Trabajar en el proceso de enfermedad de manera multi e interdisciplinaria desde el aspecto psicológico del paciente y del familiar, tomando en cuenta el diagnóstico y pronóstico del padecimiento para lograr una mejor calidad de vida.

4.7.1.1. Objetivos específicos

- Proporcionar al paciente y al familiar un espacio donde exprese dudas, miedos, angustias, sentimientos y emociones generados a partir de la enfermedad
- Conocer los recursos psicológicos, sociales y culturales de cada individuo y familia
- Favorecer la integración al medio en el que se relacionan

Líneas de acción

- Psicodiagnóstico
- Intervención en crisis y seguimiento del proceso de enfermedad – salud o muerte
- Trabajo con Servicio Social y actividades recreativo-culturales.

4.7.2 Población a atender:

- Pacientes en proceso de elaboración de duelo como consecuencia de la pérdida de la salud
- Pacientes en fase o con diagnóstico confirmado como terminal y familiar en elaboración de duelo
- Detección de conducta inapropiada del paciente y/o el familiar con respecto a su manejo médico y social
- Problemática familiar agudizada por la enfermedad
- Estado emocional en crisis
- Cirugía próxima
- Inicio de tratamiento médico agresivo

Capítulo 5 Desarrollo del Servicio Social

5.1. Objetivos personales de haber escogido este Servicio Social

Decidí hacer mi servicio social en "Mil colores" porque desde la primera vez que fui me di cuenta de la necesidad que existía en este. Es un lugar donde se alojan personas con tantos problemas que no alcanzan los esfuerzos para ayudarlos a todos y cada uno de ellos, a pesar de la gran labor que realiza el equipo de trabajo.

En un principio, mis creencias me llevaron a considerar que mi labor iba a consistir en enseñarles principalmente a leer y escribir, lo cual fue un error, pues ahora mi visión es diferente, aprendí más de ellos que ellos de mí. Por lo que este Servicio Social también fue una prueba de humildad para mí ya que vi con nuevos ojos a estas personas, supe que eran personas sabias que debía de aprender de ellos lo que más pudiera en los meses que tuviera la oportunidad de estar ahí.

5.2. Objetivos personales de la realización del Informe Profesional de Servicio Social

Después de haber estado en el albergue sentí el compromiso tanto profesional como social de ofrecer un trabajo de calidad mediante mi experiencia a través de este texto. En dicho lugar pude percatarme de la necesidad de un apoyo terapéutico a la población en general desde el campo del acompañamiento espiritual, en lo cual solamente podía aportar algo cubriendo los siguientes puntos dentro del IPSS:

- Brindar un marco teórico al trabajo Institucional realizado en este albergue y crear una base bibliográfica que oriente y guíe al recién llegado al mundo de la tanatología Institucional.

- Abrir camino en la sistematización del trabajo psicológico que se puede lograr en el albergue para mejorar la calidad en cuanto al acompañamiento terapéutico de la población atendida por parte de los futuros prestadores de servicio social.

5.3. Actividades realizadas en el albergue

Me gustaría enlistar las actividades que realicé durante estos seis meses de servicio social:

5.3.1. Dinámicas

Fueron actividades breves que no requirieran mucha actividad física por la condición de los pacientes (ancianos, enfermos, recién operados, amputados); pero a la vez entretenidas, que no les aburriera para que así les fuera gustando mi trabajo y se abrieran a mí cada vez más. Traté temas enfocados principalmente a la convivencia entre todos, fomentando el respeto ante todos los valores.

Al ser una población tan variada era imposible brindar un taller, terapia o cualquier otro tratamiento que requiera continuidad, ya que había gente con la que estaba inclusive un solo día y no los volvía a ver, por lo que decidí hacer dinámicas que no tuvieran continuidad al día siguiente, es decir, un tema diferente y un mensaje diferente en cada una de ellas. Los temas a reflexionar eran con el objetivo de brindarles elementos que les pudieran servir en su vida cotidiana.

La mejor manera de poderles transmitir algo era hacerlos reflexionar acerca de la conducta que acababan de realizar en la dinámica, ya que esto trascendería más en ellos que cualquier discurso motivacional u otras opciones que sean viables en tan poco tiempo.

La metodología en el caso de estas dinámicas es la de observación estructurada, ya que yo inducía a que realizaran cierta conducta con las indicaciones dadas. Para que una vez que se comportaran de esa manera pudiera enfocarlo en

aspectos de su vida cotidiana, y que analizaran que tanto puede cambiar su vida si veían las cosas de una manera diferente, ya que en sus actos también se vería reflejado esto.

Teorizando, según Shaughnessy y col. (2007)⁶³ la observación estructurada en psicología es frecuente que los observadores intervengan con el fin de provocar un acontecimiento o "establecer" una situación de tal forma que los acontecimientos puedan ser registrados más fácilmente de lo que se podría hacer sin la intervención. Es lo que mejor describe a mis dinámicas, ya que sin mi intervención difícilmente se hubieran visto las conductas deseadas.

Las dinámicas realizadas a lo largo de 6 meses fueron:

- Telaraña (melón o sandía)
- Ponle la cola al burro (tanatología)
- Teléfono descompuesto
- Miedo vs felicidad
- Comunícate
- Ventana
- Dígalo con mímica
- Pastel (no fue una dinámica como tal, pero festejé mi cumpleaños con ellos y sirvió de actividad de integración).
- Honestidad ciega
- Animales en peligro
- Portarretratos
- Espejo

⁶³ Métodos de Investigación en Psicología.

Dinámica de la Telaraña (melón y Sandía)

Fecha: 3 Julio

Población: 10 personas (8 – 69 años)

Duración:30 minutos

El objetivo de esta actividad fue presentarnos ante la población del albergue que se encontraba en ese momento, hicimos la dinámica de la "telaraña" la cual consiste en tomar una bola de estambre, decir su nombre, edad, lugar de origen y hobbies; después con una mano se conserva el estambre y con la otra se le avienta la bola a la persona que desee y esta hace lo mismo, una vez que todos se hayan presentado se pasa la bola de estambre por todos y cada uno está obligado a repetir los datos de la persona que le aventó la bola.

Después de haber hecho "la telaraña" pasa uno por uno al centro del círculo y debe de señalar a alguien del mismo; en el momento de señalarlo debe de decir "melón" o "sandía" y el señalado debe de decir el nombre de la persona que está a la derecha (en caso de decir melón) o el nombre de la persona a su izquierda (sandía).

Al terminar las dos dinámicas concluimos con que entre muchas personas del albergue no se hablan, ni si quiera tienen la delicadeza de saludarlos (generalmente cuando son nuevos), y la muestra era que la mayoría de ellos tuvo problemas al recordar el nombre de otros con los que ya han estado en el albergue, y que en nuestro caso al ser nuevos queríamos evitar el que no se acercaran a nosotros o que al menos tuviéramos algo de comunicación en el albergue, ya que muchas veces el ambiente puede llegar a ser hostil o aburrido ocasionado por nosotros mismos y nuestro poco interés de convivir con el otro.

La población integrada para esta actividad se mostró muy cooperativa, a veces a algunos les daba pena participar o dar su punto de vista, pero nada relevante para que interfiriera con la actividad.

Se recomienda que el dirigente de la actividad tenga actitud participativa, activa y amigable para que la población se anime a colaborar. En el caso de que sea

posible, es más probable que la población se muestre más participativa si son dos encargados en la actividad y ponen el ejemplo de la dinámica ante ellos.

Ponle la cola al burro (tanatología)

Llevada a cabo el 12 de Julio

Población: 12 personas (15- 70 años)

Duración: 35 minutos

Al principio de la dinámica expuse el tema de "tanatología"; se les explicó la función de un tanatólogo, los objetivos de la tanatología y las fases por las que pasa un enfermo; en esta exposición algunos pacientes compartieron su experiencia como enfermos y se creó un ambiente de confianza para que cada uno se abriera y dijera como es que viven su enfermedad (tanto enfermos como acompañantes). Después de haber hecho la exposición pasamos a la terraza y formamos dos equipos; a cada integrante del equipo por turno se le mareaba y se le vendaban los ojos, cuando le atinaban a ponerle la cola al burro tenían derecho a responder la pregunta sobre la exposición de tanatología.

Se recomienda que durante la exposición el encargado hable lo menos posible y facilite la participación de los oyentes, ya que es una población que en general le cuesta trabajo poner atención y se aburren rápidamente sino participan.

Teléfono descompuesto

Fecha: 23 de Julio

Población: 20 personas (7- 70 años)

Se jugó el clásico juego de "teléfono descompuesto", el cual consiste en susurrar un mensaje de oreja a oreja y al final decir en voz alta el mensaje final, después averiguar en qué momento se distorsionó el mensaje la persona que lo alteró es la primera en decir el nuevo mensaje y así consecutivamente; en esta actividad después de jugar esto se enfocó la conclusión a la vida diaria, es decir; muchas veces la información que llega a nosotros es el 10% de la realidad, por lo que tenemos que cerciorarnos antes de tomarla como verdad, así mismo cuando tenemos problemas con alguien lo mejor es decírselo en su cara y no hacer chismes de él; porque tarde o temprano llegarán a los oídos de la persona y probablemente será un mensaje muy alterado del real.

Debido al poco esfuerzo físico necesario para dicha actividad fue una de las actividades más aceptadas por la población, se recomienda para casos en los que la población del albergue sea gente delicada por procesos postoperatorios. Y aunque la población al principio lo ve como solamente un juego es importante la retroalimentación del terapeuta después de la misma, ya que puede quedar solamente como un juego carente de mensaje para su vida cotidiana.

Miedo y Felicidad

Fecha: 24 de Julio

Población: 10 personas (4-50 años)

Duración: 30 minutos

Se les dio un pliego de papel a cada uno; en el primero debían de dibujar las cosas a las que más miedo le tuvieran y describir su dibujo para el resto del grupo, cuando terminaron de describir sus temores (que normalmente eran a su enfermedad), se les pidió que ahora en otro pliego representaran lo que más feliz les hacía; al describir su segundo dibujo y compararlo con el primero se dieron cuenta que en su vida tienen mucho más cosas que los hacen feliz que las malas que los ponen tristes; concluyeron con que dicha actividad les había ayudado a reflexionar sobre el peso que se le dan a los problemas, y que muchas veces estos opacan la luz de la vida.

Esta actividad fue sumamente emotiva, hubo lágrimas de los que compartían su dibujo y expresaban el miedo a perder a sus seres queridos, pero por otra parte supe manejar el ambiente de tristeza cuando los invité a contrastar sus dibujos con el segundo pliego que representaban sus motivaciones en la vida. Entonces el ambiente cambió al hacerlos reflexionar que la búsqueda del sentido de su vida solo depende de ellos, y que aunque la lucha contra la enfermedad que estaban pasando es una lucha sumamente dura solo depende de ellos mismos seguir adelante o dejarse vencer, la energía necesaria para seguir solamente puede emerger de ellos mismos al darse cuenta de todas las cosas buenas que tienen siempre serán el pilar motivacional necesario para encontrar un apoyo hasta en los momentos donde todo perdido parezca.

Comunícate

Fecha: 25 de Julio

Población: 9 personas (14-60 años)

Duración: 25 minutos.

La actividad consistió en dos partes; en la primera dos voluntarios debían de salirse para que no vieran el dibujo que entre todos harían, después de que entre todos hicieran un dibujo se le pedía al primer voluntario que pasara a continuarlo pero con el detalle de que el dibujo era tapado casi en su totalidad, solo se veían los últimos centímetros del trazo; evidentemente ninguno de los dos integrantes pudo seguir la secuencia del dibujo y se terminó por hacer un dibujo sin sentido.

La segunda parte de la actividad consistió en que un nuevo voluntario se saliera del cuarto, mientras estaba aislado del resto se le pidió que leyera un cuento en voz alta para todos; mientras a los demás se les indicó que hicieran otras cosas mientras el leía, es decir que hicieran todo menos ponerle atención, después de la actividad el que leyó siendo ignorado compartió lo que sintió; describiendo sentimientos de enojo y frustración, por lo que se concluyó que muchas veces no nos comunicamos por no poner atención o porque tenemos muchas preocupaciones dentro de nosotros que impiden que las personas se nos acerquen y que muchas veces reflejamos una personalidad cerrada que impide la convivencia y ni cuenta nos damos.

Esta dinámica fue agradable, en todo momento hubo risas y al final agradecieron por haber pasado un grato momento y haberse llevado un mensaje constructivo.

Creo que a partir de esta dinámica me gané el papel de psicólogo en el albergue y pude enfocar el concepto de dicha profesión, ahora era muy común que cuando llegara al consultorio hubiera gente sentada esperando mi llegada con interés en saber que dinámica haríamos ese día.

Ventana

Fecha: 26 de Julio

Población: 6 personas (20- 70 años)

Objetivo: Que la población se dé cuenta cómo es que son percibidos por otras personas del albergue, rescatando cosas positivas e identificando las negativas, con el fin de corregirlas y darse cuenta cómo es que nos mostramos con otros sin que nos demos cuenta.

Se les pegó una hoja en la espalda para que no vieran quien les escribía que descripciones de sí mismos; una vez que todos habían escrito por lo menos una palabra de lo que pensaban que era esa persona se les daba un pliego de hoja dividido en 4 partes; la primera estaba destinada a que ellos mismos se describieran; en la segunda tenían que pegar la hoja que tenían en su espalda, en el tercer cuadro tenían que poner lo que coincidía en su auto descripción con la de los demás y en la última sección debían de poner lo que pensaban que los demás no veían pero que realmente los define como personas.

Al final todos quedaron sorprendidos por lo que reflejan a los demás y se dieron cuenta que tal vez su autoconcepto no concuerda con lo que muestran a otros, muchas veces tenemos una imagen muy vieja o idealizada de nosotros mismos y cuando nos topamos con la realidad puede crear un conflicto en nosotros sino estamos conscientes de quienes somos realmente.

Afortunadamente todos los involucrados en la actividad sabían leer y escribir, por lo que se recomienda que dicha actividad sea sólo cuando la población presente sepa leer y escribir, ya que los analfabetas se sentirán desplazados.

Dígalo con mímica

Fecha: 2 de agosto

Población: 12 personas de 7- 60 años

Se dividieron en dos equipos, los cuales debían de tener la finalidad de entender lo que la persona que actuaba decía; el mensajero no podía hablar o escribir en el aire, debía únicamente de actuar el mensaje lo más claro y creativo que pudiera, al final se retroalimentó cuestionando la capacidad de uno mismo de expresar ideas o sentimientos sin la necesidad de hablarlos, así mismo como de entenderlos.

La conclusión fue que ese juego tan sencillo es sólo un reflejo de la vida cotidiana: a veces pensamos que damos un mensaje claro hacia el otro pero esto está muy lejos de la realidad, y desgraciadamente esto ya es tan cotidiano que hemos aprendido a vivir así, sin aclarar las cosas y sin interesarnos en lo que otras personas nos quieren comunicar realmente.

