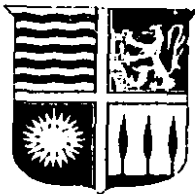


318525

14  
26

**EXCIT ET DOCT**



**UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL**

# **UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL**

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

Con Estudios Incorporados a la  
Universidad Nacional Autónoma de México

**“LABOR DEL PSICOLOGO EN EL MANEJO DE LA  
FRUSTRACION Y LA ELABORACION DEL DUELO  
CON NIÑOS ONCOLOGICOS Y SUS PADRES”**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
Licenciado en Psicología  
P R E S E N T A  
**SONIA ANNE LEON LANGRIDGE**  
MEXICO, D. F. 1989



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

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

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

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

## \* I N D I C E \*

MATERIA	No. PÁGINA
I.- INTRODUCCIÓN .....	1
II.- ¿QUÉ ES CÁNCER?, DOS TIPOS DE CÁNCER VISTOS EN EL ESTUDIO .....	7
III.- IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS .....	19
A) IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS ESPECÍFICAS EN NIÑOS .....	22
IV.- DESARROLLO DEL CONCEPTO DE MUERTE Y CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO CON CÁNCER Y SU FAMILIA .....	25
V.- ELABORACIÓN DEL DUELO Y APOYO PSICOLÓGICO .....	45
VI.- TEORÍA GENERAL DE LA FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG .....	67
VII.- A. METODOLOGÍA .....	75
A1. PROBLEMA .....	77
A2. OBJETIVOS .....	78
A3. HIPÓTESIS .....	78
A4. TIPO DE ESTUDIO .....	79
A5. ZONA DE ESTUDIO .....	80
A6. SUJETOS DE ESTUDIO .....	80
A6.1 SELECCIÓN .....	81
A7. CONTROL DE VARIABLES .....	83
A8. PROCEDIMIENTO, EXPLICACIÓN DE ALGUNOS CASOS .....	83
A8.1 CASO 1 .....	84
CASO 2 .....	85
CASO 3 .....	88
CASO 4 .....	91
A9. INSTRUMENTOS .....	93
A10. ALCANCES Y LIMITACIONES .....	94
B. RESULTADOS .....	95
B1. TABLAS DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG .....	96
VIII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....	99
IX.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	101
X.- BIBLIOGRAFÍA .....	105

I.- INTRODUCCIÓN

EN LA ANTIGÜEDAD GRECOROMANA LA CONDICIÓN SOCIAL DEL MÉDICO NO SE ENCONTRABA BIEN DEFINIDA. EN ESA ÉPOCA LA MEDICINA CONSTITUIA UN ARTE, Y LA SUBSISTENCIA DEL MÉDICO DEPENDÍA DIRECTAMENTE DE SU EFECTIVIDAD COMO CURADOR; LO PEOR QUE SOLIA OCURRIRLE ERA, POR SUPUESTO, QUE UN PACIENTE MURIESE EN SUS MANOS YA QUE ESTO REPRESENTABA UNA PRUEBA MANIFIESTA DE LA INUTILIDAD DE LA MEDICINA O BIEN DE LA MEDIOCRIDAD DEL CURADOR. ASI PUÉS, TODO PACIENTE CON UN MAL INCURABLE Y DE PRONÓSTICO MORTAL REPRESENTABA UNA AMENAZA SERIA PARA EL MÉDICO.

HIPÓCRATES, EN SU CÉLEBRE TRATADO DE MEDICINA DEFINE EL CONCEPTO DE LA MEDICINA DE LA SIGUIENTE MANERA: "EN TÉRMINOS GENERALES CONSISTE EN TERMINAR CON EL SUFRIMIENTO DEL ENFERMO EN AMINORAR LA VIOLENCIA DE SU ENFERMEDAD Y EN NEGARSE A TRATAR A AQUEL QUE SE ENCUENTRE VENCIDO POR SU ENFERMEDAD". POR CONSIGUIENTE EL INFANTICIDIO Y EL ABORTO EN AQUEL TIEMPO ERAN COMUNES Y HASTA SE TOLERABA EL SUICIDIO Y LA EUTANASIA. LOS GRIEGOS Y LOS ROMANOS LLEGARON A PENSAR QUE EN COMPARACIÓN CON LA VIDA, LA MUERTE ERA UN MAL MENOR. DADO EL CRITERIO QUE IMPERABA EN LA ÉPOCA, NO ERA RARO QUE EL MÉDICO SUMINISTRASE VENENOS AL ENFERMO INCURABLE Y AL SUICIDA.

EN LA EDAD MEDIA LOS USOS Y COSTUMBRES DE LA MEDICINA SE DERIVARON DE IDEAS HIPOCRÁTICAS Y CRISTIANAS; EL MÉDICO DEL MEDIOEVO UTILIZABA RECURSOS Y PROCEDIMIENTOS PRAGMÁTICOS Y PROFANOS.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

EL ENFERMO GOZABA DE UNA POSICIÓN PRIVILEGIADA DADA POR EL CONTRATO REALIZADO ENTRE LA MEDICINA Y LA CRISTIANDAD, SIN EMBARGO, LA CONDICIÓN SOCIAL Y EL ASPECTO ECONÓMICO DE LOS PACIENTES AFECTÓ EL PAPEL QUE DESEMPEÑABAN LOS MÉDICOS, FORTALECIENDO LA ANTIGUA TRADICIÓN DE NEGARSE A TRATAR A LOS ENFERMOS INCURABLES O GRAVES; ESTO SE EXTENDIÓ DEL SIGLO IX AL XV. HENRY DE MONDEVILLE ESCRIBIÓ: "EL MÉDICO DEBE EN LO POSIBLE RECHAZAR TODOS LOS CASOS PELIGROSOS Y EN NINGÚN MOMENTO ACEPTAR A LOS ENFERMOS DE EXTREMA GRAVEDAD" (BODEMAR, 1983).

EN ESTE PERÍODO NO IMPERABA EL CONCEPTO DE MEDICINA PUES AL IGUAL QUE EN LA ANTIGÜEDAD, LA SUBSISTENCIA DEL MÉDICO ESTABA LIGADA A SU FAMA, LA CUAL ERA CASI SEGURO QUE SE EMPAÑARA CON LA MUERTE DE UNO DE LOS PACIENTES. EN LAS POSTRIMERIAS DEL MEDIOEVO LA MUERTE ALCANZA SU MÁXIMA EXPRESIÓN CON LAS DEVASTADORAS EPIDEMIAS DE MUERTE O SEA AQUELLAS EPIDEMIAS QUE PROVOCABAN LA MUERTE DEL PACIENTE Y ESTO SUSCITA UNA GRAN DEMANDA DE UNA OBRA TITULADA "EL ARTE DE MORIR", DONDE SE DECÍA QUE EL MORIBUNDO DEBÍA PROCURAR UNA MUERTE JUBILOSA Y VOLUNTARIA ADEMAS DE RESGUARDARSE DE CIERTAS TENTACIONES DIABÓLICAS.

CUANDO LA DEBILIDAD LE IMPEDIA VALERSE POR SI MISMO, LOS PRESENTES GOZABAN POR SU CRISTIANO FALLECIMIENTO Y EL SACERDOTE LE DABA LA EXTREMAUNCIÓN. EN EL ESCENARIO AGÓNICO DEL MORIBUNDO EL MÉDICO NO ERA ESENCIAL, ESTABA DE MÁS, SE DESAPROBABA TODO INTENTO DE QUE LO ATENDIERA, ERA EL CURA QUIEN DEBÍA ESTAR PRESENTE PARA AUXILIARLO ESPIRITUALMENTE. COMO

## INTRODUCCIÓN

"EL ARTE DE MORIR" NO ABARCABA LA AYUDA MÉDICA Y LA DIFERENCIA ENTRE LA SOLUCIÓN FÍSICA Y LA SALVACIÓN ESPIRITUAL FORTALECÍA EL TRADICIONAL ABSTENCIONISMO MÉDICO CON LOS ENFERMOS DESAHUCIADOS.

EN LOS ALBORES DE LA ERA MODERNA, SAMUEL DE SORBIERE DENOTA EL INCREMENTO DE LAS POSIBILIDADES DE LA MEDICINA ASÍ COMO LA MODIFICACIÓN DEL PAPEL DEL MÉDICO EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE. EN 1803, THOMAS PERCIVAL PUBLICA UNA OBRA TITULADA "LA ÉTICA MEDICA", EN LA CUAL SE ENCONTRARON ALGUNOS CAMBIOS QUE SE VENÍAN DANDO EN RELACIÓN CON LAS CONDICIONES Y PREOCUPACIONES MODERNAS, EL 60% DE LA OBRA SE REFIERE A CUESTIONES DE TIPO MÉDICO. PERCIVAL SOSTIENE QUE EL MÉDICO NO DEBE ABANDONAR AL PACIENTE AGUEJADO DE UNA ENFERMEDAD MORTAL Y PROPONE QUE, "EL MÉDICO DEBE SER EL AGENTE DE LA ESPERANZA Y EL CONSUELO ANTE EL PACIENTE, Y NO DEBERÁ ADVERTIR AL PACIENTE NI A SUS FAMILIARES SOBRE EL SUSCESO DE MUERTE".

EL SIGLO XIX CONSTITUYÓ UNA ERA DE EXTRAORDINARIOS CAMBIOS Y PROGRESOS EN EL MUNDO OCCIDENTAL. EL PERÍODO DE 1815 A 1914 NO SE VIÓ AFECTADO POR NINGUNA GUERRA PROLONGADA O AGOTADORA, TRAYENDO A EUROPA UN AUMENTO DE OPORTUNIDADES ECONÓMICAS Y UN MEJORAMIENTO EN LOS NIVELES DE ALIMENTACIÓN Y SANIDAD, LAS TRADICIONES SOCIALES E INTELECTUALES SE DEBILITARON POR EL AUJE DE LA URBANIZACIÓN Y LA DEMOCRATIZACIÓN, DECAYÓ EL INFLUJO DE LA AUTORIDAD RELIGIOSA AL TIEMPO QUE EMERGE LA AUTORIDAD CIENTÍFICA. ESTA SITUACIÓN REPERCUTIÓ EN LAS RELACIONES MÉDICO-PACIENTE.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

EN LA DECADA DE 1880-1890, ALGUNOS MÉDICOS FAMOSOS COMO W. MUNK, MANIFESTABAN QUE MIENTRAS MENOS MEDICAMENTOS Y ALGUNOS OTROS MEDIOS CURATIVOS LE APLICASEN AL MORIBUNDO, TANTO MEJOR PARA ÉL. EN 1899, SIR WILLIAM OSLER RESUMIÓ EL SENTIMIENTO OPERANTE DE LOS MÉDICOS CON LAS SIGUIENTES PALABRAS: "DE CREER QUE VERDADERAMENTE VALE LA PENA VIVIR, NO CABE DUDA DE QUE HAY QUE VIVIR HASTA EL ÚLTIMO INSTANTE. ES ESTA UNA POSICIÓN DE LA CUAL, AL OCUPARSE DE LAS COSA QUE SE LE ENCONTRAN, NINGÚN MÉDICO CONSCIENTE TIENE ESCAPATORIA POSIBLE".

EN EL PRESENTE SIGLO, EL MÉDICO QUE CON ANTERIORIDAD HABÍA SIDO UNO DE LOS ACOMPAÑANTES DE MENOR IMPORTANCIA DEL ENFERMO DE GRAVEDAD, OCUPA UNA POSICIÓN CENTRAL EN EL ESCENARIO DE LA AGONÍA. TANTO EN EL SENO MISMO DE LA PROFESIÓN COMO ENTRE LA OPINIÓN PÚBLICA.

EL MÉDICO HOY EN DÍA DOMINANDO LA ESCENA DE LA AGONÍA Y CON EL AUXILIO DE MÉDICOS TECNOLÓGICOS QUE AUMENTAN LAS PROPORCIONES DE SALVACIÓN DEL PACIENTE CON CÁNCER, TIENE EL RETO JUNTO CON EL TERAPEUTA FAMILIAR, DE AYUDAR HASTA EL ÚLTIMO MOMENTO POR LA VIDA DE LOS ENFERMOS. ASÍ MISMO, EL ORIENTADOR FAMILIAR HA DE LOGRAR QUE LA FAMILIA MANEJE DENTRO DE LO FUNCIONAL LA ENFERMEDAD QUE AMENAZA LA VIDA DEL PACIENTE, SEA CUAL SEA LA EDAD DE ESTE.

SIENDO ENTONCES QUE EL MORIR ES DIFÍCIL Y SIEMPRE LO SERÁ, YA QUE ES UNA DE LAS EXPERIENCIAS MÁS DOLOROSAS DEL SER HUMANO, Y ES LA SEPARACIÓN DEFINITIVA DE AQUELLOS A QUIENES

## INTRODUCCIÓN

AMA, SE CONSIDERA IMPORTANTE POR CONSIGUIENTE EL PREPARARSE A ELLA; YA QUE LA MUERTE ES UNA PARTE INTEGRAL Y PREDECIBLE COMO EL NACER. ANTE LA MUERTE DE UN NIÑO, CUYA EXISTENCIA SE CONSIDERA APENAS INICIADA, ES MUCHO MÁS DIFÍCIL EL ACEPTARLA COMO UN HECHO NATURAL, A DIFERENCIA DE LA MUERTE DE UN ADULTO O DE UN ANCIANO.

EL ESTUDIO DEL PROCESO DE LA MUERTE SE HA EFECTUADO A TRAVÉS DEL TIEMPO DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA, POR LO QUE LA NECESIDAD FUNDAMENTAL DE ESTA INVESTIGACIÓN ES CONFIRMAR EL HECHO DE QUE CON ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA EL PACIENTE Y SUS PADRES TENDRÁN MÁS TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN, YA QUE EN INVESTIGACIONES REALIZADAS POR KÜBLER-ROSS, (1969-1974) SE DESCRIBEN DIFERENTES ETAPAS PSICOLÓGICAS EN EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD, LAS CUALES SON: 1. NEGACIÓN Y AISLAMIENTO, 2. CÓLERA Y FRUSTRACIÓN, 3. DEPRESIÓN, 4. PACTO O REGATEO, Y 5. ACEPTACIÓN. POR CONSIGUIENTE LLEGARÁN A LA ACEPTACIÓN DE DICHA ENFERMEDAD Y EN ALGUNOS CASOS CON DESENLACE FATAL.

EL CANCER ES UNA ENFERMEDAD QUE EN UNA PORCIÓN IMPORTANTE DE LOS CASOS LLEGA A TERMINAR CON LA VIDA DEL PACIENTE POR LO QUE EN TODOS LOS MEDIOS CLÍNICOS SE LE LLAMA ENFERMEDAD TERMINAL A LOS CASOS GRAVES. EN UNA GRAN PARTE DE LA POBLACIÓN PERSISTE LA IDEA DE QUE PADECER CANCER ES IGUAL A MUERTE INMINENTE.

POR LO TANTO, SE PRETENDE QUE EN DETERMINADO MOMENTO SE ESTABLEZCA COMO REQUISITO, LA ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA A CUAL-



LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

QUIER PACIENTE ONCOLÓGICO, LO MISMO QUE A SUS PADRES EN EL CASO DEL NIÑO, PARA QUE EN UN FUTURO SE LES BRINDE MÁS APOYO Y TENER UN INCREMENTO DE CONOCIMIENTO DE DICHO CASO.

ASÍ COMO KÜBLER-ROSS HACE UN SEÑALAMIENTO BASTANTE IMPORTANTE, CON RESPECTO AL MEJORAMIENTO DE LAS RELACIONES ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN A LOS PACIENTES MORIBUNDOS Y ESTOS. ESTE MEJORAMIENTO CONSISTE EN ESTABLECER UN MEJOR CONTACTO PARA INFUNDIR, EN EL PACIENTE, ESPERANZA, SEGURIDAD Y SERENIDAD, HACIÉNDOLO PARTICIPE DEL TRATAMIENTO Y DE SUS RESULTADOS.

