

Licenciatura en Psicología
Plan de Trabajo Final de Integración
Descripción de caso único
“Tratamiento de duelo reciente de un hermano”
AUTOR: Paula Casariego Coll
Fecha: 27 de Julio 2012.

INDICE

1 INTRODUCCIÓN

La Práctica y Habilitación Profesional V fue realizada en un Hospital Interzonal de Agudos de la Provincia de Buenos Aires; en el Departamento de Psicología del Servicio de Pediatría.

Se ofrece asistencia a niños y adolescentes a través de consultorios externos, estos llegan derivados principalmente de los consultorios médicos del mismo hospital, de escuelas de la zona, lo mismo que de salas de atención primaria, y también por demanda espontánea de los padres. El trabajo que realiza el equipo de residentes se desarrolla también prestando ayuda psicológica en las salas de internación, tanto a los niños internados, como a los padres que están internados con ellos, y también a los médicos, residentes y enfermeros, realizando un trabajo en conjunto en el que todos se benefician. La Práctica consta de una carga horaria de 320hs en un promedio de 20hs semanales.

La tarea realizada por los residentes en el Hospital consistió en: hacer un recorrido diario por las salas, donde cada residente tiene una sala a cargo. Allí se encuentran los niños internados, se obtienen datos socio-ambientales, se detectan situaciones de violencia, abandono, angustia, se hace psicoprofilaxis en la sala de procedimientos médicos, acompañamiento de las madres que tienen a sus hijos en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, y Neonatología.

El trabajo en las salas fundamentalmente consiste en el armado de redes familiares, que permitan la contención individual y familiar, se fomenta el apego de las madres adolescentes con sus hijos. Se participa del pase diario de los médicos residentes en el cambio de guardia, y se trabaja en la relación entre los médicos, los pacientes y padres de los niños.

En este estilo de acompañamiento surgen demandas espontáneas, pero el trabajo principal que tiene el equipo de psicología es a través de la derivación de pediatría, como también la ínter consulta que piden los médicos a cargo de la sala, cuando consideran que alguna cuestión del orden psicológico pueda estar afectando la evolución del cuadro. También se analizan los casos que lo ameritan, en conjunto con

Asistente Social, quien evalúa las condiciones socio-ambientales de las familias, y gestiona todo tipo de trámites tendientes a cubrir las necesidades de las familias carenciadas.

Otra de las tareas consiste en la observación de entrevistas de admisión, realizadas por la Asistente Social, o la Jefa del Servicio de Psicología Pediátrica, para luego comenzar a participar en las entrevistas a niños y padres en función de un tratamiento terapéutico, esto llevado a cabo en equipo con los psicólogos de planta y residentes del Hospital y la supervisión de la Dra. Nora Gelassen.

De los recorridos por las salas, y específicamente de la sala tenida a cargo es que se efectuó la elección del caso a desarrollar en el siguiente plan de trabajo: tratamiento de duelo reciente de un hermano, a un niño de 8 años que llamaremos S.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir el tratamiento psicológico de duelo reciente de un hermano, realizado a un niño de 8 años.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la problemática con que el niño llega a la consulta.
- Describir las intervenciones desde la Terapia Cognitiva llevadas a cabo en el tratamiento de duelo reciente de un hermano.
- Describir las intervenciones positivas destinadas a aumentar autoeficacia, habilidades sociales, optimismo, y uso de terapia narrativa.
- Evaluar el cambio del niño al final del tratamiento.

6

3 MARCO TEÓRICO

3.1 DEFINICIÓN DE DUELO

3.2 DIFERENTES PERSPECTIVAS

La pérdida de un ser querido desencadena una crisis vital con características psicológicas, fisiológicas y conductuales específicas llamada duelo, palabra que proviene del latín (“dolos”) y que significa dolor. Se define el duelo como la reacción ante la muerte de una persona querida. Este término hace referencia al conjunto de eventos psicológicos y sociales que ocurren durante un proceso provocado ante la

situación de pérdida. También se ha llamado duelo a cualquier pérdida afectiva. (Díaz Curiel, 2010; Dollenz, 2003)

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

El duelo, podría definirse como la experiencia de una persona tras una pérdida o como el proceso de adaptación a la misma (Worden, 2004).

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, 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).

Se considera que es un proceso psicosocial variado, cuyas complejidades se derivan en el hecho de que la muerte de un individuo se refleja a diversos niveles en la vida de un superviviente (Walsh, McGoldrick, 1991).

En este trabajo nos referimos al duelo en su acepción de pérdida por muerte. Decimos que se trata de un proceso, con un inicio, una evolución y una resolución que

7

termina con la aceptación de una nueva realidad interna y externa del sujeto con su mundo o que origina diversos problemas físicos y psíquicos que requerirán tratamiento.

3.3 DUELO NORMAL

Existen variaciones individuales en el proceso de duelo. En principio, el duelo tendrá características propias que atraviesan a la persona en el momento en que ocurra; con otras situaciones vitales estresantes y otras propias en el ámbito afectivo, conductual, perceptivo, cognitivo y fisiológico. Se considera que comprende al menos tres fases. La primera es la del shock inicial en que predomina la incredulidad y el adormecimiento. Esta primera fase deja paso a la etapa de malestar agudo y alejamiento social, que dura de semanas a meses y por último la etapa de restitución y reorganización, en que el sujeto reconoce el grado de pérdida, desvía la atención a la vida externa y retoma sus roles habituales, adquiere otros nuevos, experimenta placer y busca amistad y amor (Olmeda, 1998).

En el ensayo "Duelo y Melancolía", Freud (1912) aportó dos conceptos fundamentales como son la pérdida de objeto y el concepto de trabajo de duelo, mediante el que habría que romper la unión que existiera entre el sujeto (deudo) y el objeto (el fallecido).

Después de Sigmund Freud, la psiquiatra que más influenció en el desarrollo del duelo fue Elizabeth Kübler – Ross; especializada en ayudar a las personas a morir dignamente, se centra en la transición emocional. La autora describió 6 etapas por las que atraviesa el paciente moribundo y explica, usando la misma clasificación, las etapas que atraviesa una persona en duelo: shock, negación, ira, resignación, depresión y aceptación (Kübler – Ross, 1969).

1) Shock: Es de breve duración, minutos, horas, y quizás un día, pero no mucho más. La persona, que en un primer momento esta sujeta a la pérdida, intenta que no penetre en sí la noticia dolorosa.

La primera reacción sería expresarse en términos como: “No puede ser”, “No es cierto”, “No lo creo”, esto podría entenderse como un breve periodo de anestesia para evitar el dolor.

2) Negación: la negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia

8

inesperada e impresionante. Es una defensa provisoria y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

3) Ira: la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los por qué. Es una fase difícil de afrontar, esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aún injustamente.

Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza.

La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.

4) Resignación: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, mas el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.

5) Depresión: cuando no se puede seguir negando, la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza.

Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo, sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor,

le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no esté triste.

Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo.

6) Aceptación: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la bronca por la pérdida y la depresión- contemplará el próximo devenir con más tranquilidad.

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor.

La esperanza es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza. (Kübler – Ross, 1969).

9

Durante el duelo la persona se ve invadida por estímulos que proceden de su cerebro sobre el significado de la muerte y de sus recuerdos biográficos. Hay un estrechamiento del campo de la conciencia y la persona tiene una vivencia interna de pánico por el propio caos interior y las distorsiones perceptivas son frecuentes y variadas en las primeras fases. Cuando una persona muere lo hace físicamente en la realidad externa pero no desaparece de igual modo la estructura psíquica de la información de esa persona en nuestro cerebro. Otra esfera que se ve afectada durante el duelo son los sistemas de pensamiento. El deudo está totalmente invadido por una mente mágica, mientras que alguien sin duelo puede utilizar el modo lógico–racional con más frecuencia y flexibilidad. Debe de aceptarse en el duelo como normal la exaltación del pensamiento mágico, sobretodo en los niños. Esto es muy importante para comprender y ayudar a la evolución normal del duelo sano (García de Haro Rodríguez, 1992).

Después de superada la primera etapa del duelo, el deudo adquiere una nueva organización mental que se caracteriza por la vivencia de la detención del tiempo y por la tristeza, el dolor por la pérdida del pasado y desesperanza y angustia ante el futuro. Las creencias se tambalean. Se vivencia lo absurdo de la existencia y la inevitabilidad del destino. Se pierde el interés de lo lúdico, la capacidad de imaginar o proyectar y de

establecer nuevas relaciones. Posteriormente todo ese sistema se reorganizará formando una nueva estructura cerebral, que es denominada "mente de duelo". (Olmeda, 1998).

Cuando se supera dicha "mente de duelo" y se da lugar a otra estructura con proyección al futuro será cuando se resuelva el duelo. (García de Haro Rodríguez, 1992).

La serie de procesos psicológicos que comienzan con la pérdida y terminan con la aceptación de la nueva realidad se conocen como elaboración o trabajo del duelo. Es un proceso psicológico complejo para deshacer los vínculos establecidos y elaborar el dolor de la pérdida (Tizón García J., 1998)

Para Robert Neimeyer (2002) el duelo puede plantearse como distintos ciclos que se suceden y que nunca son rígidos; estas etapas son diferentes momentos que, a veces, se superponen. Las etapas son: evitación, asimilación y acomodación. La respuesta, la sucesión y la duración de las reacciones varían mucho de una persona a otra.

También plantea un modelo alternativo de duelo basado en la teoría constructivista narrativa: tras la circunstancia de una pérdida significativa, propone la

10

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 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).

3.4 DUELO COMPLICADO

En cuanto a sinonimia, se aceptan indistintamente los términos de duelo complicado, traumático o crónico. Existe una falta de consenso para su definición. El proceso de duelo evolucionará naturalmente hacia la superación o determinará la aparición de importantes problemas psiquiátricos y físicos. Se puede considerar duelo anormal a toda

intensificación del mismo por encima de un nivel en el que la persona que lo sufre se siente sobrepasada en sus capacidades para afrontarlo, presenta conductas mal adaptativas o persiste interminablemente en un estado de duelo sin progresión hacia su terminación y no es atribuible a trastorno mental concomitante. Las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales para sus manifestaciones o contenidos influyen negativamente en el estado de salud. (Flórez, 2002)

El duelo patológico se va a caracterizar por un estado de tristeza que persiste más de un año o por la intensidad de los sentimientos experimentados. Se consideraría, por tanto, un cuadro depresivo relacionado con la muerte de un ser querido. El síndrome en el que no se recupera el nivel de funcionamiento previo es el que se conoce como duelo complicado. Las reacciones exageradas en este serán los ataques de pánico, la depresión, las tanatofobias, el abuso de sustancias tóxicas como por ejemplo el

11

alcoholismo, los trastornos por estrés post-traumático y la manía. (Gamo Medina, del Álamo Jiménez, Hernangómez Criado, García Laborda, 2000; Worden, 1991)

Los síntomas que agravan el duelo normal y se acercan al duelo patológico son los siguientes:

1. Culpa por las cosas, más que por las acciones
2. Pensamientos de muerte, más que voluntad de vivir
3. Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad
4. Enlentecimiento psicomotor importante.
5. Deterioro funcional acusado y prolongado
6. Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida. (Gil-Juliá. 2008)

En 1995 Prigerson diferenció el duelo, de la “pena traumática” que presenta síntomas como pensamientos intrusivos sobre la persona fallecida, búsqueda de esta, soledad (síntomas de malestar por pérdida) y síntomas de malestar traumático como por ejemplo falta de metas para el futuro y sensación subjetiva de indiferencia o ausencia de respuesta emocional, dificultades para aceptar la muerte, excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación a la muerte.

