

# Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

## Trabajo Final de Integración

“Descripción de un caso de duelo infantil y su abordaje a través de la terapia narrativa”.

- Autor: Marycel Hernández Izcue
- Tutora: Dra. Nora Inés Gelassen

## INDICE

<b>1 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
2.1.1 DUELO: Definición y Diferentes perspectivas.....	7
2.1.2 DUELO NORMAL.....	9
2.1.3 Duelo vs. Depresión.....	13
2.1.3.1 Duelo complicado.....	13
2.1.4 ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL DUELO.....	15
2.1.4.1 Las tareas del duelo.....	15
2.1.4.2 Los mediadores del duelo.....	17
2.1.5 Duelo y resiliencia.....	19
<b>2.2 La muerte vivida por los niños: duelo infantil.....</b>	<b>20</b>
2.2.1 RITUALES.....	22
<b>2.3 TERAPIA NARRATIVA.....</b>	<b>23</b>
2.3.1.1 Historias saturadas del problema.....	25
2.3.1.2 Terapia de valor estético y literario.....	26
2.3.1.3 Terapias expresivas y terapia narrativa.....	27
2.3.2 La escritura terapéutica.....	28
2.3.2.1 El cuento terapéutico.....	29
2.3.2.2 Las cartas terapéuticas.....	29
<b>3 METODOLOGÍA.....</b>	<b>31</b>
3.1.1.1 Tipo de estudio.....	31
3.1.1.2 Participante.....	31
3.1.1.3 Procedimiento e Instrumentos.....	31
<b>4 PRESENTACIÓN DEL CASO.....</b>	<b>32</b>
<b>4.1 MOTIVO DE CONSULTA.....</b>	<b>32</b>
<b>5 ETAPA DIAGNÓSTICA.....</b>	<b>33</b>
5.1.1.1 Persona Bajo la Lluvia.....	34
5.1.1.2 H T P integrado.....	34
5.1.1.3 Familia Kinética.....	35
<b>6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....</b>	<b>35</b>
<b>6.1 Duelo normal vs. Duelo patológico o complicado.....</b>	<b>35</b>
<b>7 EL TRABAJO TERAPÉUTICO.....</b>	<b>36</b>
<b>7.1 ESCRITURA DE UN CUENTO.....</b>	<b>39</b>
<b>8 CIERRE DE LOS ENCUENTROS: REALIZACIÓN DE UN RITUAL.....</b>	<b>44</b>
<b>8.1 Observaciones finales.....</b>	<b>44</b>
<b>9-DISCUSIÓN.....</b>	<b>46</b>

<b>9 BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>49</b>
9.1.1 Análisis cualitativo.....	60

# 1 INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se realiza una descripción de un caso de duelo infantil y su intervención, a partir de la experiencia de pasantía en un Hospital Interzonal .

La pasantía se realizó como requisito de la materia de Práctica y Habilitación Profesional V de la Universidad de Palermo. En un recorrido teórico se intentará integrar la experiencia práctica de la pasantía realizada con contenidos teóricos que den un marco teórico - científico al trabajo y que actúen como soporte de las intervenciones realizadas.

El área en que se desarrolló la pasantía fue el Consultorio de Psicología Pediátrico.

Las tareas que se realizaron fueron:

- Recorridas de salas de internación pediátrica
- Atención ambulatoria en consultorios externos

El equipo del consultorio está compuesto por 10 profesionales del área de la psicología. A su vez se trabaja en interdisciplina tanto con los médicos pediatras como con las asistentes sociales del hospital.

La población que concurre al hospital son en su mayoría personas de bajos recursos, que no cuentan con obra social, viviendas dignas y trabajos fijos. Además de la atención médica y psicológica que se les brinda, también se los asesora para los trámites tales como transporte gratis y leche para los bebés.

Las problemáticas más comunes tienen relación con el nivel de vida de las personas que concurren: el abuso sexual, la violencia y el abuso de sustancias son tópicos recurrentes en los pacientes. Por otro lado, la mayoría de los bebés y niños internados sufren de problemas respiratorios, por los ambientes desfavorables en los que viven.

Los pacientes arriban al consultorio externo de psicología por interconsulta de pediatría, por interconsulta del colegio o de forma espontánea. Primero se realiza una entrevista de admisión y luego se comienza a trabajar con el niño. Las entrevistas de admisión se realizan con los padres y se trabaja con ellos siempre que se necesite para el tratamiento del niño.

A partir de los pacientes observados durante la asistencia al hospital se realizó la elección del tema que trataremos en el trabajo final de integración:

## Duelo infantil.

Los casos de duelo en el hospital no son frecuentes y las modalidades de abordaje son diversas, ya que varía de acuerdo a las características del paciente y del propio terapeuta. En este caso, se abordó desde la escritura de un cuento, temática introducida por la paciente.

Duelo, del latín *duelum*, significa dolor. Hoy en día se vincula al duelo con los aspectos individuales más que con etapas universales: cada proceso es diferente según una serie de variables personales. Esta mirada incluye la continuidad del vínculo, en lugar del cierre o final. Entonces el doliente debe buscarle sentido y significado a su pérdida. Este nuevo concepto propone pensar la muerte como un cambio de estado, muerte como parte ineludible del ciclo de la vida (Lieberman, 2007).

De acuerdo con la nueva visión, el duelo es un proceso dinámico de reconstrucción, reorganización y transformación, que puede ser funcional o disfuncional (Lieberman, 2007).

Además no propone una ruptura sino aprender a vincularse de otro modo. En este sentido, la nueva visión se acerca al concepto de resiliencia, que es la habilidad para afrontar situaciones de crisis y salir de ellas fortalecido (Cyrulnik, 2007).

Pintar, escribir, esculpir o la expresión artística que cada persona sienta como propia suelen ser muy buenos puentes para la recuperación emocional (Lieberman, 2007).

El objetivo general de este trabajo es realizar la descripción de un caso clínico de duelo infantil. Como objetivos específicos, en primer lugar se describirá la sintomatología del paciente con respecto al duelo; en segundo lugar se hará un diagnóstico diferencial con duelo patológico; en tercer lugar se describirá el abordaje del duelo a través de la terapia narrativa y por último se describirá la sintomatología del paciente al finalizar el tratamiento.

Para comenzar se hará un recorrido por los principales conceptos teóricos que dan sustento al trabajo realizado, se continuará con el desarrollo de los objetivos y para finalizar, se realizará una discusión a modo de reflexión y conclusión de lo expuesto en el trabajo.

### Objetivo General

- Describir un caso clínico de duelo infantil.

### Objetivos Específicos

- Describir la sintomatología con respecto al duelo que presente el paciente.
- Realizar diagnóstico diferencial con duelo patológico.
- Describir el abordaje del duelo a través de la terapia narrativa.
- Describir el cambio en la sintomatología del paciente al final del tratamiento.

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1.1 DUELO: DEFINICIÓN Y DIFERENTES PERSPECTIVAS

Duelo, del latín *duelum*, significa dolor. Y también significa desafío. El dolor del duelo no se parece a ningún otro. Y no hay forma de evadirlo: ni al dolor ni al duelo. Y esta inexorabilidad es, precisamente, el punto de partida de cualquier elaboración funcional y posterior recuperación (Lieberman, 2007).

La mayoría de los autores e investigadores acerca de la temática de duelo, coinciden en que ésta remite a la pérdida de un ser querido y que en general constituye una situación traumática (Yoffe, 2007).

Para nuestra cultura occidental, el duelo es la respuesta natural a la pérdida profunda caracterizada por una serie de síntomas, estadios y desafíos presumiblemente universales (Lieberman, 2007).

Desde el punto de vista psicoanalítico, el duelo y sus implicancias comenzaron a discutirse a principios del 1900. Sin embargo, el tratamiento y el estudio de estos temas son mucho más recientes. Los modelos tradicionales del duelo son limitados. Distintos autores afirman que el duelo tiene un comienzo, un proceso y un final determinados. La nueva concepción del duelo se relaciona con el constructivismo, línea de pensamiento que sostiene que la realidad no está dada a priori, sino que se construye (Lieberman, 2007).

Hoy en día se vincula al duelo con los aspectos individuales: cada proceso es diferente según una serie de variables personales. Esta mirada incluye la continuidad del vínculo, en lugar del cierre o final. Entonces el doliente debe buscarle sentido y significado a su pérdida. Este nuevo concepto propone pensar la muerte como un cambio de estado, muerte como parte ineludible del ciclo de la vida (Lieberman, 2007).

Después de Sigmund Freud - *Duelo y Melancolía*, 1913 -, la psiquiatra que más influenció en el desarrollo del duelo fue Elizabeth Kübler – Ross. En 1969 publicó el libro *Sobre la muerte y el acto de morir*, muriendo, donde aborda la transición emocional (Lieberman, 2007).

La autora describió 5 etapas por las que atraviesa el paciente moribundo y explica, usando la misma clasificación, las etapas que atraviesa una persona en duelo: negación, ira, resignación, depresión y aceptación (Kübler – Ross, 1969).

Otros teóricos del duelo tomaron esta clasificación como base y desarrollaron sus propias teorías. Murray C. Parkes, destacado investigador del duelo, propone distintas fases: shock, anhelo y búsqueda de la figura perdida, desorganización y desesperanza y reorganización (Lieberman, 2007).

Robert Neimeyer (2002) incluye la narrativa como un recurso importante y plantea la continuidad en el proceso del duelo. Los momentos que el autor plantea son: evitación, asimilación y acomodación. Para Neimeyer estas etapas son diferentes momentos que, a veces, se superponen. El duelo puede plantearse como distintos ciclos que se suceden y que nunca son rígidos. La respuesta, la sucesión y la duración de las reacciones varían mucho de una persona a otra.

Neimeyer (2002) también plantea un modelo alternativo de duelo basado en la teoría constructivista narrativa: tras la circunstancia de una pérdida significativa, propone la construcción de significados.

El duelo pone en marcha una cosmovisión personal, por lo tanto, para el duelo no hay un único sentido. La construcción de los significados se organiza alrededor de un conjunto de creencias que determinan la percepción que tenemos de los acontecimientos vitales y orientan nuestra conducta. La muerte convalida o invalida las construcciones que orientaban nuestras vidas. O puede constituir una nueva experiencia que no admite la aplicación de ninguna construcción previa (Neimeyer, 2002).

Por su parte, William Worden (2004) habla de las tareas del duelo: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor, adaptarse a un medio en el que la persona querida y perdida esté ausente y recolocar emocionalmente al fallecido y continuar la vida.

Por lo tanto, el duelo es un proceso personal y original caracterizado por la propia historia y ligada al vínculo de intimidad con la persona que ha muerto. El duelo transforma al doliente en protagonista. La tarea terapéutica ayuda a transformar el duelo en trabajo activo. Con diferentes técnicas se promueve la memoria del ser querido, a

través de tareas que incluyen rituales, ejercicios narrativos y otras acciones adecuadas que funcionan como modos de conexión, recordación y elaboración de la pérdida (Lieberman, 2007).

### **2.1.2 DUELO NORMAL**

El término *duelo normal*, a veces llamado, duelo no complicado, abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida (Worden, 2004).

Los primeros estudios acerca de las reacciones normales del duelo de manera sistemática los realizaron Erich Lindemann y su equipo en 1944. Lindemann era jefe de psiquiatría del Hospital General de Massachusetts. En 1942 hubo una gran tragedia en la zona y Lindemann con sus colaboradores trabajaron con los miembros de las familias que habían perdido a sus seres queridos. A partir de estos datos escribió un artículo llamado “Síntomatología y control del duelo agudo” (Lindemann, 1944).

A partir de sus observaciones en 101 pacientes con un duelo reciente Lindemann (1944) descubrió patrones similares que identificó como las características patonómicas del duelo normal o agudo. Las describió como:

1. Algún tipo de malestar somático o corporal.
2. Preocupación por la imagen del fallecido.
3. Culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte.
4. Reacciones hostiles.
5. Incapacidad para funcionar como lo hacía antes de la pérdida.

Además, describió una sexta característica que exhibían muchos pacientes: parecían desarrollar rasgos del fallecido en su propia conducta (Worden, 2004).

El estudio de Lindemann y colaboradores tiene sus limitaciones: no se presentaron cifras que muestren la frecuencia relativa del síndrome descrito. Además no se menciona la cantidad de entrevistas realizadas a los pacientes y el tiempo que había pasado entre las entrevistas y la fecha de la pérdida (Parkes, 1972).

Worden (2004) observa que las personas en duelo siguen teniendo características parecidas a las descritas por Lindemann y sus colaboradores. Este autor divide en cuatro categorías los comportamientos normales frente a un duelo:

- a) Sentimientos
- b) Sensaciones físicas
- c) Cogniciones
- d) Conductas.

### **a) Sentimientos**

Tristeza: es el sentimiento más común que se ha encontrado en las personas en duelo. A menudo se manifiesta en la conducta de llorar. Llorar es una señal que evoca una reacción de comprensión y protección por parte de los demás y establece una situación social en la que las leyes normales de conducta competitiva se suspenden (Parkes y Weiss, 1983).

Enojo: se experimenta con mucha frecuencia y puede ser uno de los sentimientos más desconcertantes. El enojo proviene de dos fuentes:



De una sensación de frustración ante el hecho de que no había nada que se pudiera hacer para evitar la muerte.