DADO LO ANTERIOR, Y COMO YA SE MENCIONÓ CON ANTELACIÓN, SE CONSIDERÓ ÚTIL INDAGAR LA POSIBILIDAD DE INFLUIR PSICOTERAPÉUTICAMENTE EN LA REPERCUSIÓN EMOCIONAL DE LOS PADRES QUE TIENEN UN HIJO CON CÁNCER COMO AL MISMO PACIENTE Y ASÍ TRATAR DE COMPROBAR POR MEDIOS INSTRUMENTALES, LOS CAMBIOS FAVORABLES Y POSITIVOS PARA DICHAS PERSONAS.

¿QUÉ ES CÁNCER?, DOS TIPOS. . .

II.- ¿QUÉ ES CÁNCER? DOS TIPOS DE CANCER  
VISTOS EN EL ESTUDIO.

DEFINIR PRECISA Y CONCISAMENTE LO QUE ES CÁNCER, ES DIFÍCIL EN VISTA DE LA GRAN VARIEDAD DE HECHOS QUE TODAVÍA SE IGNORAN.

CUANDO EL RITMO DE CRECIMIENTO CELULAR Y DE REGENERACIÓN DE LAS CELULAS NO ES NORMAL SINO QUE ESTÁ ACELERADO, CUANDO SE ROMPE EL EQUILIBRIO, LA RELACIÓN ENTRE ESTAS CÉLULAS CON LAS DE UNA PARTE O EL TODO DEL ORGANISMO, ESTO ES, CUANDO LAS CÉLULAS SE MULTIPLICAN EN UNA PROPORCIÓN MAYOR TANTO EN EL LUGAR COMO EN EL MOMENTO, SIN SATISFACER UNA NECESIDAD ORGÁNICA, SE CONTITUYE UNA NEOPLASIA.

LA NEOPLASIA QUEDA CONSTITUIDA POR CELULAS QUE SE HAN REPRODUCIDO EN MAYOR PROPORCIÓN QUE LO NORMAL, FENÓMENO QUE PUEDE OCURRIR EN UNO O EN VARIOS SITIOS.

LAS NEOPLASIAS ESTÁN CARACTERIZADAS POR CRECIMIENTO CELULAR PERSISTENTE Y CON TENDENCIAS A AUMENTAR, QUE NO SE ASEMEJA A LOS PROCESOS INFLAMATORIOS CONOCIDOS, QUE NO TIENE FINALIDAD DEFENSIVA NI UTILIDAD EVIDENTE Y QUE ES EN CIERTA FORMA AUTÓNOMO EN CUANTO A LOS MECANISMOS DEL ORGANISMO HUESPED.

ALGUNAS CLASIFICACIONES DISTINGUEN TRES TIPOS DE CÁNCERES: LOS CÁNCERES LLAMADOS SÓLIDOS, LOS HEMATOSARCOMAS Y LAS LEUCEMIAS.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

EN LOS CÁNCERES SOLIDOS, LAS CÉLULAS CANCEROSAS SE DESARROLLAN EN UN ÓRGANO, CONSTITUYENDO UN TUMOR QUE COMPRIME, INVADIR Y DESTRUYE LOS TEJIDOS, INCLUSO LOS QUE LE RODEAN. EN CASOS LAS CELULAS CANCEROSAS PUEDEN PASAR A LA SANGRE O A LOS VASOS LINFÁTICOS PARA FORMAR COLONIAS DE CELULAS CANCEROSAS EN OTROS ÓRGANOS LEJOS DEL TUMOR DE ORIGEN. SE HABLA ENTONCES DE "METÁSTASIS". ESTAS ÚLTIMAS SON A SU VEZ CAPACES DE COMPRIMIR, INVADIR Y DESTRUIR LOS TEJIDOS EN DONDE SE DESARROLLAN.

DENTRO DE ESTA CLASIFICACIÓN, EN EL ESTUDIO SE TUVO UN CASO DE SARCOMA DE EWING, EL CUAL PERTENECE A LOS TUMORES DE LOS TEJIDOS ESQUELETICOS O SEA DE LOS HUESOS; ESTE TUMOR DE EWING SE OBSERVA EN LOS SUJETOS JOVENES, FRECUENTEMENTE PRE-PÚBERES, EN OCASIONES CURSA CON FIEBRE Y DÁ UNA IMAGEN RADIOGRÁFICA LLAMADA EN "HOJA DE CEBOLLA". SU TRATAMIENTO ES POR RADIACIONES, SIENDO MODERADAMENTE RADIOSENSIBLE PERO CASI NUNCA RADIOCURABLE.

LOS HEMATOSARCOMAS REPRESENTAN UNA CATEGORÍA MEDIA. AL LADO DEL SISTEMA SANGUINEO EXISTE EN EL ORGANISMO OTRO SISTEMA CUYO COMETIDO ES EL DE DRENAR LOS DESECHOS CELULARES: EL SISTEMA LINFÁTICO. SE PRESENTA COMO FINAS CANICULAS REPARTIDAS POR CASI TODO EL ORGANISMO, LAS CUALES TIENEN POR MISIÓN RECUPERAR LA LINFA, LÍQUIDO INCOLORO DONDE SE BAÑAN LAS CÉLULAS DEL CUERPO. EL RECORRIDO DE LOS VASOS LINFÁTICOS ES INTERRUMPIDO POR ABULTAMIENTOS EN FORMA

¿QUÉ ES CÁNCER?, DOS TIPOS. . .

DE JUDIA QUE SE LLAMAN GANGLIOS LINFÁTICOS Y QUE ACTUAN COMO FILTROS PARA IMPEDIR EL PASO DE CIERTAS PARTÍCULAS O CÉLULAS VOLUMINOSAS, ASÍ COMO LAS CELULAS CANCEROSAS.

LOS GANGLIOS PUEDEN DAR LUGAR A NEOPLASIAS MALIGNAS A PARTIR DE SUS PROPIAS CÉLULAS: ESTOS SON LOS HEMATOSARCOMAS. EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO ESTÁN ALGUNAS VECES LOCALIZADOS EN UN GRUPO PARTICULAR DE GANGLIOS, O LOCALIZADOS INICIALMENTE, DE FORMA DIFUSA, SOBRE EL CONJUNTO DEL SISTEMA GANGLIONAR. SE DESARROLLAN COMO TUMORES SÓLIDOS Y PUEDEN INVADIR LOS TEJIDOS DE ALREDEDOR, TAMBIÉN PUEDEN COMPLICARSE A LEUCEMIAS SI INFILTRAN LA MÉDULA OSEA.

CON EL NOMBRE DE LEUCEMIA SE CONOCEN ESTADOS PATOLÓGICOS CARACTERIZADOS PRIMORDIALMENTE POR ALTERACIÓN CUALITATIVA DE LOS LEUCOCITOS Y SECUNDARIAMENTE POR MODIFICACIONES CUANTITATIVAS. LO CARACTERÍSTICO ES LA PROLIFERACIÓN EXCESIVA EN LOS ÓRGANOS HEMOPOYÉTICOS O INMADUROS, QUE PUEDEN PASAR A LA CIRCULACIÓN GENERAL.

LAS LEUCEMIAS HAN SIDO CONSIDERADAS COMO PROCESOS MALIGNOS QUE MERECEAN LA DENOMINACIÓN DE CANCEROSAS, A PESAR DE QUE NO SIEMPRE EXISTEN EN LOS LEUCOCITOS INMADUROS LAS ALTERACIONES CELULARES PROPIAS DE LA CANCERIZACIÓN COMO SON LAS ACENTUADAS ATIPIAS Y LAS METAPLASIAS.

OTRO HECHO QUE LAS SEPARA DE LOS TUMORES CANCEROSOS ES LA AUSENCIA, EN GRÁN NÚMERO DE CASOS, DE DESARROLLO LOCAL DEL

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

PROCESO; PERO A ESTE RESPECTO DEBE SEÑALARSE QUE EXISTEN INFILTRADOS LEUCÉMICOS QUE PUEDEN LLEGAR A CONSTITUIR NÓDULOS DE TAMAÑO PEQUEÑO O MEDIANO Y QUE, EN OTRAS OCASIONES, ESTÁN PRESENTES VERDADEROS TUMORES CONSTITUIDOS POR LA PROLIFERACIÓN LEUCOCITARIA. ADEMÁS, LA LEUCEMIA PUEDE ESTAR ASOCIADA CON ALGÚN TIPO DE CANCER LINFOIDE O MIELOIDE.

EL DIAGNÓSTICO DE LA LEUCEMIA SE HACE A MENUDO MEDIANTE UN ANÁLISIS DE SANGRE, SEGUIDO DE UN ANÁLISIS DE LA MÉDULA OSEA. SEGÚN LA GRAVEDAD DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD SE DISTINGUEN DOS GRANDES TIPOS DE LEUCEMIAS: LAS LEUCEMIAS AGUDAS Y LAS LEUCEMIAS CRÓNICAS.

LAS LEUCEMIAS AGUDAS SON DENOMINADAS ASÍ PORQUE SON MORTALES RÁPIDAMENTE SI NO SE LES TRATA. LAS CÉLULAS QUE PROLIFERAN APARECEN AL MICROSCOPIO MUY DIFERENTES DE LAS CÉLULAS NORMALES. LOS DOS TIPOS MAS COMUNES DE LEUCEMIAS AGUDAS SON: LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA Y LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA. LA ÚLTIMA ES LA MÁS FRECUENTE EN EL NIÑO, Y LA PRIMERA SE VE MAS EN ADULTOS. EL TRATAMIENTO DE LAS LEUCEMIAS AGUDAS HA PROGRESADO CONSIDERABLEMENTE EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS, PUDIENDO EXISTIR UN 50% DE SUPERVIVENCIA MUY PROLONGADAS EN LAS FORMAS LINFOCÍTICAS. EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN SE OBSERVARON ESTOS DOS TIPOS DE LEUCEMIAS.

LAS LEUCEMIAS CRÓNICAS SE CARACTERIZAN POR SU MEJOR PRONÓSTICO Y SU EVOLUCIÓN GENERALMENTE MÁS LENTA.

## ¿QUÉ ES CÁNCER?, DOS TIPOS. . .

LAS CÉLULAS QUE SE ACUMULAN EN LA SANGRE Y LA MÉDULA TIENEN GENERALMENTE UN ASPECTO CASI NORMAL; SOLO SU NÚMERO ES EXCESIVO. ASÍ, EN LA POLIGLOBULIA O ENFERMEDAD DE VÁQUEZ HAY UN EXCESO DE GLÓBULOS ROJOS EN LA SANGRE; EN LA LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA SON LOS LINFOCITOS LOS QUE SE ACUMULAN Y EN LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA SON LAS CÉLULAS GRANULOSAS O POLINUCLEARES. AL COMIENZO DE LA EVOLUCIÓN DE UNA LEUCEMIA CRÓNICA, LA DESCENDENCIA DE GLÓBULOS QUE NO INTERVIENEN EN LA ENFERMEDAD ES MUY POCO AFECTADA EN ESTA FASE. NO LO ES HASTA LA FASE AVANZADA DE LA ENFERMEDAD.

EN LAS LEUCEMIAS CRÓNICAS LA EVOLUCIÓN SIN TRATAMIENTO ES LARGA Y PUEDE DURAR VARIOS AÑOS, HASTA DIEZ O QUINCE. HAY QUE SABER QUE LAS LEUCEMIAS CRÓNICAS PUEDEN TRANSFORMARSE EN LEUCEMIAS AGUDAS: CASI SIEMPRE EN EL CASO DE LAS LEUCEMIAS MIELOIDES, RARAMENTE EN EL DE LAS POLIGLOBULIAS Y EXCEPCIONALMENTE EN EL DE LAS LEUCEMIAS LINFOIDES.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, EL DIAGNÓSTICO DE UN CÁNCER ES EVOCADO POR UN ENFERMO QUE PRESENTA CIERTO NÚMERO DE SÍNTOMAS GENERALES O FUNCIONALES QUE EL INTERROGATORIO VA A PERMITIR PRECISAR. ESTA SINTOMATOLOGÍA ES MUY DIVERSA: PUEDE TRATARSE DE ALTERACIONES DEL ESTADO GENERAL, COMO FATIGA, INAPETENCIA, ADELGAZAMIENTO, FIEBRE, ETC.

CIERTOS SIGNOS FUNCIONALES LOCALES PUEDEN PROPORCIONAR INDICACIONES MAS PRECISAS: TOS REBELDE, APARICIÓN SÚBITA DE ESTREÑIMIENTO O DIARREAS, HEMORRAGIAS, DOLORES ESPECÍFICOS, ETC.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

ENTONCES EL DIAGNÓSTICO DEL CANCER SE HACE POR:

1. PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS
2. PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO
3. PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS

DENTRO DE LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS, ES LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA INCLUYENDO EXAMEN VISUAL Y PALPACIÓN DE CAVIDADES NATURALES ACCESIBLES.

EL PROCEDIMIENTO DE LABORATORIO ES EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO SIENDO PRIMORDIAL, PARA HACER EL DIAGNÓSTICO, LA BIOPSIA, ESTO ES, EL EXAMEN AL MICROSCOPIO DE UNA PORCIÓN DE TEJIDO TUMORAL. EL ANÁLISIS DE LA SANGRE Y MÉDULA OSEA EN LAS LEUCEMIAS, LA DETECCIÓN DE CIERTOS PRODUCTOS HORMONALES EN CANTIDAD ANORMAL, LA PRODUCCIÓN POR LAS CÉLULAS CANCEROSAS DE SUSTANCIAS QUE NO DEBEN EXISTIR MAS QUE EN SU ESTADO EMBRIONARIO, COMO EL ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO; EN TODOS ESTOS CASOS ES NECESARIO PROBAR EN FORMA PRECISA POR MEDIO DE LA BIOPSIA, QUE SE TRATA DE UN CANCER.

LOS PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS SON IMPORTANTES, YA QUE DEBEN DE USARSE PARA DEMOSTRAR UN TUMOR NO VISIBLE O NO PALPABLE, DETERMINAR LA INVASIÓN O EL ORIGEN OSEO EN UN TUMOR PALPABLE, EVIDENCIAR EL DESPLAZAMIENTO EXTRÍNSECO O LA INVASIÓN DE CAVIDADES O CONDUCTOS NATURALES POR TUMORES ADYACENTES A ELLOS, MOSTRAR DISEMINACIÓN TUMORAL A VISCERAS O A ESQUELETO, DE UN CANCER. EL EXAMEN CLÍNICO SERÁ EL QUE DETERMINE Y SEÑALE ESPECÍFICAMENTE EL TIPO DE EXAMEN RADIOLÓGICO A EFECTUAR.

## ¿QUÉ ES CÁNCER?, DOS TIPOS. . .

EL TRATAMIENTO DEL CANCER DEBE SEGUIR INMEDIATAMENTE AL DIAGNÓSTICO. CONSISTE EN UNA SERIE DE MEDIDAS TENDIENTES A ELIMINAR, SI ES POSIBLE, LA ENFERMEDAD, O DE LO CONTRARIO, DETENERLA O MITIGARLA Y MEJORAR EL ESTADO GENERAL DEL ORGANISMO HUMANO SIEMPRE ES POSIBLE HACER ALGO POR EL PACIENTE CANCEROSO CON TAL DE QUE EL MÉDICO ASISTENTE CONOZCA LA BIOLOGÍA DEL CANCER EN GENERAL Y LA RELACIÓN QUE EN CADA CASO EXISTE ENTRE EL PACIENTE Y EL PROCESO QUE SUFRE.

SEGÚN LOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS SE LAS ACOSTUMBRA DIVIDIR EN QUIRÚRGICAS Y MÉDICAS. EN LAS ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS SE INCLUYEN TODOS LOS TUMORES BENIGNOS Y ALGUNOS DE CARACTER MALIGNO CUYA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA DA ESPERANZAS PARA LA CONVALESCENCIA. A LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS TERAPÉUTICAS SE RELACIONAN AQUELLAS CUYA CURACIÓN PUEDE LOGRARSE CON EL EMPLEO DE RADIODTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.

EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PUEDE SER: RADICAL, PALIATIVO Y SINTOMÁTICO. SE DENOMINA RADICAL AL TRATAMIENTO DESPUÉS DEL CUAL DESAPARECEN TODOS LOS SÍNTOMAS QUE PUDIESEN SER REGISTRADOS MEDIANTE LOS MÉTODOS ANTES MENCIONADOS. EL TRATAMIENTO PALIATIVO ES AQUEL CON EL CUAL NO SE LIQUIDAN TODOS LOS FOCOS DEL PROCESO MALIGNO, O SEA QUE CUANDO EL CANCER SE ENCUENTRA DEMASIADO EXTENDIDO LOCALMENTE O A DISTANCIA, LA CIRUGÍA NO PUEDE PRETENDER LA CURACIÓN, ES ENTONCES QUE TIENE UNA FINALIDAD PALIATIVA, SIENDO SOLO CAPAZ DE PROLONGAR LA SUPERVIVENCIA Y/O DISMINUIR EL SUFRIMIENTO DE



## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

LOS ENFERMOS PERO NO ELIMINANDO DEL TODO EL CANCER. EN EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO NO SE INTENTA INFLUIR EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD TUMORAL SINO ALIVIAR LOS SUFRIMIENTOS DEL PACIENTE Y ELIMINAR LOS SÍNTOMAS MÁS DESFAVORABLES DE LA ENFERMEDAD O LAS COMPLICACIONES PELIGROSAS PARA LA VIDA.

EN LA INFANCIA COMO EN LA EDAD ADULTA, LA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA SIEMPRE REQUIERE EXÁMENES FÍSICOS COMPLETOS, LA RADIOLOGÍA Y EL LABORATORIO, QUE SON LOS PILARES EN QUE SE SOSTIENE EL DIAGNÓSTICO, CUYA CIMENTACIÓN DEFINITIVA ES LA DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO. ESTE SE EFECTUARÁ POR MEDIO DE BIOPSIAS, EN EL ESTUDIO MINUCIOSO DE LAS PIEZAS OPERATORIAS Y EN LOS CASOS DE FALLECIMIENTO, EN UN ESTUDIO POST-MORTEM COMPLETO. EL TIPO DE TERAPIA EN EL CANCER DEL NIÑO ES IGUAL AL UTILIZADO EN EL ADULTO: CIRUGÍA, RADIACIÓN Y QUIMIOTERAPIA. ESTA ÚLTIMA PARECE OFRECER GRANDES ESPERANZAS, SOBRE TODO EN EL PROCESO PALIATIVO, DEPENDIENDO DEL TIPO DE CANCER QUE PRESENTE EL PACIENTE.

LOS PRINCIPALES TUMORES EN LOS NIÑOS SON LOS DEL TEJIDO HEMOPOYÉTICO, LINFOMAS Y LEUCEMIAS, QUE CONSTITUYEN LA TERCERA PARTE DE LAS NEOPLASIAS MORTALES; OTRA PARTE ESTÁ OCUPADA POR TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. (VER GRÁFICA # 2)

LA LEUCEMIA AGUDA ES EL PROBLEMA PRINCIPAL DE LA ONCOLOGÍA INFANTIL. LOS PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO DE LAS LEUCEMIAS EN LOS NIÑOS SON SIMILARES A LOS ADULTOS.

## ¿QUÉ ES CÁNCER?, DOS TIPOS. . .

NO OBSTANTE, A PESAR DE UNA EVOLUCIÓN MÁS RÁPIDA Y GRAVE DE LA ENFERMEDAD EN LOS NIÑOS, EL TRATAMIENTO PROPORCIONA REMISIONES MAS PROLONGADAS. EL EFECTO TERAPÉUTICO ES MÁS PRECOZ.

EL NÚMERO TOTAL DE DIAGNÓSTICOS DE CANCER HA AUMENTADO DE UN MODO NOTORIO EN LOS PRIMEROS SETENTA Y CINCO AÑOS DE ESTE SIGLO EN CASI TODOS LOS PAISES DEL MUNDO, Y ESPECIALMENTE ESTE AUMENTO ES MAYOR EN LAS NACIONES MÁS DESARROLLADAS. ES NECESARIO SEÑALAR QUE NO TODOS LOS DIAGNÓSTICOS DE CANCER HAN AUMENTADO, Y ALGUNOS INCLUSO HAN DESCENDIDO.

UN ADULTO JOVEN TIENE HOY EN DÍA APROXIMADAMENTE UN 25% DE RIESGO DE PADECER CANCER EN UNA VIDA DE DURACIÓN NORMAL. ESTE RIESGO GLOBAL DISMINUYE A MEDIDA QUE ESTA PERSONA AVANZA EN EDAD SIN PADECERLO. NO OBSTANTE, DADO QUE LA MAYOR PARTE DE LOS CÁNCERES SURGEN TARDÍAMENTE EN LA VIDA, ESTA DISMINUCIÓN DE RIESGO NO PARECE IMPORTANTE MÁS QUE A PARTIR DE UNA EDAD RELATIVAMENTE AVANZADA. ASÍ, ES NECESARIO ALCANZAR CINCUENTA Y CINCO AÑOS EN LA MUJER Y SESENTA Y CINCO AÑOS EN EL HOMBRE PARA QUE LA POSIBILIDAD DE RIESGO DE PADECER CANCER DISMINUYA UN 15%.

POR OTRA PARTE, ES NECESARIO NO CONFUNDIR EL RIESGO DE CONTRAER UN CANCER Y EL DE MORIR DE ESTA ENFERMEDAD, YA QUE, POR UN LADO, UN TERCIO DE LOS ENFERMOS AFECTADOS DE CANCER VAN A CURARSE; POR OTRO, CIERTOS CANCEROSOS, EN PARTICULAR AQUELLOS DE EDAD AVANZADA, PUEDEN MORIR DE UNA CAUSA DIFERENTE AL CANCER POR EL QUE SE ENCUENTRAN AFECTADOS.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

"EL CÁNCER ES MUCHO MENOS FRECUENTE EN EL NIÑO QUE EN EL ADULTO. SOLAMENTE EL 1% DE TODOS LOS CÁNCERES APARECEN POR DEBAJO DE LA EDAD DE CATORCE AÑOS. LA MORTALIDAD POR CANCER ES MUY ESCASA EN EL RECIÉN NACIDO, DONDE LAS MUERTES SE DEBEN FUNDAMENTALMENTE A COMPLICACIONES DE PARTO Y A MALFORMACIONES CONGÉNITAS. LA MORTALIDAD AUMENTA A CONTINUACIÓN, PARA ALCANZAR EL 10% DE LAS MUERTES ENTRE UNO Y CATORCE AÑOS. EL CANCER APARECE EN ESTE MOMENTO COMO LA SEGUNDA CAUSA DE MORTALIDAD, PERO BASTANTE ALEJADO DE LOS ACCIDENTES Y JUSTO DELANTE DE LAS MALFORMACIONES CONGENITAS.

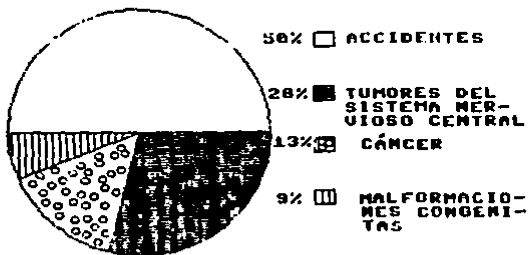
EL TIPO DE CÁNCER MÁS FRECUENTE EN EL NIÑO, ES LA LEUCEMIA Y OTRAS ENFERMEDADES MALIGNAS DEL SISTEMA SANGUINEO Y LINFÁTICO SEGUIDO POR EL CÁNCER DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, Y EL CANCER DE RIÑÓN. A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN DOS GRÁFICAS PARA EL MEJOR ENTENDIMIENTO DE LO EXPUESTO". (KHOURY, 1981)

¿QUÉ ES CÁNCER?, DOS TIPOS. . .

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LOS NIÑOS

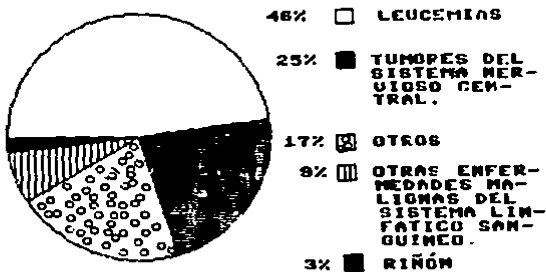
ENTRE UNO Y CATORCE AÑOS

GRAFICA No. 1



TIPOS DE CÁNCER MÁS FRECUENTES EN LOS NIÑOS

GRAFICA No. 2



III.- IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS.

EL CANCER ES UNA DE LAS ENFERMEDADES MÁS TEMIDAS POR EL PÚBLICO, PORQUE SE SABE QUE NO MATA BRUSCAMENTE, LO HACE DESPUES DE UN LARGO PERÍODO DE SUFRIMIENTO Y DE DETERIORO FÍSICO. ESTA ENFERMEDAD MALTRATA A SU HUESPED ANTES DE ACABAR CON ÉL.

ES COMO UN MAL MISTERIOSO; ESTE MISTERIO ANGSTIA Y A-SUSTA, APARECE COMO UNA ENFERMEDAD CIEGA QUE ATACA SIN DISTINCIÓN. PERO SE DEBE SABER QUE: "EL CANCER NO ES UNA ENFERMEDAD ABSOLUTAMENTE MISTERIOSA; COMENZAMOS A CONOCER DE ÉL CIERTAS LEYES Y CIERTOS MECANISMOS". (KHOURY, S. 1981)

PADECER UN CANCER YA NO ES SINÓNIMO DE \*CONDENA DE MUERTE\*, PORQUE ACTUALMENTE PUEDEN CURARSE UN 30% DE LOS CÁNCERES Y EL 15% DE LOS CANCEROSOS QUE NO SE CURAN MUEREN DE CAUSAS SIN RELACIÓN DIRECTA CON LA ENFERMEDAD.

EL ESTADIO TERMINAL DEL CANCER NO SE DESARROLLA INEVITABLEMENTE ENTRE LOS DOLORES MÁS ATROCES, YA QUE LA MEDICINA DISPONE DE MEDIDAS SINTOMÁTICAS QUE PERMITEN CALMARLOS (FÁRMACOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, ETC.) ASEGURANDO UN FINAL APACIBLE A LOS ENFERMOS, (S.KHOURY, 1981).

MAS COMO SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE "CANCER" NO ES SINÓNIMO DE MUERTE, POR LO QUE SURGE UNA PREGUNTA DE QUE SI SE LE

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

DEBE DECIR LA VERDAD A LOS ENFERMOS, SIENDO LA RESPUESTA QUE "SI" A QUIENES LA PIDAN. "ES SU ENFERMEDAD, ES SU VIDA; EL SIMPLE RESPETO AL HOMBRE EXIGE QUE SE LE DIGA LA VERDAD, SI LA RECLAMA EL ENFERMO; PUEDE TENER QUE TOMAR DECISIONES MUY IMPORTANTES PARA LA CONTINUIDAD DE SU TRABAJO O PARA LA VIDA DE SU FAMILIA. EL DIAGNÓSTICO DE CANCER NO ES SIEMPRE SINÓNIMO DE CONDENA DE MUERTE. OCULTANDO AL ENFERMO LO QUE CONOCEN TODAS LAS PERSONAS DE SU ENTORNO, SE PUEDEN CREAR SITUACIONES DIFÍCILES, DE POR SÍ IMPOSIBLES DE SOBRELLEVAR ENTRE PERSONAS QUE SE QUIEREN. EL ENFERMO QUE CONOCE EL DIAGNÓSTICO COOPERA MÁS Y SIGUE MEJOR LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS PORQUE LAS COMPRENDE. AUNQUE TODOS ESTOS ARGUMENTOS PUEDEN SER REFUTADOS CON EL PRETEXTO DE LA CARIDAD". (PROF. L. SCHWARZENBERG, 1981).

¿PERO SE PUEDE OCULTAR LA VERDAD?, EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EL PÚBLICO ESTÁ MEJOR INFORMADO DE LOS PROBLEMAS TÉCNICOS Y PRÁCTICOS DE ESTA ENFERMEDAD; LOS ENFERMOS SON SOMETIDOS A TERAPÉUTICAS CONOCIDAS COMO ESPECÍFICAS DEL CANCER (RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INMUNOTERAPIA), SOBRE TODO CUANDO ESTOS TRATAMIENTOS SE LLEVAN A CABO EN CENTROS ANTICANCEROSOS.

CUANDO SE ANUNCIA A UN ENFERMO QUE NO HAY FORMA DE SACARLO DE ESO, RECIBE UN IMPACTO Y GENERALMENTE REACCIONA CON UNA NEGACIÓN. ALGUNOS HACEN COMO SI NO HUBIESEN ENTENDIDO AL MÉDICO. AQUELLOS QUE TIENEN LOS MEDIOS ECONÓMICOS, VAN DE CLÍNICA EN CLÍNICA. EN EL TRANSCURSO DE ESTA FASE DE NEGACIÓN, LOS ENFERMOS NO LE ESCUCHARÁN, ES IMPORTANTE POR LO TANTO, DECIRLES DESDE ESE MOMENTO: "CUANDO USTED ESTÉ DIS-

## IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS. . .

PUESTO A HABLAR, USTED ME TENDRÁ A SU DISPOSICIÓN, SEA EL MOMENTO QUE SEA", (E. KUBLER-ROSS, 1972).

LA MUERTE ES UN EVENTO INEVITABLE, EL NO PODER AFRONTARLO APROPIADAMENTE, EL PROCESO DE PÉRDIDA Y AFLICCIÓN ES LO QUE PROVOCA UN DESAJUSTE EMOCIONAL. NO SE PUEDE AFRONTARLA APROPIADAMENTE (ES DECIR, TENER UNA COMUNICACIÓN ABIERTA SOBRE EL TEMA) HASTA QUE SE DEJA DE NEGARLA Y SE COMPRENDA LO QUE SIGNIFICA. ( FEIFEL, 1977; PATTISON, 1977).

EL IMPACTO QUE TIENE EL ENFERMO ANTE EL CANCER ES VARIADO PERO PODRÍA ENFRENTARSE A TRÉS FASES EVOLUTIVAS PRINCIPALES QUE SON:

1.- TOMA DE CONCIENCIA, QUE COMIENZA CON EL PRIMER SÍNTOMA Y SE EXTIENDE HASTA LA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO.

2.- ENFERMEDAD ESTABLECIDA: EL ENFERMO TRATA DE ORGANIZARSE FRENTE A SU MAL.

3.- FASE DE DECLINACIÓN: ES EL CASO EN QUE EL TRATAMIENTO YA NO SEA EFICAZ, Y EL ENFERMO SE DE CUENTA DE QUE COMIENZA A PERDER SUS FUERZAS VITALES. (L. SCHWARZENBERG, 1981).

ES NECESARIO COMUNICAR PARA COMPRENDER, Y COMUNICAR ES TAMBIÉN ENTENDER; EN AUSENCIA DE UNA INFORMACIÓN CONTINUA, EL ENFERMO CAE EN LA CONFUSIÓN Y EL MIEDO; IGNORANDO LAS ALTERNATIVAS, SE SIENTE COGIDO EN UNA TRAMPA, Y UN MIEDO PARALIZANTE LO INVADE.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

"A PESAR DE LA DIFICULTAD PARA DECIR LA VERDAD EN ESTAS CONDICIONES, HAY QUE ESTAR EN DISPOSICIÓN DE HACERLO, TENIENDO EN CUENTA QUE DECIR LA VERDAD PUEDE SER UNA FORMA DE SARDISMO SI AQUELLA NO SIRVE PARA CIMENTAR LA SOLIDARIDAD ENTRE EL QUE LA DICE Y EL QUE LA SUFRE. SI ES FALSO CREAR VANAS ESPERANZAS EN LOS QUE VAN A MORIR, MAS NO SE DEBERÍA CERRAR LA PUERTA A LA ESPERANZA EN UN NUEVO DESCUBRIMIENTO O UNA INVESTIGACIÓN, ELLO PARECE FACILITAR LA ACEPTACIÓN DE LA MUERTE POR PARTE DEL ENFERMO. DEBEMOS AYUDAR A LAS PERSONAS HASTA QUE ESTÉN A PUNTO DE MORIR". (S. KHOURY, 1981).