Por otro lado, se les invitó a reflexionar que tanto pasa esto en el albergue, la mayoría de ellos no tienen interés en iniciar cualquier estilo de comunicación con otros pacientes, lo cual muchas veces genera un ambiente de hostilidad y aburrimiento, muchas veces vienen personas provenientes del mismo Estado, incluso de pueblos cercanos, pero por no mostrar ni siquiera el mínimo interés en hablar con ellos no se enteran que en el mismo techo donde se están alojando pueden conocer a alguien que está en una situación parecida a la de ellos, y porque no, verse como un apoyo mutuo .

Se recomienda que en esta actividad el encargado no ponga a la población a transmitir mensajes difíciles, ya que podrían frustrarse y renunciar a participar en la actividad rápidamente.

Dinámica de honestidad

Fecha: 14 de Agosto

Población: 12 personas entre 9 y 70 años.

Los organizamos en 2 equipos de 6 personas cada uno, las instrucciones eran que cada equipo hiciera una fila por estaturas, y que todos a excepción del último en la fila cerrara los ojos, después cada integrante de la fila tomaría los hombros del que estuviera en frente de él y de acuerdo a las instrucciones dadas por el último de la fila seguiría la trayectoria. Para dar las instrucciones de cómo se debían de mover el último de la fila no podía hablar, solo mediante el tocar los hombros indicaba si tenían que ir a la derecha (tocando el hombro derecho) o a la izquierda (en el hombro izquierdo), dos palmadas en los hombros significaba que caminaran lento porque había peligro, una palmada entre los dos hombros significa que el camino está libre de obstáculos; al final había una meta y el primer equipo en llegar se llevaba una bolsa de dulces.

Obviamente al realizar la actividad estuvimos observándolos y la mayoría abrió los ojos discretamente; cuando llegaron a la meta los dos equipos les preguntamos quienes habían abierto los ojos; todos lo negaron porque sabían que si confesaban su trampa no habría dulces. Fue entonces cuando los enfrentamos y dijimos directamente a quienes habíamos visto hacer trampa, después de eso todos confesaron haber mentido durante la dinámica para conseguir los dulces; se concluyó que muchas veces ya estamos tan acostumbrados a mentir que ni cuenta nos damos de nuestro defecto; siempre que queremos algo que nos conviene somos capaces de mentir, sin importarnos que estamos engañando a otros, y si en una actividad tan burda como la dinámica somos deshonestos por solo una bolsa de dulces, es obvio que en cosas más complejas y relevantes en nuestra vida lo hacemos.

Exposición.- Las exposiciones eran breves porque a muchos de ellos les cuesta poner atención cuando se les da información nueva, es por eso que decidía hacer las exposiciones lo más breve posible y reforzarlas con una dinámica después.

Las exposiciones fueron:

- Tanatología/Ponle la cola al burro
- Valores
- Emociones
- Autoestima
- Redes Sociales

Descripción de cada exposición:

Exposición de Valores

Fecha: 20 de Septiembre

Población: 13 personas entre 14 y 52 años

Al haber existido algunas situaciones incómodas en el albergue (específicamente el robo de material para manualidades y un juego de mesa); decidimos exponerles lo que eran los valores para que reflexionaran acerca de sus actos, enfatizamos en el respeto, la honestidad, la responsabilidad y la confianza.

Al ser una población que se aburre rápidamente cuando prestan atención a una exposición decidimos hacerla en diapositivas con más imágenes que palabras. Secuencialmente los integrábamos a la exposición pidiendo su punto de vista o que pensarán en ejemplos; después de haber expuesto les dijimos que a lo largo de la semana les haríamos dinámicas enfocadas a dichos valores.

Autoestima

Fecha: 27 de septiembre

Población: 7 personas entre 15 y 40 años

Objetivo: Evaluar que tanto se valoran así mismos y que se den cuenta que la única opinión que realmente debe de importar sobre lo que somos es la personal.

Desarrollo: Se les dio un pliego para que se dibujaran así mismos e indicaran cuales eran las partes que menos les gustaban de su cuerpo y de su personalidad cuando terminaron su dibujo lo expusieron frente a todos explicando porque no les gustaban esas características propias. Cuando terminaron de exponer se les pidió que rompieran ese pliego y ahora se volvieron a dibujar pero únicamente con las características positivas (las que más les gustan de ellos mismos) y cuando terminaron ese dibujo les expliqué que esa caricatura representaba "la mejor versión" de ellos mismos, después de eso concluimos que lo mejor era aceptarse tal cual es uno y día a día reconocer los errores y ayudar a corregirlos, y que solamente depende de nosotros mismos sacar el máximo potencial que vive dentro de nosotros y desechar lo negativo que vive dentro de ellos que les impide ser esa mejor persona.

Al concluir esta dinámica cada quien se llevó su segundo pliego dibujado y alguno de ellos pude darme cuenta que lo pegaron en su cuarto.

Resultados obtenidos en las exposiciones:

Tanto para mí al aprender a expresarme frente a ellos como para ellos al darse cuenta que pueden poner atención a alguien siempre y cuando su información sea

interesante; también bajaron las conductas antisociales que perjudicaban al albergue como el robar o engañar.

5.3.2. Samuel a través del espejo

He decidido dedicar este apartado exclusivamente para el análisis de una actividad realizada con un paciente poniéndolo ante un espejo, ya que fue uno de los contactos terapéuticos más eficientes que considero que hice. Por cuestiones éticas lo llamaré "Samuel" sin revelar su nombre real.

"Samuel" es un paciente que llevaba 4 años registrado en el albergue, pero por alguna razón no contaba con registro psicológico alguno en el lugar, debido a la buena relación que teníamos personalmente y a la falta de registro del paciente decidí hacerle una dinámica con la que supuse que debido a las resistencias del paciente para una entrevista estructurada brindaría datos relevantes sobre su situación.

Historial clínico:

El paciente es un hombre de 26 años, nacido en el Estado de Oaxaca, hace 5 años fue diagnosticado con cáncer en la sangre, después de un tratamiento muy agresivo de quimioterapias mejoró y actualmente se encuentra en observación, lleva un año sin requerir tratamiento de quimioterapia.

Escolaridad:

Samuel cursó hasta la secundaria, pero debido a que embarazó a su novia tuvo que meterse a trabajar desde edad temprana, además impulsado por las condiciones de pobreza en las que siempre vivió.

Antecedentes familiares

Samuel es el cuarto de 6 hermanos, con los cuales lleva una buena relación (sobre todo con una que es la que lo cuida además de su mamá), tiene una hija de 5 años a la cual casi no ve porque la mamá de esta niña no se lo permite con el

pretexto de que no aporta dinero para los gastos de la misma. La relación con sus padres es buena, vive con ellos debido a su estado de salud.

Condición física

Samuel aparenta un buen estado de salud, pese a que estuvo muy grave hace apenas un año. Llegó a pesar 30 kilos (a pesar de ser un hombre que 1.70) y su cuerpo estaba muy dañado por el cáncer, no podía valerse por sí mismo y se transportaba en una silla de ruedas. Afortunadamente recuperó su salud y en sus últimos estudios los resultados fueron favorables para él. Actualmente está en su peso y ya puede valerse por sí mismo, la única secuela que le quedó fue en el tobillo, ya que debido a las quimioterapias su hueso en esa parte del cuerpo se desgastó demasiado, terminando en un daño irreversible, por lo que cojea cuando camina y se cansa rápido al no poder distribuir su peso sobre los dos pies.

Justificación de haber hecho esta dinámica:

Desde que llegué al albergue con una de las primeras personas que entablé una buena relación fue con Samuel, a quien identifiqué sentimientos de culpa, por sus actos cometidos en el pasado. Éste paciente durante su adolescencia había desarrollado una adicción a los estupefacientes y al alcohol, actualmente asegura que dicha conductas autodestructivas lo llevaron a enfermar.

Decidí realizar la dinámica del espejo porque se había mostrado resistente en entrevistas anteriores. Cuando me di cuenta que Samuel no se abriría con otra persona opté por mostrarle de frente a la única persona que no podría evadir: así mismo.

Al haber sido una técnica con enfoque Gestalt cuyo objetivo era el que Samuel descubriera en sí mismo aspectos desconocidos de su vida hasta ese momento, aprendiera y entendiera a través de éste descubrimiento que el hacerse responsable de sus conductas no es lo mismo que cargar sentimientos de culpa

por ellos y pudiera visualizar mejor su futuro, considero necesario teorizar con el siguiente aporte de Perls (2006):

Empezamos por permitir que el paciente se descubra. Que descubra de nuevo, como gustó, algunas partes de sí mismo y de su poder, que ahora le son ajenos y de los que no dispone. Ahora bien: la suposición básica de la Gestalt es "Aprender es descubrir". Cualquier cosa que el terapeuta haga para intervenir, inmiscuirse o disminuir el proceso de que el paciente descubra por sí mismo, asegura que, hasta ese grado, no ocurrirá ninguna terapia. El descubrimiento es el centro mismo del proceso de crecimiento y la esencia de la psicoterapia. El cometido del terapeuta es facilitar, no enseñar, "estar con" no imponerse. Recurre a su imaginación para idear situaciones en las cuales el paciente puede explorar y descubrir por sí mismo nuevas dimensiones de experiencia.

Desarrollo de la dinámica del espejo:

Las instrucciones hacia Samuel fueron las siguientes: tenía que sentarse frente a un espejo, y responder las preguntas que yo le haría en tercera persona, es decir, no podía referirse a la persona que estaba viendo en el espejo como si fuera él.

La primera instrucción hacia Samuel era que me dijera quien era esa persona y me contara sus datos, donde había nacido, su edad y lo primero que se le viniera a la mente. Al principio de la actividad a Samuel le costó trabajo contar su vida en tercera persona, pero conforme profundizamos en aspectos delicados comenzó a constarle menos trabajo.

Uno de los momentos más emotivos fue cuando habló del abandono de su ex pareja, confesó que al haber pasado por eso la persona que estaba viendo frente al espejo ni siquiera se sentía como un verdadero hombre, que su entonces

esposa lo había engañado con quien él consideraba su mejor amigo con la excusa de que Samuel no la podía satisfacer sexualmente por su padecimiento. Fue entonces cuando le pedí que le diera unas palabras alentadoras a esa persona que tenía enfrente y sus palabras fueron referentes al haber mejorado del padecimiento, que si Dios le había dado una segunda oportunidad él también tenía que dársela y no vivir culpándose del pasado, entonces intervine y le dije que no era lo mismo el hacernos responsables de nuestras acciones a culparnos por las mismas. La respuesta emocional de Samuel en ese momento fue interesante: cuando estaba dándose ánimos dijo cosas que aseguró nunca había pensado; identificó que todo actualmente estaba a su favor, los médicos le habían dicho que era muy probable que el cáncer no regresara debido a su progreso y otra vez ya era alguien que podía valerse por sí mismo, contaba con el apoyo de sus hermanos y padres y la opción de poder tener un trabajo cada vez era más factible, el único obstáculo que tenía era él mismo, sus miedos y culpas eran lo que no le permitían visualizarse en un futuro cercano como alguien con un trabajo estable, una independencia física y económica y por qué no, alguien con una pareja.

Otro aspecto delicado que surgió en la técnica fue cuando se mencionó el distanciamiento con su hija, Samuel tenía un año sin verla y cada vez que intenta hablar con ella su ex pareja no lo deja, él tiene miedo a perder a su hija, ya que la niña le dice papá a la pareja actual de su mamá. Entonces el ambiente en el consultorio cambió, Samuel dejó de emitir el tono de voz que reflejaba una obvia tristeza a una profunda ira. Su postura corporal cambió por completo y le dijo a la persona que veía en el espejo que no era posible que permitiera eso, que ahora ya no tenía obstáculos que le obstruyeran el ver a su hija. Esto fue algo impactante: Samuel enfrentando al mismo Samuel, exigiéndole que luchara por lo que es suyo, que dejara de ser víctima de su pasado y luchara pro su presente y futuro, todas esas palabras emitidas por el mismo Samuel eran impresionantes, eran cosas que él nunca había pensado hasta ese momento y estoy seguro que cada palabra de ese enfrentamiento tocaba el alma de Samuel.

Otro momento relevante fue cuando dijo que la persona que estaba frente al espejo le guardaba mucho rencor a uno de sus hermanos que lo había golpeado gravemente en el pasado, dicha agresión física fue antes de que él enfermara, pero durante el relato de su vida se dio cuenta que uno de los hermanos que más cuidó de él era el que le pegó en el pasado, pero le guardaba tanto rencor que no se percató de este esfuerzo por parte de su hermano, lo que lo dejó reflexionando, cambiando la imagen que tenía sobre su hermano.

Al final, en el cierre de la técnica cuando le pregunté qué era lo que le quería decir por último a la persona que estaba frente a él en el espejo dijo que quería mucho a esa persona, y que nunca más le iba a fallar de nuevo haciéndole tanto daño físico. Aporté diciendo que a fin de cuentas esa persona es la única que tiene garantizada por el resto de su vida, y solamente de él dependía que tan bien o que tan mal estaba con esa persona. También le comenté que esa persona a la que estaba viendo no tenía por qué cargar todo el peso solo, que había personas que lo querían ayudar y el dejarse ayudar no demostraba debilidad, al contrario, ningún hombre puede con todo por sí solo y dejarnos ayudar es algo digno de ser admirado. Después de esto Samuel le dijo a la persona que veía en el espejo: *Lo vamos a lograr, yo siempre estaré contigo*. Dicho momento fue la consagración de la técnica, increíblemente bastaron 20 minutos de la técnica del espejo para que Samuel entendiera aspectos de su vida que traía años cargando.

Recomiendo ampliamente ésta dinámica para pacientes que se muestren resistentes durante una entrevista, ya que a través del espejo revelan aspectos profundos, sin ser conscientes de eso. Pero para que dicha técnica dé resultados es necesario:

- Estar solamente el paciente y el terapeuta, obviamente el paciente no permitirá dejarse llevar por la dinámica de la técnica si no se siente cómodo en su privacidad.
- Durante las instrucciones aclararle al paciente que ese es un espacio solamente para él, y que de él depende que tanto se atreve a abrirse y qué tanto aprovecha la actividad.

- Dejar en claro que como terapeuta uno tiene la obligación de guardar el secreto profesional de sus pacientes, y que nadie más sabrá lo que pasó y lo que se dijo en esa técnica.
- El terapeuta debe de tener sus 5 sentidos enfocados en lo que está pasando con el paciente, al ser una técnica libre en cuanto a lo que el paciente dice, el terapeuta debe de procesar rápidamente lo dicho por la persona frente al espejo, para enfatizar en lo que considere importante.
- Dejarlo hablar lo más que se pueda sin interrumpirlo, me di cuenta que después de unos minutos Samuel ni siquiera recordaba que yo estaba ahí.
- La posición del paciente al espejo debe de ser de frente y el terapeuta encargado de guiar la actividad tiene que estar a un lado del paciente, con la suficiente distancia como para no aparecer en el espejo, el espejo solamente debe de reflejar al paciente.
- En caso de que el paciente se muestre resistente es conveniente que el terapeuta haga las preguntas que él considere necesarias para profundizar en determinados temas.
- Si el paciente le responde algo al terapeuta no lo tiene que ver, aunque la respuesta sea para el terapeuta debe de seguir viendo en todo momento al espejo.
- Al ser una actividad tan desgastante en lo emocional para el paciente se recomienda que no dure más de 30 minutos.
- Es necesario que la relación paciente- terapeuta haya llegado a un estado de plena confianza para que pueda fluir la dinámica, no se recomienda que se haga esta técnica en los primeros acercamientos.
- El cierre es sumamente delicado, ya que el paciente puede terminar más alterado que antes de la actividad, se recomienda que el terapeuta no cierre en un momento de catarsis.