De una especie de experiencia regresiva que se produce después de la pérdida de alguien cercano. En la pérdida de cualquier persona importante hay una tendencia a la regresión, a sentirse desamparado, incapaz de existir sin esa persona, y luego a experimentar enojo y ansiedad. El enojo que experimenta la persona en duelo se ha de identificar y dirigir apropiadamente hacia el fallecido para que lleve a una conclusión sana (Worden, 2004).

Culpa y autorreproche: normalmente la culpa se manifiesta respecto de algo que ocurrió, o algo que pasó por alto en el momento de la muerte. La mayoría de las veces la

culpa es irracional y se mitigará a través de la confrontación con la realidad (Worden, 2004).

**Ansiedad:** la ansiedad proviene de normalmente de dos fuentes. La primera es que los supervivientes temen que no podrán cuidar de sí mismos solos. La segunda es que la ansiedad se relaciona con una conciencia más intensa de la sensación de muerte personal: la conciencia de la propia mortalidad aumentada por la muerte de un ser querido (Worden, 2004).

**Soledad:** Stroebe y sus colaboradores (1996) distinguen entre la soledad emocional y la soledad social. El apoyo social puede ser útil para la soledad social pero no mitiga la soledad emocional que provoca la ruptura de una relación. A veces existe una correlación entre la soledad y la necesidad de ser tocado, sobre todo en el caso de la pérdida del cónyuge.

**Fatiga:** a veces la fatiga puede experimentarse como apatía o indiferencia. Niveles altos suelen ser muy restrictivos de la actividad de una persona (Worden, 2004).

**Impotencia:** este factor hace que el acontecimiento de la muerte sea muy estresante. Este correlato cercano a la ansiedad se presenta a menudo en los primeros momentos luego de acontecida de la pérdida (Worden, 2004).

**Shock:** se produce a menudo en el caso de las muertes repentinas, aunque a veces puede suceder a pesar de que la muerte era esperada.

**Anhelo:** Parkes (2001) ha observado que es una experiencia normal entre los supervivientes, particularmente ante la pérdida del cónyuge. Cuando la respuesta de anhelo disminuye puede ser señal de que el duelo se está acabando. Si no es así, puede ser un síntoma clínico que indica un “duelo traumático”.

**Emancipación:** la emancipación puede ser un sentimiento positivo en aquellos casos donde el superviviente se sentía oprimido por la persona que falleció (Worden, 2004).

**Alivio:** muchas personas sienten alivio después de la muerte de un ser querido, sobre todo si ese ser sufrió una enfermedad larga o particularmente dolorosa (Worden, 2004).

Insensibilidad: algunas personas presentan ausencia de sentimientos. Esta insensibilidad se suele experimentar al principio, al tomar conocimiento de la muerte. Probablemente ocurre porque hay demasiados sentimientos que afrontar, y permitir que todos se hagan concientes sería muy desbordante. Parkes y Weiss (1983) sostienen que el bloqueo de sensaciones como defensa frente a lo que de otra manera sería un dolor desbordante, parece ser extremadamente normal.

### **b) Sensaciones físicas**

Las sensaciones que con más frecuencia experimentan las personas en procesos de duelo varían desde sensaciones de vacío en el estómago y opresiones en el pecho y garganta, hasta sensaciones de despersonalización, debilidad muscular y falta de energía (Worden, 2004).

### **c) Cogniciones**

Existen muchos patrones de pensamiento diferentes que marcan la experiencia del duelo (Worden, 2004):

Incredulidad: éste suele ser el primer pensamiento que se tiene cuando se conoce una muerte, especialmente si la muerte es súbita (Worden, 2004).

Confusión: muchas personas que sufren un duelo reciente dicen que su pensamiento es muy confuso, que parece que no pueden ordenar sus pensamientos, que tienen dificultad para concentras o que se olvidan las cosas (Worden, 2004).

Preocupación: se trata de una obsesión con pensamientos sobre el fallecido. A menudo éstos incluyen pensamientos obsesivos sobre cómo recuperar a la persona perdida. A veces la preocupación toma la forma de pensamientos intrusivos o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo (Worden, 2004).

Sentido de presencia: éste es el equivalente cognitivo de la experiencia de anhelo. La persona en duelo puede pensar que el fallecido aún está de alguna manera en la dimensión de espacio y tiempo de los vivos (Worden, 2004).

Alucinaciones: tanto las alucinaciones visuales como las auditivas se incluyen en esta lista de conductas normales porque son una experiencia normal de las personas en

duelo. Suelen ser experiencias ilusorias pasajeras que, aunque desconciertan a algunos, muchos otros las consideran útiles (Worden, 2004).

#### **d) Conductas**

Existen unas cuantas conductas específicas que se asocian a los duelos normales. Pueden variar desde trastornos del sueño y del apetito, pasando por visitas a lugares o atesoramiento de objetos que recuerdan o pertenecían al fallecido, hasta distracciones y aislamiento social (Worden, 2004).

### **2.1.3 DUELO VS. DEPRESIÓN**

Las principales distinciones entre el duelo y la depresión son: en ambos se pueden encontrar los síntomas clásicos de trastornos del sueño, trastorno del apetito e intensa tristeza. Sin embargo, en el duelo no hay la pérdida de autoestima que se encuentra en la mayoría de las depresiones clínicas. Es decir, las personas que han perdido a alguien no se consideran menos a causa de la pérdida o si lo hacen, tiende a ser sólo durante un breve período de tiempo. Y si los supervivientes del fallecido experimentan culpa, es una culpa asociada a algún aspecto específico de la pérdida más que un sentimiento de culpabilidad en general (Worden, 2004).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM IV, se realiza una distinción entre duelo y depresión: como parte de su reacción a la pérdida, algunas personas afectadas presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. La persona en proceso de duelo valora el estado de ánimo depresivo como <<normal>>, aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar síntomas asociados como el insomnio y la anorexia (American Psychiatric Association, 1994).

A pesar de las diferencias objetivas y subjetivas entre duelo y depresión, existen algunas personas que desarrollan episodios depresivos mayores después de una pérdida (Zisook y Shuchter, 1993).

#### **2.1.3.1 DUELO COMPLICADO**

El duelo patológico o complicado es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución.

Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación (Horowitz, 1980).

Se ha encontrado que hay una relación más continua entre las reacciones normales y las anormales, entre las complicadas y las no complicadas, y que la patología está más relacionada con la intensidad o duración de una reacción que con la simple presencia o ausencia de una conducta específica (Horowitz, 1980).

Uno de los paradigmas más útiles para realizar un perfil de duelo complicado es el que lo describe en 4 apartados:

1. Duelo crónico: es aquel que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. La persona es consciente de la situación, pero a pesar de ello, este tipo de duelo no necesariamente se resuelve por sí mismo (Worden, 2004).
2. Duelo retrasado: también se lo puede llamar inhibido, suprimido o pospuestos. En este caso, la persona puede haber tenido una reacción emocional en el momento de la pérdida, pero no fue suficiente. En un momento del futuro la persona puede experimentar los síntomas del duelo respecto a una pérdida posterior o inmediata, pero la intensidad del duelo parece excesiva (Worden, 2004).
3. Duelo exagerado: este tipo de duelo está relacionado con las respuestas exageradas; en ellas la persona que experimenta la intensificación de un duelo normal se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa. La persona es consciente de que su conducta está relacionada con la pérdida y busca ayuda ya que es excesiva e incapacitante.

Los duelos exagerados incluyen algunos trastornos psiquiátricos que surgen después de una pérdida y que están codificados en el manual DSM IV: depresión clínica, ansiedad, estrés post-traumático, abuso de alcohol y sustancias, entre otros (Worden, 2004).

4. Duelo enmascarado: las reacciones de duelo enmascarado se evidencian en pacientes que experimentan síntomas y conductas que les causan dificultades

pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida. Este tipo de duelo aparece o como síntoma físico o a través de algún tipo de conducta aberrante o desadaptativa (Worden, 2004).

#### **2.1.4 ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL DUELO**

El asesoramiento implica ayudar en el duelo normal o no complicado, facilitando su elaboración en un marco temporal razonable. El término terapia en el duelo es conveniente reservarlo para aquellas técnicas especializadas, que se usan para ayudar a las personas con duelos anormales o complicados.

La elaboración de un duelo es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre el difunto, la experiencia de la pérdida y el mundo cambiado en el que ahora debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida (Stroebe, 1996).

##### **2.1.4.1 LAS TAREAS DEL DUELO**

Worden (2004) sostiene que la persona en duelo debe completar cuatro tareas para poder acabar el duelo. Aunque dichas tareas no suponen un cierto orden específico, en las definiciones se sugiere un cierto ordenamiento.

Tarea Uno: aceptar la realidad de la pérdida. Esta primera tarea supone afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida (Worden, 2004).

Lo opuesto de aceptar la realidad de la pérdida puede ser no creer mediante algún tipo de negación. Algunas personas no aceptan que la muerte es real y se quedan bloqueados en la primera tarea. La negación se puede practicar a varios niveles y tomar varias formas, pero la mayoría de las veces implica negar la realidad, el significado o la irreversibilidad de la pérdida (Worden, 2004).

Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. Los rituales tradicionales como el funeral ayudan a muchas personas a encaminarse hacia la aceptación. Por otro lado, hay estudios que sugieren que soñar que el fallecido está vivo es, no sólo un deseo de que se

haga realidad, sino una manera que tiene la mente de validar la realidad de la muerte mediante el contraste intenso que se produce al despertar de dicho sueño (Worden, 1996).

Tarea Dos: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

Las personas que acaban de perder a un ser querido no suelen estar preparadas para afrontar la fuerza y la naturaleza de las emociones que surgen (Rubin, 1990).

No todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad ni lo siente de la misma manera, pero es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor (Worden, 2004).

La negación de esta segunda tarea, de trabajar el dolor, es no sentir. La manera más común de evitar el sentir es bloquear los sentimientos y negar el dolor que se está presente; y muchas veces se estimulan pensamientos agradables para evitar los desagradables (Worden, 2004).

El dolor del duelo está asociado a la tristeza y la disforia, sin embargo hay otros sentimientos asociados a la pérdida que se deben procesar: la ira, la angustia, la culpa y la soledad son sentimientos comunes que se experimentan durante el duelo (Worden, 2004).

Tarea Tres: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Existen tres áreas de adaptación que se deben abordar tras la pérdida de un ser querido:

1) Las adaptaciones externas, esto es, cómo influye la muerte en la actuación cotidiana de la persona. Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes, dependiendo de cómo era la relación con el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba. El superviviente no es consciente de todos los roles que desempeñaba el fallecido hasta algún tiempo después de la pérdida (Worden, 2004).

2) Las adaptaciones internas, esto es, cómo influye la muerte en la imagen que la persona tiene de sí misma; las personas ante la muerte también deben confrontarse al cuestionamiento que supone adaptarse a su propio sentido de sí mismos, es decir, de

cómo influye la muerte en la definición que hacen de sí mismos, en su amor propio y en su sensación de eficacia personal (Worden, 2004).

Attig (1996) destaca la necesidad de reaprender el mundo tras una muerte y se centra, sobre todo, en el impacto de la muerte en la sensación de identidad de la persona.

3) Las adaptaciones espirituales, esto es, cómo influye la muerte en las creencias, los valores y los supuestos sobre el mundo que abriga la persona.

La muerte puede sacudir los cimientos del mundo de supuestos de la persona. La pérdida a causa de una muerte puede cuestionar los valores fundamentales de la vida de cada uno y sus creencias filosóficas, creencias influidas por nuestras familias, nuestros pares, la educación y la religión, así como por las experiencias vitales. No es extraño sentir que se ha perdido la dirección en la vida. La persona busca significado, y su vida cambia para darle sentido a esta pérdida y para recuperar cierto control (Neimeyer, 1999).

Tarea Cuatro: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

La cuarta tarea del duelo apunta a que el superviviente pueda encontrar un lugar para el difunto que le permita estar vinculado con él, pero de un modo que no le impida continuar viviendo y que le permita establecer nuevos vínculos de amor (Worden, 2004).

Volkan (1985) sostiene que el duelo acaba cuando la persona ya no necesita reactivar el recuerdo del fallecido con una intensidad exagerada en el curso de la vida diaria.

#### **2.1.4.2 LOS MEDIADORES DEL DUELO**

Para comprender por qué cada persona afronta las tareas del duelo de una manera diferente, debemos comprender cómo están mediadas estas tareas por diversos factores: los mediadores del duelo.

Mediador Uno: cómo era la persona. El parentesco identifica quién era la persona fallecida y su relación con la persona diferente. Estos factores nos permiten predecir cómo responderá la persona a la pérdida (Worden, 2004).

Mediador Dos: la naturaleza del apego. Esto es, tener información acerca de la fuerza del apego, es decir, la intensidad afectiva de la relación; la seguridad del apego, es decir, cuán necesario era el fallecido para el bienestar del superviviente; la ambivalencia de la relación, es decir, la proporción entre sentimientos positivos y negativos; los conflictos con el fallecido, esto es, conocer la historia de los conflictos de la relación, sobre todo si existieron abusos sexuales y/o físicos (Krupp, 1986); y las relaciones de dependencia (Worden, 2004).