Es importante diferenciar el duelo crónico de otras entidades como el Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Adaptativo.

Según Horowitz (1980), hoy en día encontramos 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 la duración de una reacción que con la simple presencia o ausencia de una conducta específica.

Hay varias maneras de hacer un perfil del duelo complicado. Uno de los paradigmas más útiles los describe en cuatro categorías: duelo crónico, duelo retrasado, duelo exagerado y duelo enmascarado (Horowitz, 1980).

3.4.1 DUELO CRÓNICO

Es aquel que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Este tipo de duelo es bastante fácil de diagnosticar ya que la persona que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo. Un duelo de estas características requiere que el terapeuta y el cliente evalúen que tareas no se han resuelto, y las

12

intervenciones se centrarán en tratar de resolverlas (Horowitz, 1980).

3.4.2 DUELO RETRASADO

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 e inmediata, pero la intensidad del duelo parece excesiva, la persona generalmente tiene la impresión clara de que la respuesta que experimenta es exagerada respecto de la situación. Lo que ocurre es que como no se elaboró de manera adecuada la pérdida original, se experimenta en el momento de la pérdida actual. Las reacciones retrasadas no solo se pueden desencadenar con una pérdida, sino también viendo a otra persona que ha sufrido una pérdida, o viendo una película (Worden, 2004).

Bowlby (1980) sugiere que cuando una persona pierde a la figura a la que está vinculada en el presente, es natural que vuelva a buscar consuelo en una figura de apego temprana. Sin embargo, si esta figura, por ejemplo el padre, está muerta, el dolor de la pérdida del padre se volverá a sentir de nuevo o posiblemente por primera vez. De esta forma una pérdida reciente activa o reactiva el duelo por una pérdida sufrida antes.

3.4.3 DUELO EXAGERADO

Esta categoría tiene que ver con las respuestas exageradas; en ellas la persona experimenta la intensificación de un duelo normal, se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa. La persona con duelo exagerado es consciente de que los síntomas y las conductas que está experimentando están relacionadas con la pérdida y busca terapia porque su experiencia es excesiva e incapacitante. Los duelos exagerados

incluyen los trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida y suelen recibir un diagnóstico del DSM (Worden, 2004).

3.4.4 DUELO ENMASCARADO

El duelo enmascarado o reprimido aparece como síntoma físico o a través de conductas desadaptativas. Los pacientes no se dan cuenta, ni reconocen que estos síntomas y conductas que les causan dificultades están relacionados con la pérdida. Las personas que no se permiten experimentar el duelo directamente pueden desarrollar

13

síntomas médicos similares a los que exhibía el fallecido o algún tipo de queja psicósomática (Worden, 2004).

4 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

4.1 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).

4.2 DUELO EN LA INFANCIA

En la infancia el duelo tiene ciertas especificidades por las situaciones que lo generan, el proceso de elaboración del mismo y el tipo de intervenciones psicoterapéuticas que requieren. Una de las peculiaridades del duelo en la infancia es la dependencia del adulto para su desarrollo y maduración, y para resolver y elaborar sus dificultades debido a que los niños están en proceso de formación. Los niños tienen mecanismos de defensa distintos a los adultos, utilizan más la negación, mantienen la capacidad de

disfrutar con situaciones agradables y no pierden la autoestima. El duelo en la infancia aumenta la vulnerabilidad, puede provocar desajustes emocionales

14

posteriores y aumentar el riesgo de depresión en la vida adulta. (Villanueva, 1999; Villanueva y Garcia Sanz, 2000)

Durante la infancia el duelo se tramita no tanto desde la sintomatología depresiva observable, sino con alteraciones de conducta, y fracaso en el rendimiento escolar. Estas son la forma en la que se expresan los episodios depresivos en los niños. (Schultz K. 1999).

Según Heegaard (1988), los niños pueden sentir miedo e inseguridad al detectar el estrés y el dolor de los demás. La evitación y el silencio enseñan al niño que la muerte es tabú. Los niños necesitan aprender cómo sobrellevar las pérdidas. Se debe ayudar a los niños a reconocer, nombrar y aceptar los sentimientos.

Worden (2004) expone que una muerte muy difícil, que afecta el equilibrio familiar y que a veces puede producir reacciones patológicas, es la muerte de un hijo y el efecto que tiene en sus hermanos.

Los hijos supervivientes se vuelven el centro de maniobras inconscientes diseñadas para aliviar los sentimientos de culpa de los padres y se usan como una manera de controlar mejor el destino.

Es frecuente que, después de una pérdida, haya un tiempo en el que se pase un poco por alto a los otros hijos. A veces se supone que los hijos son demasiado jóvenes para entender la pérdida que necesitan protección de lo que se percibe como una situación mórbida. Pero generalmente a los hijos no se les da la atención que necesitan porque sus cuidadores primarios están en un estado traumático y simplemente no pueden ofrecer ayuda (Lieberman, 2007).

Sin una conversación abierta y honesta, los niños buscan propias respuestas a preguntas que están por encima de su capacidad de comprensión. Es particularmente importante que los padres disipen ese pensamiento mágico y erróneo respecto a la muerte para poder establecer un vínculo emocional entre ellos y los hijos que quedan. Este es un momento crucial que puede afectar al desarrollo de su personalidad y a su capacidad para establecer y mantener relaciones futuras (Heegaard, 1988).

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).

Algunos niños podrían tratar de proteger a los adultos asumiendo un rol de cuidadores, pero ellos necesitan crecer normalmente, sin la carga de las responsabilidades de los adultos. A algunos niños les es más fácil expresar sus sentimientos con su conducta que con palabras. La duración de un período de duelo normal en la infancia puede variar y dependerá del apoyo que reciba el niño (Bunge, Gomar y Mandil, 2008).

Cuando la respuesta emocional o conductual de un niño a un evento es desadaptativa se presume la injerencia de déficits en sus habilidades conductuales, o distorsiones en las creencias y procesos cognitivos resultantes (Bunge, Gomar y Mandil, 2008).

En niños con manejo eficaz de las habilidades sociales se observa un aumento de las relaciones positivas con los pares, del locus de control interno y mayor facilidad para las estrategias positivas de afrontamiento y de la capacidad para resolver problemas, un aumento en la capacidad de reflexión y del estilo reflexivo y un mayor número de comportamientos resilientes. (Salazar Rojas, 2004)

La resiliencia es la capacidad para hacer frente a las adversidades, superarlas, y ser transformado positivamente. Es la capacidad que tiene el organismo humano, como

todo organismo vivo normal, de recuperar el estado normal después de haberlo perdido. (Salazar Rojas, 2004)

5 TRATAMIENTO DEL DUELO

5.1 RITUALES DEL DUELO

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).

5.2 FINALIDAD DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

La terapia de duelo tendrá como objetivo conseguir primero una estabilización, y luego una inactivación de la mente de duelo, no su desaparición. Este hecho justifica la existencia de las llamadas reacciones de aniversario en las que se reactivará temporalmente dicha mente. La terapia tratará de ayudar a la persona a iniciar, reforzar

17

y mantener una nueva estructura mental que permanezca activada cada vez más tiempo, desplazando a la anterior. (Gutiérrez Rodríguez; Horteiga de Frutos; Benítez Moreno. 2001)

Es importante intervenir en el desarrollo del duelo, detectando posibles duelos complicados. Al tratarlos desde su inicio se evitará su consolidación y su posible cronificación. Se necesita la actitud activa de un profesional de la salud ante un paciente en duelo con riesgos de alargar este proceso, lo que repercutirá directamente en este y en su entorno social y laboral. (Vázquez-Barquero, J.L.1999).

Hay que hacer un diagnóstico precoz del proceso del duelo, iniciar rápidamente el tratamiento cuando sea necesario e incorporar tempranamente al deudo a sus actividades cotidianas.

5.3 PSICOTERAPIA

Cuando un duelo se complica con un episodio depresivo mayor deben considerarse las técnicas psicoterapéuticas. En una depresión leve o moderada este abordaje suele ser suficiente. Los antidepresivos no modifican los síntomas específicos del duelo. Las medicaciones antidepresivas estarían indicadas principalmente cuando el paciente tiene antecedentes de depresión mayor o si el episodio depresivo es grave o se asocia con ideación suicida, retraso psicomotor o sentimientos mórbidos de inutilidad o culpa (Kaplan y Sadock, 1995)

La psicoterapia en los procesos de duelo se debe aplicar según Worden (1991) en las siguientes situaciones:

- a) El duelo prolongado
- b) El duelo con síntomas somáticos o conductuales enmascarado
- c) El duelo que se manifiesta con una reacción exagerada.

El interés por la vida emocional del paciente, el respeto a la misma, el permitir y animar a exteriorizar sin prisas y de forma continuada sus sentimientos, el pautar entrevistas periódicas, donde además abordemos su estado de ánimo, son medidas de alivio y consuelo muy importantes.

18

Las propuestas de terapia son múltiples y cada autor en función de su formación suele indicar la suya. A continuación realizaremos una breve exposición del abordaje del duelo según el enfoque de las terapias cognitivo conductual y positiva, que son el objetivo del presente estudio.

5.3.1 LA PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante. La teoría del aprendizaje social se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución. Los contextos influyen en la conducta, y la conducta a su vez forma a los contextos; en ocasiones son los contextos los que ejercen una mayor influencia sobre la

conducta de la persona, y otras veces, son las preferencias, las disposiciones y las características personales las que determinan la conducta (Friedberg y McClure, 2002)

La modificación de conducta es una orientación terapéutica que utiliza procedimientos y técnicas basados en la psicología experimental con el objetivo de eliminar conductas desadaptadas, sustituirlas por otras y enseñar conductas adaptadas cuando éstas no se han producido (Mayor y Labrador, 1984). Se considera que tanto la conducta normal como la anormal están regidas por los mismos principios. El modelo cognitivo-conductual surge por la insatisfacción con los modelos tradicionales en sus aproximaciones a la explicación, análisis, comprensión, diagnóstico e intervención sobre los trastornos psicopatológicos y como una alternativa a los enfoques más tradicionales en el área de la salud mental, tanto en la psiquiatría como en la psicología clínica.

La modificación de conducta es una técnica educativa que ha desarrollado y aplicado con éxito numerosas estrategias de intervención. Aplica los principios del comportamiento humano a situaciones de análisis, prevención, y corrección de problemas de comportamiento. Los supuestos en los que se apoya son el tratamiento directo de la conducta desadaptada o ausente, y su objetivo principal es modificar la

19

conducta indeseable y promover una conducta funcional y adaptativa. No se trata de estudiar al sujeto aislado, sino de analizar su conducta en interacción con el ambiente en el que se ha originado el problema (Kazdin, 1983) (Puchol Esparza, 1970).