5.3.3. Cine debate

Una actividad de las más seguidas por la población, las películas que puse eran de preferencia cómica o muy entretenida de ver pero con un mensaje profundo siempre. Después de cada proyección todos dábamos nuestro punto de vista y compartíamos nuestra visión del mensaje que trataba de dejar la película.

Las películas proyectadas durante estos 6 meses, dirigidas a los familiares y a los enfermos, tuvieron diferentes objetivos, desde sensibilizarlos para ahorrar el agua, darles un rato de recreación dejando a un lado la tristeza o los problemas sufridos, mejorar sus habilidades de comunicación, mejorar sus habilidades emocionales, etc.

- Preciosa
- Wall-E
- Soy leyenda
- Irene, yo y mi otro yo
- Siempre a tu lado
- Gigante de acero
- Tierra de osos
- Pocahontas
- Oliver Twist
- Todo poderoso
- Click
- Mente indomable
- Milagros inesperados
- La vida es bella

Descripción de cada Película:

Preciosa (Julio 13 2012)

Población: 12 personas (entre 12 y 69 años)

El objetivo de esta película era que se identificaran con la protagonista de esta película y pudieran poner otra cara en cuanto a sus problemas, siempre motivándose a ellos mismos, con el objetivo de aprender de cada experiencia por muy dura que sea, y aunque todo perdido parezca, siempre encontrar los aspectos positivos que nos impulsen a seguir adelante y seguir trazando nuestro camino.

Aspectos a mejorar en la actividad:

Debo de confesar que cometí el error de proyectar una película que nunca había visto, ya que la prestadora de servicio social en el área de Trabajo Social fue la que propuso ponerla sin pensar en lo fuerte que podía ser para ellos ver dicha película. En este filme hay escenas muy violentas, lo cual no le pareció a muchos e inclusive unos cuantos se retiraron antes de terminar la película. Desde ese día decidí que lo mejor era que yo me hiciera cargo de las películas, para no repetir un momento tan incómodo como lo fue ver esa película tan cruda ante una población tan sensible.

Soy leyenda (Agosto 10)

Población: 8 personas (entre 20 y 70 años)

El objetivo de esta película fue transmitir el mensaje de nunca rendirse aunque parezca que literalmente el resto del mundo está en nuestra contra, que aunque parezca todo perdido siempre se nos abrirá una ventana que solamente depende de nosotros mismo el valorarla; así como el protagonista logra su mayor sueño que es el salvar a la humanidad de su extinción (aunque esto le costó inclusive la

vida); al final de la película hicimos cine-debate donde algunos compartieron situaciones personales donde se han sentido como el protagonista de la película, la mayoría lo relacionó con su enfermedad, mientras que algunos acompañantes lo hicieron con situaciones de la vida diaria, al final se llegó a la conclusión de que el único enemigo realmente poderoso ante nosotros somos... nosotros mismos .

Aspectos para mejorar la actividad:

En su momento fue el cable del DVD, ya que no funcionaba muy bien el del audio, pero eso se solucionó con el técnico del albergue para el resto de las películas, así mismo el poder animar a todos los espectadores a que en su punto de vista.

Irene yo y mi otro yo (Agosto 17)

Población: 12 personas entre 10 y 60 años.

El tema a tratar en esta película fue el expresar sentimientos, ya que muchas veces por vergüenza, o por costumbre no expresamos lo que sentimos ante actitudes de otras personas hacia nosotros o ante determinadas situaciones; y el cuerpo y mente al ser una unidad complementaria la salud de uno depende de la del otro; es por eso que si nos guardamos todo lo que sentimos en algún momento todo eso tiene que expresarse ya sea con enfermedades psicosomáticas o con alguna otra manifestación que daña directamente nuestra salud. En el caso del protagonista de esta película desarrolla doble personalidad; una es todo lo que él se guardó y la otra es la persona humilde con mala autoestima de la que todos abusan; esta película al ser cómica fue de su agrado verla; al final después de tantas risas concluimos que siempre se debe de enfrentar cualquier situación con todo lo que esto requiera (llorar, gritar, reír, etc.) cualquier situación en la vida nos produce sensaciones y emociones y si estas no se expresan a tiempo tarde o temprano repercutirá directamente en nuestra salud.

Siempre a tu lado (31 Agosto)

Población: 15 personas entre 6 y 69 años

El mensaje de esta película es el vínculo que existe entre dos seres cuando realmente se aman; en esta ocasión fue un perro que incondicionalmente le es fiel a su amo, inclusive después de la muerte, al fallecer su amo el perro lo espera 10 años ininterrumpidos en la estación del tren donde todos los días lo esperaba.

A fin de cuentas se concluyó que muchas veces no valoramos lo que tenemos ni a quien tenemos de nuestro lado, si bien en la película es un perro el que tiene el vínculo con su amo en la vida real muchas veces podemos llegar a herir demasiado a las personas que nos rodean y nos valoran sin darnos cuenta, tal vez somos más relevantes e importantes de lo que pensamos para algunas personas y nuestros comentarios o actos pueden trascender en ellos más de lo que nos imaginamos, es por eso que debemos ser sumamente cuidadosos en lo que proyectamos hacia los demás y valorar siempre a quien nos quiere

Tierra de osos (7 de septiembre)

Población: 12 personas entre 8 y 80 años.

El objetivo de esta película fue concientizar a la población sobre el trato a los animales, ya que muchas veces ellos en sus comunidades encuentran como una opción fácil el matar a los animales silvestres del monte o del ecosistema de sus comunidades. Pero no se dan cuenta las consecuencias que puede tener en el medio el matar estos seres, como las víboras, aves grandes y demás animales que están entrando inclusive en peligro de extinción, al final de la película varios confesaron el haber matado algún animal en sus comunidades, por simple diversión, miedo o hasta por contribución económica.

Gigante de acero (21 de septiembre)

Población: 10 personas entre 12 y 60 años.

El objetivo de proyectar esta película fue que entendieran la importancia de seguir luchando pese a que todo perdido parezca, y también a que aprendieran a valorar el vínculo con los que se preocupan por nosotros, muchas veces por los problemas que tenemos dentro de nosotros mismos no valoramos a quienes más nos cuidan y nos quieren. Muchos se identificaron con el protagonista de la película y se dieron cuenta que muchas veces por estar tan preocupados por ellos mismos no se preguntan cómo se encuentra la gente cercana a ellos. A fin de cuentas todos tenemos problemas, y si nos hundimos en ellos y no los compartimos o ayudamos en lo que podamos a los demás no podremos salir ni sacar adelante a los otros.

Resultados obtenidos: La mayoría ya se queda a ver la película de principio a fin, y cada vez son más los que se animan a dar su punto de vista (sobre todo los que ya llevan varios cine debates).

Pocahontas (5 de octubre)

Población: 10 personas (entre 13 y 60 años)

El objetivo de esta película fue poder analizar de manera crítica la visión errónea de lo que muchas personas tienen de ciertas poblaciones "diferentes" a las urbanas, esto con el fin de que ellos se identificaran con los llamados "salvajes" de la película. Ya que es común que ellos sean discriminados y se sientan incómodos en el D.F. (sobre todo cuando son sus primeras visitas a la Ciudad).

Al final de la película concluimos que lo realmente importante y lo único que les pertenece es su identidad, y con ello sus orígenes; es decir, que nunca se avergüencen de donde vienen y lo que son, porque ESO es lo único que realmente les pertenece, y que muchas veces las personas están tan cerradas y son tan ignorantes que les da miedo o simplemente no entienden lo que es diferente a ellos, pero entonces el problema está solamente en la ignorancia de esas personas, no en ellos mismos.

Se recomienda ampliamente esta película a la población del albergue al ser una animación bastante agradable de ver, no se necesita mucha atención y los niños no se aburren.

Oliver Twist (12 de Octubre)

Población: 13 personas (entre 20 y 45 años)

El objetivo de haber visto esta película fue que identificaran la lucha del niño protagonista de la película por tener una buena calidad de vida; durante el filme se muestra como Oliver pasa momentos realmente difíciles, donde es despreciado por todo mundo, es víctima de chantajes, abusos y toda clase de actos oportunistas de aprovechados por su situación; inclusive cuando todo parece perdido para él logra salir adelante siempre guiado por sus principios y su corazón.

El haber visto esta película provocó sentimientos de lástima, tristeza y esperanza en la población; muchos se identificaron con el proceso de Oliver; cuando parece todo perdido y hasta te atreves a pensar que el mismo Dios te ha dado la espalda, y por lo mismo no eres importante para alguien; en esos momentos realmente difíciles en cuando se pone a prueba de lo que está hecho uno; pero igual que Oliver uno nunca debe de perder la esperanza y seguir actuando bajo los principios que uno ha adquirido, porque cuando se obra bien y se sigue lo que dicta nuestro corazón y nuestra educación tarde o temprano encontraremos la paz y el bienestar.

Al ser una película tan larga y con un trama que necesita de mucha atención no se recomienda si la población no está acostumbrada al cine debate.

Todopoderoso (19 de octubre)

Población: 8 personas (entre 23 y 62 años)

La razón de esta película es que identifiquemos un mal común que tenemos como humanidad: el culpar a otros de nuestros actos, (el personaje mas culpado es Dios); muchas veces pensamos que lo que nos pasa es producido por alguna fuerza suprema que se esmera en fastidiarnos, pero nuestro ego nos impide aceptar que todo lo que nos pasa (o aunque sea la mayoría de las cosas) es debido a nuestras decisiones y acciones; por otra parte el segundo mensaje de la película es que muchas personas se la pasan el resto de su vida esperando el "paraíso terrenal", un lugar después de esta vida; pero no se dan cuenta que ya estamos en el paraíso, esta vida es lo mejor que puede existir y solo de los actos de los humanos depende que este lugar sea un infierno para muchos o un paraíso para todos.

Al final de la película muchos compartieron su punto de vista en cuanto al tema tratado, diciendo sus experiencias o los pensamientos hostiles que han tenido ante la vida por las dificultades que esta misma presenta; a manera de lluvia de ideas todos nos dimos cuenta que es muy común ante una situación difícil enojarnos y tomar una actitud negativa; que lo único que ocasiona es que salgan aún peor las cosas, ya que el efecto es como una bola de nieve que va cayendo rodando por la montaña nevada, mientras más cae y rueda más grande y pesada se hace, lo mismo pasa ante nuestros problemas, si nos preocupamos en lugar de ocuparnos lo único que lograremos será terminar siendo prisioneros en una cárcel fabricada por nosotros mismos.

Click (26 de Octubre)

Población: 11 personas (entre 32 y 70 años)

El trama de esta película es de un hombre que está harto de los problemas que tiene que lidiar en su vida diariamente, (las discusiones con su esposa, los compromisos familiares a los cuales no quiere asistir, la talacha del trabajo, etc)... Hasta que un día por azares del destino un científico le regala un control remoto de su vida, el cual le permite adelantar capítulos de la misma (como sus problemas a lidiar); pero al final termina dándose cuenta el adelantar cosas de su vida no le permite disfrutar de la misma, ya que a fin de cuentas cada experiencia que tenemos es por algo y depende de nosotros aprovecharla o no; tenemos dos opciones: el no aprender de ellas, quejarnos por lo que nos pasa y ahogarnos en nosotros mismos; o aprender de las mismas y trascender como personas aprendiendo de la vida y lo que esta nos exige.

Después de la película hicimos el pequeño debate ya tradicional y concluimos que por muy dura que sea la prueba solo depende de nosotros disfrutar cada momento, por muy fuerte que suene esto, hasta los momentos duros y aburridos son dignos de disfrutarse y analizarse para aprender de ellos, puesto que estos momentos forman parte de la vida misma.

Mente indomable (9 de noviembre)

Población: 10 personas (entre 12 y 50 años.)

El objetivo de esta película fue identificar los obstáculos que el protagonista debe de pasar a lo largo de esta; él es un hombre joven muy inteligente, pero que desgraciadamente ha sufrido mucho en su vida; lo cual le impide relacionarse de la mejor manera en cuanto a sus relaciones interpersonales, aunque es un joven muy bien parecido él tiene una pobre imagen de sí mismo porque es pobre, y nunca deja entrar a las personas a su vida, siempre que siente que alguien le está tomando cariño este se aleja, y gracias a la ayuda de un psicólogo identifica todas las "cargas" que no lo dejan ser libre y por fin entiende que no es su culpa el estar en esa condición, que él ha luchado hasta donde puede y no tiene que basarse en todas las cosas que no tiene, sino en lo mucho que ha logrado.

Al final de la película muchos se sintieron identificados con el protagonista, ya que la mayoría (sobre todo en la ciudad) han sufrido de discriminación por ser indígenas, y muchos de ellos tienen una pobre imagen de sí mismos, no por lo que han logrado o por lo que realmente son, sino por lo que los demás los han hecho creer de sí mismos.

La vida es bella (16 de noviembre)

Población: (9 personas entre 20 y 70 años)

A pesar de ser una película difícil de ver por el contenido tan agresivo que esta tiene, es muy emotivo analizar la conducta de un padre hacia su hijo en los campos de concentración, este lo hace creer que todo es un juego y que están ahí momentáneamente y por convicción; al final de la película aunque el padre es asesinado por los nazis el niño siempre es feliz en los campos por la ilusión que el amor de su padre creó en su mente infantil e inocente.

Finalmente el niño es rescatado por el ejército británico, y logra ser feliz al pensar que por fin el juego ha terminado y que ha ganado el premio en cuestión (un tanque de guerra).

En esta ocasión hubo lágrimas y algunos definitivamente no aguantaron la película y se retiraron antes de que esta terminara, pero en cuanto al debate se llegó a la conclusión que se quería llegar: nosotros las generaciones del hoy en día somos los responsables de transmitirle el mensaje a las generaciones del mañana en que este es un lugar maravilloso, que la vida es el regalo mas valioso que existe en este mundo mediante el fomento de valores y un buen ejemplo, muchos se quejan de que las nuevas generaciones vienen mas precoces y que muchos de ellos ya no comprenden la importancia de los valores sociales, pero en lugar de quejarse deberían de ocuparse en fomentar esta visión positiva de la vida, ya que nosotros somos los encargados de terminar con el ciclo de violencia que se vive hoy en día; y aunque probablemente no nos toque ver ese mundo maravillosos creado por las nuevas generaciones mediante los valores y el ejemplo aprendido de nuestra generación (como al padre del niño en la película), nuestra mayor satisfacción será que ese mundo fue posible gracias a la semilla que nosotros sembramos.