Mediador Tres: manera de morir. Cómo murió la persona nos dirá algo sobre cómo elabora el duelo el superviviente. Tradicionalmente, las muertes se catalogaban en las categorías NASH: natural, accidental, suicidio y homicidio (Worden, 2004).

Otras dimensiones asociadas con el tipo de muerte incluyen las siguientes: proximidad, esto es, el nivel geográfico dónde ocurrió (cerca o lejos); si la muerte fue imprevista o esperada; si la muerte fue violenta o traumática; si hubo pérdidas múltiples, en este caso existe la posibilidad de una “sobrecarga de duelo” (Kastenbaum, 1969); muertes evitables; muertes ambiguas y muertes estigmatizadas, como por ejemplo los suicidios y las muertes por sida. Cuando se da este estigma, el apoyo social a la persona que experimenta el duelo puede ser insuficiente (Doka, 1989).

Mediador Cuatro: antecedentes históricos. Para predecir cómo va a elaborar el duelo cada persona hay que saber si ha tenido pérdidas anteriores y cómo se elaboraron dichos duelos. Es importante conocer la historia de salud mental previa de la persona, así como también la historia familiar con respecto a las pérdidas (Worden, 2004).

Mediador Cinco: variables de la personalidad. Bowlby (1980) sostuvo que se debía tener en cuenta la estructura de personalidad de la persona en duelo cuando se intentara entender su respuesta ante la pérdida. Esto incluye: edad y sexo de la persona, estilo de afrontamiento, estilo de apego, estilo cognitivo, fuerza personal (autoestima y eficacia personal) y mundo de supuestos (valores y creencias).

Mediador Seis: variables sociales. El duelo es un fenómeno social y es importante poder compartirlo. El grado de apoyo emocional y social percibido que se recibe de los demás, es significativo en el proceso del duelo. Por ello es importante la disponibilidad de apoyo no sólo en el momento del fallecimiento sino hasta un año después (Worden, 2004).

Por otro lado, es importante que este apoyo sea satisfactorio, es decir, la percepción que tiene el superviviente del apoyo social y su satisfacción al respecto. La integración social, es decir, el tiempo compartido y la utilización del apoyo social, es decir, confiar en los demás, son dos dimensiones que intervienen en esta satisfacción (Sherkat y Reed, 1992).

A su vez, el desempeño de múltiples roles influyen en la adaptación a la pérdida de un ser querido (Hershberger y Walsh, 1990). Así como también son importantes los recursos religiosos y las expectativas éticas. Para predecir adecuadamente cómo alguien va a elaborar el duelo, se ha de conocer la subcultura social a la que pertenece y los antecedentes sociales, étnicos y religiosos del superviviente (Worden, 2004).

Mediador Siete: tensiones actuales. Otros factores que afectan al duelo son los cambios simultáneos y las crisis que surgen después de la muerte. Algunos cambios son inevitables, pero hay personas y familias que experimentan niveles altos de desorganización (Worden, 2004).

### **2.1.5 DUELO Y RESILIENCIA**

Cuando la palabra *resiliency* nació en la física, designaba la capacidad de un cuerpo para resistir un choque. Cuando pasó a las ciencias sociales significó la capacidad para triunfar, para vivir y desarrollarse positivamente, de manera socialmente aceptable, a pesar de la fatiga o de la adversidad, que suelen implicar riesgo grave de desenlace negativo (Cyrulnik, 2007).

Cuando hablamos de resiliencia en duelo estamos hablando de la habilidad para afrontar situaciones de crisis y salir de ellas fortalecidos, con más recursos que los que teníamos antes del fallecimiento. Y esta capacidad de recuperación se aplica tanto a la persona individual como al marco familiar (Lieberman, 2007).

Frente a un duelo es posible pensar que el dolor de la pérdida también puede ponernos en contacto con aspectos desconocidos de nosotros mismos y permitirnos aprender. En estos términos, la pérdida, a pesar de sus efectos devastadores, también trae, por su propia naturaleza, la potencialidad del crecimiento personal (Lieberman, 2007).

Los sobrevivientes de un duelo no siempre presentan capacidad de resiliencia. Algunos quedan atrapados en el dolor, en la culpa y en el enojo, con nula posibilidad de salir de esos lugares. Las cualidades resilientes ayudan a curar las heridas dolorosas y a volver a tomar las riendas de la vida (Lieberman, 2007).

Resiliencia no es invulnerabilidad ni autosuficiencia. Es la facultad que permite, a pesar del dolor, seguir andando, volver a construir y continuar el camino (Lieberman, 2007).

## **2.2 LA MUERTE VIVIDA POR LOS NIÑOS: DUELO INFANTIL**

El duelo se trabaja de acuerdo con las posibilidades de comprensión del niño. Los niños necesitan explicaciones claras acerca de aquello que no pueden comprender, siempre según la edad. Si no las reciben, tienden a buscarla, y a encontrar sus propios argumentos que justifiquen la curiosidad que necesitan calmar (Lieberman, 2007).

Es muy importante que los chicos reciban respuestas claras y concretas a sus inquietudes con relación a la muerte, en especial, para establecer vínculos filiales sanos, y también para preservar su capacidad para establecer y mantener futuras relaciones (Lieberman, 2007).

Los cuestionamientos más habituales de los chicos se refieren a la condición irreversible de la muerte, los niños suelen preguntar si la persona fallecida va a volver, adónde está, si se la puede ver o si puede verlos a ellos (Lieberman, 2007).

La diferencia más acentuada entre el duelo de los niños y el de los adultos es que la pena de un chico es intermitente y de corta duración, pero el proceso dura más tiempo. El crecimiento es muy dinámico, en especial, los aspectos cognitivos. Durante el duelo, los chicos tienen menos capacidad y menos elementos que los adultos, para

ordenar su situación emocional. Los niños viven el duelo sin la carga emocional que suelen tener los adultos. Sin embargo, dependerá de los padres o de los adultos responsables, la posibilidad de expresión infantil acerca de la muerte (Lieberman, 2007).

Los factores que influyen en el proceso de duelo de los niños son: la edad, la personalidad, la etapa de desarrollo, las experiencias anteriores con la muerte, el vínculo con la persona fallecida, la causa de esa muerte, el ambiente familiar, la estabilidad de la familia luego de la pérdida, el estilo del grupo para manejar las tensiones, las maneras en que se satisfacen las necesidades del niño, la posibilidad de compartir sus sentimientos y sus relaciones con otros adultos (Lieberman, 2007).

Suele suceder que ante una pérdida importante los chicos muestran actitudes inéditas en su conducta habitual: enojo, peleas frecuentes, comportamientos antisociales y también síntomas psicósomáticos (Lieberman, 2007).

En un estudio realizado por Worden y Silverman (1993), se realizó el seguimiento de 125 niños en edad escolar de 70 familias durante los dos años posteriores a la muerte de un progenitor, junto a un grupo control. Algunos de los resultados más importantes del estudio son:

- Se encontró que había un efecto tardío de la pérdida en esos niños.
- Las familias con un estilo de afrontamiento más activo que pasivo y que podían encontrar algo positivo en las situaciones difíciles, tenían hijos que se adaptaban mejor a la pérdida.
- En general, la pérdida de la madre era peor para la mayoría de los niños que la pérdida del padre, sobre todo durante el segundo año de duelo.
- Muchos niños seguían “conectados” con sus progenitores fallecidos, hablando con ellos, sintiéndose observados por ellos, pensando en ellos, soñando con ellos o situándolos en un lugar concreto.

A partir de este estudio se identificaron varias necesidades de los niños que han perdido a uno de sus padres (Worden y Silverman, 1993). A saber:

- Los niños en esta situación necesitan saber que serán atendidos, quién va a cuidar de mí, es una pregunta que se hacen muchos niños.
- Necesitan saber que no han provocado la muerte con su enfado o sus defectos.
- Necesitan información clara sobre la muerte, sus causas y circunstancias.
- Necesitan participar y sentirse importantes
- Necesitan una actividad rutinaria constante.
- Necesitan alguien que escuche sus preguntas.
- Necesitan maneras de recordar a la persona fallecida.

Las mismas tareas que se aplican a los adultos se aplican a los niños, pero estas tareas se deben entender y modificar en función del desarrollo cognitivo, personal, social y emocional de cada niño (Worden, 2004).

### **2.2.1 RITUALES**

Todas las culturas tienen ceremonias para las distintas etapas de la vida, lo que incluye la muerte. Un ritual, en tanto ofrece cierto orden, puede facilitar la recuperación emocional. La repetición, por sí misma, carece por completo de la capacidad reparadora. El ritual cobra cuerpo y vida, en tanto y en cuanto acompañe la transición y aporte significado. Y aunque los rituales cambien según el paso del tiempo, esas modificaciones siempre son de forma, nunca de contenido, cualquiera sea la categoría de la ceremonia (Lieberman, 2007).

Los rituales comparten tres comunes denominadores: tienen un objetivo determinado, marcan un cambio en la vida del protagonista (o de los protagonistas), y anuncian ese cambio a la comunidad (Lieberman, 2007).

Hay diferentes estilos de rituales: religiosos, laicos, sociales, personales, educativos, etc. Los rituales tienen la misma finalidad: ofrecer contención espiritual, emocional, al cambio que se está viviendo, acompañar el pasaje que implica dejar un

estado, para entrar en otro, nuevo, diferente, en el que la vida ya no será como fue hasta entonces (Lieberman, 2007).

Los rituales pueden acentuar la ausencia o pueden también, permitir un espacio para recrear las ceremonias de manera tal que ofrezcan un vínculo con el recuerdo desde el amor. Para algunas personas, las cartas resultan una excelente posibilidad de expresión, de alivio y de nueva vinculación (Lieberman, 2007).

## **2.3 TERAPIA NARRATIVA**

El término narrativa implica escuchar y contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas de su vida. Ante problemas graves y a veces potencialmente extremos, la idea de escuchar o contar historias puede parecer algo trivial. Pero así es. Los puentes de significado que construimos con los niños ayudan a que se produzcan avances curativos y que éstos no se marchiten y caigan en el olvido (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Los humanos hemos evolucionado como especie hasta utilizar los relatos para organizar, predecir y comprender la complejidad de las experiencias de la vida. Nuestras opciones se configuran en gran medida por los significados que atribuimos a los acontecimientos y a las alternativas que consideramos (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

La terapia narrativa emplea una práctica lingüística llamada exteriorización, que separa a las personas de los problemas. En la terapia se busca la representación de nuevos significados que conduzcan a la reescritura de historias alternativas (White y Epston, 1990).

Los planteamientos lúdicos de la terapia narrativa alejan el centro de atención del niño como problema, para fijarlo en la relación entre niño y problema de una forma que sea significativa para los adultos, además de fascinante, y no insulsa ni aburrida, para los niños (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

En la medida en que un problema es agobiante, parece obligado que aumenten la seriedad de nuestra atención y la severidad de las medidas que se tomen para remediarlo. Si pueden elegir, la mayoría de los niños prefiere interactuar de forma divertida. La conversación seria y la resolución metódica de los problemas pueden dificultar la comunicación de los niños, acallar su voz, inhibir sus habilidades

especiales, sus conocimientos y sus recursos creativos (Freeman, Lopston y Stacey, 1995).

El interés de los niños por estrategias alegres que impliquen juegos, imaginación, fantasía, misterio, magia, simbolismo, metáfora y contar historias puede parecer irrelevante. Pero en el interior de estos reinos más elípticos de la búsqueda de significados se pueden encontrar tesoros que son fundamentales para la motivación del niño y su capacidad para resolver los problemas (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Los enfoques lúdicos no se deben subestimar como planteamientos que merecen la pena ante problemas graves. Cuando niños y adultos se unen, el juego ofrece un lenguaje común para expresar los pensamientos, las emociones y la experiencia en toda su amplitud y profundidad. Además, la comunicación divertida no depende totalmente del desarrollo cognitivo y tiene la capacidad de ser muy contagiosa e integradora de las personas de cualquier edad (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

La mente del niño es diferente a la del adulto, pero en gran medida está influida por la imaginación de los adultos. El adulto que les cuenta un cuento les proporciona el enrejado sobre el que brotan como parras la imaginación y los relatos de los niños (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Los puentes lingüísticos tendidos entre el adulto y el niño deben adaptarse a la fase evolutiva de éste. Si las preguntas del adulto son demasiado generales o abstractas, o si sus ideas no son las adecuadas, el niño no siempre conectará con ellas. Lo fundamental en este trabajo, tanto si su planteamiento tiende hacia lo concreto como si lo hace hacia lo abstracto, es establecer una conexión con la imaginación del niño (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Poder separar al niño del problema y llevarlo a conocer al margen del mismo, nos puede proporcionar las coordenadas y situarnos ante una aventura lúdica de cambio. Con el conocimiento específico de sus intereses y habilidades sabemos qué puede aportar el niño que se pueda oponer al problema. Con este conocimiento, después el terapeuta se une al niño en la conversación, ofreciéndole unos puentes lingüísticos que le permitan intentar resolver el problema por sí mismo y de forma imaginativa (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

### **2.3.1.1 HISTORIAS SATURADAS DEL PROBLEMA**

Cuando se atiende sólo a lo que va mal, las historias en torno al problema, se saturan del problema. Una historia saturada del problema ejerce una poderosa influencia en las percepciones. Origina una atención y una memoria selectivas, que llevan a desatender la información que no se ajusta a la historia dominante y a recoger la información que la confirma (White, 1997).