LOS ENFERMOS QUISIERAN TAMBIÉN CONSERVAR LA POSIBILIDAD DE UN CIERTO CONTROL SOBRE EL MUNDO EXTERNO Y LAS DECISIONES QUE SE TOMARÁN CON RESPECTO A ELLOS. TIENEN TAMBIÉN LA NECESIDAD DE SENTIRSE TODAVÍA EXISTENTES DENTRO DE LA SOCIEDAD, LA PRESENCIA DE SU FAMILIA EN EL HOSPITAL LE CONFORTA Y LE ALIENTA PARA QUE ESTAS DEMOSTRACIONES DE AFFECTO Y ESTIMACIÓN AUMENTEN LAS POSIBILIDADES DE QUE EL ENFERMO COOPERE Y SU SITUACIÓN MEJORE, INCLUSO DESDE UN PUNTO DE VISTA MÉDICO.

### A.- IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS EN NIÑOS

ENFOCÁNDONOS EN ESPECÍFICO A LOS NIÑOS, LA EVOCACIÓN DE LA MUERTE REAL DE UN INFANTE ES UN TABÚ. LA ENFERMEDAD Y EL RIESGO DE EVOLUCIÓN HACIA LA MUERTE PROVOCAN UNA AGRESIÓN REAL PARA LOS PADRES. ESTOS VAN A REACCIONAR DE UN MODO FRECUENTEMENTE INESPERADO, PARADÓJICO PARA EL ENTORNO, CON PREDOMINIO DE REACCIONES MASIVAS DE CULPABILIDAD, SINTIÉNDOSE LOS PADRES ANTE EL FRACASO EN SU PAPEL PROTECTOR, COMO RES-



## IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS. . .

PONSALES DE LA ENFERMEDAD. SIENTEN QUE SON CASTIGADOS POR SUS MALOS SENTIMIENTOS. P.EJ.: EN ESTAS CONDICIONES LOS PADRES NO SON ÚTILES PARA LA REALIDAD DEL NIÑO.

EL NIÑO "SUFRE, Y PIENSA EN PRIMER LUGAR QUE LOS ADULTOS PADRES Y MÉDICOS, VAN A ALIVIARLE. PROGRESIVAMENTE, EN EL CURSO EVOLUTIVO, SU VIDA SE VA A MODIFICAR: SUFRE CUIDADOS, MOLESTIAS, ESTANCIAS EN EL HOSPITAL QUE INTERRUMPEN SU ESCOLARIDAD. ESTÁ TRASPUESTO EN OTRO MUNDO, OYE EL DIÁLOGO DOLOROSO Y DIFÍCIL DE LOS QUE LE CUIDAN Y DE SUS PADRES, VE QUE SU LUGAR DENTRO DE LA FAMILIA SE MODIFICA, SE DA CUENTA DE LA IMPORTANCIA QUE EL TIENE PARA LOS ADULTOS, ALCANZA PRIVILEGIOS ENTRE SUS HERMANOS, PERO TAMBIÉN TIENE QUE PASAR PERÍODOS MÁS O MENOS LARGOS EN EL HOSPITAL". (F. JARDIN, 1981).

MUY PRONTO LOS NIÑOS SON ALERTADOS DE LA GRAVEDAD DE SU ESTADO POR EL INSÓLITO CARACTER DE LA ANGSTIA Y EL COMPORTAMIENTO DE SUS PADRES. PUEDEN SENTIRSE CULPABLES, SIENTEN QUE SON CASTIGADOS POR HABER SIDO MALOS, Y CONTINUAN SIENDO MALOS PORQUE CAUSAN SUFRIMIENTO A SUS PADRES.

EL NIÑO PUEDE SENTIR INQUIETARSE, PERO NO PUEDE UTILIZAR PALABRAS PARA DECIRLO, Y LA PENA QUE VEN QUE EXPERIMENTAN SU PADRE O SU MADRE, LES HACE EXPRESAR SU MIEDO A LA MUERTE POR MEDIO DE LA TRISTEZA, LA SEPARACIÓN, ETC. ELLOS DEMANDAN SEGURIDAD SOBRE EL AMOR QUE SE LES HA DADO, TIENEN NECESIDAD DE SABER QUE SU MAL NO HA MODIFICADO LA TERNURA QUE SE LES PROPORCIONA, PERO QUE ELLOS TAMBIÉN VAN A ESTAR EFECTIVAMENTE

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

ACOMPAÑADOS Y ASISTIDOS. EL TERAPEUTA TIENE UN PAPEL QUE JUGAR, QUE ES AYUDAR A LOS ADULTOS A MANTENER LAS MEJORES RELACIONES POSIBLES CON EL NIÑO.

"CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA DEBE DAR LO QUE PUEDA SER CAPAZ DE DAR Y SER RESPETADO EN ESTO POR LOS DEMAS. BAJO ESTA FORMA DE ACTUAR TODOS PARTICIPARÁN CON MAYOR ENTREGA Y CARIÑO EN LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE.

LO MEJOR QUE LA FAMILIA PUEDA OFRECER AL PACIENTE ES:

A. ACEPTACIÓN COMPLETA TANTO DEL PACIENTE EN SI, COMO DE SU ENFERMEDAD.

B. RECONOCIMIENTO Y COMPRESIÓN A LOS SENTIMIENTOS QUE ESTÁ EXPERIMENTANDO EL PACIENTE.

C. DISPUESTOS A EXPRESAR TODO EL AMOR Y EL APOYO QUE DESEEN\*. (MADRID C. C. B., 1982)

IV.- DESARROLLO DEL CONCEPTO DE MUERTE Y CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO CON CANCER Y SU FAMILIA.

LOS CONCEPTOS SOBRE LA MUERTE TIENEN UN DESARROLLO MÁS LENTO QUE LOS CONCEPTOS SOBRE LA VIDA. ESTO SE DEBE, EN PARTE, A QUE LOS NIÑOS PEQUEÑOS TIENEN POCOS CONTACTOS CON LA MUERTE Y, EN PARTE, A QUE EL COMPRENDER LA FINALIDAD DE LA MISMA ES MÁS DIFÍCIL PARA ELLOS QUE LAS ACTIVIDADES QUE SE ASOCIAN A LA VIDA.

APROXIMADAMENTE CUANDO LOS NIÑOS PUEDEN COMPRENDER LA DIFERENCIA ENTRE LO INANIMADO Y LO ANIMADO, COMIENZAN A INTERESARSE POR LA MUERTE. SU PRIMER INTERÉS ES IMPERSONAL, A MENOS QUE MUERA UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, UNO DE SUS ANIMALES PREFERIDOS O UN AMIGO. PARA LA MAYORIA DE LOS NIÑOS, LA MUERTE SE ASOCIA A LA VEJEZ Y NO A ELLOS MISMOS A MENOS QUE HAYA EXPERIMENTADO ALGUNA ENFERMEDAD EN EL.

LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS CONCEPTOS SOBRE LA MUERTE SON:

1.- LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ESTABLECEN LAS BASES PARA LOS CONCEPTOS SOBRE LA MUERTE QUE TIENEN MUCHOS NIÑOS. EN LOS PERIÓDICOS, LA TELEVISIÓN O EL CINE, VEN IMÁGENES DE PERSONAS QUE MUEREN Y A LAS QUE SE ENTIERRA Y EL PESAR QUE SIEN TEN LAS PERSONAS ALLEGADAS A ÉL. CUANTO MÁS SE RODEE DE MISTERIO A LA MUERTE EN EL HOGAR, LA ESCUELA, ETC., TANTO MÁS OBLIGADOS SE VERÁN LOS NIÑOS A BASAR SUS CONCEPTOS SOBRE LA MUERTE EN INFORMACIONES PROCEDENTES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

2.- EL CONCEPTO QUE TIENE UN NIÑO SOBRE LA MUERTE SE VE AFECTADO, EN GRAN PARTE, POR LAS REACCIONES DE LOS ADULTOS HACIA ELLA. AL TRATAR DE PROTEGER AL NIÑO CONTRA LA AFLICCIÓN DEL HECHO, LOS PADRES PUEDEN PROTEGERLE EN EXCESO O NO HACERLE CASO AL NO DECIR NADA Y FINGIR QUE NADA PASO OCASIONANDO UNA CONFUSIÓN HACIA EL CONCEPTO QUE EL INFANTE PUDIERA TENER E IMAGINAR DEL DECESO, PERCIBIÉNDOLO COMO ALGO VERDADERAMENTE HORRIBLE Y ANTINATURAL.

3.- LA PREPARACIÓN RELIGIOSA QUE RECIBEN LOS NIÑOS EN EL HOGAR, LA ESCUELA DOMINICAL O LA IGLESIA, TIENE UNA INFLUENCIA MARCADA SOBRE SUS CONCEPTOS DE MUERTE. LOS NIÑOS PROCEDENTES DE HOGARES CON ORIENTACIÓN RELIGIOSA TIENDEN A POSEER CONCEPTOS MAS ESPECÍFICOS DE LA MUERTE QUE LOS DE HOGARES EN LOS QUE LA RELIGIÓN DESEMPEÑA SOLO UN PAPEL MENOR.

4.- TODOS LOS NIÑOS, TARDE O TEMPRANO, TIENEN EXPERIENCIAS DIRECTAS CON LA MUERTE. EL PERDER A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, UNA MASCOTA O UN COMPAÑERO DE JUEGOS HACE QUE LOS NIÑOS ENTIENDAN LA FINALIDAD DE LA MUERTE.

LA META DEL DESARROLLO DE LOS CONCEPTOS SOBRE LA MUERTE ES OSCURA Y AMBIGUA. LAS RAZONES TÉCNICAS DE ESTA LIMITACIÓN INCLUYEN DIFICULTAD EN MEDIR LAS CONCEPCIONES SOBRE LA MUERTE Y EN ESTABLECER UNIDADES CUANTITATIVAS APROPIADAS, POR LAS CUALES EL PROGRESO O LA CARENCIA DE ESTE, PUEDEN SER DEMOSTRADOS. PERO EL PROBLEMA CRUCIAL TIENE QUE VER CON EL CONTENIDO Y NO CON EL MÉTODO.

## DESARROLLO DEL CONCEPTO. . .

EL CONCEPTO DE MUERTE QUE TIENEN LOS NIÑOS NO VIENE DE UNA FORMA AISLADA PUES ES PARTE DE SU DESARROLLO COGNITIVO, POR LO QUE ES RAZONABLE PENSAR QUE ESTE VA A VARIAR CON SU NIVEL DE DESARROLLO.

EL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE MUERTE DEL NIÑO ES DE SUMA IMPORTANCIA YA QUE POR UNA U OTRA RAZÓN TODOS ESTAMOS PROPENSOS A UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE CONDUZCA A LA MUERTE.

SPENCER Y BRENT (1984), EN SU OBRA: "CHILDREN'S UNDERSTANDING OF DEATH: A REVIEW OF THREE COMPONENTS OF A DEATH CONCEPT", HICIERON UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA EMPÍRICA SOBRE EL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE MUERTE, DONDE SE OBSERVAN TRES COMPONENTES DE DICHO CONCEPTO:

1. IRREVERSIBILIDAD, LO QUE SE REFIERE A QUE TODO SER VIVIENTE, EN UN CUERPO FÍSICO NO PUEDE VOLVER A VIVIR DESPUÉS DE HABER MUERTO, PERO ANTES DE QUE SE ESTABLEZCA ESTE CONCEPTO, LOS NIÑOS PEQUEÑOS CREEN QUE LA MUERTE ES TEMPORAL, REVERSIBLE Y QUE ESPONTÁNEAMENTE VUELVEN A VIVIR. ESTOS NIÑOS TIENDEN A VERLO COMO UN SUEÑO O VIAJE, ETC.

2. INFUNCIONAL, QUE SE REFIERE A TODA FUNCIÓN EN VIDA, CESA CON LA MUERTE, ANTES DE ESTO LA MUERTE ES VISTA COMO ALGO DENTRO DE LAS FUNCIONES QUE EL ESTADO DE VIDA TIENE, COMO COMER, HABLAR, SOÑAR, ETC.

3. UNIVERSALIDAD, ESTO ES QUE TODO SER VIVIENTE MUERE, ANTES DE LLEGAR A ENTENDER ESTO, EL NIÑO PIENSA QUE SI SE TO-

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

MA ALGO O SE ES OBEDIENTE, ETC., NO SOBREVENDRÁ LA MUERTE. Y SE OBSERVÓ QUE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS ADQUIEREN ESTOS TRES CONCEPTOS ENTRE LOS 5 Y 7 AÑOS, POR SUPUESTO QUE ESTO VA A DEPENDER DEL AMBIENTE CULTURAL, FAMILIAR Y SOCIAL EN EL QUE SE DESARROLLE EL NIÑO, PERO COMO UNA IDEA PARCIAL, Y ENTRE LOS 8 Y 9 LOS NIÑOS COMIENZAN A CONCEBIR A LA MUERTE MÁS CERCA A LAS PERSONAS MAYORES Y A ENTENDER MÁS EL CONCEPTO DE MUERTE.

SEGÚN PIAGET (1969), EL DESARROLLO COMPRENDE DE: + PRIMERA INFANCIA, DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, EL NIÑO SE PREOCUPA POR DISTINGUIR ENTRE ÉL MISMO, EL MEDIO QUE LE RODEA Y LA PERSONA QUE LO ATIENDE, NO SABRIENDO DONDE ACABA ÉL Y DONDE EMPIEZA, ESTO SUCEDE ANTES DE LOS PRIMEROS 6 MESES.

LAS PRIMERAS RELACIONES LAS TENDRÁ CON SUS PADRES, CON RESPECTO A LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES TANTO FÍSICAS COMO EMOCIONALES, DE DONDE VA A SURGIR LA CONFIANZA. EN LA SEGUNDA PARTE DEL PRIMER AÑO DE VIDA, EL NIÑO YA SABE DISTINGUIR ENTRE SU MADRE Y LAS DEMÁS PERSONAS QUE NORMALMENTE SE HAN OCUPADO DE ÉL. YA PASADO EL AÑO DEMUESTRA INTERÉS POR EL MUNDO QUE LE RODEA CON SU YA ADQUIRIDA Y TORPE HABILIDAD MOTRIZ, AUNQUE SE VA A ANGUSTIAR AL SEPARARSE DE MAMA O DE QUIEN LE DÉ LOS ALIMENTOS.

A LOS 2 AÑOS YA CUENTA CON UN VOCABULARIO DE UNAS 300 PALABRAS TENIENDO HABILIDAD PARA IMITAR Y VESTIRSE. ES CUANDO AUMENTA SU AUTONOMÍA, PRINCIPIA SU PROCESO DE SEPARACIÓN QUE CULMINA CON LA ADOLESCENCIA, EL ADIESTRAMIENTO DE LAS LABORES DE ASEO VA A SIMBOLIZAR SU AUTOCONTROL Y SOCIALIZACIÓN.

## DESARROLLO DEL CONCEPTO. . .

EL PREESCOLAR DE 3 A 6 AÑOS YA CONOCE EL JUEGO RECÍPROCO DEMUESTRA SU SEXUALIDAD MEDIANTE UNA MASTURBACIÓN NO ENCUBIERTA Y SUS FANTASIAS LAS LLEVA A CABO CON JUEGOS SIMBÓLICOS Y SUEÑA CON VIVIR CON EL PROGENITOR DEL SEXO OPUESTO. LAS RABIETAS QUE A MENUDO PRESENTAN CON SUS PADRES LES HACEN SENTIRSE CULPABLES, MIENTRAS TANTO VA DESARROLLANDO SU CONCIENCIA E INTERNALIZA EL CONCEPTO DE BIEN Y MAL. SU ACTIVIDAD SE CARACTERIZA POR EL EGOCENTRISMO PERO ÚNICAMENTE COMO IMPRESIÓN DE QUE ÉL ES EL CENTRO DE TODO LO QUE OCURRE.