Milagros inesperados(30 de noviembre)

Población 13 personas (entre 10 y 65 años).

Esta película nos proyecta el mensaje de esperanza y justicia que todos tenemos a lo largo de nuestra vida, en este filme hay muchos personajes con personalidades completamente diferentes (la trama es en una prisión de los años 30's donde se ejecutaba a la pena de muerte a los prisioneros que eran trasladados a ella), muchos de estos cometieron delitos menores los cuales no merecen ser castigados con la pena de muerte, otros son culpables de delitos

atroces como violación y homicidios, mientras que un personaje en particular es completamente inocente del delito que se le acusa. Este personaje se llama John Coffey, el cual tiene aspecto de ser una persona peligrosa porque intimida (es un hombre de color de dos metros de altura con una musculatura notablemente desarrollada), pero su personalidad es todo lo contrario, es la de un pequeño niño inocente, este personaje tiene poderes curativos lo cuales consisten en poder sanar cualquier tipo de enfermedad (de hecho al querer sanar a unas niñas que habían sido víctimas de violación y homicidio es sorprendido en la escena del crimen, por lo que es culpado inocentemente).

A pesar de que los guardias de dan cuenta de la bondad de este personaje no pueden hacer algo por él y es ejecutado al final de la película. Al final del filme llegamos a la conclusión de que muchas veces pasan cosas que no entendemos la razón (sobre todo cuando le pasan a gente muy buena y que parece no merecer nada de lo que le está pasando), pero lo importante siempre es aprender de cada vivencia, como también es importante aprender lo más que podamos de la persona antes de que esta deje de estar con nosotros. La película a pesar de ser muy cruel tiene un lindo mensaje al final, que conmueve a cualquiera que la vea.

5.3.4. Otras actividades:

Salidas al parque.- Cada miércoles ya era costumbre en el albergue irnos al parque que está a dos cuadras para jugar básquet, hacer barra, o chacharear en el tianguis; esta actividad es muy buena para salir de la rutina que puede crear el albergue y para convivir con los que normalmente no quieren salir de sus cuartos; los miércoles todos se ven más felices, más animados a convivir con el que está a lado, hay más risas que otras veces y todos están más interesados en escucharse entre sí, en mi punto de vista creo que las actividades fuera del albergue son las que más le ayudan a la población a despejarse y a animarse por todo lo que están pasando.

Donativo.- Dicha actividad es todos los lunes, la población del albergue va al patio del mismo y se reparten la ropa que a lo largo de la semana externos donaron; al final lo que sobra se va a otros albergues o se tira a la basura si está en malas condiciones. Mi función ahí era animarlos a que se llevaran lo más que puedan para que no se tirara:

Pastel

Fecha: 16 Julio. Población: 13 personas (entre 7 y 82 años de edad).

El 16 de julio fue mi cumpleaños, por lo que decidí llevar un pastel y refresco para todos los del albergue, con el objetivo de conocernos mejor y divertirnos. En el pastel hubo risas, contamos cuentos, bailamos y siento que desde ese día muchos de los que no me conocían o no me habían tratado lo suficiente se abrieron a mí. Al llevar escasas semanas en el albergue fue una excelente actividad rompe hielos con muchos pacientes.

Manualidades.- Sentí que antes de hacer tareas propiamente de la psicología debía de ganarme su confianza. También me di cuenta que para ganar su atención tenía que entrar en su mundo, debía y quería aprender a hacer esas manualidades tan complejas que hacen con chaquira e hilo, así que mis primeros días los dediqué a estar con ellos haciéndolas y que me enseñaran.

- Portarretratos
- Pulseras para el aniversario
- Flores con papel
- Almohadas

Chaquira

El resto de los días que no aparecen fueron empleados para hacer manualidades con chaquira; ya que cuando llegué era la actividad que más hacían y para poder integrarme aprendí a hacer unas cuantas cosas con dicho material como collares, pulseras, animales, etc.; pero esta actividad se suspendió cuando el material se terminó. Cabe destacar que gracias a éste material me fue más fácil integrarme con las mujeres de la población, ya que muchas de ellas tenían la creencia tradicionalista de que hablar con un hombre es algo prohibido, porque en sus pueblos les enseñaron que el concepto de decencia es sólo hablarle a su marido, tabú que logré romper con la mayoría, las cuales ya asistían a mis dinámicas después.

5.3.5. Resultados obtenidos como prestador de Servicio Social en el área de psicología:

Durante mi Servicio Social en el albergue obtuve ciertos resultados satisfactorios, a pesar de no haber tenido seguimientos de casos como me hubiese gustado considero que influí directamente en muchos pacientes, una muy buena herramienta fue el cine debate, puesto que aprendieron a expresar su punto de vista en público. Desgraciadamente muchos no tienen seguridad en ellos mismos al haber sido víctimas de discriminación en la Cd. De México, y algunos hasta en sus pueblos por el hecho de estar enfermos o contar con un familiar enfermo debido a la ignorancia de la gente que piensa que los pueden contagiar aunque su padecimiento no sea contagioso. Esto fue un gran logro porque al principio el cine debate era una actividad un tanto pesada para ellos, ya que a muchos les costaba poner atención tanto tiempo y después de la película les daba pena expresar su punto de vista sobre la misma.

Debo de confesar que en las primeras películas expuestas sentí frustración, ya que nunca pensé que sería tan complicado hacerlos opinar, pero con el tiempo se dieron cuenta que no había respuestas buenas ni malas, solamente se trataba de que expusieran su punto de vista sobre la enseñanza que la película daba y cómo lo podían emplear en su vida. Curiosamente los niños pequeños eran los que más participaban y los que más me ayudaron para que el resto de la población se animara a dar su opinión.

Otro logro fue el aprendizaje obtenido mediante el ejercicio de las dinámicas. Personalmente nunca había tenido al frente a tantas personas, mucho menos con edades tan variadas, por lo que sentir miedo en un principio me pareció normal. Lo destacable de este sentimiento de miedo es que éste sólo aparecía antes de dirigir una dinámica (sobre todo las primeras veces), pero una vez que iniciábamos desaparecía, hasta que llegó un punto en el que no lo sentía en absoluto.

Creo que el enfrentarme a mí mismo (mis preocupaciones, mis dudas, mis frustraciones) fue lo más difícil en éstas dinámicas, y me di cuenta de esto con el paso del tiempo, una vez que no dudaba de mis capacidades o que sólo me centraba en que todos participaran y no en lo que podía salir mal la calidad de mis dinámicas cambió completamente. Me encontré como psicólogo con esa parte de liderazgo en el manejo de grupos, me di cuenta que poder manejar un grupo en algo que podría parecer tan sencillo como lo es una dinámica no es cualquier cosa, y sólo un profesional que entiende la responsabilidad que esto implica podrá hacer reflexionar a los que están a cargo de su dinámica.

Otro logro de las dinámicas fue el poder lograr reacciones emocionales en los pacientes que participaban. En general las dinámicas contenían contraste de emociones, en la mayoría el objetivo era que se divirtieran y se distrajeran un momento, pero al final reflexionaran de qué manera podían aplicarlo a su vida. Me di cuenta lo que muchas veces leí en la facultad, pero que uno no entiende hasta que lo ve en la práctica: la intervención psicológica es sumamente delicada y más

cuando tu objetivo es mover emociones, muchas veces si no tienes esto en cuenta se puede cometer el error de perjudicar a la persona en lugar de ayudarla y puede terminar de un estado de ánimo peor del que llegó. Definitivamente el hacer dinámicas breves y divertidas, pero con una enseñanza fue la mejor herramienta que utilicé para poder influir directamente en ellos. También esta herramienta sirvió mucho para que me ganara el título de psicólogo en el albergue, que me dejaran de ver como una persona más y me vieran desde el aspecto profesional.

Un logro más fue el poder adaptarme entre la población de señoras, puesto que cuando llegué desde un principio Nora (la psicóloga del albergue) me dijo que muchas de ellas tienen la idea conservadora aún de que está mal hablarle a un hombre que no sea su marido o algún familiar. Para poder lograr ser parte de ellas las primeras semanas de mi Servicio la actividad que más realicé fueron las manualidades. A pesar de que yo me consideraba bastante torpe para poder hacer las artesanías que ellas lograban con chaquira después de unos cuantos días y mucha paciencia lo logré. Todo este tiempo en la terapia ocupacional de manualidades me ayudó a poder conocer a muchas de ellas y así mismo que ellas pudieran confiar en mí. Una vez que me gané su confianza la asistencia a mis actividades subió mucho y pude ganarme el respeto y cariño de muchas de ellas.

5.3.6. Otras Instituciones que apoyaron durante mi Servicio Social al albergue:

ITAM (6, 13, 20 y 27 de noviembre)

Alumnos provenientes del ITAM, de distintas carreras iban cada martes y realizaban actividades recreativas para la población, al principio no tenían a tanta gente en sus actividades porque se notaba que improvisaban, pero después de haber hablado con ellos tomaron las cosas en serio y sus actividades subieron notablemente de calidad, las actividades realizadas fueron:

- Rallye por el albergue (se buscaban pistas por todo el albergue las cuales tenían que ser descifradas entre todos, y cada vez que encontraban la siguiente pista se les daba un premio por su esfuerzo, al final se enfocó la actividad al trabajo en equipo).
- Realización de calaveritas (Llevaron material suficiente para todos, cada quien tenía una calavera de papel la cual tenían que vestir como ellos quisieran, al final se pusieron en la ofrenda del día de muertos del albergue)
- Baile.- Ese día llevaron bocinas y música como salsa y cumbia para enseñarles a bailar, obviamente a muchos les daba pena al principio pero la mayoría terminó animándose y fue un grato día de convivencia.
- Pre- pre- pre- posada.- (el nombre de pre-pre-pre fue debido a que la hicieron en octubre). Con esta actividad se despidieron de la población y llevaron un árbol de navidad natural, esferas para adornarlo, piñatas y listones, ese día estuvo muy divertido porque toda la población se animó a ir y bailamos, rompimos dos piñatas y ese día solo hubo risas y buenas caras, también compraron bastante pizza para todos y muchos del albergue terminaron muy agradecidos con estos chicos.

Misión 2000

Esta fundación es dirigida por señoras de la tercera edad desde el año 2000 (de ahí su nombre), las cuales van cada último miércoles del mes y llevan material para hacer manualidades. A lo largo de mi servicio hicimos un florero decorativo para la mesa, el cual tenía de todo tipo de semillas y representaba la prosperidad en nuestra mesa de comer, otro día hicimos un trenecito con rollos vacíos de papel de baño, también hicimos un payasito para guardar dulces. Las señoras son bastante amables, siempre animan a la población y se preocupan porque el esfuerzo de cada quien sea reconocido por los demás por medio de aplausos.

AMSARO (Asociación Mexicana de Sanación con Rosas)⁶⁴

Dicha Asociación afirma que la Sanación es una cualidad natural que todos poseemos y/o desarrollamos para sanarnos conscientemente, a través de la energía que fluye por nuestro cuerpo y que proviene de una fuente Universal o Divina.

Su principal herramienta para sanar son rosas, el tratamiento consiste en acostar en un colchón al paciente o acompañante que solicite el servicio y llenarlo con pétalos de rosa, ambientado con incienso y música relajante, la sesión dura de 20 a 30 minutos aproximadamente, las personas capacitadas para realizar dicho servicio sirven como guías durante el trance que provoca el estar bajo estas condiciones, su filosofía es el tratar mediante las rosas el aspecto físico, emocional, mental y espiritual. Es un grupo con tendencias guadalupanas, que llevan dicha flor como simbolismo de la Virgen de Guadalupe.

Personalmente cada miércoles que asistían solicitaba sus servicios, ya que en verdad es una experiencia sumamente relajante que difícilmente viviré en otro lugar. La respuesta de la población hacia éste grupo era de aceptación y respeto,

⁶⁴A todo aquel que le interese una visión más amplia de ésta Asociación tan peculiar puede consultar su portal electrónico oficial: <http://sanacionconrosas.com.mx/>

ya que llevan años apoyando al albergue y los pacientes que tienen mayores niveles de ansiedad agradecen su intervención más que nadie, ya que el personal de AMSARO es experto en otorgar espacios de relajación únicos.

5.3.7. Habilidades personales aprendidas dentro del Servicio Social

Empatía.- Ahora me siento capaz de poder tener una plática con casi cualquiera del albergue, desde niños hasta ancianos, esto es porque aprendí a escuchar como en ningún otro lugar había aprendido, y por lo mismo ahora reflejo hacia ellos una mejor empatía, al final de mi servicio era muy común que muchos de los que nunca me habían hablado se me acercaran; tanto en participar en mis actividades como en contarme algo personal.

Manejo de grupos.- El estar haciendo dinámicas ahora me ha enseñado a manejar el ambiente de un grupo guiado por mí, ya que no es lo mismo analizar teóricamente en una clase como se debe de hacer a ya estar de frente en la realidad; ahora puedo atraer de una manera más eficiente la atención de un grupo, así como mantener el orden en el mismo, explicando las cosas de una manera agradable y fácil de entender para todos, donde la participación sea la prioridad para que no se caiga en un ambiente tedioso durante la exposición.

Hablar en público.- El haber entrado al albergue me ayudó para saber que muchas veces no expreso exactamente lo que pienso, y el estar con la población me enseñó que muchas veces la gente a la que me voy a referir no tiene el vocabulario o el conocimiento de cierta información que uno muchas veces ya cree que tienen, exponer en una clase de la Universidad no es lo mismo que exponer un tema en el albergue con gente que apenas entiende el español; esto es aún más complejo que hablarle a gente que te entiende cada una de las palabras que dices, esta prueba me ha enseñado a utilizar mi expresión corporal, mi tono de voz y el informarme mucho de lo que voy a hablar para así poderlo explicar desde ceros.

Iniciativa.- Desde que llegué al albergue y supe que no había muchas actividades en la tarde supe que debía desarrollar mi iniciativa, la verdad yo era una persona que estaba acostumbrada a trabajar sobre algo ya establecido, pero con mi llegada al albergue fui capaz de desarrollar esta habilidad, con el tiempo hasta las chicas de trabajo social me llegaron a pedir ayuda en la planeación de actividades.

Entrevista.- Cuando llegué al albergue entendí como hablar con la gente para poder adentrarme en aspectos importantes de su vida, es decir, el cómo hacer una entrevista informal.

Al principio sólo podía hablar con ellos para convivir y ganarme su confianza, pero los temas eran muy banales y superficiales, pero con el tiempo casi todas las pláticas que tenía con cada uno de ellos me ayudaban a descubrir aspectos importantes de su vida

5.4. Propuesta al albergue

Es inevitable sentir nostalgia cuando recuerdo la estancia en *Mil colores*; los 6 meses que tuve el privilegio de ser parte del equipo de trabajo estuvieron cargados de experiencias reconfortantes, frustrantes, divertidas, esporádicas, plenas, con momentos de incertidumbre, duras, únicas; pero cada una de ellas a fin de cuentas como la vida misma... invaluable. Estos meses no sólo me ayudaron a poner a prueba mis conocimientos académicos, sino mi personalidad y mi introspección; desarrollé mi capacidad de escuchar, manejo de grupos, dinámicas, entrevistas, aplicación de pruebas, entre otras competencias básicas de un psicólogo egresado. Si bien había aprendido teóricamente todo lo anterior en la Facultad, el albergue me ayudó a entender la aplicación del mismo en la vida real.