La historia saturada del problema, limita la perspectiva, elimina los hilos de esperanza y el significado positivo y excluye posibilidades y potenciales nuevos. Cuando las historias se separan del problema, nos encontramos orientados hacia las historias inspiradoras, las virtudes actuales y los sueños y esperanzas futuros. Entonces se pone de manifiesto cómo actúa el problema para limitar todo esto (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Entremezclada con los hechos y las descripciones que se oponen a la historia saturada del problema, las historias inspiradoras, se vuelven historias alternativas. A menudo hay un elemento heroico en la nueva historia alternativa, sobre todo en la terapia con niños. El niño sabe desarrollar el sentimiento de ser el protagonista de una historia de cambio y esperanza, cuyo antagonista es el problema. Frente a las cualidades de valentía, determinación e ingenuidad del niño, por ejemplo, el problema exteriorizado se desprecia por sus efectos injustos. No es de extrañar que el niño, consciente de la injusticia, se sienta muy motivado a probar su temple y desafíe su relación con el problema (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Muchas historias colmadas de problemas están muy influidas por supuestos socioculturales. La misma relación compleja que existe entre una persona o familia y un problema se da entre éste y las fuerzas sociales más amplias. Las historias saturadas de problemas anidan en supuestos sociales, culturales, económicos y de género sobre los roles y las conductas. Estas fuerzas pueden ser externas a la persona o la familia o estar interiorizadas en ellos. (Rosenwald y Ochberg, 1992).

A la historia del problema la llamamos la trama. La historia alternativa muchas veces desarrolla una contra trama, cuyo protagonista conspira para socavar el problema o dirime la cuestión directamente con su antagonista (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

La trama es la que orienta la historia en una dirección u otra, describe sus propósitos y configura su significado. Dado que ejerce estas funciones, se puede decir

que la trama hace convergir a los distintos acontecimientos en una historia significativa (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Brooks (1984) define el relato como uno de los grandes sistemas que empleamos para interpretar nuestras experiencias dentro de una estructura temporal, mientras que la trama es el modo primario de ordenar los significados que extraemos.

La trama organiza la información que procede del flujo de las experiencias vividas y convierte algunos momentos en un relato significativo sobre los acontecimientos (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Si tenemos que reescribir un relato de esperanza nuevo en una situación nefasta, hay que convertir la trama de la historia saturada del problema en objeto de crítica y revisión; y así crear la contra trama. Cuando se yuxtaponen la trama y la contra trama, el objetivo es reducir la trama del problema al tiempo que se aumenta la contra trama (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

### **2.3.1.2 TERAPIA DE VALOR ESTÉTICO Y LITERARIO**

Michael White (1997) sugiere una terapia de valor literario, donde haya que crear una historia alternativa cuyos personajes, intenciones y circunstancias se desarrollen tan bien, con tanto colorido y tanta capacidad de convicción como los del problema.

Según Jerome Bruner (1995) la metáfora narrativa sirve para comprender la propensión del ser humano a organizar cognitivamente sus experiencias en forma de historias.

Los relatos que se organizan con percepciones negativas tienden a convertirse en relatos dominados por el problema o saturados del problema, en los que se destacan las experiencias negativas y las atribuciones negativas de la motivación, las intenciones y el carácter. Los relatos de esperanza y de posibilidad se basan en características e incidentes de la vida de la persona que están al margen del problema y se oponen a la historia saturada de éste (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

En la terapia narrativa, la esperanza, la posibilidad y el descubrimiento de la competencia del paciente aparecen cuando se establece que el problema sea el antagonista, y el niño se convierte en el protagonista. El poder de dar una trama a los acontecimientos y describir las personalidades lo recibe el problema de un contexto de

supuestos culturales, de clase y de género nunca discutidos. Cuando estos supuestos se convierten en objeto de discusión, crítica y revisión, la trama del problema queda socavada (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

### ***2.3.1.3 TERAPIAS EXPRESIVAS Y TERAPIA NARRATIVA***

Atraídos por la aventura de superar un problema exteriorizado, muchos niños se abren y se implican de forma activa en la conversación verbal. Pero muchas veces, los niños prefieren otras formas de expresión además de la de sentarse a hablar. En la terapia narrativa se pueden integrar muchas formas de comunicarse alternativas y lúdicas (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Las terapias de las artes expresivas (Weller, 1993) incorporan directamente los sentidos auditivo, visual y cinestético, además de las emociones. Cuando atendemos las indicaciones no verbales y facilitamos la expresión mediante una diversidad de artes que estimulan a los diferentes sentidos, aparecen nuevas dimensiones de la experiencia que son estéticamente gratificantes a la vez que efectivas en las conversaciones con los niños (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

El mismo proceso de dibujar, escribir o representar la relación con un problema provoca de forma natural un sentimiento visceral de que el problema está situado fuera de uno, como objeto de reflexión (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Si se acepta que las personas organizan y dan sentido a su experiencia cuando cuentan la historia de ésta, y que en la representación de estas historias expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida, se concluye que estas historias son constituyentes: configuran la vida y las relaciones (White y Epston, 1990).

Esta idea adquiere nuevas dimensiones en el contexto de la terapia de artes expresivas. La representación de un significado o una historia nuevos que incluya otros campos de expresión contribuye a solidificar la nueva experiencia. Ver literalmente en un dibujo una visión distinta añade una sensación sensorial a la representación de significados (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

La experiencia de la expresión artística puede ser gratificante y curativa por sí misma. En la terapia de artes expresivas, el valor se otorga al proceso de creación. Cuando las artes expresivas se combinan con relatos, indagamos con respeto en los matices de sus significados (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Las terapias expresivas multimodales o intermodales invitan a la persona a moverse con flexibilidad entre los diversos medios, siguiendo sus instintos e intereses creativos (Knill, Barba y Fuchs, 1995).

Uno de los recursos que ayudan y estimulan la creación es la propia imaginación del niño. La relación del niño con su imaginación puede ser un recurso maravilloso del que puede disfrutar mucho (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

### **2.3.2 LA ESCRITURA TERAPÉUTICA**

Pennebaker (1997) destaca el valor de la escritura desde una perspectiva terapéutica y sostiene que la escritura de situaciones traumáticas vividas por el sujeto puede volverlo saludable. Considera que la actividad de escribir, al igual que dibujar, posee la cualidad de ayudarnos a integrar y organizar mejor nuestras complicadas vidas.

Según Pennebaker (1997), la escritura terapéutica actúa sobre el área cognitiva y emocional de los pacientes: las personas piensan de manera distinta después de escribir sobre los traumas. Al traducir las experiencias al lenguaje humano comienzan a organizar y estructurar las que parecen ser infinitas facetas de los hechos apabullantes. Al inhibir las emociones se genera una fuerza física para frenar su aparición, cambios biológicos a corto plazo y cambios de la salud a largo plazo, dificultades en las habilidades del pensamiento, y, siendo una amenaza para la salud, la posibilidad de abrirse y expresar esas emociones y confrontarlas, colabora en la mejoría.

Basándose en los resultados de sus investigaciones, Pennebaker (1997) asegura que la escritura aclara la mente, ayuda a resolver traumas que interfieren en nuestras vidas, ayuda a adquirir y recordar información nueva y facilita la resolución de problemas. Opina que su característica más importante es la manera en que facilita la expresión de las emociones, es decir, su poder catártico.

A través de la escritura, las personas atravesadas por situaciones de estrés logran mejorar su bienestar psicológico y físico. Cuando escribimos, liberamos lo que llevamos dentro. Hay un desbloqueo emocional intenso, en el que se comprometen el pensamiento, la emoción y la palabra escrita. Así, descubrimos lo inconsciente, revertimos miedos, descubrimos las causas de tantos dolores, sufrimiento y limitaciones. Con la escritura terapéutica regulamos los procesos mentales, avivamos la actividad creativa y se amplían las posibilidades de hacer productiva la actividad neuronal (Bruder, 2010).

### **2.3.2.1 EL CUENTO TERAPÉUTICO**

Bruder (2004) define al cuento terapéutico como todo cuento escrito por un sujeto a partir de la situación traumática más dolorosa que haya vivido y cuyo conflicto concluye con final “feliz” o positivo; es decir que la situación traumática vivida en el pasado se resuelve positivamente en el cuento.

En todo cuento terapéutico hay un conflicto que se resuelve. La escritura de un cuento terapéutico puede ser homologada a las etapas de un tratamiento psicológico: introducción – conflicto – resolución = motivo de consulta – enfrentar el conflicto – elaboración (Bruder 2004).

El protagonista del cuento terapéutico es un yo narrativo, el sujeto es el personaje y es desde esta distancia donde se produciría lo terapéutico. Al escribir un cuento terapéutico, los sujetos alternan la 1º y la 3º persona “sin darse cuenta” en el momento de la creación del mismo. Este juego de persona / personaje ayudaría a provocar este cambio en el bienestar de los sujetos (Bruder 2004).

El cuento terapéutico es afecto, al señalar esto, se incluyen tanto los afectos positivos como negativos (Bruder, 2000).

Androsoupoulou (2001) remarca que el uso de la escritura en tercera persona en terapias individuales y familiares ayuda a tocar temáticas personales traumáticas que nunca pudieron ser abordadas a lo largo del tiempo y señala que, cuanto mas sea capaz un sujeto de construir y reconstruir su narrativa personal, mejores vínculos y relaciones interpersonales podrá generar.

El cuento para ser considerado terapéutico debe aportar un final feliz o positivo, implicar un mañana, una esperanza, un futuro, una idea de proyecto a concretar. El cuento terapéutico implica la oportunidad de recuperar o recuperarse a través de un proyecto. Representa la libertad, ya que a través de su creación el sujeto se recupera de la esclavitud producida por la situación traumática vivida (Bruder, 2004).

### **2.3.2.2 LAS CARTAS TERAPÉUTICAS**

Las cartas terapéuticas están estrechamente asociadas a la terapia narrativa. Las palabras de una carta no se desvanecen ni desaparecen como lo hace la conversación; permanecen en el tiempo y el espacio, como testigos del trabajo terapéutico, al que immortalizan (White y Epston 1990).

Las cartas terapéuticas se estructuran para contar una historia alternativa que surge con la terapia, y de este modo documenta la historia, los avances actuales y las previsiones de futuro (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

En la terapia narrativa, muchas veces las cartas desempeñan el papel de engrosar la contra trama a expensas de la trama que el problema impone a los hechos. Cuando se le retrata en una carta, el protagonista de una historia alternativa se convierte en lector de su propia historia (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

## **3 METODOLOGÍA**

### **3.1.1.1 TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, estudio de caso único.

### **3.1.1.2 PARTICIPANTE**

Se trabajó con una paciente de nueve años con duelo, que llegó a la consulta de forma espontánea. La niña llegó a la consulta porque su padre la comenzó a notar decaída al cumplirse dos años del fallecimiento de su madre.

### **3.1.1.3 PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS**

Se realizaron un total de 7 entrevistas de intervención, bajo la supervisión de la jefa del servicio del hospital. Se realizó una entrevista de admisión, de carácter semidirigido, con el padre antes de comenzar las entrevistas con la niña.

La duración de las entrevistas fue de 45 minutos, con una frecuencia de una vez por semana durante 2 meses, en los consultorios externos de la institución.

Las dos primeras entrevistas fueron de carácter diagnóstico. Se tomaron como técnicas de evaluación el test de la Persona Bajo la Lluvia (Querol & Chavez Paz, 2004); el HTP (Hammer, 1969) y la Familia Kinética (Verthely, 1985). Por otro lado se realizaron actividades del libro Cuando alguien especial muere (Heegaard, 1988).

El resto de las entrevistas se encuadraron desde la modalidad de terapia narrativa como lo proponen Freeman, Lobovits y Epston (2001) y se aplicó la escritura de un cuento con final feliz, como herramienta terapéutica, proponiéndolo como un juego, siguiendo la propuesta de Bruder (2000). Las intervenciones estuvieron dirigidas a acompañar al paciente en la elaboración de su duelo y tuvieron un carácter preventivo del duelo complicado o patológico.

Se observó y se hizo un registro de las entrevistas, así como del material surgido en las mismas.

## 4 PRESENTACIÓN DEL CASO

### 4.1 MOTIVO DE CONSULTA

G, profesor de educación física y Gi, secretaria, eran un matrimonio parecido a la mayoría. Convivían en la provincia de Buenos Aires. Tuvieron su primer hija, L; y cinco años más tarde nació J.

A Gi le diagnosticaron cáncer de ovarios, ya sin posibilidades de cura. Al enterarse de la noticia, Gi y G decidieron consultar con un equipo terapéutico para poder afrontar el proceso de pérdida.

Gi falleció . J por ese entonces tenía 2 años y L 7.

A Gi la cremaron luego del velorio. L y J no participaron de este ritual.

La vida para esta familia, ya sin Gi, continuó. Las rutinas debieron acomodarse a las nuevas circunstancias, pero no hubo cambios significativos en las actividades, y tampoco se mudaron de casa.

Desde la muerte de Gi comparten las vacaciones con un amigo de G que está separado. Siempre van al mar.