Los síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos se presentan en un contexto interpersonal/ambiental. De este modo, el modelo cognitivo incorpora los contextos sistémicos, interpersonales y culturales que son de importancia fundamental en la psicoterapia infantil. En general, sin dejar de tener en cuenta el contexto, los terapeutas cognitivos intervienen en el nivel cognitivo-conductual para influir en los patrones de pensamiento, conducta, emoción y reacción corporal (Alford y Beck, 1997).

El tratamiento no consiste en aplicar una técnica específica a un problema concreto de un sujeto determinado. Se trata primordialmente de organizarse en torno a un problema terapéutico de amplio espectro que debe incluir un conjunto de estrategias y técnicas adecuadas a las diversas conductas y situaciones del sujeto en interacción constante con su medio (Kazdin, 1983).

Tanto por su versatilidad como por su sólida fundamentación teórica y práctica, la psicoterapia cognitivo-conductual se ha configurado en los últimos años como una

alternativa terapéutica especialmente eficaz en un gran número de trastornos emocionales.

Beck (1976) afirma que la emoción siempre es generada por la cognición, y no al revés. La idea de peligro provoca angustia, la idea de pérdida induce tristeza y la de ofensa causa enfado. Cuando se siente alguno de estos estados de ánimo, se debe analizarlo detenidamente para encontrar la serie de pensamientos encadenados que lo han originado, para poder resignificarlos.

Los pensamientos ejercen influencia en las emociones y la conducta. Los sujetos responden al significado adjudicado a las situaciones, más que a los eventos mismos. Es decir que ante una serie de acontecimientos que pueden ser positivos, neutros o negativos, cada sujeto interpretará estos hechos con una serie de pensamientos que fluyen continuamente en su mente. Estos pensamientos y no los hechos reales, son los que podrían determinar su estado de ánimo. El objetivo de la Terapia Cognitivo-Conductual se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de

la información. Se entiende que no padecemos por las situaciones en sí sino por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos (Bunge, Gomar & Mandil, 2008). Estos procesos cognitivos son condicionados por creencias subyacentes que los sujetos mantienen acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Las creencias tácitas o esquemas son construidos a lo largo del desarrollo y funcionan como lentes que guían la percepción, procesamiento e interpretación de la información.

Hoy en día se vincula al duelo con los aspectos individuales, con la forma en que cada sujeto procesa la información, en base a sus esquemas cognitivos. Cada proceso es diferente según una serie de variables personales. Debe pensarse en 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, entiende la muerte como parte ineludible del ciclo de la vida (Lieberman, 2007).

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 perdida esté ausente, recolocar emocionalmente al fallecido y continuar la vida.

El crecimiento de una persona está ligado a su capacidad de manejar de manera constructiva las pérdidas de la vida. Generalmente se habla de pérdida en términos de lo que hemos tenido y ya no poseemos. John Bowlby (1998), afirma que el duelo es la

consecuencia de nuestros apegos afectivos. El dolor forma parte de la vida. La intensidad del dolor no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye.

Durante el desarrollo de la terapia se aplican distintas técnicas de intervención según los objetivos (reestructuración cognitiva, asignación de tareas graduales, ejercicios de retribución, etc.) (Bas y Andrés, 1994).

La terapia cognitiva sostiene que hay cinco elementos interrelacionados que deben tenerse en cuenta en la conceptualización de las dificultades psicológicas humanas. Estos elementos incluyen el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo. Todos estos factores diferenciados interaccionan unos con otros, dando lugar a un sistema dinámico y complejo. (Beck, J.S. 1995)

El psicoterapeuta debe entender la aplicación de una técnica en el marco concreto del proceso terapéutico, a partir de una evaluación rigurosa y multidimensional del problema. Se adaptará a las características específicas del cliente y en función de los

21

objetivos diseñados. Solo así técnicas de modificación de conducta adquieren su pleno sentido y efectividad. Se integran dentro de una relación terapéutica, convertidas en un instrumento y no en un fin en sí mismas. Su objetivo es contribuir a la resolución de los problemas emocionales del cliente. (Puchol Esparza, 1970)

La forma en que los niños interpretan sus experiencias determina profundamente su funcionamiento emocional. Su punto de vista debe ser un foco de atención fundamental en el tratamiento. El modo en que los niños construyen “paquetes mentales” sobre sí mismos, sobre sus relaciones con otras personas, sobre sus experiencias y sobre el futuro influye en sus reacciones emocionales. Los niños no reciben ni responden pasivamente a los estímulos ambientales. En lugar de ello, elaboran activamente la información seleccionando, codificando y explicando las cosas que les suceden a sí mismos y a los demás (Friedberg y McClure, 2002).

5.3.2 PSICOLOGÍA POSITIVA

La Psicología Positiva, busca a través de la investigación científica el conocimiento de los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano. Busca aportar nuevos conocimientos para ayudar a resolver problemas de salud mental y obtener mayor bienestar y calidad de vida. Proporciona una nueva mirada centrada en cualidades positivas, identificando factores como el bienestar, la felicidad, el optimismo

y la esperanza. Plantea que no siempre los acontecimientos negativos traen como consecuencia trastornos o secuelas negativas. Incluso pueden llegar a desarrollar aspectos positivos como la resiliencia o el crecimiento personal. Plantea que el ser humano tiene una gran capacidad de adaptarse, encontrar sentido y de crecimiento personal ante experiencias traumáticas. (Pérez Sales y Hernán Gómez 2000). Se basa en considerar la habilidad natural de los individuos de enfrentar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones adversas que le puedan suceder. La mayoría de las personas que sufren una pérdida irreparable no se deprimen.

Un elevado número de personas ofrecen una gran resistencia y logran salir de los traumas indemnes o con daños mínimos. (Avia y Vázquez, 1998) (Bonanno, 2004).

Hay personas que ante situaciones adversas muestran una gran resistencia y salen indemnes o con un daño mínimo. La Psicología Positiva aborda el estudio de los seres humanos centrándose en sus potencialidades, recursos y capacidad de reponerse

22

ante los embates de la vida. La Psicología Positiva se basa en el estudio de la emoción y los rasgos positivos, sobre todo las fortalezas y virtudes. Estas actúan como barrera contra la desgracia y los trastornos psicológicos. Estos pueden ser la clave para aumentar la capacidad de recuperación. (Seligman, 2003).

El alivio de los estados que hacen la vida dolorosa ha relegado a segundo plano el desarrollo de los estados que hacen que merezca la pena vivir. Las personas que atraviesan por una situación de crisis, como por ejemplo un duelo, desean algo más que descargar su angustia, sentirse contenidos, adaptarse a la situación actual, o corregir sus debilidades; quieren que la vida tenga sentido. (González Zuñiga Godoy C. 2004) (Pérez Sales; Vázquez Valverde 2001)

La Psicología Positiva cubre ese plano, ya que es una ciencia cuyo objetivo es entender la emoción positiva, aumentar las fortalezas, las virtudes y ofrecer pautas para aumentar el bienestar subjetivo.

Ante la noticia de una crisis vital grave hay diversos modos de reaccionar. Al modo de enfrentar las situaciones críticas se le denominó Estrategias de Afrontamiento (coping strategies). Estas se definen como una serie de procesos cognitivos y conductuales dependientes del medio, es decir, cambiantes según las circunstancias, que intentarían responder a las situaciones externas consideradas como desbordantes. (Pérez Sales y Vázquez Valverde 2001)

Suelen clasificarse los modos de afrontamiento en dos grandes tipos:

- Estrategias de afrontamiento activo, que inciden sobre un problema concreto e intentan modificarlo o resolverlo.
- Estrategias de regulación emocional, que intentan manejar la respuesta emocional de la persona ante el hecho.

En los primeros momentos del hecho traumático e inmediatamente posterior a este es importante que el sujeto reflexione con lo que está ocurriendo y desarrolle una táctica adecuada. La falta de respuesta (bloqueo) o la respuesta excesiva (hiperactividad) impedirán ambas cosas. Las estrategias de afrontamiento directo, siempre que no lleven a unos niveles altos de ansiedad que puedan bloquear a la persona, serán las que pueden resultar más adaptativas. No hay tácticas universalmente

23

buenas o malas para enfrentar una determinada situación crítica, ya que entrarán en juego variables de personalidad y de flexibilidad adaptativa. (Pérez Sales y Vázquez Valverde 2001)

No se pretende cambiar la idea básica del carácter negativo de las situaciones traumáticas. Se trata de que es posible encontrar otros elementos y desarrollar métodos efectivos para disminuir el dolor y para que la persona sea más resistente a la adversidad. (Pérez Sales; Vázquez Valverde 2001)

Se considerarán los pequeños avances como logros significativos y se pondrá énfasis en las respuestas y recursos positivos.

La identificación y el cultivo de las fortalezas más importantes de la persona constituyen la verdadera felicidad. Estas actúan como una barrera contra la desgracia y los trastornos psicológicos. Serán la clave para facilitar la recuperación. Los mejores terapeutas además de curar los daños ayudan a la persona a identificar y desarrollar sus fortalezas y virtudes (Seligman, 2003).

Las intervenciones generales en Psicología Positiva tienden a lograr el aumento de la percepción de autoeficacia. Esto se logra con intervenciones específicas, que buscan detectar las fortalezas de cada uno, desarrollar las habilidades sociales, lograr que la persona tenga un estilo explicativo optimista, generar capacidad de reflexión y planificación, incorporar la perspectiva del otro, generar el aumento del lenguaje interno, la autorregulación, y atención plena en el presente (Kelmanowicz, 2005).

Las habilidades sociales son las destrezas y capacidades sociales requeridas para ejecutar de forma competente una tarea interpersonal.

El optimismo se refiere a la propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más favorable. Se refiere a las expectativas de futuro. El optimismo y pesimismo son cualidades básicas de la personalidad. Influyen en el modo que las personas orientan los eventos de sus vidas, la forma en que enfrentan los problemas y en las acciones que llevan a cabo para resolverlos. La forma en que los sujetos se relacionan con la adversidad tiene importantes implicaciones en la manera de enfrentar el estrés y la angustia (Carver, 2005)

24

Las emociones positivas tienen un objetivo fabuloso en la evolución. Amplían nuestros recursos intelectuales, físicos y sociales y los hacen más perdurables, acrecientan las reservas a las que podemos recurrir cuando se nos presenta una amenaza o una oportunidad. Cuando están de talante positivo, las personas mejoran, y la amistad, las relaciones amorosas tienen más probabilidades de prosperar. A diferencia de las limitaciones que induce la emoción negativa, la actitud mental ligada a emociones positivas es expansiva, tolerante y creativa; se abre a nuevas ideas y experiencias (Fredrickson, 2009)

Una de las herramientas más utilizadas como intervención desde la Psicología Positiva, es la escritura terapéutica y el cuento terapéutico. Según Lyubomirsky (2008), la escritura sobre acontecimientos traumáticos tiene numerosas consecuencias beneficiosas. Escribir obliga a organizar y a integrar los pensamientos en una narración coherente, ayuda a encontrar sentido y da cierta sensación de control.

5.4 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).

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).

5.4.1 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

25

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).