Una de las enseñanzas más valiosas en *Mil colores* fue la aplicación del cuestionamiento; dicho proceso se presentaba día a día en el albergue, para realizar desde una entrevista formal, manejar una dinámica, exponerles en grupo, aplicar pruebas; o simplemente, al platicar con los niños, *el cuestionamiento* me permitía saber sobre su vida, e irónicamente me hacía cuestionar lo que con tanta rigidez se me había enseñado de manera teórica en la Facultad. Transmitir la información de manera que los albergados me entendieran, implicó un reto desafiante, porque había estado acostumbrado a hablar ante un público que entendía los conceptos teóricos, entre psicólogos. Uno debe de aprender a explicar con claridad sus ideas (desde en una entrevista mediante una pregunta precisa, hasta en una dinámica para desarrollar un concepto).

Cuando se ingresa al albergue (me atrevo a asegurar que mi caso no ha sido el único), se llega con la idea de enseñar a la población, en lo personal, cometí el error de pensar que ellos, que no habían tenido la oportunidad de tener una escolaridad avanzada, nada me podrían enseñar. Pronto me di cuenta de que estaba equivocado, ya que esas personas tenían una sabiduría que los llevaba a ver la vida de una manera muy especial, lo cual fue una enseñanza muy importante para mí. Estas personas me enseñaron lo que había leído muchas veces en la Facultad, pero nunca había entendido de una manera tan profunda: que cuando se tienen motivos para vivir, siempre se encontrarán las maneras.

La población de este lugar más allá de ser solo un grupo de personas que reciben un apoyo por parte del gobierno son personas maravillosas, cada caso que tuve la oportunidad de analizar en el albergue está acompañado vivencias tan adversas que no cualquiera tendría la fortaleza interior para seguir adelante.

Mil colores tiende a un ambiente de carencia, sufrimiento y desesperación, pero las personas conforman el equipo de trabajo de Psicología, Trabajo Social, ropería, Enfermería, seguridad y cocina, trabajan diariamente de manera integral con el fin de construir esperanzas para la población de pacientes, los cuales gracias a la fortaleza, tanto de cada usuario como de sus familiares, quienes han

aprendido a través de una vida de constante lucha, modifican este ambiente a una esencia de confianza, identificación, seguridad, esperanza, hermandad y otros valores que sólo la familia formada en *mil colores*, ha podido lograr.

Mi visión hacia la población indígena ha cambiado, aunque reafirmé lo mucho que ha sido relegado y estigmatizado este sector, aprendí que no son gente "ignorante", pese a que la mayoría de ellos no cuenta con formación académica tienen un respeto y un equilibrio total con la naturaleza que es digno de admirarse. Desde temprana edad cuentan con una sabiduría que solo una coherencia de vida con nuestro entorno podría reflejar. Ellos perciben de una manera diferente a la mía este mundo. Ellos son capaces de verlo con menos preocupación, menos ataduras mentales que el ritmo urbano nos encamina a tener, son personas que aunque en muchos casos no tienen riquezas materiales, entienden y viven el mundo siendo más libres que muchos de nosotros. Desgraciadamente me di cuenta que si bien, existen espacios como el albergue donde se apoya lo humanamente posible a los pueblos indígenas, aún falta mucho por hacer, para que esta ayuda llegue realmente a todo aquel hermano indígena que lo necesite.

En el albergue (específicamente en el área de Psicología) me gustaría que hubiera trabajo más actualizado en cuanto al perfil psicológico de cada uno (tanto acompañante como paciente), debido a que el albergue no cuenta con una infraestructura que permita la obtención fácil de un expediente que porte no sólo los datos generales y más importantes del usuario, sino el contexto psicológico. Esto permitiría dar un seguimiento minucioso Y eficiente a cada caso. Sin embargo con frecuencia se le ha dado más peso a la labor realizada por el equipo de Trabajo Social. Mi propuesta va en el sentido de generar un registro que guarde lo realizado por todos los que hayan prestado servicio al usuario en ese lugar, y posteriormente a esto, el paciente tendrá acceso al un servicio psicológico más completo y personalizado. Esto con la finalidad de una evaluación y un apoyo psicológico continuo en la atención de su enfermedad, en lugar de que el prestador de servicio social pierda valioso tiempo en familiarizarse con el caso , lo que lograría como resultado una intervención más integral, el paciente se sentiría

más cómodo y valorado en albergue si desde el momento de su regreso a este lugar ya hay personal nuevo (prestadores de servicio social hasta aún desconocidos para él) esperándolo para atenderlo, conociendo su nombre, lugar de origen, padecimiento, etc. Personalmente creo que si hubiese existido un registro de cada paciente más minucioso por parte del área de psicología hubiera ganado más tiempo en que cada paciente depositara confianza en mi persona, ya que los habría hecho sentir más cómodos si hubiera conocido algo de ellos incluso antes de su llegada.

En cuanto al albergue en general definitivamente son necesarios más recursos económicos para mejorar los apoyos, específicamente en transporte de regreso a sus pueblos y en medicamentos, ya que es común la falta de fármacos y los casos en donde las personas permanecen unos cuantos días más en el albergue por falta de recursos para el transporte, otra necesidad económica en Mil colores es la compra de material para manualidades que a ellos les sirve para aprender habilidades que más tarde pueden comercializar para obtener ingresos, así como una función de terapia ocupacional y rehabilitación en la coordinación motriz. Estoy consciente que la situación cada vez es más difícil y el poder mantener un lugar como este es el resultado de un esfuerzo sobrehumano, pero definitivamente se debe de destinar más fondos al mismo. Aprovecho para enfatizar en la necesidad de un transporte particular (una combi por ejemplo) sería de gran ayuda, ya que cuando hay paseos a la marquesa, a museos, o a cualquier otro lado está el riesgo latente de llevar a personas delicadas de salud en el transporte público, personas que además de su condición física no conocen la ciudad y podrían perderse fácilmente.

También considero necesario un abogado dentro del albergue para el apoyo jurídico a los casos de violencia que llegan ahí, ya que el albergue solo toma como prioridad el apoyo médico y psicológico, pero en cuanto al legal poco interés muestra⁶⁵. En los 6 meses hubo 3 casos en específico que me llamaron la atención en cuanto a la injusticia cometida hacia esas personas, y aunque el

⁶⁵ O suele mostrar por la falta de apoyo en este aspecto

personal laboral del albergue sabía de esos casos decían que no podían hacer nada más que canalizarlos al DIF, y cuando estos casos fueron canalizados hacia esa Institución no tuvieron el seguimiento adecuado. Considero que aunque estas personas sean ayudadas durante su estancia en el albergue de nada servirá si vuelven al mismo ambiente de violencia, platicando con muchos otros pacientes del albergue supe que la violencia familiar es muy común y muchos de ellos han sido víctimas directas e indirectas de esta violencia, lamentablemente el albergue no les dio el apoyo legal necesario y esto se vio reflejado en secuelas psicológicas.

Otra propuesta es el seguimiento terapéutico en el acompañante del paciente después de la muerte del mismo, ya que una vez que el paciente ha muerto es dado de baja del albergue y se le retira el apoyo a su familiar, si bien el trabajo psicológico del duelo empieza desde antes de la pérdida, creo que una vez que el ser amado se ha ido es donde la intervención psicológica es más importante, si bien es muy difícil dar un seguimiento constante al familiar del difunto por la falta de recursos del albergue mínimo deberían de ser programadas de vez en cuando sesiones para el familiar que adolece la pérdida.

La mayoría de gente que conocí en el albergue proveniente de pueblos indígenas es gente trabajadora, productiva que viven en condiciones mucho más duras de las que uno podría imaginarse y que cualquiera de nosotros difícilmente podría, pero que aun así cada mañana se levantan para seguir adelante. Ojalá algún día las cosas cambien y tengan más oportunidades de salud, educación de calidad, o por lo menos en los casos más extremos a viviendas dignas. Desde mi punto de vista creo que urgen más talleres y pláticas informativas de sexualidad y de derechos humanos para los pueblos que están alrededor del país, porque casi la totalidad de los problemas de las personas del albergue eran temas que si hubieran estado informados en su momento no hubieran llegado a ser tan grandes.

Me siento sumamente afortunado por haber sido cómplice en tantas sonrisas con aquellas maravillosas personas, que tantos de ellos me hayan permitido en este escaso tiempo ser su maestro, amigo, terapeuta, colega, alumno, confidente, ejemplo... Entre muchos otros papeles a los que estuve sometido y realicé gratificadamente. Creo que una vida no alcanzaría para terminar de ayudar a toda esta gente, y esto sólo es el resultado de cientos de años de injusticias para ellos, pero el haber podido dar un poco de mí a estas personas ha sido por mucho, la actividad más reconfortante que he tenido en toda mi formación profesional.

IV.- DESARROLLO ESCOLAR

V.- DESARROLLO LABORAL

VI.- DESARROLLO SOCIAL

VII.- DESARROLLO SEXUAL

VIII- EXAMEN MENTAL

**IX.- PROBLEMÁTICA CENTRAL (PROBLEMA MANIFIESTO Y LATENTE,
DISCURSO VERBAL Y NO VERBAL, EDO. EMOCIONAL).**

X. ACTITUD DURANTE LA ENTREVISTA Y APARIENCIA PERSONAL

FECHA:
ENTREVISTADOR:

Anexo "B" "Caso Luisito"

El siguiente caso que se presenta es el de un niño de casi 4 años de edad, el cual tenía una enfermedad crónica que

Por cuestiones éticas he cambiado el nombre del paciente al de "Luisito", al igual que el resto de los nombres que aparecen para conservar la confidencialidad del paciente. El resto de los datos, tanto la edad como lo dicho en la entrevista por el padre permanecen intactos, con éste Anexo "B" espero que el lector pueda juzgar por sí mismo la eficiencia del formato de entrevista utilizada en el albergue.⁶⁶

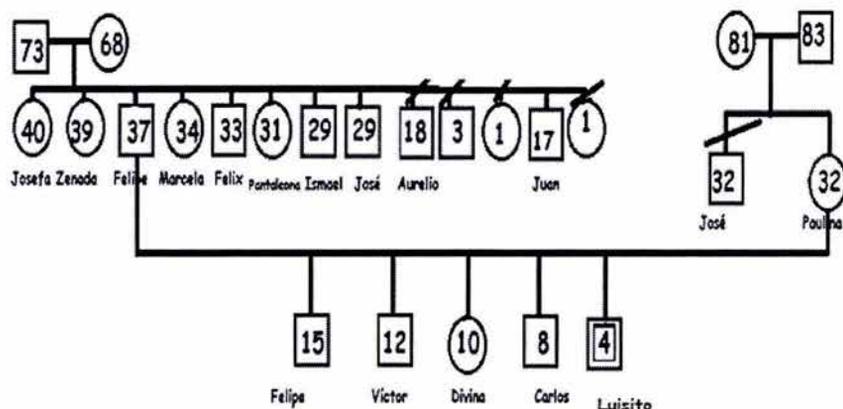
Nombre del paciente: Luisito

Edad: 3 años 11 meses (entrevista hecha el 17 de noviembre de 2012)

Lugar de origen: Guerrero

Tel. -----

Familiograma:



⁶⁶Que desde mi punto de vista es bastante completo

Antes de conocer el desarrollo de Luisito es inevitable contextualizar la vida que han llevado sus padres:

Antecedentes del padre:

Felipe es un hombre de 37 años, delgado y con aspecto saludable; es una persona muy tranquila que jamás ha tenido un problema con alguien del albergue; de carácter noble y una persona sumamente amable; pero es un hombre que carga muchas cosas dentro de él; desde muy temprana edad sufrió muchos factores que lo marcaron los cuales se describen a continuación:

Desarrollo Infantil

Felipe es el tercer hijo de un total de 13, de los varones es el mayor, estudió hasta tercero de primaria (sabe leer y escribir); pero tuvo que dejar sus estudios debido a la falta de oportunidades con las que contaba se vio forzado a trabajar en el campo con su padre y desde temprana edad vivió violencia intrafamiliar por parte del mismo; a pesar de que a él nunca lo agredió; recuerda haber presenciado por muchos años las golpizas de las que era víctima su madre cuando su padre llegaba ebrio. Esta violencia tuvo resultado a un fenómeno importante: una fuerte alianza entre él y sus hermanos mayores (especialmente con Josefa, Zenada, Marcela, Félix y Pantaleona), ya que cuando ellos estaban un poco más grandes se encargaban de defender a su mamá de los golpes de su padre encerrándola en un cuarto, o sometiendo a su padre con cortinas y sábanas entre todos.

Su infancia fue resumida por él mismo como dura, a pesar de que tenía muchos hermanos y jugaba con ellos cada noche se aterraban de que su padre llegaba y desde lejos empezaba a intimidar con el machete azotándolo en cualquier cosa que hiciera ruido.

Desarrollo sexual

A los 16 años conoce a su actual esposa "Paulina", ya que ella era del pueblo vecino e iba a vender bordados con su madre, ella tenía 13 años y duran 2 años de novios "a escondidas", cuando Felipe cumple 18 años deciden casarse. Con ella tuvo su primer encuentro sexual y ha sido su única pareja; sexualmente se sentía satisfecho hasta que Luisito enfermó y se tuvieron que hacer cargo de él las 24 horas del día, durmiendo con él incluso, por lo mismo actualmente pueden pasar muchos meses sin que ellos tengan un encuentro sexual. Aunque Felipe asegura que eso no ha hecho un conflicto o algún alejamiento en su relación esto podría ser un problema en un futuro.

Relaciones sociales actuales:

Felipe no tiene amigos en su pueblo ya que desde que nació Luisito es víctima de discriminación y rechazo ocasionado por la ignorancia de los que alguna vez consideró "amigos", muchos de ellos piensan que lo de Luisito es contagioso y prefieren no acercarse a la familia; durante la entrevista Felipe lloró porque no se le hace justo que la gente discrimine de esa manera a su familia.

Se siente decepcionado de mucha gente a la que el estimó en el pasado porque le dieron la espalda cuando más los necesitaba; algunos le ofrecen de vez en cuando alcohol para que se "aliviane" pero debido a todo lo que sufrió con el alcoholismo de su padre no acepta ni una cerveza.

Hoy en día mantiene una buena relación con su padre, porque desde que nació Luisito el señor vendió los pocos animales que le quedaban y le dio en dinero íntegro para el tratamiento del niño, así mismo lo ayudó a construir una pequeña casa en un terreno de él. La percepción de su padre ha cambiado desde que él dejó el alcohol debido a problemas en el hígado ocasionados por dicho vicio desde

hace 5 años, cuando este enfermó del hígado estuvo muy grave en el hospital y fue ahí cuando le pidió disculpas a él, a su madre y a todos sus hermanos por haber sido un hombre tan agresivo cuando ellos eran pequeños.