EN EL DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO, ES UN PASO SIGNIFICATIVO SIENDO LA CONCIENCIA DE PERMANENCIA DE OBJETO, PRODUCIÉNDOSE AL FINAL DEL PRIMER AÑO, DANDO POR LO TANTO, UNA REPRESENTACIÓN INTERNA DEL OBJETO O UNA IMAGEN MENTAL, Y EL NIÑO ENTONCES EMPIEZA A VALERSE DE SIGNOS QUE REPRESENTAN SU PERCEPCIÓN DEL MUNDO; MÁS ADELANTE ESTOS SÍMBOLOS QUE ERAN ÚNICOS DE ÉL EVOLUCIONAN HACIA OTROS SÍMBOLOS ACEPTADOS QUE SIGNIFICAN ALGO PARA SU FAMILIA Y DEMÁS PERSONAS, DÁNDOSE ENTONCES EL PRINCIPIO DEL PENSAMIENTO SEGÚN PIAGET.

EL NIÑO PREESCOLAR CONCIBE EL MUNDO BAJO SU CORTA EXPERIENCIA Y SU PENSAMIENTO COMO SE CARACTERIZA POR EL EGOCENTRISMO, PIAGET LO LLAMA "PENSAMIENTO OPERACIONAL", OBSERVÁNDOSE MÁS EN SU LENGUAJE DONDE ELLOS ESTABLECEN SUS MONÓLOGOS. GINSBERG (1969), EXPLICA VARIAS MANIFESTACIONES EN EL LENGUAJE DONDE SE VE EL EGOCENTRISMO EN EL DIÁLOGO:

1. EMPLEO INCORRECTO DE PRONOMBRES Y ADJETIVOS DEMOSTRATIVOS.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

2. ORDENACIÓN INCORRECTA DE SUCESOS.
3. EXPRESIÓN DEFECTUOSA DE LA CASUALIDAD.
4. OMISIÓN DE ASPECTOS IMPORTANTES.
5. YUXTAPOSICIÓN.

EL PENSAMIENTO MÁGICO ES OTRA MANIFESTACIÓN DEL EGOCENTRISMO, ESTO ES QUE EN MUCHAS OCASIONES EL NIÑO CREE Y SE SIENTE RESPONSABLE DE SUS DESEOS Y FANTASIAS POR LO QUE SI ALGÚN SUCESO EXTERNO TUVIERA ALGUNA CONEXIÓN CON ESAS FANTASIAS PUEDE RESULTARLE ATERRADOR, COMO POR EJEMPLO PUDIERA SER EL QUE LA MADRE O PADRE ENFERMASEN O MURIERAN.

LA CAPACIDAD COGNITIVA PREOPERACIONAL DEL NIÑO ES ACELERADA CON LA APARICIÓN DE LA FUNCIÓN SIMBÓLICA, AUNQUE SU PENSAMIENTO SE ENCUENTRA OBSTACULIZADO POR LA CENTRALIZACIÓN, IRREVERSIBILIDAD Y EGOCENTRISMO. PUEDE RESOLVER PROBLEMAS INTUITIVAMENTE PERO ES INCAPAZ DE EXPLICAR EL RAZONAMIENTO QUE HA SEGUIDO.

EL CONCEPTO DE MUERTE SE PRESENTA CON LA APARICIÓN DE LA FUNCIÓN SIMBÓLICA APROXIMADAMENTE ENTRE LOS 18 Y 24 MESES. EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS PERCIBE LA MUERTE COMO UNA SEPARACIÓN, Y LA SEPARACIÓN DE SUS SERES QUERIDOS ES UN PENSAMIENTO ESPANTOSO, AUNQUE NO ES CONSISTENTE EN LA FASE PREOPERACIONAL. LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CREEN QUE LA MUERTE ES TAN SOLO UN VIAJE, UN SUEÑO O UN SUCESO TEMPORAL.

LOS NIÑOS DE PREESCOLAR CREEN QUE LA MUERTE ES UNA ESPECIE DE CONTINUACIÓN DE LA VIDA, UNA SIMPLE HERMA DE LA VI-



TALIDAD QUE PUEDE SER INTERRUPTA AL IGUAL QUE EL SUEÑO\*. (SAHLER O.J.Z., 1983) AUNQUE SU PENSAMIENTO MÁGICO CONFUNDE LA FANTASÍA CON LA REALIDAD POR CONSIGUIENTE PUEDE SENTIR QUE LA MUERTE SEA UNA CONSECUENCIA DE SUS DESEOS O CONVENCIONISMOS, POR LO QUE TENDRÁ UNA POSTURA CARGADA DE CULPABILIDAD Y TAMBIÉN SIGNIFICA UNA SEPARACIÓN Y CUANDO LO VIVENCIAN CON ALGÚN PROGENITOR LO VIVEN COMO ABANDONO.

+ INFANCIA MEDIA, EL NIÑO de 6 A 10 AÑOS YA TIENE UNA HABILIDAD MOTRIZ, SU LENGUAJE ES MÁS COMUNICATIVO Y MENOS EGOCÉNTRICO; SUS PADRES DEJAN DE SER OMNIPOTENTES Y OMNISCIENTES, EN LA ESCUELA SUS MODELOS DE IDENTIFICACIÓN SON LOS MAESTROS Y OTROS ADULTOS, Y LA SOCIEDAD DEMANDA LA SUBLIMACIÓN DE LOS IMPULSOS AGRESIVOS Y SEXUALES, PERCIBIENDO EN MAYOR GRADO LA REALIDAD.

POR OTRO LADO LA ESCUELA LE ENSEÑA A CONCENTRARSE EN UN DESARROLLO INTELECTUAL Y DE HABILIDAD FÍSICA, LLEVÁNDOLO A SITUACIONES INDUSTRIOSAS O PRODUCTIVAS DE COOPERACIÓN Y COMPETICIÓN, TANTO EN EQUIPO COMO INDIVIDUAL, PONIÉNDOSE LEYES Y REGLAS A SEGUIR Y SEPARÁNDOSE DEL SEXO OPUESTO. EN LAS MUJERES SE VE UN ADELANTO DE UNO O DOS AÑOS EN LO RELATIVO A HÁBITOS SOCIALES E INTELECTUALES.

EL NIÑO A ESTA EDAD TIENDE A SENTIRSE CULPABLE POR LA CANTIDAD ABSOLUTA O EL GRADO DE PERJUICIO QUE HAYA COMETIDO TANTO COMO TRAVESURAS O ACCIDENTE, PERO MÁS ADELANTE LLEGARÁ A DISTINGUIR CLARAMENTE ALGÚN HECHO POR ACCIDENTE O A PROPÓSITO.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

YA EN LA LATENCIA, \*SE LLAMA LATENCIA AL PERÍODO DE DECLINACIÓN DE LA SEXUALIDAD INFANTIL, '5 o 6 AÑOS', Y EL COMIENZO DE LA PUBERTAD, Y QUE REPRESENTA UNA ETAPA DE DETENCIÓN EN LA EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD. (LAPLANCHE, 1983)\* LAS EXPERIENCIAS DEL NIÑO ABARCARAN DESDE EL ÁMBITO FAMILIAR, AL VECINDARIO Y LA ESCUELA, Y SU INTERPRETACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS SE BASA EN UN PUNTO DE VISTA DE SUS COMPAÑEROS, MAESTROS Y OTROS ADULTOS.

EL NIÑO DE 7 A 11 AÑOS SUFRE CAMBIOS IMPORTANTES EN LAS CARACTERÍSTICAS DEL ENTENDIMIENTO Y AUMENTA SU CAPACIDAD DE RAZONAR LÓGICA Y OBJETIVAMENTE. DÁNDOSE UNA MAYOR AGILIDAD Y FLEXIBILIDAD; ES CAPAZ DE COMPRENDER LO QUE A EDAD MAS TEMPRANA NO ENTENDÍA, PUDIENDO PERCIBIR DETALLES, CARACTERÍSTICOS ESPECÍFICOS Y ES CAPAZ DE RESOLVER UN PROBLEMA SI SUS ELEMENTOS SE HALLAN PRESENTES FÍSICAMENTE, SE ENCUENTRA EN UNA FASE OPERACIONAL CONCRETA.

EL NIÑO GRAVEMENTE ENFERMO DE 6 A 10 AÑOS MANIFIESTA ANSIEDAD Y PREOCUPACIÓN POR LA INTEGRIDAD DE SU CUERPO Y FUNCIONAMIENTO DEL MISMO. A ESTA EDAD SE VEN CLARAMENTE LAS INFLUENCIAS FAMILIARES, EDUCACIONALES Y RELIGIOSAS CON RESPECTO AL CONCEPTO DE MUERTE, AUNQUE LA ETIOLOGÍA DE LA MUERTE NO ES CONSISTENTE Y LA VEN COMO UN FENÓMENO IRREVERSIBLE.

SI AL NIÑO DE ESTA EDAD SE LE PREGUNTA DEL PORQUÉ SE MUERE LA GENTE, SU RESPUESTA REFLEJA SU PROCEDENCIA SOCIOECONÓMICA, PUES SE HA OBSERVADO QUE UN NIÑO DE LA URBE CONTESTARÁ EN BASE A SUS EXPERIENCIAS.

+ ADOLESCENCIA

EL NIÑO EXPERIMENTA CAMBIOS MUY BRUSCOS EN SU CUERPO EN UN LAPSO DE TIEMPO MUY CORTO, APARECEN LOS CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS, EN MUJERES COMIENZA LA MENSTRUACIÓN Y EN LOS VARONES LA EYACULACIÓN, PRESENTAN TODO TIPO DE EMOCIONES UNAS EXAGERADAS UN DIA Y AL OTRO NO, ES VISTO AL ADOLESCENTE CON EMOCIONES MEZCLADAS.

AL PRINCIPIO DE LA ADOLESCENCIA LA MAYOR PREOCUPACIÓN ES LA IMAGEN CORPORAL POR LOS CAMBIOS QUE LE ESTÁN SUCEDIENDO Y AL FINALIZAR ESTA, LAS MÁXIMAS PREOCUPACIONES SON DE CARACTER FISIOLÓGICO EN RELACIÓN A SU PERSONALIDAD E IDENTIDAD Y ELECCIÓN DE PAREJA.

DESARROLLA LAS CAPACIDADES DE INTROSPECCIÓN Y AUTOEVALUACIÓN, AUNQUE TENDRÁ EPISODIOS DE REGRESIÓN A ETAPAS ANTERIORES DEL DESARROLLO. EXISTE CIERTA NEGACIÓN A SU PROPIA MORTALIDAD MANIFESTÁNDOLO EN EL USO DE DROGAS Y EL CONDUCIR A VELOCIDADES EXTREMAS, POR SU AFÁN DE DEMOSTRAR SUS POTENCIALIDADES Y EL DESCUBRIMIENTO DE NUEVAS SENSACIONES Y EMOCIONES.

DENTRO DEL DESARROLLO COGNITIVO, EL ADOLESCENTE YA REALIZA OPERACIONES FORMALES CON EL USO DEL PENSAMIENTO ABSTRACTO, PUEDE IMAGINARSE LAS MULTIPLES POSIBILIDADES INHERENTES DE UNA SITUACIÓN DETERMINADA Y PUEDE ENFRENTARSE A PROBLEMAS DE COMPLEJIDAD CRECIENTE. AL FINAL DE ESTA LAS PAUTAS DE PENSAMIENTO CASI ESTÁN COMPLETAMENTE DESARROLLADAS.

LA CAPACIDAD QUE TIENE EL ADOLESCENTE PARA RAZONAR EN

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

ABSTRACTO HACE POSIBLE QUE PIENSE EN SU PROPIA MUERTE PERO LA REACCIÓN ENTRE ESTOS PENSAMIENTOS ES LA NEGATIVA DE DICHO SUCESO. EL MUCHACHO ENFERMO SE PREOCUPA MÁS POR LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE SU ENFERMEDAD EN CUANTO LA APARIENCIA FÍSICA QUE POR LA MISMA ENFERMEDAD.

A ESTA EDAD SE ESTABLECEN LOS OBJETIVOS VOCACIONALES, EDUCACIONALES Y SEXUALES Y CUANDO SE VEN EN UNA ENFERMEDAD GRAVE, PROVOCA UN CONFLICTO DE FRUSTRACIÓN FUERTE Y PUEDE LLEGAR A ABANDONAR TODO PROYECTO O META QUE SE HAYA PLANTEADO

"LA GENTE DEBERIA ESTAR EDUCADA PARA ACEPTAR LA MUERTE COMO UNA PARTE DE LA VIDA. NO ES LA VISPERA DE LA MUERTE CUANDO HA DE COMENZAR TAL ENSEÑANZA. APRENDER A MORIR DEBERÍA SER PARTE DE NUESTRA VIDA COTIDIANA. SI NOSOTROS ADOPTÁRAMOS TAL ACTITUD, TAL VEZ UN DÍA SEREMOS CAPACES DE VER LA MUERTE A LA CARA Y PREGUNTARLE:...¿PORQUE HAS TARDADO TANTO?" (KÜBLER-ROSS, 1969).

NUESTRAS ACTITUDES ACERCA DE LA MUERTE Y SUS PROCESOS A MENUDO CAMBIAN A TRAVÉS DEL PROCESO DEL VIVIR. A MEDIDA QUE UNO VA CRECIENDO, LAS PROPIAS ACTITUDES ACERCA DE LA MUERTE SE MODIFICAN RELATIVAMENTE EN LOS NIVELES DE ACEPTACIÓN, PROFUNDIDAD Y ENTENDIMIENTO.

SEGÚN PASAN LOS AÑOS, LAS GENERACIONES EMPIEZAN A CAMBIAR Y LOS JÓVENES TOMAN DIFERENTES ACTITUDES COMO RESULTADO DE SUS ENCUENTROS CON LA VIDA, DENTRO DE LA VARIEDAD DE SITUACIONES RELACIONADAS CON LA MUERTE. ESTAS DIFERENTES ACTI-

TUDES PUEDEN SER POR LA EXPOSICIÓN DE DIVERSOS RITUALES, CEREMONIAS RELIGIOSAS Y CULTURALES O PUEDEN SER UNA EXTENSIÓN DE LA EXPOSICIÓN ORAL Y ESCRITA.

ENTONCES, EL HOMBRE DESDE EL MOMENTO QUE NACE Y EN EL TRANSCURSO DE SU DESARROLLO, CONOCE EL HECHO DE QUE LA MUERTE ES EL DESENLACE NATURAL DE LA VIDA; ES UN ACTO INDISCUTIBLE E INEVITABLE; PERO A PESAR DE ESTE CONOCIMIENTO EL SER HUMANO, SE CONDUCE COMO SI FUERA DE OTRA MANERA Y A LO LARGO DE SU VIDA PRESCINDE DE LA MUERTE Y LA ELIMINA EN FORMA TAJANTE.

EL NIÑO ES PRIMERO CONCIENTE DE SU MADRE, DESPUÉS DE SU CUERPO Y FINALMENTE DE ÉL MISMO COMO UN INDIVIDUO EN EL TIEMPO. POR LO TANTO, LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE MUERTE EN EL SER HUMANO ESTA RELACIONADO CON SU MADUREZ PSÍQUICA.