5.4.1.1 EL CUENTO TERAPÉUTICO

Bruder (2004) entiende que el cuento terapéutico es todo aquel escrito por un sujeto tomando como base la situación traumática más dolorosa que haya vivido y que puede concluir con un final positivo. En otras palabras, el cuento resuelve positivamente la situación traumática experimentada en el pasado

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).

26

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).

5.4.1.2 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 inmortalizan (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).

6 METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, estudio de caso único.

6.2 PARTICIPANTE

Se trabajo con un paciente de ocho años al que se le murió el hermano hacia tres días, en la Unidad de Terapia Intensiva de Neonatología del Hospital elegido.

S llega a la consulta traído por su mamá, quien nota cambios en su conducta. Ella manifiesta que el niño estaba muy entusiasmado con el nacimiento de su hermano, y se mostró muy introvertido desde que este nació. G, el hermano de

27

S tuvo problemas pulmonares y cardíacos al nacer, y luego de estar nueve días en Neonatología con pronóstico reservado, murió. S no puede hablar de lo que piensa ni de

lo que siente. En la escuela no puede hablar de lo que le pasa, y no puede decir que su hermano murió, y cuando su maestra le preguntan por la salud de su hermano dice que está bien. La madre refiere que siempre fue muy callado y poco demostrativo, pero, desde que G estaba internado, estas características se acentuaron.

6.3 PROCEDIMIENTO

Se realizaron un total de siete entrevistas de intervención, bajo la supervisión de la Jefa del Servicio de Psicología Pediátrica del Hospital.

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

Las entrevistas se encuadrarán desde la modalidad de Terapia Cognitiva, y Psicología Positiva, se aplicará la escritura de una carta de despedida, como herramienta terapéutica; y se harán intervenciones con el fin de aumentar su percepción de autoeficacia, desarrollo de habilidades sociales, y aumento del optimismo.

La primera entrevista se hizo con el niño y su madre y su otro hermano, fue semidirigida, con el fin de recabar información necesaria para elegir las intervenciones y el tipo de tratamiento a seguir.

En las siguientes entrevistas se realizaron algunas actividades propuestas en el libro Cuando alguien especial muere (Heegaard, 1988), y se trabajó en el desarrollo de habilidades sociales, aumento de su autoeficacia, y se lo orientó a manejar la angustia con el fin de que aumente su optimismo. Además, se realizó, basándose en la teoría de la escritura terapéutica, una carta de despedida reflejando sentimientos positivos del niño.

6.4 INSTRUMENTOS

- Entrevista de admisión la madre y al niño
- Observación y descripción de cada entrevista
- Escritura de una carta de despedida.

28

7 DESARROLLO DEL TRATAMIENTO

7.1 DESCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN

S llega a la consulta al Servicio de Psicología Infantil del Hospital derivado por los médicos que atendieron a su madre en el parto de su hermano menor, que falleció a los nueve días de nacer. A la primera entrevista concurren C, la mamá de S, con S y K. S es

el hijo mayor de C y R, casados hace diez años. C, es ama de casa, y R, trabaja en su propio taller mecánico. Ambos viven en Argentina desde que se casaron. Sus hijos son argentinos. Todos tienen D.N.I. Argentino. S tiene 8 años y K tiene 6 años. Viven en una casa de material construida en un terreno propio.

C se internó en el Hospital y tuvo a su hijo. G tuvo problemas al nacer debido a que en el momento del parto ingirió meconio y líquido amniótico, su pronóstico era reservado, y fue internado en Neonatología. La Dra que la atendió en el parto solicitó Interconsulta con Psicología, se acompañó a C a los informes diarios que le brindaban en la Unidad de Terapia Intensiva de Neonatología sobre el estado de salud de su hijo, los avances y problemas que se iban sucediendo en su estado; durante los 9 días que vivió G. Se acompañó a C cuando al noveno día le informaron que su hijo ya no respondía a ningún tipo de tratamiento ni había intervención posible para su mejoría, y le aconsejaron que llamara a su marido para que se despidan de G. Hasta ese momento ella no quiso que S ni K conocieran a su hermano, ni que la visitaran a ella en el hospital.

Cuando R y C le dicen a sus hijos que su hermano había muerto, S se queda callado, y K se pone a llorar y dice que él quiere conocer a su hermano, que necesita verlo. Es ahí cuando R toma la decisión de velar a G. En el velorio S se queda en un rincón, sin hablar con nadie. K se queda al lado del cajón tocando, acariciando a su hermano y llorando desconsoladamente.

29

Al lunes de la semana siguiente, el 26 de abril, C vuelve al hospital con sus dos hijos, S y K, a la entrevista de admisión para que los chicos elaboren la muerte de su hermano.

La entrevista se realiza en la sala de médicos en el sector de Pediatría. Durante la misma, se les pregunta a los chicos si saben porque su mamá los trae, se les pregunta que piensan respecto a trabajar juntos para que le ayudemos a elaborar el momento por el que están atravesando en la familia, y en particular cada uno de ellos, debido a la muerte de G.

K es el único de los dos hermanos que habla, dice que él está muy triste porque ya no van a ser la familia que pensaba, que no le gusta ver triste a su mamá; pero que él ya se despidió de su hermanito, ya lo vio, lo acarició, y ahora va a rezar por él.

S se sentó en un rincón, con la cabeza baja, mirando el piso en todo momento. Se lo notaba tenso e incómodo por la rigidez de su postura corporal y la imposibilidad de hacer contacto visual o responder a las preguntas que se les hacían a los dos hermanos.

La pasante se acercó al rincón donde estaba sentado, se arrodilló para estar a su altura, lo tomó de las manos, y le preguntó si quisiera venir una vez por semana a hablar sobre lo que le pasaba, sobre lo que sentía. Contestó que sí, moviendo la cabeza.

C estuvo de acuerdo en que el que más ayuda necesitaba era S, y se comprometió a traerlo una vez por semana.

K dijo que algún día él también quisiera venir a ver cómo era, y se acordó con C que si era necesario en alguna sesión se incluiría a K.

7.2 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE TERAPIA COGNITIVA REALIZADAS EN EL ACOMPAÑAMIENTO DEL DUELO

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 niño, poder trabajar con la temática de la muerte, desde diferentes puntos de vista y significados.

Este es un libro diseñado para niños que tienen entre 6 y 12 años de edad, hay distintos dibujos incompletos que invitan a que ellos los terminen como lo deseen, expresando de esta manera lo que están sintiendo, contando de alguna manera su

30

historia y su vivencia respecto a la pérdida.

Hay que explicarle al niño que este libro es para que aprenda sobre la muerte y sus sentimientos. No puede hacerse rápido, lleva tiempo. Pero es algo que le va a quedar a él para recordad a alguien que fue especial.

Los niños aprenden a sobrellevar la muerte de un ser querido observando a los adultos. No hay que tratar de protegerlos ni ocultarle la tristeza, la angustia, la bronca. Ayudarlos a entender y expresar sus sentimientos los hará capaces de desarrollar comportamientos y habilidades que los ayuden a sobrellevar las dificultades en la vida (Heegaard, 1988).

Es útil para los adultos buscar un apoyo que los ayude a entender su proceso de duelo y así poder elaborar una respuesta saludable ante las pérdidas, logrando expresar sus sentimientos y mostrarse abiertos a recibir la ayuda que necesitan. Los niños generalmente aprenden la forma de responder a las pérdidas de los adultos significativos.

Los niños sienten miedo e inseguridad ya que son sensibles a la profunda pena y estrés que sufren los adultos cuando atraviesan por una situación de duelo, sumado a la

sensación de imposibilidad de poder ayudar; por eso ellos necesitan amor incondicional, apoyo y una estructura en su rutina cotidiana.

Cuando alguien muere, los niños se preocupan por su propia muerte y por las de sus padres o adultos significativos. Ellos necesitan una adecuada explicación de la causa de la muerte del ser querido, acorde a su edad y nivel de comprensión, usando las palabras “morir” y “muerto”. Tratar de protegerlos de la verdad usando términos vagos como “se fue”, “se durmió”, “enfermo de muerte”; los confunde. Se los debe escuchar y responder claramente a sus preguntas (Heegaard, 1988).

No se debe excluir a los niños cuando la familia y amigos ayudan a sobrellevar el duelo. Aislarlos o no hablar del tema delante de ellos, les enseña que la muerte es un tabú. Los niños necesitan aprender como sobrellevar las pérdidas, no ser protegidos de ellas.

Hay que ayudar a los niños a nombrar, aceptar y expresar sus sentimientos, para evitar que desarrollen una forma poco saludable de sobrellevar las pérdidas que le generará dificultades emocionales. A los niños les es difícil expresar lo que sienten verbalmente, les es más fácil actuar que hablar (Heegaard, 1988).

Se debe ayudar a los niños a sobrellevar la muerte con otras pérdidas. La muerte de una mascota tiene un significado importante para un niño. Los patrones de

31

sobrellevar las pérdidas se forman en la infancia y frecuentemente no se modifican hasta la adultez.

7.2.1 LOS CAMBIOS SON PARTE DE LA VIDA

La primera entrevista se trabajó con láminas donde S tenía que completar dibujos a cerca de los cambios, cambios en animales, en la naturaleza, y los cambios que él mismo atravesaría. Estas láminas sirvieron para que el niño pudiera ver los cambios como parte natural del crecimiento; pudiera expresar las pérdidas que traen aparejadas los cambios, e identificar las formas de sobrellevar estas pérdidas. Dibujó la evolución desde gusano, pasando por un capullo hasta convertirse en mariposa. Dibujó los cambios que le suceden a un árbol en las diferentes estaciones del año: primavera, verano, otoño e invierno.

S comentó acerca de este trabajo que la estación del año que más le gusta es el verano, cuando terminan las clases, llega la navidad y empiezan las vacaciones; cuando puede salir con su familia, visitar a sus primos y ver a sus amigos cuando quiere.

Luego, en otra lámina dibujó los cambios que él piensa que él mismo tendrá a través del paso del tiempo: él bebé, él como es ahora, y él siendo viejo. Cabe destacar que en los

dibujos que hizo de él mismo en tres etapas de su vida, en las tres se dibujó sonriendo. En los tres dibujos graficó una nube sobre su cabeza. Los tres dibujos son iguales, solo aumentó su altura, desde el dibujo de un bebé, hasta el del viejo; se dibujó con la misma ropa, en la misma pose, parado; solo agregó un bastón al dibujo del viejo.

32

En la tercera lámina trabajada durante la segunda entrevista, se conversó sobre las diferentes etapas del duelo, haciendo una analogía con las olas del mar. La cresta de la ola identificada como el momento del shock al recibir la noticia de la muerte de su hermano, la negación. Luego el bajón de la confusión, y los sentimientos dolorosos, para volver a construir cicatrizando, curando y creciendo, habiendo aprendido de la situación de crisis.

S contó que en el colegio todos saben que su hermano murió, pero que él no quiere decirlo todavía; y que como nadie le pregunta sobre eso, él no cuenta nada; dice: *“es como si no hubiera pasado, es como si G estuviese vivo, es como estar arriba de la ola, pero cuando vuelvo a casa veo a mamá triste, y G no está.”*

El dolor del duelo no se parece a ningún otro y no hay forma de evadirlo: ni al dolor ni al duelo. Esta inexorabilidad es, precisamente, el punto de partida de cualquier elaboración funcional y posterior recuperación (Lieberman, 2007).