L , según cuenta su papá, siempre se caracterizó por ser una niña alegre, a la que le gusta hacer diversas actividades, sobre todo deportes. En la escuela siempre tuvo buen desempeño y le encanta leer. Es sociable tanto con sus pares como con los mayores. Le gusta mucho escribir, sobre todo inventar canciones con sus amigas, escriben las letras y les ponen música.

A un año del fallecimiento de Gi , G, presenta a sus hijos a P, su nueva pareja. P tiene 24 años y es secretaria del club donde trabaja G.

Se acerca G al consultorio para consultar por L. En la entrevista de admisión, G refiere que está preocupado por la conducta de L. Dice que la nota triste, no habla, se reserva muchas cosas. Actúa muchas veces como si fuera la madre de su hermanito, sobreprotegiéndolo. Cuenta que se cumplieron dos años del fallecimiento de Gi y que sospecha que la conducta de L sea debido a ese motivo.

En el consultorio se propuso primero evaluar si los síntomas de L se debían al duelo de su madre, a dos años de fallecer ésta, cuando un duelo normal dura un año aproximadamente (DSM IV). Pero, siguiendo los lineamientos de Liberman (2007) la diferencia más acentuada entre el duelo de los niños y el de los adultos es que la pena de

un chico es intermitente y de corta duración, pero el proceso dura más tiempo. Además suele suceder que ante una pérdida importante los chicos muestran actitudes inéditas en su conducta habitual.

Por otro lado se propuso realizar un diagnóstico diferencial con duelo patológico. Los factores que influyen en el proceso de duelo de los niños son: la edad, la personalidad, la etapa de desarrollo, las experiencias anteriores con la muerte, el vínculo con la persona fallecida, la causa de esa muerte, el ambiente familiar, la estabilidad de la familia luego de la pérdida, el estilo del grupo para manejar las tensiones, las maneras en que se satisfacen las necesidades del niño, la posibilidad de compartir sus sentimientos y sus relaciones con otros adultos (Lieberman, 2007).

L tenía 7 años cuando falleció su madre, fue la primera muerte vivida por la niña, la relación con su madre era muy estrecha y su muerte fue rápida y a partir de una enfermedad que es dolorosa y progresiva. Esto hace que se cumplan 4 de los mediadores propuestos por Worden (2004), que influyen en la elaboración de un duelo.

Agregado a esto, la pérdida de la madre es peor para la mayoría de los niños que la pérdida del padre, sobre todo durante el segundo año de duelo, según los datos del estudio realizado por Worden y Silverman (1996).

## **5 ETAPA DIAGNÓSTICA**

En las primeras entrevistas, se realizó un trabajo principalmente diagnóstico de L. Se tuvo en cuenta la entrevista de admisión, las entrevistas con la niña y se trabajó con algunas técnicas de evaluación gráficas. Se tomó, en primer lugar, persona bajo la

lluvia (Querol y Chaves Paz, 2004), para evaluar principalmente defensas. En segundo lugar, se tomó el test de la Casa Árbol Persona (Hammer, 1969), para evaluar principalmente aspectos de la personalidad, sobre todo en relación con lo emocional y por último se tomó el test de la Familia Kinética (Verthely, 1985), para evaluar aspectos relacionados con la percepción de familia de la niña.

Según Bowlby (1980) se debe tener en cuenta la estructura de personalidad de la persona en duelo cuando se intentara entender su respuesta ante la pérdida. Esto incluye: edad y sexo de la persona, estilo de afrontamiento, estilo de apego, estilo cognitivo, fuerza personal (autoestima y eficacia personal) y mundo de supuestos (valores y creencias). En relación a esto, es importante también conocer el grado de apoyo percibido por la persona en duelo y su satisfacción al respecto (Sherkat y Reed, 1992).

En los diferentes test se observó lo siguiente (Véase Anexo I: Interpretación Test por Test):

#### **5.1.1.1 PERSONA BAJO LA LLUVIA**

En la interpretación de la persona bajo la lluvia se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador. Este elemento hace propicia la aparición de defensas. A partir de los objetivos del test, puede concluirse que L no posee las defensas adecuadas para enfrentar el medio aparece como algo que le genera presión y amenaza. Aparecen a su vez indicadores de depresión, amargura e inseguridad. A su vez, hay indicadores de conflictos ligados al pasado. En contraposición a estos indicadores, también se pueden observar indicadores de poder intelectual y social y capacidad para tomar el mundo y orientarse en él. Es decir, que L posee cualidades para aprender, adquirir mecanismos que le permitan enfrentarse a lo adverso.

#### **5.1.1.2 HTP INTEGRADO**

En cuanto a los aspectos más formales del dibujo del HTP, el emplazamiento, el trazo, el tamaño y la simetría son lo esperado.

Con respecto a la casa, que provoca asociaciones con la vida hogareña y las relaciones interfamiliares, por un lado hay indicadores de inseguridad emocional, tristeza o melancolía, pero por otro lado, también hay indicadores de adecuación a la realidad y sin problemas de contacto con el ambiente.

Con respecto al árbol y a la persona que captan el núcleo de la personalidad compuesto por la imagen corporal y el concepto de sí mismo; hay indicadores de ansiedad, inseguridad, sensación de pequeñez y dificultad para el contacto o sentimiento de culpa. Sin embargo, hay indicadores de adecuación a la realidad, fortaleza del yo y niveles normales de energía.

### ***5.1.1.3 FAMILIA KINÉTICA***

Hay dos indicadores que llaman la atención en el dibujo de la familia: el primero es que se omitió a la madre, persona que en las entrevistas, L incluía como parte de la familia. Esto podría ser un indicador o bien de conflicto con esa persona o bien, de ubicación en el plano real, dejando afuera las fantasías de vínculo. El segundo es que ninguna de las personas tiene manos, lo que sería un indicador de sentimientos de culpa o dificultades para el contacto.

Sin embargo se puede observar que el emplazamiento es el esperado, en el centro de la hoja; el tamaño de los dibujos es el esperado, mediano, y cada persona tiene un tamaño diferente que se correlaciona con la edad y las proporciones reales que existen entre esta familia: el más chico es el hermano menor de L, luego sigue ella y por último el padre. El trazo es normal, ni muy suave, ni muy marcado. Los tres personajes dibujados están interactuando entre sí, realizando una actividad y los objetos que dibujó tienen relación con ello.

## **6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

### **6.1 DUELO NORMAL VS. DUELO PATOLÓGICO O COMPLICADO**

El duelo patológico o complicado es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación (Horowitz, 1980).

La patología está más relacionada con la intensidad o duración de una reacción que con la simple presencia o ausencia de una conducta específica (Horowitz, 1980).

Durante el duelo, los chicos tienen menos capacidad y menos elementos que los adultos, para ordenar su situación emocional. Los niños viven el duelo sin la carga emocional que suelen tener los adultos. Sin embargo, dependerá de los padres o de los adultos responsables, la posibilidad de expresión infantil acerca de la muerte (Lieberman, 2007).

A partir de los tests y las entrevistas con L, se pudo observar que existían indicadores de tristeza, ansiedad e inseguridades. A su vez, su percepción del ambiente era de amenaza y presión, y podían observarse indicadores de conflictos de relación con su madre o con el pasado. Sin embargo se encontraron indicadores de fortaleza, de contacto con el ambiente y adecuación a la realidad.

En cuanto a las necesidades descritas por Worden y Silverman (1993), Luciana carecía de información de muchos aspectos importantes para poder elaborar un duelo. A saber: no sabía con claridad que seguiría siendo atendida y cuidada por alguien significativo. No tenía información clara sobre la muerte de su madre, sus causas y circunstancias. No había participado del ritual del funeral de su madre. No sabía con quién contar para hablar cuando se sentía triste, y cuando lo hacía, trataba de olvidarse para no estarlo.

En adhesión, L tenía una relación muy estrecha con su madre, la muerte fue progresiva, deteriorante y en relativo corto tiempo. Es decir, existían ciertos mediadores (Worden, 2004), que constituían factores de riesgo para duelo patológico en la niña.

En base a que el duelo normal abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida, que los niños tienen maneras de elaboración y tiempos diferentes a los de los adultos; y por otro lado que L carecía de mucha información que le permitiera elaborar la situación traumática, se concluyó que la mejor manera de abordar el caso, era a través del asesoramiento, a modo preventivo del duelo patológico. El espacio terapéutico se configuró en vistas a ofrecerle a L un espacio de información, contención, expresión y reelaboración de significados.

## **7 EL TRABAJO TERAPÉUTICO**

En esta etapa se encaró el trabajo como un asesoramiento, a modo de orientación, espacio de expresión y prevención del duelo complicado o patológico. El asesoramiento implica ayudar en el duelo normal o no complicado, facilitando su elaboración en un marco temporal razonable. La elaboración de un duelo es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre el difunto, la experiencia de la pérdida y el mundo cambiado en el que ahora debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida (Stroebe, 1992).

Siguiendo las tareas propuestas por Worden (2004) para las personas en duelo y las necesidades de los niños en duelo detectadas en su estudio (Worden y Silverman, 1993) y luego de la etapa diagnóstica, se propuso trabajar en el marco de la terapia narrativa, por un lado desde actividades que colaboren en la elaboración de nuevos significados y por otro la escritura de un cuento, con la elaboración de sus dibujos, como expresión artística.

Se trabajó con actividades del libro Cuando alguien especial muere (Heegaard, 1988). Estas actividades proponían acercarse a la temática de la muerte, su significado, formas, concepciones. A través de completamiento de figuras, frases y dibujos se le permitía al paciente, poder trabajar con la temática de la muerte, desde diferentes puntos de vista y significados.

En general, los significados que tenemos están en estrecha relación con los significados o supuestos sociales que están disponibles a la persona; y muchas veces, los niños aún no han tenido acceso a muchos significados o supuestos sociales. Cuando estos supuestos se convierten en objeto de discusión, crítica y revisión, la trama del problema queda socavada (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Por otro lado, el mismo proceso de dibujar, escribir o representar la relación con un problema provoca de forma natural un sentimiento visceral de que el problema está situado fuera de uno, como objeto de reflexión. La representación de un significado o una historia nuevos que incluya otros campos de expresión contribuye a solidificar la nueva experiencia. Ver literalmente en un dibujo una visión distinta añade una sensación sensorial a la representación de significados (Freeman, Lobovitz y Epston, 2001).

La experiencia de la expresión artística puede ser gratificante y curativa por sí misma (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

Las actividades que se realizaron fueron las siguientes:

- “La gente cambia”, es un ejercicio donde L tuvo que dibujarse a ella bebé, a ella en el presente y a ella en el futuro. A la niña le gustó la actividad y no mostró dificultades para dibujarse. En cuanto a ella en el futuro, se identificó con su abuela.
- “Sentimientos”, es un ejercicio donde L debía dibujar las expresiones del rostro para los diferentes sentimientos, es decir, cómo es la cara de alguien que se encuentra feliz, alguien que está triste, alguien enojado, alguien con miedo y alguien que se siente culpable. L dibujó las diferentes caras, la que más le costó dibujar fue la de culpa. Ella lo asoció a cuando alguien se porta mal y luego tiene cara de culpa.
- “Me enoja, me preocupa, me asusta”, en este ejercicio, la niña debía escribir algo que la enojara, algo que la preocupara y algo que la asustara. En el enojo, escribió que le enojaba cuando las amigas la peleaban y cuando su hermano J le pegaba. En la preocupación, escribió que le preocupaba que a su hermano J esté bien y que le ocupen el lugar en el colegio. En cuanto al susto, escribió que le asustaba cuando se le aparece alguien al lado a la noche; cuando se corta la luz y los monstruos.
- “Mucha gente se preocupa e interesa por mí”, en este ejercicio, L debía escribir del 1 al 8, aquellas personas que se preocupaban e interesaban por ella, siendo el 1 el más importante, y el 8 el menos. Como principal persona, en el 1, escribió a su mamá, en el 2 a su papá, en el 3 a su hermano, en el 4 a sus abuelas, en el 5 a sus abuelos, en el 6 a sus amigas, en el 7 a su vecina y en el 8 a su perro.
- “Quiénes son”, en este ejercicio L debía ubicar a las personas que ella creyera que formaban parte de las categorías que se le proponían. Así, ubicó en mejores amigos a tres amigas: I, F y R. En la categoría “con los que vivo” ubicó a su papá, a su mamá y a su hermano J. Y en la tercera categoría de “otros importantes” ubicó a sus abuelos y nuevamente a su mamá. Cuando se le preguntó porqué había puesto dos veces a su mamá, respondió que porque vivía pero ya no vivía más, por eso estaba también afuera de la casa.
- “Significados”, en este ejercicio, L debía escribir acerca de la muerte: qué es, qué lo causa y los sentimientos con los que se asocia o que genera. Este ejercicio

fue uno de los que más le costó. En qué es escribió que la muerte es cuando alguien muere, cuando está muy enfermo. En qué lo causa escribió que las enfermedades, y luego de hablar otras alternativas con el terapeuta agregó que los accidentes y cuando nos hacemos viejos, como parte de la vida. En sentimientos escribió: tristeza, bronca, enojo y culpa. Se hizo foco en el sentimiento de la culpa, qué era, cómo se sentía y su relación con la muerte de su mamá. L expresó que no sentía culpa, sino que sentía tristeza y bronca por momentos.