EL NIÑO DIAGNOSTICADO CON CANCER ES VÍCTIMA DE UNA SERIE ENORME DE MODIFICACIONES NO SOLO AMBIENTALES, COMO LAS CONTÍNUAS VISITAS A LOS HOSPITALES, EXÁMENES DE LABORATORIO, INTERNAMIENTOS E INGESTIÓN DE MEDICAMENTOS A LOS CUALES ÉL NO ESTABA ACOSTUMBRADO, ADEMÁS PERCIBE OTRA SERIE DE CAMBIOS EN QUIENES LO RODEAN, DESDE TRISTEZA HASTA PROFUNDA DEPRESIÓN, IRASCIBILIDAD E INQUIETUD TANTO EN LOS PADRES, HERMANOS, AMIGOS DE JUEGOS Y PERSONAL HOSPITALARIO.

BOZEMAN et al, (1955), OBSERVARON QUE LA ANSIEDAD INICIAL DE LAS MADRES Y SU SOBREATIVIDAD, OCASIONABA ANSIEDAD EN EL NIÑO ENFERMO, AÚN CUANDO ESTE NO SABÍA CON EXACTITUD LO QUE ESTABA SUCEDIENDO, PUES LA CONDUCTA DE LAS MADRES ERA DE

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

GRAN DEMANDA EN CUANTO A CONTACTO Y CERCANÍA FÍSICA CON SU HIJO, DURANTE LOS PRIMEROS EXÁMENES DE LABORATORIO Y LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN. ESTO GENERABA ANSIEDAD DE SEPARACIÓN SIMILAR EN SUS MANIFESTACIONES Y EQUIVALENTE EN INTENSIDAD, A LA EXPERIMENTADA POR LA MADRE.

LOS NIÑOS QUE PADECEN CANCER SE VEN EXPUESTOS A TRES TIPOS DE TENSIÓN DE ORIGEN AMBIENTAL: LA SEPARACIÓN MATERNA, EL TRATAMIENTO TRAUMÁTICO Y LA MUERTE DE OTROS NIÑOS. LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE ANGUSTIA EN LOS NIÑOS ES LA AUSENCIA MATERNA, Y QUIENES REGISTREN ESTO SON LOS DE 5 AÑOS PARA ABAJO. LA OTRA CAUSA DE ANGUSTIA INFANTIL ES EL TRATAMIENTO COMO VENOPUNCIONES, ASPIRACIONES DE MEDULA OSEA, ETC., FORMANDO EL SEGUNDO LUGAR DE ANGUSTIA, QUE FLUCTUA DE LOS 5 A 10 AÑOS.

EL TERCER LUGAR DE ANGUSTIA ES EL SABER QUE OTRO NIÑO DE LA MISMA SALA EN LA QUE ESTA ÉL, FALLECIERA, DÁNDOSE ENTRE LAS EDADES DE 10 AÑOS O MÁS.

PARA SPINOZA EL ESTADO ANSIOSO SURGE EN EL MOMENTO DE ENFRENTAR UN PROBLEMA, QUE ES LA PRIMERA ETAPA; LA SEGUNDA DURA LO QUE DURA LA INCAPACIDAD DE SOLUCIÓN; Y LA TERCERA, ES SUPERABLE DEPENDIENDO DE LOS RECURSOS NATURALES O DOTACIÓN NATURAL DEL HOMBRE PARA RESOLVER SUS PROBLEMAS, (CITADO POR REYES, 1983).

EL ENFOQUE DE LAS TEORIAS FISILOGISTAS TIENDEN A EXPLICAR LA FENOMENOLOGÍA DE LA ANSIEDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA ORGÁNICO. ASÍ EL DICCIONARIO WEBSTER (1956) DEFINE LA ANSIE-

DESARROLLO DEL CONCEPTO. . .

DAD COMO UNA INQUIETUD DOLOROSA DE LA MENTE ACERCA DE UNA ENFERMEDAD QUE AMENAZA O SE ANTICIPA, (REYES, 1983).

PARA K. HORNEY (1966) LA ANSIEDAD ES UNA RESPUESTA EMOTIVA AL PELIGRO, IGUAL QUE EL MIEDO Y SU DIFERENCIA ES UNA CALIDAD DE DIFUSIÓN E INCERTIDUMBRE; Y LO QUE LA PROVOCA ES LO QUE PERTENECE A LA ESENCIA DE LA PERSONALIDAD. CONTINUA EXPLICANDO QUE LA ANSIEDAD NEURÓTICA EN CADA PACIENTE, NO ES MÁS QUE UNA REACCIÓN ANTE LA AMENAZA DE UN VALOR VITAL. Y DICE: "POR SI SOLA LA INHIBICIÓN NO PROVOCA ANSIEDAD, MIENTRAS NO COMPROMETA ESTE VALOR VITAL. LA MERA EXISTENCIA DE TENDENCIAS CONTRADICTORIAS NO JUSTIFICA LA ANSIEDAD. LAS TENDENCIAS NEURÓTICAS NO SON TANTO LA FUENTE DEL PELIGRO SINO LA MISMA COSA QUE PELIGRA, CUANTO QUE LA SEGURIDAD DESCANSE EN UN BUEN FUNCIONAMIENTO; SI ESTO NO SUCEDE, APARECE LA ANSIEDAD".

JACOBSON CONSIDERA LA ANSIEDAD COMO UN MOTOR DE REPRESIÓN, UN FENOMENO DE DESCARGA QUE NO SE LIMITA A LA INFANCIA SINO QUE APARECE EN OTRAS ÉPOCAS (1964). ELLA CONSIDERA LA ANSIEDAD COMO UN EFECTO QUE SE ENCARGA DE COMUNICAR AL YO QUE HAY UN PELIGRO O QUE ESTÁ PRÓXIMO. LOS AFECTOS CONSIDERADOS POR LA AUTORA SON: AFECTOS SIMPLES Y COMPUESTOS NACIDOS DE TENSIONES INTRASISTEMÁTICAS. SON LOS QUE REPRESENTAN LAS PULSACIONES INSTINTIVAS PROPIAS Y QUE PROCEDEN DIRÉCTAMENTE DEL ELLO, LOS QUE SE ORIGINAN EN EL YO DIRÉCTAMENTE SON EL MIEDO REAL, DOLOR FÍSICO, OBJETOS DE ODIO O AMOR. AFECTOS SIMPLES Y COMPUESTOS PROCEDENTES DE TENSIONES ENTRE EL ELLO Y EL YO

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

(ANSIEDAD, DISGUSTOS, VENGANZA, ETC.), AFECTOS POR TENSION ENTRE EL YO Y SUPERYO (CULPA, DEPRESIÓN), CITADO POR REYES, (1983).

LADER (1971), CONSIDERA LA ANSIEDAD COMO NORMAL O CLÍNICA. LA NORMAL ES LA DIARIA, PROPIA DE TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS, MUERTE, ETC. LA CLÍNICA ES USADA COMO ALGO LIBRE, FLOTANTE, NO SITUACIONAL. EN NUESTRO CASO EN ESTE ESTUDIO SE PUEDE DECIR QUE LA ANSIEDAD QUE PRESENTABAN LOS NIÑOS ENFERMOS COMO SUS FAMILIARES ES AQUELLA QUE ES CONSIDERADA NORMAL YA QUE ESTABAN EXPUESTOS A UNA SITUACIÓN REAL Y QUE EN CIERTO ASPECTO NO PODIAN HACER NADA PARA CONTRARRESTAR EL MAL, MÁS QUE COOPERAR CON EL MÉDICO PARA AMINORAR LA ENFERMEDAD.

LA AMENAZA DE PÉRDIDA DE UN HIJO, ES INEVITABLE, CUANDO SE LE DIAGNOSTICA CANCER, PUES TODOS SABEN QUE EL CANCER ES GENERALMENTE UN PADECIMIENTO MORTAL, A PESAR DE LOS GRANDES AVANCES PARA PROLONGAR LA VIDA DEL PACIENTE. LAS REACCIONES EXPERIMENTADAS POR LOS PADRES DE NIÑOS CON ESTA ENFERMEDAD, PUEDEN SER EN TRES ETAPAS: 1.- ANTE EL DIAGNÓSTICO, 2.- DURANTE EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD, ETAPA FINAL O DESENLAJE.

1.- ANTE EL DIAGNÓSTICO LAS REACCIONES SON DE SHOCK EMOCIONAL, QUE PUEDE MANIFESTARSE DE DOS FORMAS: A) RECHAZO AL DIAGNÓSTICO, INCREUDLIDAD Y DEMANDA DE REVELACIONES, CON ESPECTATIVA DE DEMOSTRAR LA FALSEDAD DEL MISMO. B) SENSACIÓN CATASTRÓFICA DE DAÑO FÍSICO Y MENTAL A SÍ MISMOS.



## DESARROLLO DEL CONCEPTO. . .

FRIEDMAN et al (1963), CITA QUE EXISTE OTRO TIPO DE SHOCK INICIAL, QUE ES LA ACEPTACIÓN INTELECTUAL, QUE PERMITE ACTUAR A LOS PADRES CON EFICIENCIA, MIENTRAS LOGRAN EL INGRESO DEL NIÑO AL HOSPITAL EN EL QUE SE HARÁN CARGO DE ÉL. UNA VEZ RECUPERADOS DEL SHOCK INICIAL, LA MAYORÍA DE LOS PADRES TOMAN UNA DE ESTAS MODALIDADES DE ACTITUD: A) NEGACIÓN DE LA REALIDAD, B) SOBREATIVIDAD EN LA LUCHA POR INVALIDAR EL DIAGNÓSTICO.

LA GRAN MAYORIA TOMA LA PRIMERA AL PRINCIPIO Y AL CABO DE UNOS DIAS ASUME LA SEGUNDA. LOS PADRES QUE TOMAN LA ACTITUD DE NEGACIÓN, SE MANTIENEN EN UNA SITUACIÓN DE RELATIVA TRANQUILIDAD, EN COMPARACIÓN CON LOS QUE SE SOBREATIVAN; PUES ESTOS SUFREN UNA SERIE DE MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD MUCHO MÁS SEVERAS COMO: SENTIMIENTOS DE CULPA, RABIA Y HOSTILIDAD HACIA LOS MÉDICOS Y HACIA SÍ MISMOS, TANTO POR AUTOCULPARSE DE LA ENFERMEDAD, COMO POR PERCATARSE DE SU IMPOTENCIA Y DE LOS MÉDICOS Y SU CIENCIA MÉDICA. EN GENERAL SU CONDUCTA SE DESORGANIZA.

2.- DURANTE EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD, LOS NIÑOS CON LEUCEMIA POR EJEMPLO, SE MANTENDRÁN EN ESTADOS DE SALUD ALTERNANTES. DEBIDO AL AVANCE DE LOS TRATAMIENTOS CONTRA LAS ENFERMEDADES MALIGNAS, SE LOGRA REESTABLECER UN FUNCIONAMIENTO MÁS O MENOS NORMAL, DURANTE PERÍODOS MÁS O MENOS LARGOS; A ESTOS PERÍODOS SE LES DENOMINA REMISIÓN DE LA ENFERMEDAD. DURANTE LA CUAL LOS NIÑOS PUEDEN REGRESAR A SUS HOGÁRES Y

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

CONTINUAR CON SU RITMO DE VIDA ACOSTUMBRADO. SIN EMBARGO, A PARTIR DE ESE MOMENTO SE INICIA EL AVANCE DE LA ENFERMEDAD NUEVAMENTE Y CADA PERÍODO DE REMISIÓN SUELE SER MÁS CORTO QUE EL ANTERIOR, Y ESTOS PERÍODOS TERMINAN CON LA NECESIDAD DE REHOSPITALIZAR PARA NUEVOS TRATAMIENTOS. EN GENERAL ESTA ETAPA COMPRENDE DESDE LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN, HASTA EL MOMENTO EN QUE SE AGOTAN TODOS LOS TRATAMIENTOS POSIBLES.

DESDE LA APARENTE ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD EN LOS PADRES, HASTA EL MOMENTO EN QUE SE AGOTAN LOS RECURSOS TERAPÉUTICOS DISPONIBLES, LA ENFERMEDAD VA AVANZANDO Y LOS PADRES DISPONEN DE ESTE TIEMPO PARA IR ELABORANDO ANTICIPADAMENTE EL DUELO POR LA AMENAZA DE PERDIDA DEL NIÑO. EL TIEMPO ES MUY VARIABLE Y DEPENDE DEL TIPO DE PADECIMIENTO, SU AGUDEZA O SU CRONICIDAD Y SU GRADO DE AVANCE. SIN EMBARGO, EN LA ACTUALIDAD EL TIEMPO PROMEDIO DE SOBREVIVENCIA PUEDE CONSIDERARSE RAZONABLEMENTE LARGO, PUES SE LLEGA A PROLONGAR LA VIDA HASTA CINCO AÑOS DESPUÉS QUE SE DIAGNOSTICÓ LA LEUCEMIA.

EN LAS REHOSPITALIZACIONES QUE SIGUEN A PERIODOS CADA VEZ MÁS CORTOS DE REMISIÓN, LOS PADRES SE TIENEN QUE ENFRENTAR A LA SEPARACIÓN QUE SABEN QUE UN DIA SERA DEFINITIVA. POR LO QUE SE OBSERVAN MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LOS PADRES EN FORMA DE CONDUCTA DE AFERRAMIENTO FÍSICO AL NIÑO ENFERMO. ESTA CONDUCTA ES MÁS FRECUENTE ENTRE MADRE-HIJO Y PADRE-HIJA, QUE ENTRE EL PROGENITOR DEL MISMO SEXO DEL ENFERMO. (ARREOLA, S. 1981)

## DESARROLLO DEL CONCEPTO. . .

UNO DE LOS FACTORES QUE MÁ S ANSIEDAD, HOSTILIDAD Y CULPA GENERAN EN LOS PADRES DURANTE EL CURSO DE LA ENFERMEDAD, ES LA IMPOSIBILIDAD QUE LA HOSPITALIZACIÓN IMPLICA, PARA QUE LOS PADRES Y EN ESPECIAL LA MADRE, CUMPLAN CON SUS FUNCIONES EN LO QUE SE REFIERE AL CUIDADO DEL NIÑO. LA HOSPITALIZACIÓN PRIVA A LOS PADRES DEL CUMPLIMIENTO DE SU "ROL" COMO PROVEEDORES Y PROTECTORES DE SU HIJO.

3.- ETAPA DE FINAL O DESENLACE, COMPRENDE EL TIEMPO QUE TRANSCURRE ENTRE EL AGOTAMIENTO DE LOS AGENTES TERAPÉUTICOS DISPONIBLES YA UTILIZADOS EN EL PROCESO DEL TRATAMIENTO DEL NIÑO Y SU MUERTE; INCLUYE TAMBIÉN LOS EFECTOS Y OBSERVACIONES POSTERIORES A SU MUERTE EN QUIENES LO RODEAN.

PARA VARIOS AUTORES, LA CONSECUENCIA DEL PROCESO DE DUELO, SE MANIFIESTA EN TÉRMINOS DE LA ADAPTACIÓN DE LOS PADRES A LA REALIDAD DE LO INEVITABLE; QUE SE HACE EVIDENTE CUANDO LOS PADRES LOGRAN ATENDER NO SOLO A SU HIJO ENFERMO, SINO TAMBIÉN A LOS OTROS ENFERMOS QUE LO RODEAN EN EL HOSPITAL, Y A SUS OBLIGACIONES CON EL RESTO DE SU FAMILIA.

LOS PADRES VAN SEPARÁNDOSE DEL NIÑO, AL RITMO QUE VAN ELABORANDO GRADUALMENTE SU DUELO ANTICIPADO; DEJAN DE PREOCUPARSE TANTO POR EL PROGRESO Y EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARA ATENDER EL ESTADO EMOCIONAL DEL NIÑO ENFERMO.