La negación acerca de expresar las emociones y el dolor por la pérdida, sería 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).

7.2.2 LA MUERTE ES EL FIN DE LA VIDA

En la segunda entrevista se trabajó sobre las posibles causas de muerte, para evitar pensamientos erróneos que lleven a sostener sentimiento de culpa o responsabilidad. Se le explicó a S la causa de la muerte de su hermano, y todo lo que se hizo para evitarla.

“Mamá dijo que a G se le paró el corazón, que le costaba respirar, y estaba lleno de tubos; pero yo nunca lo vi. Cuando mamá y

33

papá nos lo contaron mi otro hermano dijo que quería verlo, que quería despedirse. Entonces fuimos al velorio. Yo no quise entrar, me quedé afuera, llore un poco. No quería verlo así. Mamá se quedó consolando a mi hermano, yo me quede solo afuera. Quería volver a casa, quería que todo termine pronto, no quería estar ahí.”

Llegar a aceptar esta realidad lleva tiempo, porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional (Worden, 2004).

Los niños tienen pensamiento mágico, y pueden creer que sus comportamientos pueden causar o revertir la muerte. Es importante que comprendan que la muerte es irreversible. S tiene ocho años, y puede comprender el concepto abstracto de la muerte como algo irreversible, sus preguntas o dudas no giran en torno a la fantasía de que su hermano “vuelva”, en este momento está atravesando por la etapa de negación de acuerdo a la clasificación de Elizabeth Kübler – Ross

Hay que tener cuidado en el uso de las creencias religiosas para explicar la muerte; esto puede causarle temor o resentimiento con Dios, quien “se llevó al cielo” a un ser querido que necesita (Heegaard, 1988).

Sin una conversación abierta y honesta, los niños buscan propias respuestas a preguntas que están por encima de su de su capacidad de comprensión. Es particularmente importante que los padres disipen ese pensamiento mágico y erróneo respecto a la muerte para poder establecer un vínculo emocional entre ellos y los hijos que quedan. Este es un momento crucial que puede afectar al desarrollo de su personalidad y a su capacidad para establecer y mantener relaciones futuras.

7.2.3 VIVIR IMPLICA SENTIR

En el tercer encuentro S trabajó sobre una serie de láminas que lo ayudaron a identificar, y diferenciar los sentimientos. Se le pidió que nombrara y reconociera sentimientos básicos, y se lo alentó a que los comparta y los acepte. Se le indicaron diferentes formas para poder expresar los sentimientos negativos.

34

Para eso se usaron una serie de láminas; en la primera, se le pidió que dibujara diferentes tipos de sentimientos, la consigna era que dibuje alguno de los sentimientos que se nombraban abajo del círculo. S dibujó todos los sentimientos, en los cinco círculos dibujó niños de cuerpo entero, no solo las caras con la expresión. El sentimiento que más le costó dibujar fue “culpable”, pensó un rato y dijo: *“dibujo a alguien normal, pero yo te digo que se siente culpable porque hizo algo malo; pero eso no lo puedo dibujar”*

En otra lámina se le pidió que identificara en qué lugar de su cuerpo sentía la: tristeza, temor, culpa, enojo, celos, nervios y felicidad; con diferentes colores. Dibujó la tristeza en los ojos, dijo: *“Cuando estoy triste lloro!; el miedo lo siento en todo el cuerpo; la culpa es algo que está en mi cabeza, en mi mente; cuando estoy enojado aprieto fuerte*

los dientes y cierro los puños, a veces grito; los celos, mmmmm, no sé, mejor no los dibujo!; cuando estoy nervioso me tiemblan las mano y me duele la panza; feliz es el más fácil, mi mamá siempre me dice que la risa me sale del corazón, cuando estoy feliz me río, salto, corro, no puedo parar”

Uno de los primeros pasos será poder diferenciar y nombrar estas emociones; el entrenamiento en el reconocimiento de emociones, se usa porque muchos niños no diferencian emociones como tristeza, aburrimiento o enojo (Bunge, Gomar y Mandil, 2008).

35

En otra lámina se le explicó que es bueno poder expresar los sentimientos, dejarlos salir del cuerpo, porque si quedan dentro mucho tiempo pueden causar dolor o enfermedades; y se le pidió que dibuje las zonas de su cuerpo donde tiene heridas pequeñas, y en que parte se siente herido un montón. S dijo: *“Cuando las lastimaduras son chiquitas, se curan rápido, pero cuando son grandes duran y duelen más. Pero cuando me siento muy triste, o con mucho miedo o bronca, no sé que hacer, me quedo quieto, no hago nada, no sé qué hacer. Heridas chiquitas las siento en la garganta, y a veces en la panza. Lo que más me lastima lo siento en mi cabeza y en el ¡corazón!”* Se le explica que en esos momentos, jugar, escuchar la música que le guste, cantar, dibujar, hablar con alguien, o escribir puede ser una buena forma de que los sentimientos salgan afuera.

Entonces se le pidió que dibuje algo triste que le haya pasado. S dibujó a su primer perro, y dijo: *“me acuerdo que cuando se murió T lloré mucho, pero un día se me pasó. Ahora me acuerdo de él pero no lloro, solo lo extraño a veces. Lo enterramos en el jardín de casa.”* S dibujó s su perro “T” muerto, con la lengua afuera. Se le explicó que expresando en el dibujo la tristeza podía sacar el dolor afuera.

36

También se le dio la consigna de escribir diferentes situaciones en las que se siente enojado. S escribió: *Estoy enojado porque . . . “mi mamá no me deja ir a jugar si no termino los deberes; mi hermano me molesta; mi papá no me deja ver tele hasta tarde; tengo que compartir siempre la Play con mi hermano.”* Se le explicó que poniendo la bronca en la hoja no se puede lastimar a nadie.

Se le indicaron diferentes formas para poder expresar los sentimientos negativos de modo de no lastimar a nadie ni romper nada:

- Hablando, diciendo “yo estoy enojado porque”
- Pegándole a una almohada o pateando una pelota
- Rompiendo en pedacitos un diario viejo
- Escribiendo rápido sobre un papel y luego hacerlo una pelota y lanzarla
- Escribir una carta de enojo y después romperla

S dijo: *“No creo que pueda hablar, pero me gusta salir al jardín a jugar a la pelota, cuando estoy con bronca la pateo fuerte contra la pared del fondo. Me gusta la idea de romper papeles, pero también salgo al jardín y me pongo a tirar piedras, hago puntería pegándole a unas latas”*

La terapia cognitiva con niños suele basarse en un enfoque experiencial, centrado en el aquí y ahora. Como los niños están orientados a la acción, están predispuestos por naturaleza a aprender haciendo. Conectar habilidades de afrontamiento a acciones concretas suele ayudar a los niños a prestar atención, a recordar y a ejecutar la conducta deseada. Además la acción da vitalidad a la terapia. Y la motivación de los niños mejora cuando se divierten (Friedberg y McClure, 2002).

37

7.3 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE PSICOLOGÍA POSITIVA REALIZADAS EN EL ACOMPAÑAMIENTO DEL DUELO

7.3.1 SENTIRSE MEJOR Y COMPARTIR BUENOS RECUERDOS

En la cuarta entrevista, en la identificación de las situaciones que le causan miedo, o preocupación; en el reconocimiento de sus fortalezas, para aumentar su autoestima y confianza, para aprender las mejores formas de comunicarse con los demás y recordando buenos momentos.

En la lámina donde trabajó expresando lo que le causa miedo y preocupación S escribió: Estoy preocupado por *“Porque ya no vamos a ser una familia de tres hermanos, como Los Simpson. Mamá y papá están muy tristes por que se murió G, y no quiero que se muera nadie más.”* Más allá de la ausencia, de ahora en más estará la pérdida de todo lo que pusimos o esperamos de esa relación. Se le recordó el trabajo de otros encuentros, sobre los cambios, y la forma en que los sentimientos van cambiando por cosas que pasan o por el paso del tiempo. Los planes cambiaron, nadie tiene la culpa de eso. G siempre va a estar en tu recuerdo, pero ese recuerdo no va a ser siempre

doloroso. Es bueno compartir las cosas que nos preocupan, es la única forma para que las personas que nos quieren puedan ayudarnos. S dijo: *“sí, yo no estoy triste todo el tiempo, solo me pongo triste a la noche cuando rezamos antes de dormirnos, y cuando le prendemos una vela a la foto de G, o cuando veo a mi mamá que llora y mi papá se va con ella a su cuarto.”*

Los pensamientos negativos intensos y frecuentes sobre el pasado son la materia prima que bloquea las emociones de felicidad y satisfacción, y tales pensamientos impiden la serenidad y la paz (Seligman, 2003).

38

En la lámina donde se trabajó sobre la identificación de sus fortalezas, se le pidió primero que nombrara situaciones en las que se siente diferente. S escribió: *“Soy callado, no me gusta hablar como a mi hermano. Soy uno de los más petisos de la clase. Tengo pocos amigos.”* Entonces se le pidió que usara esas mismas cosas para destacar una fortaleza que lo identificara, como ver las dos caras de una moneda, y se lo ayudó con el primer ejemplo: *“Por ejemplo, a vos no te gusta hablar, pero cuando quieres puedes hacerlo, eso es algo que puedes modificar cuando lo quieres o lo necesitas, no?. Pero hay cosas que vos haces que los demás no pueden hacer tan fácil o tan bien como te salen a vos, no?”* S dijo: *“Si, claro yo dibujo muy bien, mi hermano siempre me pide que lo ayude con su tarea, y a mí me gusta dibujar. Mi hermano no puede imitarme en eso.”* Se conversó sobre que no todos expresamos las cosas que sentimos de la misma forma. Es bueno que sepa que a su hermano le pasa lo mismo que a él, solo que lo demuestra diferente.

No se pretende cambiar la idea básica del carácter negativo de las situaciones traumáticas. Se trata de que sea posible encontrar otros elementos y desarrollar métodos efectivos para disminuir el dolor y para que la persona sea más resistente a la adversidad. (Pérez Sales; Vázquez Valverde 2001)

La identificación y el cultivo de las fortalezas más importantes de la persona constituyen la verdadera felicidad. Estas actúan como una barrera contra la desgracia y los trastornos psicológicos. Serán la clave para facilitar la recuperación. Los mejores terapeutas además de curar los daños ayudan a la persona a identificar y desarrollar sus fortalezas y virtudes (Seligman, 2003).

Entonces se le pidió que describiera cual es para él el lado positivo de las otras dos cosas que señaló que lo hacen sentirse diferente. S escribió: *“Juego bien al futbol, soy uno de los más rápidos. Mis amigos son muy importantes.”*

Lo trabajado se reforzó en la lámina siguiente donde la consigna fue que dibujara algo en lo que él se considere bueno. Se dibujó dibujando. Su postura corporal cambió, se sentó erguido; su forma de buscar los lápices de colores era más segura, los miraba y los elegía; se lo veía concentrado, abstraído en su tarea. Cuando terminó mostró su producción con orgullo, con una sonrisa en la cara y en la expresión de sus ojos; y dijo: “¿Te gusta? Viste, te dije que soy bueno dibujando.” Se le habló sobre que todos tenemos algo que hacemos bien, que nadie es bueno en todo lo que hace, y lo bueno de conocer las fortalezas de cada uno.