Con sus hermanos la relación es variada; con Josefa, Zenada, Marcela, Félix y Pantaleona es muy buena, inclusive ellos cuando pueden lo ayudan económicamente para el tratamiento de Luisito. Dos de sus hijos (los mayores Felipe y Víctor) viven con Félix, Marcela, Ismael, José y Juan en una casa de la ciudad ya que en el pueblo no hay secundarias. Un aspecto importante es que la casa en la que viven era una casa abandonada y ellos se metieron a ocuparla, lo que podía ser considerado un factor de riesgo.

Con la familia de su esposa (los suegros) no tiene relación alguna, ya que desde que nació Luisito lo rechazaron y para Felipe eso es algo imperdonable.

Antecedentes de la madre:

Paulina es una mujer de 32 años, siempre viste sus vestidos tradicionales, habla y entiende muy poco el español, (Felipe siempre tiene que hacer la función de traductor para que uno pueda hablar con ella, su lengua natal es el amuzgo), es una mujer sumamente seria y callada con un semblante que refleja una gran tristeza por la condición de Luisito.

Desarrollo Infantil.- Es la menor de dos hijos; su hermano mayor falleció en un accidente de moto hace 5 años lo cual fue muy duro para ella. No cuenta con estudios, no sabe leer ni escribir ya que desde temprana edad ayudó a su madre a vender bordados. A la edad de 13 años conoce a Felipe y se casa cuando cumple 15.

Situación emocional actual.- Tiene una relación muy sólida con Felipe, ya que han pasado por muchas cosas (en particular la enfermedad de Luisito), cuando pelean normalmente es por el dinero ya que ella le exige a Felipe que genere más, pero él no puede trabajar tanto porque quiere estar con Luisito.

Con sus padres se ha distanciado mucho desde la enfermedad de Luisito, porque ellos lo rechazan al pensar que es contagioso.

Después de contextualizar el medio en el que se desarrollaron las personas que se hacen cargo de Luisito es preciso enfatizar en la historia del mismo:

Descripción física del paciente:

“Luisito” es un niño de casi 4 años cuyo aspecto físico es parecido a un niño de un año, padece de una enfermedad degenerativa, la cual deteriora poco a poco su salud; su cuerpo es muy delgado y frágil, su piel es de color oscuro y áspera, tiene algunas ampollas repartidas por todo su cuerpo, sus ojos han sido atacados por la enfermedad y le han sido trasplantadas dos córneas, las cuales ha perdido casi por completo; Luisito es un niño que no puede estar expuesto al sol, es por eso que siempre está cubierto con playeras de manga larga, sombrero para el sol, lentes oscuros y demás aditamentos que lo protegen de las radiaciones.

Recursos físicos

Luisito no logra sentarse por sí mismo, mucho menos caminar; su cuerpo es tan frágil y débil que necesita ser cargado para poder transportarse, no tiene control de esfínteres. Su visión está sumamente dañada, solo tiene un poco de visión

periférica del ojo derecho, la cual cada vez se deteriora más. Su audición es buena, voltea cuando escucha sonidos y sonríe y se mueve cuando escucha música o alguien él canta; es sumamente curioso de explorar lo que está alrededor mediante el tacto.

Recursos cognitivos

"Luisito" no tiene desarrollo alguno de lenguaje, ni si quiera balbucea; algo muy particular es que es capaz de sentir cuando sus papás lloran, ya que él también se pone triste y rompe en llanto, es decir; es capaz de identificar emociones ajenas, algo sumamente complejo dentro de los humanos.

Relaciones sociales

"Luisito" es muy querido por todos sus hermanos, cuando está con ellos es más sociable, se deja cargar más y les da besos, también siente cuando todos están con él y sonríe, desgraciadamente en el pueblo es rechazado por la ignorancia de los demás.

Recomendaciones

Se aconseja que sea evaluado con una prueba que mida reflejos con el objetivo de situar en qué etapa de desarrollo se encuentra y así mismo reciba una estimulación de acuerdo a lo que necesita particularmente, es probable que Luisito pudiera tener un cuerpo menos frágil si se le hiciera una rutina diaria de estimulación corporal, ya que pasan días enteros en los que solamente lo cargan y lo tienen tapado para que no le dé el sol, si tuviera más movilidad y ejercitaran sus músculos hasta sus defensas podrían subir y enfermaría menos.

En lo personal, Felipe (el padre de Luisito) me enseñó una gran lección de vida sin que él se diera cuenta: él siempre fue consciente que la expectativa de vida en Luisito no era muy alta y había enfocado su vida en darle la mejor calidad de vida a su hijo desde que recibió la noticia del padecimiento de Luisito, y cuando *"llegara el tiempo en que Dios se lo llevara"*⁶⁷ Felipe quería estar satisfecho de haberle podido brindar a Luisito una vida con dignidad, respeto, amor, comprensión, apoyo y demás aspectos que nos hacen tener una vida únicamente humana, porque tan cierta es la frase de que "Ningún hombre es una isla", como tan cierta es la gran enseñanza de amor que Felipe me dio a través de su hijo "Luisito". El ver a Felipe como una motivación para vivir y hacer las cosas de la manera correcta en lugar de optar por el rechazo a Luisito es un claro ejemplo de valentía y compromiso, valentía al aceptar la delicada situación de Luisito y enfocar su vida en darle el mayor amor posible y compromiso al tomar una responsabilidad tan grande y verla como una bendición.

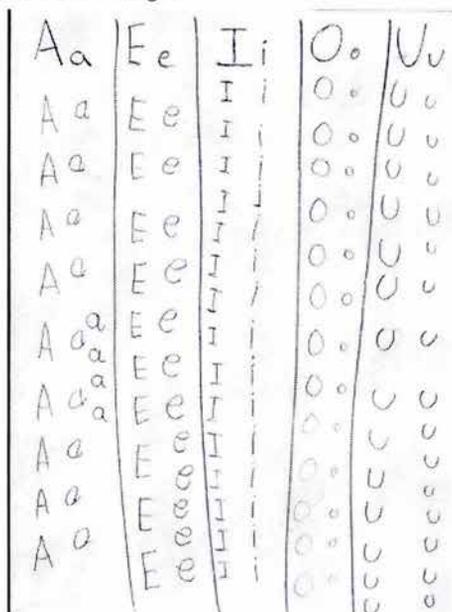
⁶⁷Palabras literales de Felipe

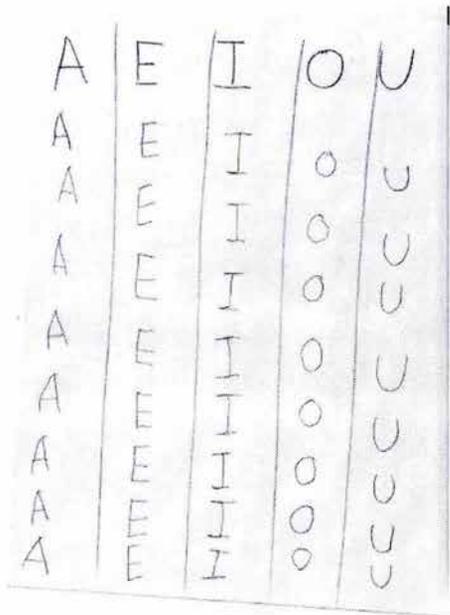
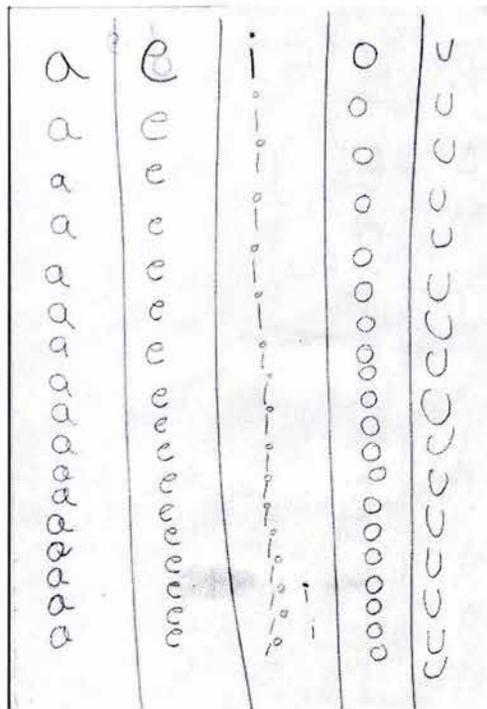
Anexo "C" Alfabetizando

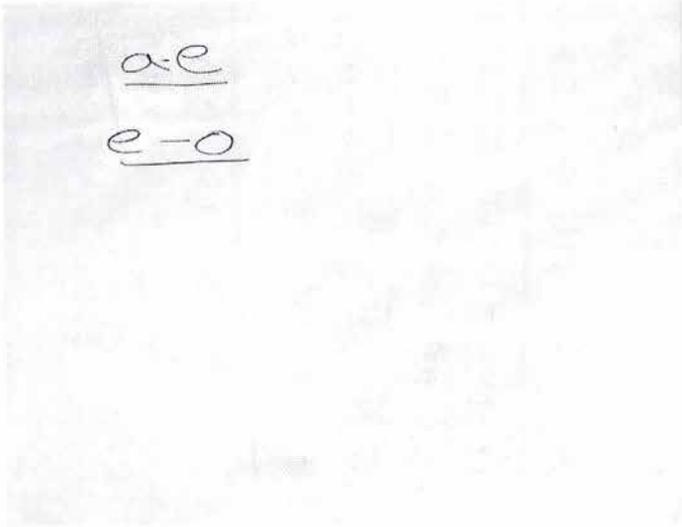
En el presente anexo se muestran algunas de tantas hojas de unas clases de alfabetización a un señor de 54 años, el cual era acompañante de un paciente, dicho paciente estuvo alrededor de dos meses en el albergue, por lo que me fue factible tener un seguimiento en las clases. Al final el señor sabía la mayoría de las letras y ya podía escribir su nombre completo, a pesar de que no leía de manera fluida ya entendía la mayor parte de lo que leía.

Las clases de alfabetización eran diarias, con una duración de una hora aproximadamente, en las primeras clases el señor se mostraba frustrado porque no recordaba el nombre de las letras, pero a partir de la segunda semana cuando comenzó a familiarizarse más con las palabras mostró mejor disposición. Obviamente un progreso tan rápido de dos meses no hubiera sido logrado con sólo una hora diaria de clases, éste se llevaba mucha tarea todos los días, la cual revisaba personalmente.

Desgraciadamente solo pude rescatar unas cuantas hojas de dichas clases, las originales se encuentran en el albergue.







Anexo “D” Pruebas Proyectivas

En dicho anexo hay tres casos: Rodrigo, Miriam y Ernesto, explicados a través de pruebas proyectivas, decidí adjuntarlas porque fueron los pacientes con los que tuve más trato y las interpretaciones que se muestran son no solamente basadas en el dibujo, sino en aspectos identificados a lo largo del trato que tuve con ellos. Aprovecho para aclarar que algunos detalles en los dibujos no aparecen en la interpretación, ya que a pesar que el manual indique ciertas cosas, éstas no se pueden afirmar solamente porque en el manual aparezcan, el aplicador debe de contextualizar al momento de analizar y evaluar si lo indicado en el manual queda o no en el caso del paciente interpretado a través de dibujos.

Rodrigo

Las siguientes pruebas fueron hechas por un paciente al cual decidido llamarlo Rodrigo, tiene 13 años y nació con una malformación en las piernas por la cual nunca había caminado. Desgraciadamente con el tiempo la malformación hizo que tuviera problemas de circulación y los médicos optaron por amputarle las piernas.

Cuando llegó al albergue tenía 3 meses de haber sido amputado, mostraba síntomas de depresión, su madre lo había abandonado desde la operación donde había sido amputado para irse con otro hombre y había dejado a Rodrigo con su ex pareja (quien no era el padre biológico de Rodrigo).

La relación con Rodrigo y su acompañante, la ex pareja de su madre que lo había adoptado a quien llamaremos “Tomás” es bastante sólida, los dos han hecho un vínculo que ha servido de apoyo mutuo, son un claro ejemplo de una alianza familiar. Tomás era alcohólico y cuando Rodrigo fue amputado le hizo la promesa de dejar el alcohol si él no se dejaba rendir. Cuando supieron que el albergue les brindaría el apoyo necesario para darle las prótesis a Rodrigo se abrió un panorama y tuvieron un sueño en común: que Rodrigo saliera caminando del albergue.

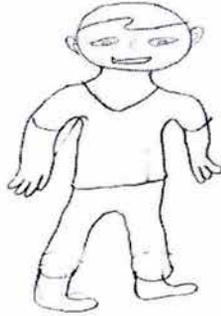
Afortunadamente éste fue otro final feliz, Rodrigo obtuvo sus prótesis y tuve el honor de acompañarlo en sus primeros pasos, al ser la primera vez que caminaba

en toda su vida sus movimientos eran torpes y lentos, pero representaban el primer día de la nueva vida de Rodrigo. Definitivamente el albergue cambió su vida, le dio esperanzas y le enseñó que no todo en la vida es malo, que también existen cosas por las cuales sentirnos bien, acercándolo a descubrir el sentido de su vida. El haber estado tan cerca del proceso de Rodrigo me hizo darme cuentas del factor tan trascendente en la calidad de vida de muchas familias de origen indígena, si bien soy consciente que no todos los casos pueden terminar en un final feliz, éste lugar se dedica a dar calidad de vida y una muerte digna a los casos más graves.

Recuerdo el Rodrigo que llegó al albergue, callado, con la mirada baja y con un miedo a relacionarse y gustosamente recuerdo al Rodrigo que vi por última vez antes de que regresara a su pueblo: feliz, con sentido de humor, con la mirada en alto, con expectativas y nuevos sueños, es decir, con un sentido de vida, lo cual sin el apoyo del albergue hubiera sido simplemente imposible.

Aprovecho para agradecer a todos los pacientes que me permitieron aprender tanto a través de sus casos, es algo impactante cómo podemos influir para bien en la vida de alguien con pequeños detalles, y Mil Colores es el más claro ejemplo.

La primera prueba que le apliqué a Rodrigo fue la del Machover, mostró una buena disposición durante toda la prueba, la primera figura humana que dibujó fue la de un varón y la historia fue la siguiente:



Es la primera vez que vengo al albergue, toda la gente es buena y el que me va a hacer mis prótesis es buena onda, me siento feliz porque me van a dar mis prótesis.