- El cambio: aquí hubo 3 ejercicios.
  1. Las estaciones: L debía dibujar cómo se reflejaba en la naturaleza el cambio de las estaciones. Así dibujó un árbol muy florido y con frutos en el verano, uno sin frutos en la primavera, uno con hojas secas y cayendo para el otoño y otro sin nada para invierno.
  2. Nacimiento y cambio, se habló sobre el dibujo del nacimiento de una mariposa, quienes luego de salir del capullo, mueren a los 2 días.
  3. Las olas, se trabajó sobre el dibujo de las unas olas, y su comparación con lo que se constituiría las fases de una pérdida: pérdida, shock y negación, confusión y dolor, curación, cicatrización y crecimiento.

El objetivo de estos ejercicios fue por un lado poder identificar y diferenciar sentimientos; a su vez poder identificar aquellas cosas que le generaban diferentes sensaciones, como miedo o preocupación. Por otro lado, poder identificar una red de contención que la constituyan las personas que la rodean, que la niña pueda pensar en las posibilidades de apoyo y contención real que posee y de sus propios recursos. Y por último poder darle un nuevo significado a la muerte. Tal como plantean White y Epston (1997), en la terapia se busca la representación de nuevos significados que conduzcan a la reescritura de historias alternativas.

## **7.1 ESCRITURA DE UN CUENTO**

Después de cada encuentro, L pedía dos o tres libros para llevarse a su casa para leerlos en el transcurso de la semana. Contó que le gustaba mucho leer, y también escribir y dibujar. Por este motivo se le propuso a L la escritura de un cuento.

Esta consigna tuvo dos objetivos: por un lado realizar una actividad que le guste a la niña para que pueda desarrollarla sin problemas ni oposiciones. Tal como sostienen Freeman, Lobovits y Epston (2001), el interés de los niños por estrategias alegres que impliquen juegos, imaginación, fantasía, misterio, magia, simbolismo, metáfora y contar historias puede parecer irrelevante; pero en el interior de estos reinos más elípticos de la búsqueda de significados se pueden encontrar tesoros que son fundamentales para la motivación del niño y su capacidad para resolver los problemas.

Por otro lado, el objetivo fue encontrar un medio para que la niña pueda expresarse y que tenga fines terapéuticos. Para esto se le incluyeron dos pautas: que en el cuento la protagonista algo tenía que perder y que el cuento debía tener un final feliz.

También se le propuso realizar los dibujos del cuento.

En línea con lo propuesto por Pennebaker (1997), la escritura tiene valor desde una perspectiva terapéutica. Este autor considera que la actividad de escribir, al igual que dibujar, posee la cualidad de ayudarnos a integrar y organizar mejor nuestras complicadas vidas.

Por definición, esta actividad no puede ser considerada como cuento terapéutico tal como lo define Bruder (2004), como todo cuento escrito por un sujeto a partir de la situación traumática más dolorosa que haya vivido y cuyo conflicto concluye con final “feliz” o positivo; es decir que la situación traumática vivida en el pasado se resuelve positivamente en el cuento.

Sin embargo, la propuesta está en el marco de la escritura como medio de expresión, desde las terapias expresivas, donde el foco está en el proceso de creación, ya que, como sostienen Freeman, Lobovits y Epston (2001), los niños prefieren otras formas de expresión además de la de sentarse a hablar.

Por otro lado, como sostiene Pennebaker (1997), la característica más importante de la escritura, es la manera en que facilita la expresión de las emociones, es decir, su poder catártico. Cuando escribimos, liberamos lo que llevamos dentro. Hay un desbloqueo emocional intenso, en el que se comprometen el pensamiento, la emoción y la palabra escrita. A través de la escritura, las personas atravesadas por situaciones de estrés logran mejorar su bienestar psicológico y físico. Hay un desbloqueo emocional intenso, en el que se comprometen el pensamiento, la emoción y la palabra escrita.

Cuando se comenzó a escribir el cuento, primero se eligieron los personajes, se describió el principal, sus características, qué hacía, a dónde vivía, con quién, a qué se dedicaba. También se describieron algunos personajes secundarios, como la madre, el padre y los dos hermanos.

L propuso todos los personajes y comenzó a escribir la historia. Propuso que la protagonista fuera cantante y que en un momento iba a cantar una canción, ya que ella quería incluir en el cuento una canción que había inventado con una amiga. Propuso además, el título del cuento.

Cuando iba armando el cuento, contaba que algunas situaciones al igual que algunos personajes, estaban inspirados en programas de televisión o cuentos que a ella le gustaban mucho.

Una vez finalizado el cuento, el terapeuta lo compaginó y lo imprimió (Ver Anexo II: Cuento). En el último encuentro, se le regaló el cuento como finalización del trabajo acordado, se lo leyó y L propuso mostrárselo a su papá y leérselo también.

A continuación se transcribe el cuento:

### El sueño de E

Había una vez una chica que se llamaba E, era cantante, tenía 17 años, era rubia, flaca y muy linda. Tenía un papá que se llamaba J que tenía 50 años, una mamá que se llamaba M, que tenía 49 años y dos hermanos: P de 12 años y L de 8.

E vivía en una casa redonda, linda y de color blanco, tenía un patio y en él una perra que se llamaba S.

A E le gustaba mucho bailar, ir a la playa y leer cuentos.

Un día E en la playa conoció a un chico. E estaba de vacaciones y ese día había ido al mar a juntar caracoles. En un momento vino una ola gigante y arrastró a E. Ella empezó a gritar: ¡Ayuda, ayuda! Y fue un chico y la salvó. La acostó en la arena y la besó. E estaba con los ojos cerrados y con el beso se despertó. Cuando se despertó vio a un chico de ojos celestes, pelo castaño y muy guapo, se llamaba N.

Ella se enamoró y sintió amor. El chico no se había fijado mucho en ella hasta que la levantó del piso y se enamoró. Se miraron y E dijo: ¡gracias! Y el chico dijo: ¡de nada!

E fue a la casa y se lo contó a sus amigas.

Esa noche había una fiesta en la playa y el N había invitado a E a ir a la fiesta. En la fiesta E se dio cuenta que el N estaba hablando con una chica por teléfono y la había invitado también al baile. La chica del teléfono se llamaba C.

Para pensar E se fue a caminar por el bosque. De pronto vino una chica y le preguntó a E donde era el baile, al ver que esa chica era C, E la mandó por el lado incorrecto y C le dijo gracias. E se puso contenta y se fue al baile. Bailó con N y en una pausa, él se sentó y dijo: ¿dónde estará mi hermana C? E escuchó y se sintió muy culpable y fue a buscar a C. Cuando llegó al lugar donde estaba C, ella estaba sobre una piedra en el medio del río. Como había un árbol flojo, E lo tiró y la rescató. En ese momento E se despertó.

E se sentía muy mal de que todo haya sido un sueño, porque N era un sueño. Aunque estaba aliviada de que lo de la hermana haya sido mentira. Se levantó de la cama triste y decidió ir a la playa para sacarse la tristeza.

En la playa se dio cuenta que se le había perdido un anillo que le había regalado su abuela, mientras caminaba. El anillo era de oro con forma de corazón. Entonces E se dio cuenta que no tenía el anillo y lo empezó a buscar por todos lados: por la arena y por el mar.

De pronto apareció el anillo cerca de una casa. E corrió a agarrar el anillo. Pero al mismo tiempo salió un chico de la casa a agarrar el anillo también. Ahí E agarró el anillo, le dijo hola al chico y salió corriendo. Cuando llegó donde estaban su papá, su mamá y sus amigas, le contó a sus amigas lo que le había pasado.

Un día después E tenía que cantar en el show, invitó a todos sus amigos. El día del show E tenía que cantar una canción que se llamaba Quiero Soñar.

Cuando estaba por subir al escenario, E estaba nerviosa, después subió y vió al chico del anillo. En ese momento E empezó a cantar sin nervios la canción:

*Quiero soñar, quiero vivir, pasar contigo la vida entera. Quiero cantar, quiero escribir, una canción muy linda y buena.*

*Quiero llegar hasta el fin y contar lo que siento por vos, es que el libro del príncipe azul ya se cerró.*

*Quiero saber si el mundo conmigo es feliz, quiero soñar que yo vivo contigo en París.*

*Mi corazón se rompió en mil pedazos por amor y es que yo sigo sintiendo por él un dolor.*

*Para que sepas que yo necesito tu amor, para que sepas que yo contigo me voy.*

Cuando terminó la canción se fueron todos y se quedaron solos el chico y E.

E bajó del escenario y le agradeció por haber encontrado su anillo. El chico le dijo que se llamaba N. Ahí la besó sin que E lo esperara.

Desde ahí vivieron felices para siempre, se casaron y tuvieron hijos como E lo había soñado.

A través del cuento se pudieron realizar algunas observaciones:

- Si bien el personaje no tiene el mismo nombre que la paciente, se pueden observar ciertas características en común: a la protagonista del cuento le gusta cantar, bailar, leer e ir a la playa. Son las cosas que L contó en los encuentros que le gustaba hacer, además de que siempre va de vacaciones a la playa con su familia.

En palabras de Freeman, Lobovits y Epston (2001), el niño sabe desarrollar el sentimiento de ser el protagonista de una historia de cambio y esperanza, cuyo antagonista es el problema.

- El cuento trabaja sobre la realidad y los sueños, las dos historias por las que transita el personaje tienen relación una con los sueños y otra con la realidad. Es un interjuego entre lo que es real y lo que es un sueño.

Uno de los recursos que ayudan y estimulan la creación es la propia imaginación del niño. Se pueden crear universos de fantasía que ayuden a enfrentar situaciones ficticias que resulten significativas. Por ejemplo, frente a las cualidades de valentía, determinación e ingenuidad del niño, el problema exteriorizado se desprecia por sus efectos injustos. No es de extrañar que el niño, consciente de la injusticia, se sienta muy motivado a probar su temple y desafíe su relación con el problema (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

- En la canción que L incluyó en el cuento se pueden observar palabras referidas a sueños a concretar, anhelos y pérdidas: “*Quiero soñar, quiero vivir, pasar contigo la vida entera*”; “*Quiero saber si el mundo conmigo es feliz*”; “*Mi corazón se rompió en mil pedazos por amor*”; “*Para que sepas que yo necesito tu amor, para que sepas que yo contigo me voy*”.

La trama organiza la información que procede del flujo de las experiencias vividas y convierte algunos momentos en un relato significativo sobre los acontecimientos (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

## **8 CIERRE DE LOS ENCUENTROS: REALIZACIÓN DE UN RITUAL**

### **8.1 OBSERVACIONES FINALES**

En la mitad de los encuentros, se citó al padre de L, para contarle la etapa de tratamiento en la que se encontraba L qué se estaba realizando en los encuentros y para conocer si notaba o no cambios en L a partir de la terapia.

El padre refirió que L estaba muy contenta de estar viniendo a los encuentros, que le pedía asistir, y que sobre todo le entusiasmaba la idea de terminar el cuento.

En el último encuentro, se le entregó el cuento finalizado a L. A ella se le preguntó si le había gustado el cuento y ella refirió que estaba contenta y que le había encantado. Se le propuso como cierre del trabajo, realizar un ritual de despedida para su madre, ya que no había asistido a ningún ritual ni había podido despedirla.

Los rituales pueden acentuar la ausencia o pueden también, permitir un espacio para recrear las ceremonias de manera tal que ofrezcan un vínculo con el recuerdo desde el amor. Para algunas personas, las cartas resultan una excelente posibilidad de expresión, de alivio y de nueva vinculación (Lieberman, 2007).

Siguiendo la línea de pensamiento de Freeman, Lobovits y Epston (2001), las cartas terapéuticas se estructuran para contar una historia alternativa que surge con la terapia y de este modo documenta la historia, los avances actuales y las previsiones de futuro; retratado en una carta, el protagonista de una historia alternativa se convierte en lector de su propia historia.

En este marco, se le propuso que le escribiera una carta con lo que le quisiera decir a la mamá. Se le dieron los materiales y L escribió lo siguiente: *“Mamá te doy la despedida ya que no estás acá pero te doy la bienvenida porque estás de otra manera. Te quiero mucho y te dedico este dibujo (le dibujó un corazón que contenía: Mamá y L).”*

El ritual como cierre, conclusión, se relaciona con la cuarta tarea del duelo propuesta por Worden (2004) que apunta a que el superviviente pueda encontrar un lugar para el difunto que le permita estar vinculado con él, pero de un modo que no le impida continuar viviendo y que le permita establecer nuevos vínculos de amor.

L lo recortó, lo pintó y le agregó un sticker con la forma de un corazón. Cuando finalizó se dobló la carta, se la puso adentro de un globo y se lo tiró por la ventana. En ese momento Luciana dijo: *“Está llegando al cielo en 5, 4, 3, 2, 1... Llegó”*. Luego se volvió al consultorio y se lo llamó al papá para realizar un cierre.

En el cierre, se le contó que era el final del tratamiento, L le mostró el cuento, se le contó lo observado por las terapeutas y se le preguntó qué observaciones tenía acerca del trabajo realizado y acerca de L. El papá refirió que estaba contento porque había notado cambios en L. Observaba que estaba más contenta y que había empezado a comunicarse. Contó que le preguntaba a él acerca de su madre, que le contaba si estaba mal. También nos contó que había empezado a “molestarlo” y a hacerle bromas, actitud que ni ella ni su hermanito habían tenido desde que había fallecido su madre. El padre se mostró emocionado durante el relato.