CUANDO YA SE HAYAN AGOTADO LOS RECURSOS TERAPÉUTICOS DISPONIBLES Y EL FINAL ESTÁ CERCA, LAS REACCIONES DE LOS PA-

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

DRES DEPENDEN DE LA FASE EN QUE SE ENCUENTREN EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE DUELO ANTICIPADO. SI ESTE SE ESTA INICIANDO, LAS REACCIONES TIENDEN A SER MUCHO MAS INTENSAS Y SEVERAS EN COMPARACIÓN CON LOS PADRES CUYO PROCESO DE DUELO ESTA AVANZANDO O YA ESTÁ CONCLUIDO. CUANDO EL DECESO OCURRE DESPUÉS DE CUATRO MESES DE SOBREVIVENCIA AL DIAGNÓSTICO, EL DUELO GENERALMENTE YA SE HA ELABORADO CASI POR COMPLETO Y LOS PADRES ACEPTAN EL SUCESO CON MÁS RESIGNACIÓN, PUES HAN TENIDO TIEMPO PARA LLEGAR A DESEAR LA MUERTE DEL NIÑO SIN SENTIRSE CULPABLES POR VER EL SUFRIMIENTO DEL HIJO, TOMANDO EN CUENTA QUE PASAN POR LAS DIFERENTES ETAPAS QUE EXPLICAREMOS MAS ADELANTE CON DETALLE.

LAS REACCIONES DE LOS PADRES QUE NO HAN TERMINADO DE ELABORAR Y ACEPTAR LA AMENAZA DE PÉRDIDA, YA SEA POR EL CORTO TIEMPO DE SOBREVIVENCIA O PORQUE LOS MECANISMOS DE DEFENSA UTILIZADOS, COMO SON LA NEGACIÓN Y AISLAMIENTO DEL AFECTO, NO SE LOS HAN PERMITIDO, Y SON COMPARABLES A LOS PADRES QUE PIERDEN A UN HIJO POR ALGÚN PADECIMIENTO AGUDO O ACCIDENTE, EN UN LAPSO DE TIEMPO MUY CORTO. LAS REACCIONES DESPUÉS DEL FALLECIMIENTO SON MÁS INTENSAS Y DURADERAS. EN LA MAYORIA DE PADRES QUE TERMINAN SU PROCESO DE DUELO ANTES DE LA MUERTE DEL NIÑO, HAY RECUPERACIÓN TOTAL, EN TÉRMINOS DE LA REINTEGRACIÓN A SU VIDA NORMAL, A LAS DOS O TRES SEMANAS DESPUÉS DEL DECESO.

\*BINGER MANIFIESTA QUE LOS NIÑOS EXPRESAN UNA GRAN VARIEDAD DE SENTIMIENTOS, ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRA LA RESPON-

## DESARROLLO DEL CONCEPTO. . .

SABILIDAD POR LA MUERTE DEL HERMANO, TEMORES DE QUE ELLOS MISMOS MORIRÁN, RESENTIMIENTO HACIA LOS MISMOS PADRES QUE PASAN MUCHO TIEMPO CON EL HERMANO ENFERMO, ENOJO CON LOS MISMOS POR PERMITIRLE MORIR Y PREOCUPACIÓN RELACIONADA CON FANTASIAS ACERCA DE LA MUERTE\* (SAHLER, 1983).

EL CONOCIMIENTO DE LA VERDAD, LA REALIDAD Y LA COMUNICACIÓN ABIERTA CON LOS HERMANOS DE UN NIÑO QUE TIENE CANCER, TAMBIÉN LES PERMITE LA ELABORACIÓN ANTICIPADA DEL DUELO; EL TRATAR DE PROTEGERLOS DE ALGO QUE LES ES DESCONOCIDO Y LES VA A SER DOLOROSO, LOS DEJA ABANDONADOS A SUS FANTASIAS DESTRUCTIVAS Y A SUS SENTIMIENTOS DE CULPA; SIENDO ESTE TIPO DE FANTASIAS MAS DESTRUCTIVAS QUE EL SABER LA VERDAD. LAS FAMILIAS MEJORMENTE ADAPTADAS Y MENORMENTE ANGSTIADAS, SON AQUELLAS DONDE SE DA LA COMUNICACIÓN ABIERTA ENTRE TODOS LOS MIEMBROS QUE LA FORMAN, PUES TIENEN LA OPORTUNIDAD DE COMPARTIR TAN DOLOROSA EXPERIENCIA APOYÁNDOSE MUTUAMENTE.

LAS NECESIDADES QUE TIENE UN NIÑO CON CANCER DEBEN ESTAR INTEGRADAS EN LAS RESPONSABILIDADES HACIA EL TRATAMIENTO DE DICHA ENFERMEDAD. EL ENTENDIMIENTO, ACEPTACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO DEL PACIENTE, ES DETERMINANTE EN LA EFECTIVIDAD DEL PLAN DE TRATAMIENTO, PARA ESTO DEBERÁN OBTENER LA INFORMACIÓN ADECUADA TANTO EN LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS COMO CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA; UN APOYO FAMILIAR EN CONJUNTO CON EL MÉDICO, HARÁ LA ENFERMEDAD DEL NIÑO NO TAN PESADA Y SI MÁS LLEVADERA. ES OBVIO POR LO TANTO DAR A LOS PADRES UNA INFORMACIÓN ADECUADA DEL TRATAMIENTO, DE LOS EFECTOS SECUNDA-

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

RIOS, COSTOS, ETC.. ENTONCES UNA FAMILIA QUE HA SIDO ADECUA-  
DAMENTE PREPARADA, HACIA EL CUIDADO DEL NIÑO, AYUDARÁ A LA  
ESPERANZA DE UN TRATAMIENTO EFECTIVO.

SALL

V.- ELABORACIÓN DE DUELO Y APOYO PSICOLÓGICO.

DECIR LA VERDAD AL PACIENTE SOBRE SU DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO, NO NECESARIAMENTE DESTRUYE LA ESPERANZA O INDUCE LA DEPRESIÓN SEVERA. EL SER HUMANO ES CAPAZ DE RESPONDER CON MAYOR FUERZA Y ENTERESA DE LO QUE SE PIENSA A LAS ADVERSIDADES (HACKETT, 1976; BEVERLY, 1976).

EL ASPECTO MAS IMPORTANTE EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON CANCER CONSISTE EN MANTENER UNA COMUNICACIÓN ABIERTA Y HONESTA ENTRE EL MÉDICO, EL PACIENTE Y LA FAMILIA. EL CONOCIMIENTO DEL NIÑO EN CUANTO A LO QUE LE SUCEDE, TIENDE A REDUCIR SU DEPRESIÓN Y SU HOSTILIDAD; ESTAS SON CONDUCTAS QUE SE DETECTAN CON MAYOR FRECUENCIA EN NIÑOS QUE DESCONOCEN SU REALIDAD.

LA DEPRESIÓN, HOSTILIDAD Y AISLAMIENTO EN NIÑOS CON CANCER SON PRODUCTO DEL DESCONOCIMIENTO REAL, DE LA PERCEPCIÓN DE QUE "ALGO LE SUCEDE" Y DE SENTIMIENTOS DE CULPA POR LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN QUE PERCIBEN DE QUIENES LO RODEAN. FREUD EN SU ARTÍCULO DE "DUELO Y MELANCOLIA" DE 1917, DE ACUERDO CON LAS IDEAS DE ABRAHAM, TRATA DE ESCLARECER LA RELACIÓN Y LA DIFERENCIA ENTRE DUELO Y MELANCOLIA; REFIERE QUE EN EL DUELO, EL OBJETO ES PERDIDO POR UNA MUERTE REAL Y QUE EN LA MELANCOLIA EXISTE UNA PÉRDIDA INTERNA DEBIDO A LA RELACIÓN AMBIVALENTE QUE EL SUJETO TENÍA CON EL OBJETO PERDIDO.

EL MELANCÓLICO CARECE DE PUDOR Y TIENE NECESIDAD DE EXPRESAR SUS DEFECTOS CON AUTOREPROCHES, FREUD TRATA DE EXPLI-

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

CAR EL CONCEPTO ASI: "SI UNA PERSONA HA SUFRIDO UNA PÉRDIDA DE UN OBJETO, DICHA PÉRDIDA TUVO EFECTO EN SU PROPIO YO, UNA PARTE DE LA CUAL SITUA FRENTE A LA OTRA Y LA VALORA CRÍTICAMENTE COMO SI LA TOMARA COMO OBJETO, PERO ESTA INSTANCIA CRÍTICA, SE HA DISOCIADO Y SEPARADO DEL YO, FORMANDO LA INSTANCIA DEL SUPER YO DE LA CONCIENCIA MORAL. ASÍ LOS REPROCHES Y ACUSACIONES AL OBJETO CRITICADO SE HAN VUELTO CONTRA EL YO Y LOS ELEMENTOS SON EN REALIDAD ACUSACIONES CONTRA EL OBJETO" EN EL DUELO EL SUJETO A PARTIR DE LA EXPRESIÓN DE LA REALIDAD Y DEBIDO A LAS GANANCIAS NARCISISTAS DE SEGUIR CON LA VIDA, PAULATINAMENTE DESCATETIZARÁ SU LÍBIDO DEL OBJETO PERDIDO PARA PODER DEPOSITARLA EN UN OBJETO NUEVO, (CITA REYES, 1983).

LAS TEORÍAS DE KLEIN (1948), NOS HABLAN DE MELANCOLÍA Y NOS AYUDAN A ENTENDER MEJOR EL CONCEPTO, EN SU ESTUDIO SOBRE LA PSICOGÉNESIS DE LOS ESTADOS MANIACO-DEPRESIVOS, EXPONE QUE LA CARACTERÍSTICA ESENCIAL DE LA CULPA DEPRESIVA ES EL ANHELO DE REPARAR AL OBJETO QUE SE SIENTE DAÑADO POR LOS PROPIOS IMPULSOS DESTRUCTIVOS. ESTA NECESIDAD DE PERSEVERAR O REVIVIR AL OBJETO AMADO, CONDUCE A ESTADOS DE DUELO Y SUS DEFENSAS CORRESPONDIENTES.

PARA FREUD (1917), EL DUELO ES LA RELACIÓN A LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO O DE UNA ABSTRACCIÓN EQUIVALENTE COMO LA LIBERTAD, UN IDEAL, ETC. EN EL DUELO, LA PERSONA QUE HA PERDIDO A UN SER QUERIDO PRESENTA UN ESTADO DE ÁNIMO PROFUNDAMENTE TRISTE, EXISTE UNA INHIBICIÓN DE LAS FUNCIONES YOICAS,



## ELABORACIÓN DE DUELO. . .

HAY UNA SESACIÓN DEL INTERÉS POR EL MUNDO EXTERNO Y UNA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD DE AMAR.

PARA BOWBLY (1960), EXISTEN TRÉS FASES DEL DUELO QUE SE ACOMPAÑAN EN FORMA PARALELA CON RESPUESTAS DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN, DOLOR, DUELO Y DEPRESIÓN. EL DUELO SE REFIERE AL PROCESO PSICOLÓGICO CAUSADO POR LA PÉRDIDA DE UN OBJETO AMADO EL DOLOR O PENA ES EL ESTADO SUBJETIVO DE ESTA PÉRDIDA Y LA DEPRESIÓN ES EL ESTADO AFECTIVO QUE SIENTE EL NIÑO CUANDO OCURRE EL DUELO, (CITADO POR REYES, (1993)).

DE LA FUENTE, (1959), DICE QUE LA DEPRESIÓN VENDRÍA A SER LA RESPUESTA A LA PÉRDIDA DE UN OBJETO O RELACIÓN VALIOSA PARA EL INDIVIDUO. PUEDE SER NORMAL CUANDO LA REACCIÓN OCURRE CLARAMENTE EN RELACIÓN CON CIRCUNSTANCIAS EXTERNAS Y SOLO PERSISTE HASTA QUE EL SUJETO LOGRA UN NUEVO AJUSTE O TRANSICIÓN, (CITADO POR REYES, 1983).

LA FRUSTRACIÓN ES EL PUNTO DE PARTIDA Y EL INICIO DE LA DEPRESIÓN, LA POCA TOLERANCIA AL DOLOR Y A LA FRUSTRACIÓN DE UN NIÑO, LO HACE LÁBIL PARA PODER MANEJAR Y PROCESAR UN DUELO.

NAGERA (1970), ENCUENTRA CON FRECUENCIA REACCIONES DE NEGACIÓN DE LA PÉRDIDA Y SENTIMIENTOS INTENSAMENTE AMBIVALENTES. RESPECTO AL JUICIO DE REALIDAD Y A SU ADAPTACIÓN, NOS DICE QUE ES FRECUENTE QUE SI A UN NIÑO LE DAMOS DEMASIADA INFORMACIÓN, EN CIERTAS AREAS, POR EJEMPLD EN LA ESFERA SEXUAL, ES INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA INCAPACITADA PARA SER EN-

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

TENDIDA POR UN YO AÚN EN FORMACIÓN, PUEDE OCASIONALMENTE, SER TRAUMÁTICO PARA EL NIÑO.

EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS, LA INFORMACIÓN ESTÁ MÁS ALLÁ DE LA COMPRENSIÓN DEL NIÑO Y LA IGNORA CONTINUANDO CON SUS FANTASIAS CUYO CONTENIDO, ES DETERMINADO EN PARTE, POR LA FASE DE DESARROLLO EN LA QUE SE ENCUENTRE Y POR LA HABILIDAD YOICA PARA ORGANIZAR LA INFORMACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS OBSERVADAS EN UN TÉRMINO DE TEORÍAS SIGNIFICATIVAS PARA ÉL. ESTO PARTE DE LA IMPORTANCIA QUE PUEDA TENER DECIRLE Y EXPLICARLE AL NIÑO EL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO DE LA PÉRDIDA Y EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE DE TAL MANERA QUE PUEDA TENER PESAR Y UN DUELO SANO, (CITADO POR LAZARD, 1981).

POLLOCK (1961), PIENSA QUE EL ASPECTO MAS IMPORTANTE DEL DUELO, ES LA FACILITACION PARA PODERSE ADAPTAR A LA REALIDAD DEL MUNDO EXTERNO CUANDO UN OBJETO QUERIDO MUERE. ENFATIZA QUE EL PROCESO OCURRE EN ESTADOS SUCESIVOS. EL PRIMERO ES EL SHOCK QUE SIGUE DE UNA REACCIÓN DE DOLOR PROPIA DURANTE LA CUAL EL TRABAJO DE DUELO TOMA LUGAR, EL PROCESO TERMINA CON LA REACCIÓN DE SEPARACIÓN INTERNA DEL OBJETO LLEVADO EN LA MEMORIA, (CITADO POR LAZARD, 1981).

SIN EMBARGO GONZÁLEZ A. (1956), COMENTA QUE EL TRABAJO DE DUELO NORMAL, NO LIQUIDA LA RELACIÓN CON EL OBJETO PERDIDO, SINO QUE MÁS BIEN ESTABLECE UN NUEVO TIPO DE VÍNCULO QUE LE PERMITE SI ES NECESARIO, LIBERAR SUFICIENTE CANTIDAD DE CATÉ-

XIAS PARA REVESTIR A UN OBJETO SUSTITUTO. EXPLICANDO QUE LOS FACTORES BÁSICOS TANTO DE AYUDA Y COMPRENSIÓN DEL INDIVIDUO QUE HA PERDIDO A UN OBJETO QUERIDO, ESTÁN DADOS EN LA CULTURA EN LA QUE VIVE, ASÍ COMO EN LA ESTRUCTURACIÓN DE SU MUNDO INTERNO EN DONDE A MEDIDA QUE SE PUEDA ABSORBER MÁS CONTROL DE DOLOR Y TOLERAR MONTANTES ELEVADOS DE ANGUSTIA, EL CONTROL DE LA REALIDAD INTERNA SERÁ MAYOR, PORQUE NO ES NECESARIO DEFORMARLA AUTOPLASTICAMENTE PARA TOLERAR EL SUFRIMIENTO, (CITADO POR LAZARD, 1981).

CUANDO SE MANEJA UNA COMUNICACIÓN ABIERTA CON EL NIÑO, LA MANIFESTACIÓN DE SUS TEMORES VA A DEPENDER DE LA DISPONIBILIDAD QUE PERCIBA DE SUS PADRES Y DE LOS ADULTOS QUE LE RODEAN. ESTA DISPONIBILIDAD VA A DEPENDER DE LA DECISIÓN, CONVENCIMIENTO Y TRANQUILIDAD DEL ADULTO PARA TRATAR CON SINCERIDAD LAS DUDAS DEL NIÑO, PERO SOBRE TODO, SIN MÁS TEMOR QUE EL QUE EXPERIMENTA EL NIÑO.