Estimulando las capacidades del niño, se desarrolla su creatividad y expresión individual, logrando satisfacción personal. La expresión espontánea del dibujo en los niños les lleva a exteriorizar sin trabar sus pensamientos, emociones y sentimientos acerca de sus vivencias. Las palabras imponen límites, pero las imágenes poseen un nivel de penetración en la mente que supera el pensamiento discursivo. En ocasiones los dibujos infantiles nos aportan información que jamás nos comunicarían de otra forma (Duborgel, 1981).

Luego se le pidió que dibujara la forma en que le gusta ser consolado; se le dio la consigna de que cerrara los ojos y que se imaginara la forma en que le gusta que lo consuelen y cuando se sienta cómodo abra los ojos y la dibuje. Se permaneció unos segundos con los ojos cerrados, se sonrió; abrió los ojos y dijo: “¡esta es fácil!” Dibujó a su mamá abrazándolo. Se conversó sobre cómo hacer para que su mamá sepa lo mucho que le gusta que lo abrace, y que la forma más fácil para que su mamá y los otros sepan lo que a él necesita es hablarlo; no hace falta hablar mucho, solo pedir lo que necesitas.

7.3.2 YO TAMBIÉN SOY ESPECIAL

En la quinta entrevista se trabajó en el reconocimiento de la red social, familia, adultos significativos y amigos en los que puede confiar y buscar apoyo.

Se le pidió que dibuje a las personas con las que vive. La hoja en la que tenía que hacer el dibujo tenía un croquis de la estructura de una casa de dos plantas. Se dibujó en la planta superior a su mamá, su papá, su hermano menor y a él. En la planta baja dibujó a su tía (hermana de su mamá), a su tío, y sus dos primas. En un costado del croquis de la casa, estaba escrito en la hoja “Mejores amigos” Se escribió el nombre de las personas

que viven con él. En el otro costado estaba escrito “Otros importantes”, S escribió “Seño G, P (nombre de su terapeuta).”

En la lámina siguiente se le pidió que escribiera los nombres de las personas que se interesan y se preocupan por él. S escribió los nombres por orden numérico cómo lo indicaba en la hoja. “1. Mamá. 2. Papá 3. K (su hermano) 4. Y (su tía) 5. J (su tío) 6. D (su mejor amigo) 7. R (un amigo) 8. G (su maestra) y agregó el número 9. P (su terapeuta)” Cuando tuvo que pasar los nombres al dibujo de los círculos que identificaban las personas más cercanas a la familia y amigos en el círculo más pegado a él, y en el círculo siguiente a familiares y amigos puso a todos los demás, incluso a su maestra y a su terapeuta; y dijo: “para mí son muy importante mi maestra y vos, por eso las pongo cerca.”

41

En la lámina siguiente la consigna decía: “Tengo alguien con quien siempre puedo hablar (puede ser una persona o algo especial)” S escribió: “Mamá. Papá. K (su hermano). P (su terapeuta)”

Se le propuso un juego, una “Concurso de besos a mamá y papá”. Se le explicó que se trataba de no quedarse con las ganas y darles a sus padres los besos que quisiera, que compitiera con su hermano a ver quién de los dos le daba más besos, y que llevara un registro. Es un juego donde todos ganan. A S le gustó el juego, y se llevó una hoja que separó en dos con una línea donde de un lado escribió su nombre y del otro el nombre del hermano, y dijo: “Esta la gano, si empiezo ahora, ya le voy a dar un beso a mamá.” Se le pidió que trajera la hoja del registro de los resultados para la próxima semana.

Salió del consultorio y cuando vio a su mamá que lo estaba esperando en el pasillo, corrió a abrazarla y le dio un beso; se dio vuelta y miró a la terapeuta riendo.

En la terapia con niños, no hay mejor maestro que la experiencia, por eso se debe apuntar a un aprendizaje experiencial; es decir que el niño aprenda a través de la acción, aplicando en su propio medio las estrategias aprendidas en el consultorio (Bunge, Gomar y Mandil, 208).

Las intervenciones generales en Psicología Positiva tienden a lograr el aumento de la percepción de autoeficacia. Esto se logra con intervenciones específicas, que buscan detectar las fortalezas de cada uno, desarrollar las habilidades sociales, lograr que la persona tenga un estilo explicativo optimista, generar capacidad de reflexión y planificación, incorporar la perspectiva del otro, generar el aumento del lenguaje interno, la autorregulación, y atención plena en el presente (Kelmanowicz, 2005).

Las emociones positivas tienen un objetivo fabuloso en la evolución. Amplían nuestros recursos intelectuales, físicos y sociales y los hacen más perdurables, acrecientan las reservas a las que podemos recurrir cuando se nos presenta una amenaza o una oportunidad. Cuando están de talante positivo, las personas mejoran, y la amistad, las relaciones amorosas tienen más probabilidades de prosperar. A diferencia de las limitaciones que induce la emoción negativa, la actitud mental ligada a emociones positivas es expansiva, tolerante y creativa; se abre a nuevas ideas y experiencias (Fredrickson, 2009)

7.3.3 VIVIR SIGNIFICA CAMBIAR Y CRECER. PUEDO DIVERTIRME Y SER FELIZ.

A la sexta entrevista, S llegó muy entusiasmado, tenía una actitud diferente, caminaba erguido, con la vista al frente, se movía seguro; usaba un reloj y un anillo. Fue él quien tomó la iniciativa saludando a su terapeuta con un beso y un abrazo, y luego con una sonrisa, y sacando un bombón de su bolsillo dijo: *“Mirá lo que te traje”* y le entregó el bombón a su terapeuta. Miró a su mamá y le dijo: *“Má, dame la hoja del concurso; quiero mostrarle que gané.”*

La madre le comentó a la terapeuta que S había estado mucho mejor en la semana, que todos se divirtieron mucho con lo de la competencia de besos, que fue bueno para toda la familia. También le comentó que hasta había traído una nota de felicitación de su maestra por participar en la clase.

Según Seligman (2003), la lección más importante del siglo pasado en cuanto a medidas de salud pública es la siguiente: la curación es incierta, pero la prevención resulta enormemente eficaz. Enseñando a un niño de diez años la habilidad del pensamiento y la acción optimista las probabilidades de depresión durante la adolescencia se reducen a la mitad. Educar a un niño de esta forma consiste en reconocer y desarrollar sus fortalezas y virtudes, y ayudarlo a encontrar el espacio en el que pueda expresar tales rasgos positivos.

Cuando se halla amenazada, la gente feliz no solo soporta mejor el dolor y toma más precauciones relacionadas con la salud y la seguridad, sino que sus emociones positivas anulan a las negativas.

Las emociones positivas pueden centrarse en el pasado, el presente o el futuro. Las emociones pueden encauzarse en una dirección positiva, cambiando la forma de

experimentar sentimientos sobre el pasado, de pensar sobre el futuro y de vivenciar el presente (Seligman, 2003).

Una vez en el consultorio S puso la hoja del registro de resultados del Concurso de Besos sobre la mesa de trabajo y dijo sonriendo: *“Viste, te lo dije, gané yo.”* Se le preguntó cómo se había sentido con el Concurso, dijo: *“Bien, fue divertido, pero te aviso que no voy a seguir dando tantos besos. Me gustan más los abrazos de mamá, o las cosquillas que me hace papá antes de irme a la cama.”* Se habló sobre las diferentes formas de expresar los sentimientos, no hay formas buenas ni formas malas, solo hay que respetar las formas de cada uno siempre que no lastimen a nadie. También se conversó sobre lo bueno que es conocer las cosas que nos ayudan a sentirnos mejor, se le pidió a S que hiciera verbalmente una lista, y él dijo: *“Mmmm, primero los abrazos de mi mamá, jugar a la pelota con mis amigos, el saludo “cosquilloso” de mi papá antes de irme a dormir, dibujar cuando tengo ganas, jugar con mi hermano a la Play, y no me acuerdo más.”*

Entonces se le pidió que escriba en otra lámina la forma que él elige para demostrarle a los demás que son importantes para él. S escribió: *“Demuestro dando un beso, un abrazo, un bombón.”* Se habló sobre las consecuencias de sus demostraciones de afecto, y si le parecía que era mejor guardarse los sentimientos o expresarlos, y él dijo: *“Vos me dijiste que si guardaba las cosas me podía hacer mal. Cuando di besos y abrazos esta semana me gustaba que mamá se reía y me abrazaba. Demostrarlo es mejor, los dos nos sentimos bien.”*

Se le pidió que dibujara la última lámina del cuadernillo de trabajo. La consigna era *“Aún puedo divertirme y ser feliz!”* S se

44

dibujó jugando al fútbol con su hermano, en el jardín, con su papá, su mamá y su perro. Se le preguntó si había momentos en los que se sentía triste, dijo que sí, pero cada vez menos.

S preguntó: *“¿Con qué lámina seguimos?”* Se le explicó que el trabajo del cuadernillo había terminado, que todas sus producciones se le iban a entregar encuadernadas, para que las pueda ver cuando quisiera. Se le mostró la primera hoja del cuadernillo, y se le pidió que la lea en voz alta. S leyó: *“Este es un libro para ayudarte en un momento difícil. Cuando alguien que quieres se muere, nadie puede evitar esa pérdida y el dolor que trae la muerte. Sin embargo, esto te va a ayudar a aprender algunas cosas sobre la muerte y los sentimientos de dolor, y lo bien que hace hablar de eso. Este no es un libro*

de dibujos lindos. No tenes que ser un gran pintor. Podes usar los colores y unas pocas palabras para hacer que los dibujos cuenten tu historia personal. Este libro es tuyo y lo vas a tener para poder leerlo cuando quieras, y poder entender lo que pasaste en este momento.”

Se le explicó que la próxima semana sería el último encuentro y para eso tenía que hacer la última tarea, escribir una carta a su hermano G, diciéndole lo que quisiera, ahora que le resultaba más fácil poder expresar sus sentimientos. S preguntó: “¿Cómo le va a llegar a G la carta?” La terapeuta le explicó que ella traería unos globos con gas para que atemos la carta y pueda llegar al cielo, a S le gustó mucho la idea y preguntó: “¿Pueden escribirle algo mi mamá, mi papá y K también?” Se le dijo que todos los que quieran podían escribir.

S se despidió de su terapeuta con un abrazo y un beso.

7.4 ULTIMA ENTREVISTA – FIN DEL ACOMPAÑAMIENTO DEL DUELO

S llegó a la consulta traído por su mamá y acompañado por su hermano. Entró al consultorio con un sobre en la mano y le dio a la terapeuta: “*Esta es la carta que le escribí a G; vino K porque también él quiere mandarle la carta que escribió.*” Se le dijo que al final de la entrevista ambos iban a mandarle la carta a su hermano.