L no hablaba, sino que escuchaba a su papá, mientras miraba el libro y se sonreía. Ella refirió que le había gustado ir a los encuentros. Se mostró entusiasta como en el resto de los encuentros, pero refirió que quería le gustaría seguir acudiendo o quedar en contacto con los terapeutas.

## 9-DISCUSIÓN

A lo largo de este trabajo se ha realizado una descripción de un caso de duelo infantil y su abordaje a través de la terapia narrativa.

En la entrevista de admisión y en las primeras entrevistas se realizó un acercamiento hacia el paciente, con el objetivo de poder realizar un diagnóstico del caso y plantear un abordaje adecuado para el mismo.

En general, duelo es un término que forma parte del lenguaje corriente de nuestra cultura. Sin embargo no todos saben exactamente qué es un duelo, qué tipos de duelo existen y cómo es posible abordarlo.

Desde las más recientes teorías y para nuestra cultura occidental, cuando hablamos de duelo, nos referimos a la respuesta natural que se da ante una pérdida profunda, caracterizada por una serie de síntomas, estadios y desafíos presumiblemente universales (Lieberman, 2007).

Es posible que las personas en duelo experimenten síntomas parecidos a los de la depresión pero que son normales para este tipo de casos y que no constituyen una patología, como esta. Sin embargo, y a pesar de las diferencias objetivas y subjetivas entre duelo y depresión, existen algunas personas que desarrollan episodios depresivos mayores después de una pérdida (Zisook y Shuchter, 1993).

Pero más allá de las definiciones y lo que normalmente se sepa o no acerca del duelo, todas las personas, ante una pérdida, experimentan un dolor que no se parece a ningún otro y del que no es posible evadirse. Cada persona además, atraviesa la pérdida de manera distinta. Cada proceso es único y personal (Lieberman, 2007), aunque haya características que puedan ser universalizadas.

Lo cierto es que los seres humanos no son tan concientes de su finitud como cuando se enfrentan a la muerte cara a cara. Ante la pérdida de alguien cercano, la muerte se presenta con todo su resplandor. La característica de irreversibilidad y la conciencia de finitud dejan su sello imborrable en la vida del sobreviviente. Y en estos

casos, es difícil y hasta a veces incómodo el acompañamiento al sobreviviente (Lieberman, 2007). Nadie sabe bien qué decir, cómo actuar, el tema de la muerte se vuelve un tabú silencioso y los gestos, como los abrazos, cobran protagonismo.

Constituye también un desafío para los profesionales de la salud el acompañamiento terapéutico en un caso de duelo. ¿Qué se debe hacer y cómo?

En la bibliografía disponible acerca de ésta temática, pocas son las recetas para abordar los casos. Existe bibliografía que cita estudios acerca de lo que sucede ante una pérdida y en base a eso, consejos para abordarla. Pero lo cierto es que cada persona, y en esto concuerdan la mayoría de los autores, experimenta el duelo de una manera particular. Cada persona es distinta y, aunque haya características que se repitan hasta poder formar categorías, el tipo de muerte, la relación con el fallecido, la historia en común entre el fallecido y el sobreviviente, las características del sobreviviente y hasta su propia personalidad, son diferentes en cada caso.

Así como la incomodidad de aquella persona que le toca acompañar a una persona que ha experimentado una pérdida, parece ser la incomodidad de los profesionales de la salud mental para adentrarse más profundamente en esta temática, sobre todo cuando nos referimos a los niños. Poca es la bibliografía que se encuentra del abordaje en los casos de duelo infantil.

A través de la terapia narrativa se pueden trabajar diversos casos, incluido el acompañamiento de una persona en duelo. La posibilidad de dar nuevos significados a una historia, que se encuentre empapada de un problema, y hasta poder aprender nuevos significados, para poder cambiar la perspectiva frente a una historia, permite que la persona pueda elaborar una historia alternativa, incorporando una solución para el problema (Freeman, Lobovits y Epston, 2001).

La incorporación de información y la producción de nuevos significados, tienen capacidades curativas a nivel cognitivo. Toda forma de expresión permite una catársis que hace las veces de remedio ante una enfermedad. La escritura, por ejemplo, actúa sobre el área cognitiva y emocional de los pacientes: las personas piensan de manera distinta después de escribir sobre los traumas (Pennebaker, 1997).

Al igual que los pacientes, los psicólogos están colmados de supuestos sociales, culturales, económicos y de género acerca de los roles y las conductas (Rosenwald y Ochberg, 1992), que son internalizados y que actúan de manera inconciente.

Ante un caso de duelo se debería pensar primero en los propios prejuicios que tenemos acerca de la muerte. Es probable que sea el profesional al que le incomode y

hasta no sepa cómo hacer para abordar la temática, y no el propio paciente. ¿Es conveniente hablar de la muerte con un sobreviviente? La pregunta sería porque no hacerlo. Debería ser natural y hasta sano poder hablar de la muerte como parte de la vida, como cambio necesario, como característica humana de finitud. Y en todo caso, poder dar estos significados y hasta elaborar otros con el sobreviviente que llega a la consulta.

Muchos autores postulan que es necesario, sobre todo en los niños, hablar de la muerte, contarles qué sucedió, cómo sucedió y hacerlos partícipes de los rituales funerarios. ¿Porqué no hablarles de la muerte y hacerlos partícipes? Y, aunque no puedan o no internalicen el mismo significado que posee el adulto, lo cierto es que tendrá esa información disponible para elaborar su experiencia de acuerdo a sus recursos. Antes que no tener información o tener la equivocada es preferible tenerla (Worden y Silverman, 1993).

La pregunta entonces es ¿tenemos miedo los seres humanos de hablar sobre la muerte? Es posible que la mayoría tenga miedo a morir, es posible que la mayoría opte por no hablar del tema aunque sea parte del propio vivir. Pero los profesionales de la salud mental deberían poder hablar de estos temas con más naturalidad, con más fluidez, son los sobrevivientes los que acudirán en busca de respuestas, de contención, de un espacio de expresión y deben ser ellos mismos los capaces de brindarlo.

Las muertes suceden, por lo que es accesible y posible realizar investigaciones sobre la temática. Y mucho más aún realizar estudios acerca de distintas maneras de abordarlo.

Herramientas terapéuticas como la escritura de cartas o cuentos facilitan la reescritura de historias, permiten ponerse en contacto con aquello que duele y poder darle un final feliz. En palabras de Bruder (2010), a través de la escritura, descubrimos lo inconsciente, revertimos miedos, descubrimos las causas de tantos dolores, sufrimiento y limitaciones.

Sería interesante que los psicólogos pudieran escribir su propio libro colmado de aquellas estrategias, recetas y actividades que emplearon para ayudar a esos sobrevivientes que se acercaron en busca de un espacio de contención y de expresión, y que serán los nuevos ayudantes de los sobrevivientes que vendrán.

En palabras de Freeman, Lobovits y Epston, (2001), la relación del niño con su imaginación puede ser un recurso maravilloso del que puede disfrutar mucho. Al igual

que los niños, los profesionales de la salud mental deberían utilizar la imaginación para tratar cuestiones de la vida cotidiana, lejos de los prejuicios y del propio miedo a morir.

## 9 BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994). *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: American Psychiatric Association.
- Androsoupoulou, A. (2001). *The self-characterization as a narrative tool*. Recuperado el 25 de octubre de 2009 de <http://www.ingentaconnect.com/content/bpl/famp/2001/00000040/00000001/art00007>
- Attig, T. (1996). *How we grieve: relearning the world*. Oxford: Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Nueva York: Basic Books.
- Brooks, P. (1984). *Reading for plot: design and intention in narrative*. Nueva York: Knopf.
- Bruder, M. (2000). *El cuento y los afectos*. Buenos Aires. Galerna.
- Bruder, M. (2004). *Implicancias del cuento terapéutico en el bienestar psicológico y sus correlatos*. Tesis doctoral. Universidad de Palermo. Buenos Aires. Argentina.
- Bruder, M. (2010). Escribir, esa saludable tarea. Recuperado el 03 de enero de 2010 de [http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota\\_id=1217522](http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1217522).
- Bruner, J. (1995). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Cyrlunik, B. (2007). *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia*. Buenos Aires: Garnica.
- Doka, K.J. (1989). *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*. Lexington: Lexington Books.
- Freeman, J., Epston, D. & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós.
- Freeman, J., Lopston, C. & Stacey, K. (1995). *Collaboration and possibility: appreciating the principle of enterin children's narrative worlds*. Vancouver: BC.
- Hammer, E. (1969). *Tests proyectivos gráficos*. Barcelona: Paidós.

- Heegaard, M. (1988). *When Someone Very Special Dies: Children Can Learn To Cope With Grief*. United States: Woodland Press.
- Hershberger P. & Walsh, W.B. (1990). Multiple role involvements and the adjustment to conjugal bereavement: an exploratory study. *Omega*, 21, 91 – 102.
- Horowitz, M. (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of psychiatry*, 137, 1157 – 1162.
- Kastenbaum, R. (1969). Death and bereavement in later life. En Kutscher, A. (comp.). *Death and bereavement*. Springfield: Thomas.
- Knill, P., Barba, H. & Fuchs, M. (1995) *Minstrels of soul: intermodal expressive therapy*. Toronto: Palmerston.
- Krupp, G. (1986). To have and have not: multiple identifications in pathological bereavement. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 14, 337 – 348.
- Kübler – Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Lieberman, D. (2007). *Es hora de hablar de duelo*. Buenos Aires: Atlántida.
- Lieberman, D. (2007). *Es hora de hablar del duelo*. Buenos Aires: Atlántida.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of acute grief. *American Journal of psychiatry*, 101, 141-148.
- Neymeier, R. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Parkes, C.M. & Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. Nueva York: Basic Books.
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. Nueva York: International Universities Press.
- Parkes, C.M. (2001). *Bereavement: studies of grief in adult life*. Filadelfia: Taylor y Francis.
- Pennebaker, J. (1997). *El arte de confiar en los demás*. Buenos Aires: Alianza.
- Querol, S.M. & Chaves Paz, M.I. (2004). *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar.
- Rosenwald, G. & Ochberg, R. (1992). *Storied lives: the cultural politics of self – understanding*. Nueva Haven: Yale University Press.
- Rubin, S.S. (1990). Treating de bereaved spouse: a focus on the loss process, the self and the other. *Psycotherapy patients*, 6, 189 – 205.

- Sherkat, D.E. & Reed, M.D. (1992). The effects of religion and social support on self – esteem and depression among the suddenly bereaved. *Social Indicators Research*, 26, 259 – 275.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss. *Journal of personality and social psychology*, 70, 1241 – 1249.
- Verthely, F. & Méndez, R. (1985). *Interacción y proyecto familiar en el test kinético de al Familia Actual y prospectiva*. Barcelona: Paidós.
- Volkan, V.D. (1985). Complicated mournings. *Annals of psychoanalysis*, 12, 323 – 348.
- Weller, J. (1993). Planting your feet firmly in emptiness: expressive arts therapy and meditation. *Journal of the creative and expressive arts therapies exchange*, 3, 104 – 105.
- White, M & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York: Norton.
- White, M. (1997). The externalizing of the problem and re – authoring of lives and relationships. En White, M. & Epston, D. (Eds.) *Retracing the past: selected papers and collected papers revisited*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- Worden, W. & Silverman, P.R. (1993). Grief and depression in newly widowed parents with school – age children. *Omega*, 27, 251 – 260.
- Worden, W. (1996). *Children and grief: when a parent dies*. Nueva York: Guilford.
- Worden, W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Yoffe, L (2007). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicodebate*, 3, 131 – 136.
- Zisook, S. & Shuchter, S. (1993). Uncomplicated bereavement. *Journal of clinical psychiatry*, 54, 365 – 372.

# Anexo I

## **Persona Bajo la Lluvia**

### **Observaciones conductuales durante la administración:**

Se le presenta el test a L, se le explica la consigna y se le da la hoja. L se muestra colaboradora. Da vuelta la hoja y comienza a dibujar. Tarda 5 minutos en terminar el dibujo.

A simple vista el dibujo da la sensación de un cielo muy grande a comparación con la persona.

### **Análisis cualitativo:**

A-1) *Dimensiones*: se puede observar una dimensión mediana por lo que se infiere que es una persona bien ubicada en el espacio. Si bien es una dimensión normal, la persona tiende a ser pequeña lo que podría ser indicador de temores, inseguridades.

A-2) *Emplazamiento*: el dibujo se encuentra centrado lo que demuestra un criterio ajustado a la realidad.

A-3) *Trazos*: el dibujo presenta una línea armónica lo que da cuenta de una persona sana.

A-4) *Presión*: es normal lo que es indicador de una persona adaptada.

A-5) *Tiempo*: la velocidad fue normal, lo cual determina que realizó un dibujo espontáneo y continuo.

A-6) *Secuencia*: la secuencia fue la esperada, comenzó por la cabeza, continuando por el cuerpo y con las nubes y la lluvia. No dibujó paraguas.

A-7) *Movimiento*: si bien no hay indicios de movimiento, la postura es relajada.

A-8) *Sombreados*: no presenta sombreados.