Interpretación:

Lo más interesante en este dibujo son las piernas, es sorprendente cómo es que Rodrigo las dibujó con una marca justo a la altura de su amputación. Además de mostrar resistencia al momento de dibujarlas, textualmente en la manual se comprueba con la siguiente descripción: *El que se halla obligado a guardar cama, el deprimido, el desilusionado o el físicamente imposibilitado puede mostrar resistencia en dibujar las piernas.* Al principio sólo había dibujado dos muñones pero antes de finalizar el dibujo las borró y completó las piernas. El que aparezca este rasgo en el dibujo tan marcado se interpreta como una imposibilidad ya interiorizada por Rodrigo de poder moverse y manipular el medio, lo cual se comprueba con haber dibujado tan pocos dedos en cada mano. El que haya sustituido los muñones por piernas habla de una reestructuración en proceso de

su autoimagen, él sabía que era cuestión de tiempo para que por primera vez en su vida caminara por sí mismo. Las borraduras son signo de ansiedad, mismas que sólo se presentan en éste dibujo, lo que hace pensar que le provoca ansiedad su situación física.

Rodrigo no es un paciente con muchos recursos verbales, por lo que me fue imposible que profundizara más en el relato, pero a pesar de eso podemos ver una proyección total durante la realización del dibujo, en ningún momento le dije que el dibujo tenía que ser él y el relato que hace del mismo siempre habla en primera persona, claramente se ve la esperanza de Rodrigo por sus prótesis y de qué manera el albergue estaba cambiando su vida, haciéndolo sentir feliz. Al toparme con que el relato en la primera figura era tan corto decidí profundizar con las pruebas de "un día en mi vida" y la de "dibujo libre" las cuales se muestran más adelante.

La segunda figura que dibujó fue la de una mujer y el relato fue el siguiente:



Ella es mi amiga María, tiene 12 Años, si existe, no la estoy inventando, le gusta leer y jugar básquet en la escuela, es de mi año. Se siente bien porque sus papás viven con ella y la tratan bien. Su collar es un rosario porque le gusta rezar, compró el rosario en Zozocolco⁶⁸.

⁶⁸ Zozocolco es el pueblo natal de Rodrigo, ubicado en el estado de Veracruz.

Interpretación:

El contenido del relato muestra las motivaciones y figuras significativas para el individuo, y éste caso no es la excepción. María es su mejor amiga en la escuela, lo hace sentir querido y es un gran apoyo para él emocionalmente hablando. Podemos ver en el relato que la niña se siente bien porque sus papás viven con ella y la tratan bien, lo que podría interpretarse después de conocer la vida de Rodrigo cargada de abusos y violencia por parte de su madre antes del abandono como una idealización por parte de él hacia María de lo que le gustaría que pasara con su vida, lo mismo interpreto con el hecho de que la niña juegue básquet. Así mismo podemos interpretar la necesidad de amor por parte de una figura femenina al tener ese conflicto con la figura materna, lo cual se comprueba con la falta de limitación en el dibujo donde empiezan la ropa y en donde la piel de los brazos, lo cual según el manual es característico de varones que se sienten rechazados por la figura materna.

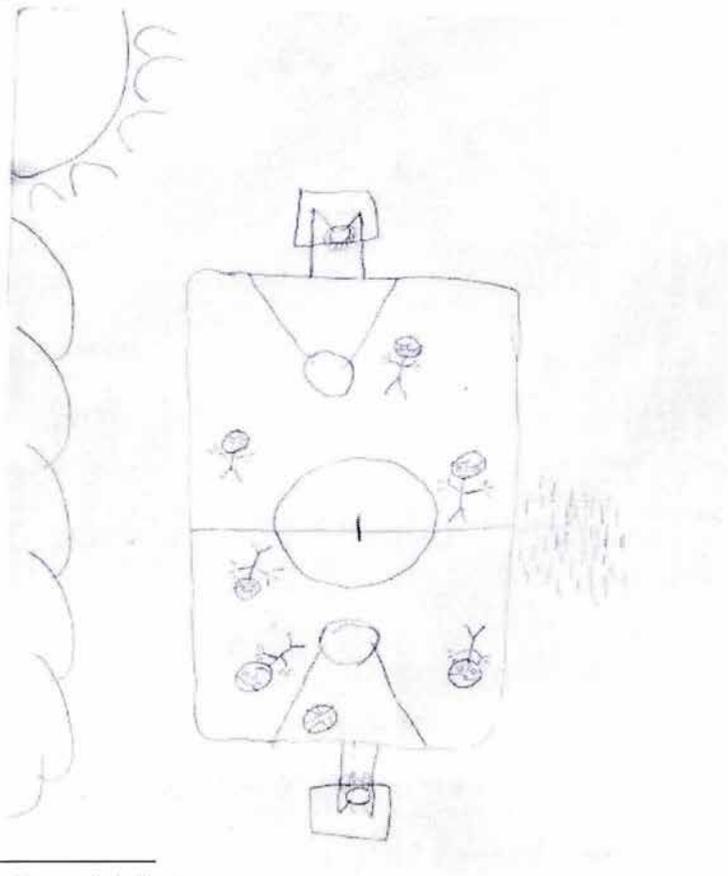
Elementos como el rosario muestran inseguridad y miedo, algo que suena lógico ante lo que Rodrigo vivía. El que nombre su pueblo natal puede ser interpretado como nostalgia al extrañar ese lugar, o ansiedad por no sentir como una zona de confort el albergue.

Un día en mi vida

Debido al poco contenido en los relatos anteriores decidí aplicar dos pruebas más⁶⁹ para profundizar en las aspiraciones, motivaciones, conflictos y más elementos propios de Rodrigo.

El relato fue el siguiente:

Estábamos jugando básquet, con mis amigos y les dije que voy a ir a México a un albergue para que me den mis prótesis, pero les dije que cuando vaya a venir, iba a volver a jugar.



⁶⁹ "Un día en mi vida" y "Dibujo libre"

Interpretación:

En este dibujo podemos observar el deseo de Rodrigo por jugar con los demás niños, él menciona que ya antes había jugado básquet con ellos, pero evidentemente le motiva el hecho de poder hacerlo con prótesis. Así mismo podemos identificar de nuevo el peso que le da al albergue como factor de cambio en su vida y la esperanza de vida que éste lugar le da. Él no se dibuja diferente a los demás niños que aparecen en la cancha de básquet, lo que interpreto como su anhelo de ser visto igual que el resto de sus compañeros, ya que ha sido víctima de discriminación y rechazo, producto de la ignorancia de las personas que se comportan así con él.

Dibujo Libre

Al igual que la prueba de "Un día en mi vida" decidí aplicar ésta para profundizar lo mayor posible en este paciente. La encomienda fue que hiciera un dibujo de lo que él quisiera. Rodrigo solamente preguntó: "¿De lo que yo quiera?" Y en el momento en que le respondí que sí, que era un dibujo completamente libre mostró una excelente actitud y rápidamente hizo el dibujo, cuyo relato fue el más largo de todos los demás dichos en las anteriores pruebas.

Definitivamente me llevé un gran sabor de boca de ésta prueba, ya que nunca la había aplicado y definitivamente es una gran herramienta para profundizar en caso de que el Machover no sea suficiente.

Recomiendo dicha prueba para la población del albergue a los prestadores de Servicio Social.

El relato de la prueba fue el siguiente:

El niño se llama Agustín, tiene 7 años, está imaginando que es un vaquero, está en un bar, se va a enfrentar a otro vaquero porque es su enemigo, se llama Florencio, tiene 8 años y es su enemigo porque se pelearon sus familias, le tiene miedo al caballo y le gusta ir al rancho, le ayuda a sembrar a su papá.



Interpretación:

Cuando mencionó al personaje de "Florencio" pude identificar que su tono de voz cambió, y cuando le pregunté después del relato quien era Florencio (el enemigo del vaquero) me dijo que así se llamaba un niño de su escuela que lo molesta mucho por su condición física, lo cual evidentemente crea un conflicto en Rodrigo, deseando poder enfrentarlo de la misma manera en la que el vaquero lo hace en el relato, agresividad que también se muestra en la forma del dedo pulgar⁷⁰. También se muestra el deseo por ayudar a su padre en el trabajo del campo. El incluir el bar puede ser que haga referencia al alcoholismo de su padre, pero no se cuentan con los elementos suficientes como para corroborar dicha información.

Los botones muestran dependencia física, característica de Rodrigo al haber estado toda su vida en una silla de ruedas. El haber dibujado a la figura humana con los ojos cerrados es un signo de fantasía, de no querer ver la realidad y refugiarse en la fuga. Éste dibujo a mi parecer es el que contiene mayor carga fantasiosa de Rodrigo. A su vez invito al lector a analizar detenidamente dicho dibujo e identificar cosas que tal vez por mi falta de experiencia profesional pasaron desapercibidas.

Las botas puntiagudas y con tacón podrían representar rasgos homosexuales en cualquier otro caso, pero al ser un niño y contextualizar el relato del vaquero no representa algo de eso. De igual manera el que haya dibujado fundas para pistolas en dibujos de niños no se considera algo relevante en el manual interpretativo.

Conclusión:

A partir de haber recibido las prótesis Rodrigo comenzó una nueva vida y creo que las pruebas fueron aplicadas justo en el momento de transición a esa nueva etapa, por un lado había sido mutilado de una parte de su cuerpo que nunca le funcionó, ahondado al abandono de su madre manifestó síntomas depresivos, por lo que mi principal objetivo en este caso era que el paciente se diera cuenta de lo bueno que venía en su vida y el reto que esto implicaba; si bien ya no contaba con sus

⁷⁰ Lo que también podría ser interpretado como un sentimiento de castración al haber sido amputado.

piernas ni con su madre, ahora contaba con prótesis que le serían útiles (a diferencia de sus piernas) y además con el apoyo total de Tomás (su padre adoptivo), a diferencia de su padre biológico el cual nunca conoció o el rechazo de su madre que sólo lo hacía sentir menos. Solamente de él dependía valorar esa segunda oportunidad que la vida le había dado y comenzar con esa independencia física con la que siempre soñó.

En estas pruebas pudimos ver reflejado claramente los miedos, perturbaciones y anhelos que el paciente ya próximo a recibir sus prótesis tenía. Desde mi punto de vista el albergue me enseñó a través de Rodrigo lo trascendente que es éste lugar en la vida de los pacientes. La vida tan difícil de Rodrigo cambió y la de Tomás también, a una vida con esperanza y anhelo, lo cual sin el albergue hubiera sido, simplemente imposible. El día que Rodrigo se marchó del albergue caminando con sus prótesis pude entender la importancia y necesidad de más lugares como el albergue para cambiar vidas y velar por la salud mental de los más necesitados.

Miriam

Las siguientes pruebas pertenecen a una mujer de 46 años que llamaremos "Miriam", ella tenía problemas en los riñones y necesitaba de hemodiálisis cada 3 días, por lo que le era imposible regresar a su hogar en Veracruz. Ésta persona llevaba 8 años en el albergue y era uno de los únicos dos pacientes que literalmente vivían ahí.

Miriam presentaba altos niveles de ansiedad por lo que le depararía el destino, cada vez veía más lejana la opción de un trasplante, las pruebas fueron realizadas cuando Miriam presentaba síntomas depresivos por su padecimiento, además de preocuparse por el destino de sus hijos en caso de que a ella le pasara algo. Su marido llevaba 8 años en Estados Unidos trabajando en el campo y no tenía mucha comunicación con él. Tenía dos hijos (un hombre y una mujer) los cuales tenían 20 y 24 años respectivamente, debido a que los dos estudiaban en su estado natal les era un tanto difícil acompañarla en el albergue tan seguido.

La primera prueba mostrada en un Machover, el primer dibujo fue el de una mujer y su historia fue la siguiente:

Ella es María, tiene 15 años, le gusta vestirse muy bien, siempre usa faldas y blusas, ella está feliz. Se divierte con sus hermanos, juega a saltar el lazo, es la cuarta de 12 hermanos, corta café con las primas, el trabajo en el campo es los sábados y domingos. Se va a bañar al río. Tiene un novio, se llama Benjamín, se porta muy bien con ella. Quiere estudiar corte y confección.



Interpretación:

Por el trazo podemos hacer evidente la ansiedad en Miriam, seguramente por el estado en el que se encontraba y la incertidumbre de no saber qué pasará con sus hijos en caso de que ella muriera.

Durante el relato Miriam presentó conductas regresivas, su posición corporal cambió recargándose sobre la mesa y abrasándose así misma, su mirada cambió, su tono de voz se infantilizó mientras recordaba cuando ella tenía 15 años.

Cuando le pregunté sobre Benjamín me contestó que había sido *el amor de su vida*,⁷¹ y una gran pérdida para ella durante su adolescencia.

Los dedos muestran infantilismo, los aretes exhibicionismo, lo cual no significa que Miriam actualmente muestre dicha tendencia, es más enfocado a cómo se sentía ella en ese entonces, se sentía bien físicamente y le gustaba mostrarse.

El énfasis en la boca en un signo de tendencia a la depresión, lo cual concuerda con la condición de Miriam en ese entonces, al tener periodos prolongados de tristeza, sobre todo los días que recibía hemodiálisis se aislaba del resto de la población (cuando generalmente era muy sociable).

Lo zapatos al tener detalles como los moños se interpreta como un deseo sexual o insatisfacción, lo cual concuerda con Miriam, al ser una mujer de 45 años que asegura no haber tenido relaciones sexuales desde la partida de su marido. El cinturón es un signo de dependencia e inseguridad, lo cual concuerda con la condición de Miriam.

En el segundo dibujo realizó una figura masculina, en general el momento en el que realizó la segunda figura fue muy emotivo, hubo lágrimas de tristeza durante el relato que fue el siguiente:

Es mi hijo, Adrián, tiene 20 años, está solo, dice que está bien y cuando voy él es feliz. Él dice que está bien si yo estoy bien aunque yo sé que está triste. Él trabaja mucho, y de ahí se va a la escuela, quiere mucho a su hermana, él quiere seguir estudiando hasta llegar a la Universidad, sueña con tener un carro bueno, le gustan mucho los caballos.

⁷¹ Palabras literales de Miriam

En el futuro lo veo realizado, que se case, tenga hijos. Aunque yo esté muerta él debe de tener su propia familia. Tengo miedo a que yo no llegue a verlo realizado.



Interpretación:

Se comprueban ciertos postulados del dibujo anterior: El trazo muestra grandes niveles de ansiedad, el que la entrepierna no esté concluida representa insatisfacción sexual, los dedos en forma de garra son muestra de agresividad contenida, mientras que los botones reflejan dependencia física, la forma en la que dibujó los pies refleja debilidad y degeneración física. Las borraduras que se perciben en la parte de la cara también son características de ansiedad.

La siguiente prueba fue la de la figura bajo la lluvia, dibujó a un hombre sin paraguas y el relato fue el siguiente:

Él es mi esposo, se está mojando en el campo. Cuando llueve llega mojado, tumba hierbas y fumiga mientras está muy fuerte la lluvia, está solo, se siente incómodo, le da miedo que le pegue un rayo, por eso nunca se queda bajo un árbol, la lluvia ya lleva una hora, a veces se quieta, a veces no. Llegando a la casa se baña, cambia y a veces le da gripa, a veces no, si se baña no. Se baña con agua fría, mucha agua, se mojó los zapatos y se le rompieron en el lodo.