Se comenzó la entrevista entregándole a S un cuadernillo anillado con todos los trabajos hechos por él durante todo el acompañamiento. Se trabajó haciendo un recorrido por las diferentes láminas, hablando de lo que hoy pensaba sobre el trabajo realizado, y haciendo notar el cambio positivo que había tenido desde el primer día

45

hasta la fecha, la forma diferente de ver las cosas, evaluando sus recursos, sus fortalezas, reafirmando la importancia de el apoyo de su familia y amigos, y haciéndole saber que siempre podía contar con la ayuda de un profesional si él lo necesitaba. S dijo: “*Primero no sabía qué hacer, no sabía que iba a pasar, nunca pensé que G se iba a morir. Fue bueno venir a verte, y trabajar con vos.*”

En el acompañamiento del duelo se trabajó para que S reconociera sus sentimientos, con el fin de encontrar la mejor forma de salir de situaciones en las que no se sienta bien. El objetivo de la Terapia Cognitivo-Conductual se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información. Se entiende que no padecemos por las situaciones en sí sino por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

Fue decisivo en el acompañamiento poder sumar intervenciones de Psicología Positiva, teniendo en cuenta que la idea base de dicho modelo es que aun cuando la desaparición de los trastornos psicológicos trae aparejado un alivio para el sufrimiento humano, no implica un mayor bienestar (Gancedo, 2009). Una intervención en Psicología Positiva por ser generalmente una acción externa que tiene como objetivo la solución de un problema. Pawelski (2009) sostiene que, para ser positiva, una intervención debe focalizar en el aumento de los recursos personales, aumentando el bienestar, a través de mejora de afecto positivo, aplicación de fortalezas y cultivo de significado.

Se le preguntó a S cuales habían sido sus actividades preferidas a lo largo de las entrevistas, y dijo: *“El Concurso de Besos, dibujar, y lo que me dijiste de mandar una carta con globos, ¿dónde están los globos?”* Se le pidió que explique porque esas actividades le habían gustado, y dijo: *“yo te dije que cuando estoy triste me gusta que mamá me abrace, y cuando le doy un beso, mamá me abraza y me da otro, así que descubrí que los besos y abrazos de mamá me gustan siempre; y dibujar me hace olvidarme de todo, cuando agarro una hoja y un lápiz, me pongo a dibujar y me siento mejor, y cuando termino de dibujar me siento mejor.”* Y, ¿escribir la carta, también te hizo sentir mejor?: *“Sí, me gustó poder decirle a mi hermanito lo que no pude antes, tengo ganas de ver los globos y que se lleven la carta”*

Entonces se llamó a la madre y al hermano de S para cerrar el acompañamiento. S le mostró a su mamá y a K el cuadernillo con todos sus trabajos hechos en las entrevistas. C, la mamá de S estaba muy emocionada, comentó que la maestra le había dicho que S estaba mejor, y dijo,

46

que esa mejoría había sido buena para toda la familia. Se le dijo que sería bueno que guarde el cuadernillo en una caja, y que lo podrían ver cuando quisieran, ella le preguntó a S si quería que lo guarde en la caja que tenía con algunas cosas que se guardaron de G, S dijo que sí.

Antes de guardar la carta en el sobre que iba a ser atado a los globos, se le sacó una fotocopia a la carta original que S escribió para su hermano G, para que la copia quedara en su cuaderno de trabajos realizados. S leyó la carta antes de guardarla en el sobre:

“Para G,

Hola hermanito te extraño mucho y te quiero ver. Soy tu hermano, te hago esta carta para saber cómo te va allá. Te quiero mucho hermanito G. Chau. Samuel”

Además de lo que escribió hizo un dibujo donde aparece S llorando, y su mamá que lo consuela diciendo: *"No llores S, tu hermanito está allá"* y su mamá señala el cielo. S sentado, llorando dice: *"es que le extraño mucho"*. En el dibujo, en una nube aparece G, con una sonrisa, y sobre la sonrisa, una boca triste, cuando la terapeuta le pregunta a S sobre esto, el niño dice: *"Es que primero lo dibujé contento como debe estar, pero creo que cuando me ve llorando él también se pone triste. Ya no voy a estar más triste por él, ¡ así vamos a estar los dos contentos!"*

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 inmortalizan (White y Epston 1990).

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

47

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).

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. 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.

Una vez leída la carta, S la guardó en un sobre al que él mismo le escribió el nombre de su hermano: "Para: G". La terapeuta fue a buscar seis globos inflados con gas, a los que se le ató las dos cartas (la carta de S y la carta de K para G) dentro de un sobre. Se bajó al parque que tiene el Hospital y ahí los dos hermanos soltaron juntos el sobre que los globos empezaron a elevar y todos observaron hasta que se perdieron de vista.

C, S y K se despidieron en la puerta del Hospital, la terapeuta entró y caminó hasta el ascensor, entonces S entró corriendo con los brazos abiertos para abrazar a su terapeuta,

y le dijo: “¡Gracias!”. Después volvió caminando a la puerta donde lo esperaban su mamá y su hermano.

El cambio se pudo ver en el niño, a quien ya no le costaba expresar sus emociones, se lo ve seguro al hablar, y al moverse, al expresar lo que desea con seguridad, sin miedos. La madre refiere que la maestra la llamó para hablar sobre el cambio de S en clase y en los recreos, la maestra dice que S participa en clase, y que resuelve los problemas con seguridad y que en el recreo se maneja con confianza, jugando alegre con sus compañeros.

C, refiere también que el cambio se nota en su casa, con su hermano K, y con el resto de la familia. S cambió su postura corporal, mira al frente, mira a los ojos a los demás, y le cuesta menos expresar lo que quiere. Pero también es más flexible, pudiendo aceptar las opiniones de los otros a pesar de que no coincidan con las suyas. C termina diciendo. *“el tratamiento de S nos ayudó a todos a atravesar este doloroso momento que vivimos, todos aprendimos con él, de él.”*

48

8 CONCLUSIÓN

Como todo trabajo, el duelo también concluye, y el atravesarlo es la condición que hace posible transformar la tristeza en una nueva historia.

Hay bibliografía acerca de lo que sucede ante una pérdida y en base a eso, consejos para abordarla en cada modelo terapéutico. Pero lo cierto es que cada persona, y en esto concuerdan la mayoría de los autores, experimenta el duelo de una manera particular. Por supuesto que hay características generales que hacen posible la creación de ciertos protocolos; pero por lo general es tarea del Psicólogo ajustar esas herramientas existentes al paciente y a su situación, que son diferentes en cada caso.

La primera limitación que surgió es que no hay registro de la eficacia del uso de las diferentes herramientas en el duelo. Y tampoco de duelo de hermanos; casi toda la bibliografía trata sobre el duelo de los padres que pierden un hijo, o el de los hijos que pierden a sus padres; pero no hay nada específicamente dedicado al vínculo fraternal.

A lo largo de este trabajo se ha realizado una descripción un de un caso de acompañamiento en duelo infantil. Pero no hay que olvidar que el niño forma parte de sistemas familiares y escolares, es por esto que se centra el tratamiento dentro de su propio entorno natural, ya sea este la familia, la escuela o el grupo de pares.

Es importante tener en cuenta los aspectos sistémicos que rodean los problemas del niño y diseñar planes de tratamiento que los tengan en cuenta; dado que los sistemas a los

que los niños pertenecen pueden exigir habilidades de afrontamiento adaptativos es fundamental implicar a la familia para implantar, mantener y generalizar los logros terapéuticos, como se observó a lo largo del caso descrito.

El cambio de S repercutió en todo su entorno, particularmente en su mamá, quien comentó que le hizo muy bien trabajar algunas tareas con su hijo, y le hizo más fácil poder expresar sus emociones. Al final del tratamiento de S, C había retomado sus estudios para terminar el secundario.

Se inició el acompañamiento del duelo, utilizando el modelo de terapia cognitiva, que en el caso de trabajar con niños suele basarse en un enfoque experiencial, centrado en el aquí y ahora. Los niños están orientados a la acción, están predispuestos por naturaleza a aprender haciendo. Los pensamientos ejercen influencia en las emociones y la conducta. Los sujetos responden al significado adjudicado a las situaciones, más que a los eventos mismos.

49

En el caso presentado, se trabajó en la identificación y reconocimiento de emociones y conductas, para luego usar la terapia narrativa con el fin de dar nuevos y más adaptativos significados a los hechos.

En lo que a mí respecta, creo que es importante conocer diferentes herramientas de distintos modelos terapéuticos, para poder usar la más conveniente para cada paciente en cada caso. Es bueno ampliar los conocimientos y la actualización constante del Psicólogo, para poder ayudar en forma más eficaz a sus pacientes. Se debe estar actualizado respecto de nuevos estudios, y formas de utilizar nuevos protocolos. Así como tener una supervisión, asistir a Congresos, y estar en contacto con pares para nutrirnos de nuevas experiencias, que podamos sumar en nuestro trabajo profesional. Es por eso que no solo utilicé el libro: "When someone very special dies", de Heegaard, M. (1988). Y viendo las fortalezas y virtudes del paciente le sumé herramientas de Terapia Narrativa, y como refuerzo herramientas de Psicología Positiva.

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 catarsis 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).

El terapeuta se convierte en guía y apoyo, ayudando al consultante a reconocer y desarrollar sus propios recursos, pero también estimulando nuevos. En general todos los niños necesitan que se les participe del problema brindándoles información correcta y sencilla, que deberá ser acompañada de apoyo emocional, tal como seguridad y comprensión para afrontar la pérdida.

Gracias a la apertura de su mamá, quien aceptó el acompañamiento de un Psicólogo desde el nacimiento de G, y trajo a sus hijos al Servicio de Psicología Infantil del hospital para que sean evaluados y guiados en el proceso de duelo; fue que se pudo contar con el apoyo total de la familia en general. S nunca faltó a las sesiones, siempre llegó en horario, toda su red social lo ayudó en las tareas solicitadas

50

que surgían del tratamiento (tanto su madre, su padre y su hermano; así como también su maestra).

Fue muy importante como refuerzo positivo, no solo tratar el problema, sino trabajar sobre las fortalezas y virtudes de S, que hicieron que el niño se sienta más seguro y refuerce su autoestima. Reforzando las capacidades del niño, su autoeficacia, lo que él cree que es capaz; se aumenta su autoestima, es decir, lo que él valora de sí mismo.

Las intervenciones generales en Psicología Positiva tienden a lograr el aumento de la percepción de autoeficacia. Esto se logra con intervenciones específicas, que buscan detectar las fortalezas de cada uno, desarrollar las habilidades sociales, lograr que la persona tenga un estilo explicativo optimista (Kelmanowicz, 2005).

Las emociones positivas tienen un objetivo fabuloso en la evolución. Amplían nuestros recursos intelectuales, físicos y sociales y los hacen más perdurables, acrecientan las reservas a las que podemos recurrir cuando se nos presenta una amenaza o una oportunidad. La actitud mental ligada a emociones positivas es expansiva, tolerante y creativa; se abre a nuevas ideas y experiencias (Fredrickson, 2009).

Así se trabajó en el final del acompañamiento con intervenciones de Psicología Positiva, para lograr un reaseguro del trabajo realizado con la terapia cognitiva y el uso de la terapia narrativa.