### **Análisis de contenido**

B-1) *Orientación de la persona*: la persona está orientada hacia la izquierda, esta dirección indica el pasado. Esta orientación es característica de sujetos que mantienen conflictos sin resolver, que tienen algo del pasado que aún les pesa y frena su evolución.

B-2) *Postura*: la persona está parada, lo que es esperable en este punto.

B-3) *Borrados en el dibujo*: ausencia.

B-4) *Repaso de líneas*: ausencia.

B-5) *Detalles de accesorios*: pueden observarse como detalles, las nubes y la lluvia. Las nubes son abundantes y, al igual que la lluvia, indican la hostilidad del medio. En este caso, se puede observar el medio como algo que a la persona le genera presión, amenaza.

B-6) *Vestimenta*: dentro de la vestimenta, se encuentran resaltados los zapatos, lo que podría ser indicador de conflictos sexuales y lo que es muy característico de los pre-adolescentes y los adolescentes.

B-7) *El paraguas como defensa*: hay ausencia de paraguas, esto es un indicador de falta de defensas.

B-8) *Reemplazo del paraguas por otros elementos*: ausencia.

B-9) *Partes del cuerpo*: la cabeza fue lo primero que dibujó lo que indica poder intelectual, social o dominio. La boca la represento con una línea cóncava única, unida a una línea conexa única, lo que sería indicador de amargura. El cuello aparece angosto lo que sería un indicador de depresión. El cabello aparece como un signo de seducción. La forma del cuerpo es más bien triangular, lo que sería un indicador de inmadurez afectiva, algo esperado para la edad de la paciente. Los hombros son indicadores de sobre compensación de sentimientos de inseguridad o inadaptación. Están presentes las manos y los dedos, lo que indican la capacidad de tomar al mundo, de orientarse hacia él.

B-10) *Identidad sexual*: L dibujó una persona del mismo sexo lo que es lo esperado.

B-11) *Dibujo de un personaje y no de una persona*: ausente.

**Expresiones de conflicto en el dibujo**: teniendo en cuenta los indicadores que presenta el test para éste ítem, se puede inferir que la examinada no presenta expresiones de conflicto.

**Mecanismos de defensa**: no cumple con los criterios para los ítems de este punto. Hay indicadores de falta de defensas.

## **Conclusión**

En la interpretación de la persona bajo la lluvia se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador. Este elemento hace propicia la aparición de defensas. A partir de los objetivos del test, puede concluirse que L no posee las defensas adecuadas para enfrentar el medio aparece como algo que le genera presión y amenaza. Aparecen a su vez indicadores de depresión, amargura e inseguridad. A su vez, hay indicadores de conflictos ligados al pasado. En contraposición a estos indicadores, también se pueden observar indicadores de poder intelectual y social y capacidad para tomar el mundo y orientarse en él. Es decir, que L posee cualidades para aprender, adquirir mecanismos que le permitan enfrentarse a lo adverso.

## Casa – Árbol – Persona (HTP)

Según Hammer (2008), la casa provoca asociaciones con la vida hogareña y las relaciones interfamiliares. El árbol y la persona captan el núcleo de la personalidad compuesto por la imagen corporal y el concepto de sí mismo.

Se le entregó el material a L el material de la manera indicada por las instrucciones del test. Se le pidió que dibuje una casa, un árbol y una persona. L comenzó dibujar la casa, luego siguió con la persona y por último dibujó el árbol.

### **Secuencia:**

**Tamaño:** los tres gráficos tienen un tamaño mediano, a excepción de la casa que tiene un tamaño relativamente grande.

**Presión:** la presión del lápiz es normal en los tres dibujos.

**Trazo:** se observan líneas que fluyen libremente, decididas y bien controladas.

**Detalles:** la ejecución se presenta prolija y perfecta, esto puede ser indicador de un esfuerzo por mantenerse integrado ante una amenaza.

**Simetría:** en cuanto a la simetría los dibujos están proporcionados. Aunque la casa se observa más grande de los otros dos dibujos, lo que podría indicar una inadecuación de los sentimientos de seguridad en la vida emocional.

**Emplazamiento:** los tres dibujos están emplazados en el centro de la hoja lo que indica una conducta autodirigida y centrada.

**Movimiento:** no hay indicadores de movimiento en los dibujos, lo que sería un indicador de tristeza, melancolía.

## **CASA**

### **Elementos**

**Techo:** el tamaño del techo refleja el grado en que el individuo dedica su tiempo a la fantasía y en que recurre a ella en búsqueda de satisfacciones.

En este caso, se ven tejas reforzando el techo, lo que sería un indicador de capacidad y empleo de fantasías. Por otro lado, el techo aparece de manera clara, ni tapando la casa ni reforzado por lo que la persona está adecuada a la realidad.

**Paredes:** la fortaleza y la adecuación de las paredes se relacionan directamente con el grado de fortaleza del yo y de la personalidad. En este caso no se presentan alteraciones en la fortaleza del yo.

**Puerta:** es el detalle de la casa a través del cual se realiza el contacto con el ambiente. El tamaño empleado y la ubicación de la puerta permiten dar cuenta de un normal contacto con el ambiente. Representa una defensa contra los daños que puedan venir desde afuera. En el dibujo no se presentan indicadores de problemas de contacto con el ambiente.

**Ventanas:** las ventanas representan un medio secundario de interacción con el ambiente. En el dibujo se puede observar que la ventana tiene un agregado, es decir, no está totalmente desnuda, lo que indicaría una interacción controlada con el ambiente.

**Chimenea:** ausente.

**Humo:** ausente.

**Perspectiva:** la casa está dibujada como si se la viera de frente que es lo esperado.

**Línea del suelo:** revela el grado de contacto del examinado con la realidad. En el dibujo, la casa está en contacto con la línea del suelo, lo que indica contacto con la realidad por parte del examinado.

**Accesorios:** no se observan indicadores a resaltar.

## **ARBOL**

El dibujo del árbol parece reflejar los sentimientos más profundos e inconscientes que el individuo tiene de sí mismo. El árbol, como entidad básica, natural y vegetativa, constituye un símbolo adecuado para proyectar los sentimientos más profundos de la personalidad, o sea, los sentimientos acerca del yo que se encuentran en los niveles más primitivos de la personalidad, niveles a los que no se llega en el conocimiento de las personas.

### **Elementos**

**Tronco:** índice de la fortaleza básica de la personalidad. No se encuentran dibujos sobre el tronco.

**Raíces:** representa la preocupación por el contacto con la realidad. No aparecen raíces.

**Ramas:** representan los recursos que el individuo siente poseer para obtener satisfacciones del medio, para extenderse hacia los demás y “ramificarse” en logros acertados. Las ramas constituyen un símil más inconsciente de los brazos en el dibujo. En este dibujo no se observan ramas, por lo que sería un indicador de falta de satisfacciones del medio. Pero la forma en que está dibujada la copa puede ser un indicador de irritación, ansiedad e inseguridad.

## **PERSONA**

La persona constituye el vehículo de transmisión de la autoimagen más cercana a la conciencia y de las relaciones con el ambiente.

Los aspectos menos profundos, junto con los recursos que los individuos emplean para manejarse con los demás y los sentimientos hacia el prójimo generalmente se proyectan en el dibujo de la persona.

### **Elementos**

**Tamaño:** la figura de la persona posee un tamaño mediano, relativamente pequeño, lo que puede ser un indicador de sensación de pequeñez con respecto al ambiente, o que se siente perdido.

**Movimiento:** la persona si bien no muestra movimiento, tiene un aspecto relajado.

**Distorsiones y omisiones:** se puede observar que las manos están ocultas, lo que sería un indicador de dificultad para el contacto o sentimientos de culpa con respecto a actividades manipulatorias.

**Vestimenta:** la persona aparece vestida lo que es lo esperado.

**Grafología:** la presión del trazo es normal, esto indicaría niveles normales de energía.

### **Conclusión:**

En cuanto a los aspectos más formales del dibujo del HTP, el emplazamiento, el trazo, el tamaño y la simetría son lo esperado.

Con respecto a la casa, que provoca asociaciones con la vida hogareña y las relaciones interfamiliares, por un lado hay indicadores de inseguridad emocional, tristeza o melancolía, pero por otro lado, también hay indicadores de adecuación a la realidad y sin problemas de contacto con el ambiente.

Con respecto al árbol y a la persona que captan el núcleo de la personalidad compuesto por la imagen corporal y el concepto de sí mismo; hay indicadores de ansiedad, inseguridad, sensación de pequeñez y dificultad para el contacto o sentimiento de culpa. Sin embargo, hay indicadores de adecuación a la realidad, fortaleza del yo y niveles normales de energía.

## **Familia Kinética**

El test permite obtener material significativo respecto de la dinámica y estructura de personalidad del sujeto y fundamentalmente provee datos sobre las relaciones vinculares de éste con su grupo familiar. Esta última considerada como la más importante, por ser el objetivo principal (Verthely, 1985).

### **9.1.1 ANÁLISIS CUALITATIVO**

Duración: 10 minutos.

#### **➤ Conducta general del sujeto**

Esta variable se refiere a la observación de aspectos verbales y no verbales de la realización de la tarea, se toma en cuenta los comentarios, gestos, actitudes.

Se le dio la hoja a la niña y se le pidió que dibujara a la familia haciendo algo. La niña se mostró muy colaboradora y ejecutó el dibujo sin dificultades. Sin embargo pregunto antes de dibujar la acción si debían estar haciendo algo, a modo de reafirmar la consigna y de pensamiento en voz alta.

#### **➤ Características formales del dibujo**

Se toman en cuenta los aspectos formales de gráficos en su totalidad tales como: el tamaño, emplazamiento de la hoja, modalidad del trazo.

El tamaño del dibujo es mediano, está emplazado en el centro de la hoja y el trazo es normal, ni muy suave y ni muy marcado, todos indicadores esperados.

#### **➤ Primera figura dibujada y secuencia general**

Se debe distinguir la secuencia temporal (orden en que se dibujan los diferentes elementos del grafico) de la ubicación de los mismos en el dibujo terminado.

La primera figura dibujada fue la propia. Luego continuó con su hermano y por último dibujó a su papá. Dibujó la acción entre su figura y la de su hermana y por último ubicó al papá en una actividad en relación a ellos. La secuencia no presenta indicadores que se deban destacar.

➤ **Personajes incluidos. Adiciones y omisiones.**

Esta variable intenta detectar a quienes el sujeto considera como pertenecientes a su grupo familiar, que claridad tiene respecto de su composición y límites, con cuales figuras parece tener un conflicto que impida su gratificación y/o que personajes necesita adicionar para negar una pérdida, desplazar un afecto.

En el dibujo no dibujó a su madre, que, aunque fallecida, ella consideraba como parte de su familia. Esto puede constituir un indicador de conflicto con respecto a esa persona.

➤ **Configuración espacial y ámbitos.**

En este punto se intenta evaluar la configuración espacial entendida como la pauta relacionada con los aspectos formales del dibujo y el manejo más o menos coherente, expansivo o restrictivo que el sujeto hace del espacio (el escenario).

La niña dibujó a las tres personas haciendo una actividad, la de jugar a la pelota. La figura del padre representa al árbitro. El lugar es un club al aire libre.

➤ **Características individuales de las figuras**

Este punto utiliza los indicadores propuestos en la Figura Humana de Koppitz (1987) y realiza un análisis comparativo interfiguras a fin de evaluar similitudes y/o diferencias entre las mismas.

Todas las figuras tienen los ítems esperables definidos por Koppitz (1987), para el dibujo de la figura humana en niños de 9 años. Sin embargo, hay un indicador: los tres personajes tienen escondidas las manos. Lo que podría indicar sentimientos de culpa o dificultades para el contacto.

Las figuras tienen una configuración parecida.

Hay dos figuras de perfil y una de frente, aunque no están en movimiento, se encuentran relajadas y en relación a la actividad dibujada.

➤ **Acciones asignadas y roles inferidos.**

A través de esta variable se vehiculizan tipos de interacción y fantasías de vínculos.

Las tres personas se encuentran interactuando y en un mismo espacio. Sin embargo el padre se encuentra en el medio, emplazado un poco más arriba que los niños, lo que da la sensación de un rol más importante, o adulto.

➤ **Objetos y escenario.**

En el Test Kinético, la inclusión de por los menos aquellos objetos a que se refiere la acción son la norma.

El objeto que se dibujó es una pelota, que tiene relación con la actividad que están realizando, así como también las dos personas hombres, tienen como vestimenta una camiseta de fútbol.

**Conclusión:**

Hay dos indicadores que llaman la atención en el dibujo de la familia: el primero es que se omitió a la madre, persona que en las entrevistas, L incluía como parte de la familia. Esto podría ser un indicador o bien de conflicto con esa persona o bien, de ubicación en el plano real, dejando afuera las fantasías de vínculo. El segundo es que ninguna de las personas tiene manos, lo que sería un indicador de sentimientos de culpa o dificultades para el contacto.

Sin embargo se puede observar que el emplazamiento es el esperado, en el centro de la hoja; el tamaño de los dibujos es el esperado, mediano, y cada persona tiene un tamaño diferente que se correlaciona con la edad y las proporciones reales que existen entre esta familia: el más chico es el hermano menor de L, luego sigue ella y por último el padre. El trazo es normal, ni muy suave, ni muy marcado. Los tres personajes dibujados están interactuando entre sí, realizando una actividad y los objetos que dibujó tienen relación con ello.