Interpretación:

En dicha prueba buscamos obtener la imagen corporal del individuo, bajo condiciones ambientales desagradables y tenas, en las que la lluvia representa el elemento perturbador. Se recomienda haber aplicado el Machover para tener más elementos comparativos en cuanto el autoconcepto del paciente, y en el caso de Miriam puede darnos elementos del cómo percibe su padecimiento, la lluvia en esta prueba representa la hostilidad del miedo a la cual debe de enfrentarse el sujeto.

A pesar de que el dibujo representa a su marido arroja muchos elementos directamente de Miriam. Empezando por la lluvia, que al ser torrencial se interpreta mucha presión, debida por una situación sumamente estresante para el paciente, como lo son sus limitantes físicas, el estar apartada de sus seres queridos, su incertidumbre en el momento de la aplicación si recibiría o no el trasplante. El trazo tembloroso es un signo de decadencia de las funciones físicas, lo cual también se comprueba con lo antes analizado en el Machover.

El cabello desordenado de esa manera representa ansiedad producida por un desorden sexual, específicamente insatisfacción. Lo que se corrobora con lo antes analizado en el Machover. El cuello representa sentimientos de inmovilidad. La boca, al igual que los dedos muestra agresividad contenida, tal vez hacia esa figura masculina, podría ser por el abandono que siente ella por parte de él, pero no me atrevería a asegurarlo puesto que todo el tiempo que pasé a lado de Miriam no recaudé los elementos suficientes como para hacer una declaración de esa magnitud.

Las piernas endebles corroboran el sentimiento de inmovilidad por parte de Miriam y la ansiedad que dicho malestar le provoca. El pie descalzo es manifestado por el deseo de mantenerse infantil, o vivir en el pasado, al tener un presente tan incierto

y difícil es común que el paciente enfermo necesite refugiarse recordando su pasado⁷².

En cuanto al contenido del relato Miriam proyecta ciertos sentimientos como soledad, miedo e incomodidad al dibujo. La enfermedad mencionada a través de la gripa hace manifiesta el miedo de Miriam de recaer: “...a veces le da gripa, a veces no...” el rayo nombrado también puede ser un simbolismo de la enfermedad, que en cualquier momento puede caer sobre ella con consecuencias fatales, en todo momento durante el relato es evidente el miedo a que en cualquier momento las esperanzas de Miriam por un trasplante se vean completamente fundidas. Al haber hablado con Miriam en otra ocasión, me confesó que sentía mucho miedo durante las hemodiálisis, ya que había pasado por mucho tiempo durante este proceso, y conforme pasaba el tiempo incrementaba el número de casos de personas fallecidas que se practicaban dichas hemodiálisis con ella, por lo que dicha situación le había producido un miedo cada vez más grande de ser la siguiente en morir.

El que el relato incluya los zapatos rotos por el lodo se interpreta como una imposibilidad de movilidad, lo que comprueba lo antes descrito en las otras pruebas.

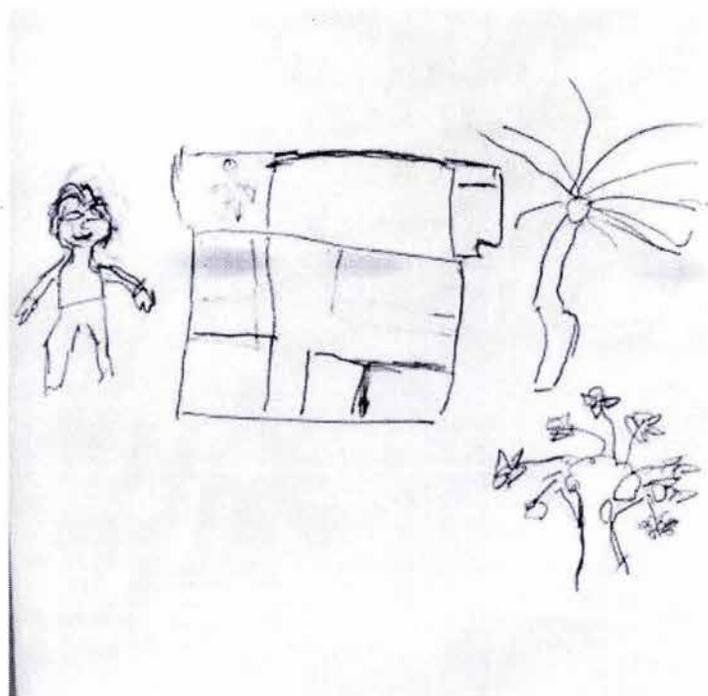
Que no exista un paraguas o cualquier otra cosa para refugiarse de la lluvia se interpreta como una falta de defensas personales para lidiar con la situación, es decir, su condición la supera, la enfermedad y todo lo que se manifiesta de la misma es una carga tan pesada que no puede ella sola.

⁷² Lo que considero muy útil identificar como herramienta en el albergue para el prestador de servicio social, sobre todo en los primeros acercamientos con un paciente enfermo: hablar de su pasado a la mayoría siempre los hace sentir bien y sirve para que el prestador vaya ganando confianza.

La siguiente prueba fue el HTP, el relato fue el siguiente:

Es mi casa, tiene 4 cuartos, tiene una salita, cocina, chimenea, aparte una cocinita. Ahí vive mi hija, atrás hay mucha mata de mandarina, el árbol es de limón, hay otro de mangos, plátanos y más. Me siento bien con mis hijos, me quiero ir allá, me extraña la casa.

La persona es mi esposo, cuando llega a la casa llega del trabajo, se siente contento porque ya estamos todos juntos.



Interpretación:

Por la ubicación del dibujo podemos corroborar, según el manual, que Miriam presenta conductas de inseguridad, aislamiento, descontento y regresión, comprobando la rumiación del pasado.

El énfasis en el techo de la casa es una manifestación de refugiarse en la fantasía, lo que confirma lo antes interpretado en este aspecto. El que la casa esté carente de ventanas (o al menos ventanas que parezcan ventanas) se interpreta como conductas de aislamiento. Probablemente producidas por sus padecimiento físico. Miriam al estar en el albergue durante tantos años había perdido contacto por completo con sus amistades en su pueblo natal, al igual que con su marido por lo que dicho aislamiento se ve proyectado en la prueba.

El que la figura humana no tenga pies se interpreta como pérdida de la autonomía, lo cual queda ante la situación de Miriam, ya que dependía totalmente de las hemodiálisis para seguir con vida. Por la forma de los dedos de la mano interpretamos como una incapacidad de manipular el ambiente por parte de la paciente.

Aparecen dos árboles de los cuales uno tiene ramas secas, muertas y las del otro surgen de una copa en forma de algodón y con detalles florales (aunque con un trazo muy agresivo y ansioso). Lo que significa una perturbación muy grande y fantasía respectivamente, interpretamos de nuevo el conflicto psicológico que la enfermedad produce y la necesidad de refugiarse en la fantasía y de recordad el pasado para sobrellevar el presente tan difícil.

Conclusión: La paciente se siente sola tiene un miedo tan grande de estar enferma que la supera y no puede cargar dicha ansiedad por sí misma. Su mayor preocupación es no poder ver a sus hijos realizados y no volver a ver a su marido, por lo que considero que el sentido de Miriam en ese momento era vivir hasta llegar a ese momento, entonces cuando lo presencie considero que no le tendría miedo a su enfermedad y podrá aceptarla para morir lo mejor posible.

Por fortuna la historia de Miriam terminó en un final feliz, después de esperar por tantos años recibió un trasplante de riñón, el cual fue aceptado por su cuerpo y pudo regresar a vivir con sus hijos de nuevo, su máximo sueño se vio realizado y ahora está en compañía de su familia sin la necesidad de las tan desgastantes hemodiálisis. Ahora vive en Veracruz, su estado natal.

La siguiente prueba es un Machover, ésta fue realizada a un niño de 10 años a quien llamaré "Ernesto". Este niño sufre de problemas cardiacos y serios problemas económicos en su hogar, su padre es alcohólico y tiene una muy mala relación con su madre, a pesar de que viven juntos no existe una relación estable entre ellos. Algo relevante en este niño es que su mamá se prostituía en el albergue con algunos hombres que iban solos, al ser sorprendida de esta conducta fue advertida a que en la siguiente ocasión que hiciera algo en contra del reglamento sería dada de baja del albergue. Se decidió no expulsarla en el momento para no afectar a Ernesto.

Personalmente con este niño me costó mucho trabajo relacionarme y que me aceptara, ya que era un niño con actitudes hostiles y agresivas hacia los demás, a pesar de que al principio no me hablaba siempre estaba detrás de mí. Ernesto estuvo alrededor de 2 meses en el albergue, y el último mes fue cuando me permitió relacionarme de una mejor manera con él, ya me había ganado su confianza y me había convertido en su compañía, hicimos un fuerte vínculo que me trajo muchos aprendizajes, el más importante de éstos y que quisiera compartir al prestador de servicio social o a cualquier otro que comience su acompañamiento terapéutico con enfermos fue el enojo de Ernesto cuando le comenté que cuando el regresara mi servicio en el albergue había terminado y ya no sería tan fácil vernos, por lo que la reacción del paciente fue de ira hacia mí, sentía que lo estaba abandonando y que ya no me interesaría por él. Al final la situación pudo arreglarse, hasta cierto punto, pero aprendí que en todo servicio social o cualquier otro acompañamiento que sea de tiempo breve el paciente debe de ser notificado de esto desde un principio, para que no sienta el desprendimiento con el profesional como un abandono y lo único que esto provoque es que no confie en los futuros acompañantes que intenten trabajar con en su caso.

La primera figura humana que realizó es una mujer desnuda, cuyo relato es el siguiente:

A ella le gusta estar siempre desnuda, adentro de su cuarto con hombres, se llama Mónica.



Interpretación:

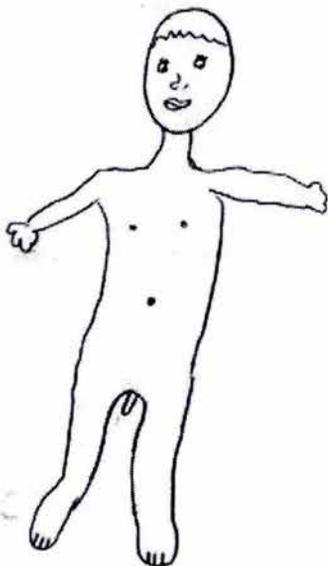
En el caso de Ernesto el que dicha figura aparezca desnuda se interpreta como un conflicto sexual, específicamente considero que en su caso es una perturbación por alguna experiencia traumática, lo cual considero que las conductas de prostitución de su madre fueron percibidas por él.

Además, el que haya dibujado una figura femenina antes que la de su propio género indica una falta de identidad (inconsciente) con su género sexual.

Es evidente el conflicto que produjo en el niño las conductas sexuales realizadas por su madre en el albergue.

La segunda figura fue un varón. También completamente desnudo y el relato fue:

Éste niño se llama Noé, conoce a Mónica (la mujer del dibujo anterior) y es su novia, se hicieron novios el 14 de febrero.



La posición de los brazos muestra una necesidad de afecto por parte de Ernesto, lo cual confirmo con la parte de su relato al mencionar el 14 de febrero, considero más factible esto a una posible interpretación con carga incestuosa. No creo que el paciente se sienta querido o protegido por su madre, y esto se ve reflejado en la necesidad proyectada en el dibujo.

El trazo tan fuerte puede ser interpretado como una agresividad contenida por parte del paciente debido a su situación, probablemente hacia su figura materna, lo que concuerda con el relato anterior. Las manos al igual que los pies indican una imposibilidad por manipular el medio y limitaciones físicas.

Conclusiones:

Ernesto está sumamente perturbado por lo sucedido con su madre en el albergue, pude identificar conductas hostiles hacia ella y sus dibujos confirman un evidente conflicto sexual. Se recomienda un tratamiento terapéutico tanto para él como para la madre dentro y fuera del albergue, es decir un trabajo que tenga un seguimiento tanto por el profesional del albergue como pro el profesional que se encargue del caso en su Estado natal. Aunado a eso es posible que su situación física empeore si entra en depresión, al haber identificado síntomas de dicho padecimiento en Ernesto durante mi estancia en el albergue recomiendo que se tenga especial énfasis en este paciente, ya que el apoyo psicológico brindado en el Mil colores no será suficiente si este niño regresa al mismo ambiente hostil en su casa.

Las repercusiones psicológicas en Ernesto pueden ser muy grandes si no se atiende seriamente desde estos momentos, lo que más me ayudó personalmente con Ernesto fue el integrarlo con los demás niños en el albergue que se encontraban en su rango de edad. Con esta convivencia observada en todo momento por el profesional en el albergue, le será más claro aprender de qué manera debe de comportarse con los demás niños de su escuela si quiere estar acompañado , ya que a veces tiene conductas agresivas hacia los éstos, lo que lo lleva a estar solo.

Referencias

- Buck J. *“Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P”* México D.F. Edit. Manual Moderno
- Cabodevilla I. *“En Vísperas de morir”* Edit. Crecimiento personal. España 2006
- Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas: portal cibernético:
http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=758&Itemid=68
- Denis R.P., Benítez S. y Hermida M. REVISTA DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA Volumen XXII número 2 (Mayo –Agosto 2009)
- Eguiluz L. *Terapia Familiar, su uso hoy en día.* México D.F. Edit. PAX. MÉXICO 1ª Edición 2004.
- Frank Viktor - *El hombre en búsqueda del sentido.* Barcelona: España, Edit. Herder 21ª edición,(2001)
- *“Psicoanálisis y existencialismo, de la psicoterapia a la logoterapia”* Segunda edición. Edit. Fondo de cultura económica (2005)
- INEGI página oficial: www.inegi.com.mx
- Kübler-Ross, E. *“La muerte, un amanecer”* Barcelona. España Edit. Océano- Luciérnaga 3ª Edición 2004.
- Louvier J. *“El sentido de la vida, posmodernidad y teología de la liberación, ante la muerte la vida adquiere un significado distinto”.* México D.F. Edit. EDAMEX - UPAEP 1ª Edición 1999.
- Morales B. E. y col. *“Desarrollo humano y sexualidad”* México D.F. UNAM Escuela Nacional Colegio de Ciencias y Humanidades - Área de Ciencias Experimentales. 1ª Edición 2008
- Perls F. *Terapia Gestalt* México D.F. Edit. PAX MEXICO2ª Edición 2006
- Portuondo J. *“La figura humana: test proyectivos de Karen Machover”.* México D.F. Edit. Siglo XXI 1ª edición mexicana 2012.
- Rodríguez M. *“Logoterapia”* Blogg recuperado del portal cibernético:
<http://www.maribelium.com/logoterapia.html>
- Shaughnessy J. *“Métodos de Investigación en Psicología”* Impreso en México Séptima Edición Edit. McGrawHill (febrero 2007)

Tovar O. "UN DUELO SILENTE: ETAPAS DEL PROCESO DE DUELO" México D.F. Edit. Trillas. Primera Edición

Velasco Campos M; Sinibaldi G. J. *"Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*.México D.F. Edit. Manual Moderno 3ª edición 2001.