En base a la buena predisposición de la madre del paciente y la buena relación lograda con la terapeuta, se volvió a entrevistar a C, para re chequear el caso, a los tres meses de la finalización del tratamiento , y luego al año de la muerte de G . Encontrando que Samuel continuaba con el desarrollo esperado para su edad, con carácter más abierto, expresando sus emociones, conservando sus amistades, con buen desempeño escolar. C continuaba con el secundario, que había retomado a mediados del año anterior, con entusiasmo, alentada por sus hijos.

Generalmente se habla de duelo por pérdida de lo que se tuvo y se perdió; pero también se puede hablar de la pérdida de realidades soñadas, deseadas y que nunca se han tenido; como en el caso de este trabajo. S soñaba con su hermano y en cómo iba a ser su familia con un integrante más. Por eso, teniendo en cuenta los resultados chequeados, se puede inferir que la realización del acompañamiento del duelo, se realizó en forma satisfactoria, se le pudo brindar S el apoyo que necesitaba, enseñándole a reconocer sus sentimientos y la mejor forma de manejarlos. Ya que el

51

crecimiento de una persona está ligado a su capacidad de manejar de manera constructiva las pérdidas de la vida.

La muerte nos enfrenta con la vida, y con lo que decidamos hacer con ella. Citando la metáfora del medio vaso lleno y el medio vaso vacío, si el pasado es la mitad del vaso lleno, lo mejor que nos puede pasar es ser conscientes de lo que tenemos, para elegir con responsabilidad de qué forma queremos llenar el medio vaso vacío: el futuro; basándonos en nuestras fortalezas y virtudes, con una visión optimista, para lograr tener una vida llena de momentos felices.

52

9 BIBLIOGRAFÍA

Alford, B.A. y Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. Nueva York: Guilford Press.

American Psychiatric Association (1994). *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: American Psychiatric Association.

Aula Acreditada (2002-2003). *Atención al final de la vida y a la muerte. La atención al duelo*. Programa Anual 2002-2003 De Formación Continuada Acreditada Para Médicos De Atención Primaria

Avia, MD. y Vázquez, C. (1999). *Optimismo Inteligente*. Madrid: Alianza Editorial

Bas, F; Andrés, V. (1994). Terapia cognitivo-conductual de la depresión. Un manual de tratamiento. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. Nueva York: International University Press.

Beck, J.S. (1995). Terapia Cognitiva, conceptos básicos y profundización. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.

Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1): 20-28

Bowlby, J. (1998). El apego y la perdida I. Barcelona: Paidós Iberica

Bowlby, J. (1993). La Separación Afectiva. Barcelona: Ed. Paidós

Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Loss, sadness, and depression (vol. III), Nueva York: Basics Books.

53

Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2008) Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial

Bruder, M. (2004). Implicancias del cuento terapéutico en el bienestar psicológico y sus correlatos. Tesis doctoral. Universidad de Palermo. Buenos Aires. Argentina.

Carver, C.S. (2005). Optimism. En Snyder, C; Lopez, J. (Eds.) *Handbook of Positive Psychology*. USA: Oxford University Press

Castro Solano, A. (2010) *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires. Ediciones Paidós

Díaz Curiel J (2010) *Psicoterapia Grupal En Los Procesos De Duelo Patológico* 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010

Dollenz E. (2003). Duelo Normal y Patológico. Consideraciones Para el Trabajo en Atención Primaria de Salud. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental Para la Atención Primaria de Salud. Universidad de Santiago de Chile

Duborgel, B. (1981). *El dibujo del niño. Estructuras y símbolos*. Barcelona. Ediciones Paidós.

Flórez, S. D. (2002). Duelo. *Anales Sis San Navarra* 2002; 25 (Supl. 3): 77-85.

Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. Colombia: Editorial Norma.

Freud, S. (1988). Duelo y Melancolía, en Freud, *Obras Completas*, Ed. Orbis. Barcelona.

Fiedberg, R.D. y McClure, J.M. (2002). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Nueva York: The Guilford Press.

54

Gamo Medina E, del Álamo Jiménez C, Hernangómez Criado L, García Laborda A (2000). Problemática clínica del duelo en la asistencia en Salud Mental. *Rev. Psiquiatría Pública*, Vol 12, nº 3, 209-218

Gancedo, M. (2009). *Psicología Positiva: posible futuro y derivaciones clínicas. Psicodebate*, 9:15-26.

García de Haro Rodríguez, F. (1992): *El Sistema Humano y su Mente*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.

Gil-Juliá, B.; Bellver, A.; Ballester, R. (2008) *Duelo: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento*”. *Psicooncología*,. Vol 5 no 1, pp.: 103-116.

González Zuñiga Godoy C. (2004) *La Psicología Positiva: Un cambio en nuestro enfoque patológico clásico*. *Liberabit. Revista de psicología* No 10. pp 82-88

Gutiérrez Rodríguez, M; Hortega de Frutos E; Benítez Moreno M. (2001) *Modalidades terapéuticas en el duelo*. *Interpsiquis*. (2). Versión Web: <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/1925/>

Heegaard, M. (1988). *When someone very special dies*. Mineapolis: Woodland Press.

Horowitz, M. (1980). *Pathological grief and the activation of latent self images. American Journal of psychiatry*, 137, 1157 – 1162.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. (1995). *Tratado de Psiquiatría*. 6ª edición, Vol 3. Buenos Aires: Ed. Inter-médica.

Kaplan H; Sadock B. (1999). *Duelo, luto y el sentimiento de pérdida*. En: Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de Psiquiatría; Ciencias de la Conducta - Psiquiatría Clínica*. Madrid: Ed. Médica Panamericana S.A. 8a edición. 78-83.

Kazdin, A. (1983). *Historia de la Modificación de Conducta*. Bilbao.D.D.B.

55

Kelmanowicz, V. (2004). *Habilidades Sociales en la infancia. Cuándo, Cómo y Para qué*. Trabajo presentado en la 1º Conferencia Internacional Fundación TDAH. Avances en la comprensión y tratamiento del TDAH (AD/HD). Realizado en Buenos Aires el 10 y 11 de Septiembre.

Kübler – Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.

Liberman, 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.

Lopez Blanco, A. (2010). La salud emocional. Qué es y cómo alcanzarla. Buenos Aires. Paidós

Lyubomirsky, S. (2008). La ciencia de la felicidad. Barcelona: Ediciones Urano.

Mayor, Y ; Labrador, F. (1984). Manual de modificación de conducta. Madrid. Alhambra.

Neymeier, R. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

Olmeda, M.S. (1998). El Duelo y el Pensamiento Mágico. Madrid: Ed. Master Line.

Pawelski, J. (2009). Positive interventions: Theory, reserch and practice. Workshop. Documento presentado en el Primer Congreso Internacional de Psicología Positiva. International Positive Psychology Association, Fialdelfia (Pensilvania).

Pérez Sales, P.; Hernángoómez Criado, L. (2000) “Terapia en duelo complicado: un enfoque desde los valores de cambio positivo”. Rev. Psiquiatría Pública, Vol 12, nº 3, pp.:273-284.

56

Pérez Sales, P; Vázquez Valverde, C. (2001) Reconceptualizar la psicología del trauma desde los recursos positivos: apuntes para una visión alternativa. Versión Web: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/2231/>

Pennebaker, J. (1997). El arte de confiar en los demás. Buenos Aires: Alianza.

Puchol Esparza D. (1970) Teoría y Práctica de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual. Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Psiquiatria.com

Salazar Rojas D. (2004) Resiliencia: de que Estamos Hablando Cuando Hablamos de Ella. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Psiquiatria.com

Seligman, M. E. P. (2003). Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment. New York: Free Press.

Schultz K. (1999) Bereaved children. Can Fam Physician 1999; 45.

Tizón García J. (1998) El duelo y las experiencias de pérdida. En: Vázquez Barquero, J. L. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Grupo Aula Médica, S. A. Madrid : 519-540.

Vallejo, M, Ruiz M..(1993). Manual práctico de Modificación de Conducta. vol.1 y 2. Madrid. Fundación Universidad-Empresa

Vázquez-Barquero, J.L. (1999) *Psiquiatría en Atención Primaria*; “El Duelo y las Experiencias de Pérdida”, Libros Princeps- Biblioteca Aula Médica, pp 509-518, España.

Villanueva C. (1999) *Duelo en la infancia* En: Gamon Medina E, ed. *Teoría y clínica del duelo*. Ciudad Real:Angama; 101-125.

Villanueva, C; García Sanz J. (2000) *Especificidad del duelo en la infancia*. *Psiquiatría Pública*; 12 (3) 217-228

57

Walsh, F. y McGoldrick, M. (1991), *Living beyond loss: Death in the family*, Nueva York, Norton

Worden, J.W. (1991): *Grief counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*, 2ªed., Springer Publishing Company, New York.

Worden, W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós

Worden JW. (1991) *Grief counseling & Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York, 2º Ed., Springer Publishing Company.

Yoffe, L (2007). *El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales*. *Psicodebate*, 3, 131 – 136

58

10 ANEXOS

59

10.1 INTRODUCCIÓN

60

10.2 LÁMINA 1º “LOS CAMBIOS SON NATURALES”

61

10.3 LÁMINA 2º “LA GENTE TAMBIÉN CAMBIA”

62

10.4 LÁMINA 3º “LOS CAMBIOS CAUSAN PÉRDIDAS”

63

10.5 LÁMINA 4º “IDENTIFICAR LA CAUSA DE LA MUERTE”

64

10.6 LÁMINA 5º “LA MUERTE DE UN SER QUERIDO”

65

10.7 LÁMINA 6° “IDENTIFICANDO SENTIMIENTOS”

66

10.8 LÁMINA 7° “LOS SENTIMIENTOS EN EL CUERPO”

67

10.9 LÁMINA 8° “LOS SENTIMIENTOS PUEDEN LASTIMAR”

68

10.10 LÁMINA 9° “EXPRESO Y COMPARTO ALGO TRISTE”

69

10.11 LÁMINA 10ª “EXPRESO LO QUE SIENTO SIN LASTIMAR”

70

10.12 LÁMINA 11° “DIFERENTES FORMAS DE EXPRESAR LOS SENTIMIENTOS”

71

10.13 LÁMINA 12° “COMPARTO MIS PREOCUPACIONES”

72

10.14 LÁMINA 13° “IDENTIFICO FORTALEZAS”

73

10.15 LÁMINA 14° “MIS VIRTUDES”

74

10.16 LÁMINA 15° “ME GUSTA QUE ME CONSUELEN ASÍ”

75

10.17 LÁMINA 16° “MI ENTORNO FAMILIAR”

76

10.18 LÁMINA 17ª “MI RED SOCIAL”

77

10.19 LÁMINA 18ª “TENGO ALGUIEN EN QUIEN CONFIAR “

78

10.20 LÁMINA 19° “YO TAMBIÉN DEMUESTRO LO QUE SIENTO”

79

10.21 LÁMINA 20° “CONCURSO DE BESOS”

80

10.22 LÁMINA 21° “PUEDO DIVERTIRME”

81

10.23 CARTA DE DESPEDIDA