COMUNICAR A UN NIÑO LA VERDAD DE SU ENFERMEDAD, NO ES UNA TAREA FÁCIL, PERO TAMPOCO IMPOSIBLE NI DESTRUCTIVA. EL ÉXITO DE ESTA TAREA Y LOS BENEFICIOS QUE ACARREA, VA A DEPENDER DE LA CAPACIDAD DE LOS PADRES PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES DEL NIÑO ANTES QUE LAS SUYAS. LOS NIÑOS PREGUNTAN TANTO COMO SON CAPACES DE ENTENDER, NO SOLO INTELECTUALMENTE, SINO TAMBIÉN EMOCIONALMENTE. POR ELLO, ES IMPORTANTE QUE LOS PADRES ESTABLEZCAN CANALES DE COMUNICACIÓN ABIERTOS CON EL NIÑO, QUE LE PERMITAN HABLAR DE SUS TEMORES HASTA DONDE ÉL MISMO PUEDE.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

PARA FURMAN (1964), ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE EL NIÑO SEA COMUNICADO DENTRO DE LOS LIMITES DE SU COMPRENSIÓN, LO QUE SUCEDE ASÍ COMO EL PODER VERBALIZAR LO QUE SIENTE CON EL PADRE PRESENTE Y OFRECERLE SI ES NECESARIO, LAS CONDICIONES TERAPÉUTICAS PARA QUE EXPRESÉ SU PESAR Y ELABORE UN DUELO. (CITADO POR LAZARD, (1981).

UNA SIMPLE ENTREVISTA PUEDE REVELAR MUCHAS ANSIEDADES Y TEMORES, Y UNA BREVE EXPLICACIÓN JUNTO CON LA CORROBORACIÓN DE QUE LOS SENTIMIENTOS AMBIGUOS DE AMOR Y ODIO SON HUMANOS Y COMPENSIBLES, AYUDARAN GRANDEMENTE. (KÜBLER-ROSS, 1969).

ERICH LINDEMAN (1944), EN SU ARTÍCULO: "EL MANEJO Y LA SINTOMATOLOGÍA DEL PESAR AGUDO", NOS DESCRIBE LAS FASES POR LAS QUE EL PACIENTE DEBE DE PASAR CUANDO ESTÁ EN TRATAMIENTO Y LA AYUDA QUE EL MISMO TERAPEUTA PUEDE OFRECERLE. APARTE DEBE ACEPTAR EL DOLOR DE LA PÉRDIDA Y VIVIRLA, REVISAR SU RELACIÓN CON EL OBJETO PERDIDO, DEBE VERBALIZAR SUS MIEDOS DE VOLVERSE LOCO Y SUS TEMORES ANTE LA NECESIDAD DE ACEPTAR CAMBIOS EN SUS SENTIMIENTOS, ESPECIALMENTE LA HOSTILIDAD HACIA EL OBJETO PERDIDO. DEBE BUSCAR TAMBIÉN UNA NUEVA FORMULACIÓN PARA CREAR NUEVAS RELACIONES QUE LE PERMITAN DESCENTRALIZAR AL OBJETO Y VERBALIZAR SUS SENTIMIENTOS DE CULPA, ASÍ COMO LA HOSTILIDAD SE DIRIGE FRECUENTEMENTE AL TERAPEUTA Y ES NECESARIO MANEJARLA.

ADEMÁS SUGIERE QUE SI EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE EL PACIENTE SEPA QUE UN OBJETO CERCANO A ÉL VA A MORIR, POR E-

## ELABORACIÓN DE DUELO. . .

JEMPLO, POR TENER UNA ENFERMEDAD TERMINAL, SE LE DEBE AYUDAR PARA QUE EMPIECE A TENER UN DOLOR Y PESAR ANTICIPATORIO A LA MISMA PÉRDIDA Y MUERTE. (CITADO POR LAZARD, 1981).

LA POSIBILIDAD DE OFRECER TANTO A LOS PADRES Y HERMANOS ASÍ COMO AL NIÑO ENFERMO UN APOYO PSICOTERAPÉUTICO, EN EL QUE PUEDAN MANEJARSE SUS TEMORES, ANSIEDAD Y SENTIMIENTOS DE CULPA HA DEMOSTRADO SER DE GRAN AYUDA, PUES LES PERMITE AFRONTAR LA ENFERMEDAD CON OTRAS ACTITUDES. REACCIONAN ANTE LA AMENAZA DE MUERTE CON MUCHA MÁS TRANQUILIDAD Y ACEPTACIÓN, AUNQUE VIVAN LAS MISMAS ETAPAS DE DUELO Y SUFREN LOS MISMOS SENTIMIENTOS, SON MUCHO MAS CAPACES DE EXTERNARLOS, ACEPTARLOS Y VIVIRLOS SIN SENTIMIENTOS DE CULPA. LAS INVESTIGACIONES AL RESPECTO INSISTEN EN ESTA NECESIDAD DE TODOS AQUELLOS QUE TIENEN QUE HACER FRENTE A LA ENFERMEDAD O FUTURA MUERTE DEL NIÑO EN LA FAMILIA, EN LA MEDIDA QUE SE LES OFRECE UN MARCO DE REFERENCIA PARA TRATAR SUS REACCIONES Y PREVENIR ALTERACIONES SEVERAS A FUTURO, TANTO COMO EL MOMENTO DE ANSIEDAD ASOCIADO A LA SITUACIÓN REAL.

CABE SEÑALAR ASÍMISMO, QUE AQUELLAS FAMILIAS QUE DISPONEN DE UN MARCO PSICOTERAPÉUTICO DE APOYO, TIENDEN A MANEJAR LA COMUNICACIÓN MUCHO MÁS ABIERTA CON EL NIÑO ENFERMO Y SUS HERMANOS; HECHO QUE COMO YA SE HA REPORTADO, ALIGERA LA CARGA EMOCIONAL A TODA LA FAMILIA, LOS ACERCA Y LES PERMITE APOYARSE MUTUAMENTE.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

ES RECOMENDABLE AYUDAR A LOS NIÑOS CON ENFERMEDADES GRAVES A EXPRESAR SUS EXPERIENCIAS INTERNAS Y SUS DUDAS SOBRE LA SERIEDAD DE SU ENFERMEDAD Y HASTA DE UNA PRÓXIMA MUERTE, LO QUE DEBERÍA DE SER UNA PARTE DEL TRATAMIENTO. ES BIEN CONOCIDO, QUE LOS NIÑOS USAN UN LENGUAJE SIMBÓLICO PARA COMUNICAR SUS PREOCUPACIONES Y COMUNMENTE FANTACEAN QUE SU ENFERMEDAD ES CAUSADA POR ELLOS MISMOS. LOS NIÑOS DEBEN TENER APOYO DE SUS PADRES ASÍ COMO SU AUTOESTIMA DEBE SER PROMOVIDA CON GRAN MAESTRÍA.

AL MISMO TIEMPO SE LES PUEDE AYUDAR A CONOCER EL SENTIDO DE LA MUERTE Y QUE UTILICEN SU ENERGÍA RESTANTE PARA ACTITUDES OPTIMISTAS O AL MENOS PARA SU BIENESTAR. YA QUE LOS PADRES SON DE GRAN AYUDA, ENTONCES ES RECOMENDABLE QUE ESTOS RECIBAN AYUDA A SU VEZ DEL PERSONAL DEL HOSPITAL.

HACIA LA EDAD DE 4 AÑOS, LOS NIÑOS COMIENZAN A FORMAR LA IDEA DE LA MUERTE. SEGUN PIAGET, 1969, UNO DE LOS PUNTOS QUE NO SE DEBEN DE OLVIDAR EN EL TRABAJO CON LOS NIÑOS, ES QUE EL NIÑO DE ESTA EDAD VE LA MUERTE COMO UN FENÓMENO PASAJERO, POR ESO ES MUY IMPORTANTE VER O INVESTIGAR CUAL ES EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE PARA EL NIÑO.

ENTONCES PARA FURMAN (1964), UN NIÑO PUEDE ELABORAR UN DUELO, CUANDO PUEDE COMPRENDER EL CONCEPTO DE LA IRREVERSIBILIDAD DE LA MUERTE, HABER ALCANZADO EL PERÍODO FÁLICO, YA QUE LOS CONFLICTOS DE ESTE Y SU MANEJO APROPIADO, HARÁN QUE SE

FUSIONEN LOS INSTINTOS PARA ASÍ PODER MANTENER LA REPRESENTACIÓN DE LOS OBJETOS, AL MISMO TIEMPO QUE CON LA AYUDA DEL PRINCIPIO DE REALIDAD, DISMINUYA EL PENSAMIENTO MÁGICO E OMNIPOTENTE, FACTORES CRUCIALES PARA ACEPTAR LA PÉRDIDA Y PODER DESCATETIZAR AL OBJETO PERDIDO. (CITADO POR LAZARD, (1981).

"UNO DE LOS MÁS GRANDES SOCORROS QUE PODEMOS DAR A UN NIÑO, ES PERMITIR A SUS PADRES EL ESTAR CON ELLOS A LA HORA DE SU MUERTE. NUESTRA RESPONSABILIDAD DE MÉDICOS ESTÁ EN BUSCAR LA SATISFACCIÓN NO SOLO PARA NUESTRAS NECESIDADES AFECTIVAS, SINO TAMBIÉN LAS DE NUESTROS ENFERMOS Y LAS DE LOS PADRES DE NUESTROS PEQUEÑOS ENFERMOS." (KÜBLER-ROSS, 1971).

DE LOS CASOS DESCRITOS POR KÜBLER-ROSS, NO ES TAN FÁCIL QUE UN NIÑO PASE DEL LENGUAJE SIMBÓLICO A LA EXPRESIÓN VERBAL SIN EMBARGO, SI EL NIÑO SIENTE QUE PUEDE HABLAR ACERCA DE LA MUERTE CON ALGUIEN, LO HARÁ CUANDO ESTÉ LISTO Y CUANDO SUS DEFENSAS ESTÉN MÁS BAJAS, LO CUAL SUCEDERÁ POR LO GENERAL EN LA NOCHE, EN EL SILENCIO Y EN LA OSCURIDAD, CIERTOS NIÑOS NO SOLAMENTE MUEREN MÁS APACIBLES QUE LOS ADULTOS, SINO QUE SON CAPACES DE HABLAR DE SU MUERTE CON MÁS CALMA Y SERENIDAD, Y LO HARÁN SI NOSOTROS SOMOS CAPACES DE DEJARLOS.

"LOS NIÑOS CAPACES DE HABLAR DE LA MUERTE ME HAN IMPRESIONADO MUCHO PORQUE SU MANERA DE PENSAR ACERCA DE ESTE TEMA ES MENOS CONFLICTIVA QUE LA DE MUCHOS ADULTOS. LA REACCIÓN DE LOS NIÑOS DEPENDE EN UNA BUENA PARTE DE LA ACTITUD ANTE LA MUERTE QUE LOS PADRES LE HAYAN SABIDO COMUNICAR Y DE LA EDU-

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

CACION RECIBIDA. SE PUEDE EDUCAR A LOS NIÑOS DE MANERA QUE SE LES PUEDA HACER ESPERAR EL ESTADO DE LA ACEPTACIÓN ANTE LA EDAD ADULTA". (KÜBLER-ROSS, 1971).

LOS PUNTOS QUE HAY QUE TENER PRESENTES EN EL TRABAJO CON LOS PADRES DE UN NIÑO GRAVEMENTE ENFERMO ES AYUDAR A ESPERAR EL ESTADO DE ACEPTACIÓN ANTES, CUANDO EL NIÑO NO HA MUERTO, Y LOS NIÑOS POR ELLOS MISMOS PUEDEN ESPERAR LA ACEPTACIÓN MUY RÁPIDO EN LA VIDA, SI TAN SOLO SE LES PERMITE.

UNA PARTE MUY BUENA DEL MODO DE DAR A CADA NIÑO LO QUE NECESITA, ES HACERLO SENTIR QUE CUENTA CON EL ADULTO, PADRE Y MADRE, QUE NO SE LE ENGAÑE Y QUE SE LE DARÁ TODO LO QUE NECESITA INCLUSO RESPUESTAS VERDADERAS A SUS INQUIETUDES.

POR LO TANTO LAS DIFERENTES INVESTIGACIONES REALIZADAS POR FEIFEL (1977); KÜBLER-ROSS (1969 Y 1974); PATTISON (1976); HAN DEMOSTRADO LOS CAMBIOS BENÉFICOS QUE PUEDEN TENER LUGAR SI LA PERSONA QUE VA A MORIR NO QUEDA AISLADO Y SE LE INVITA A COMPARTIR SUS EXPERIENCIAS CON ALGUIEN QUE PUEDA ESCUCHARLO AÚN CUANDO EL PACIENTE NO LE APETEZCA HABLAR, SENCILLAMENTE SE PERMANECE SENTADO CON ÉL, EN COMUNICACIÓN SILENCIOSA. LOS AUTORES HAN LLEGADO A LA MISMA CONCLUSIÓN DE QUE EL PACIENTE DESAHUCIADO TIENE DESEOS, ANSIEDADES Y TEMORES, MUCHAS VECES IRRACIONALES QUE DESEA EXPRESAR PARA DISMINUIR SU ANSIEDAD Y MORIR EN PAZ, CON UNA PERSONA QUE ESTÉ DISPUESTA A ESCUCHARLO.



## ELABORACIÓN DE DUELO. . .

"LO IMPORTANTE ES AYUDAR EN TODO MOMENTO AL PACIENTE A VENCER EN SU PROPIA LUCHA POR VOLVER A ESTAR BIEN Y EVITAR SOFOCARLO CON CONDUCTAS EXCESIVAMENTE PROTECTORAS QUE LO HARÁN SENTIRSE INUTILIZADO, DANDO LA IMPRESIÓN DE QUE ÉL MISMO ESTUVIERA INCAPACITADO PARA SEGUIR VIVIENDO". (TALADRID, C. 1982).

PATTISON (1976), DICE QUE EN EL DESAHUCIADO HAY UN PROCESO EN EL CUAL SE DESPIERTAN NUEVAMENTE LAS DIMENSIONES LATENTES DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES. LOS SENTIMIENTOS DE AMOR Y DE ODIOS SE EVOCAN. EN ESTE CASO SE DEBE AYUDAR AL PACIENTE, FAMILIA Y AMIGOS, A ACEPTAR LA VARIEDAD DE SENTIMIENTOS QUE FLORECEN, PARA ASÍ PODER TENER UN TRATO GRATO Y LLEVADERO.

LAS FAMILIAS CON PACIENTES DESAHUCIADOS Y SOBRE TODO NIÑOS, DEBEN CONTAR CON EL BENEFICIO DEL CONSEJO PSICOLÓGICO PROFESIONAL. (HACKETT, 1974).

FEIFEL (1965); KÜBLER-ROSS (1969); LE SHAN Y LE SAHAN (1961); MAC KEGNEY (1965); PAYNE (1967); WAHL (1962); AFIRMAN QUE EN LA TERAPIA CON DESAHUCIADOS ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA ESTAR CONCIENTES DE LA CONTRATRANSFERENCIA. ANTES DE QUE EL MÉDICO (O TERAPEUTA), DIALOGUE CON EL PACIENTE DESAHUCIADO, DEBE TOMAR EN CUENTA DIFERENTES PUNTOS, COMO: EN PRIMER LUGAR DEBE REVISAR SU POSICIÓN ANTE LA MUERTE, YA QUE EL TRATAR CON PACIENTES DESAHUCIADOS PODRÁN SURGIR EN ÉL ANSIEDADES Y TEMORES CON RESPECTO A SU PROPIA MUERTE; ADEMÁS,

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

LE CREARÁ SENTIMIENTOS DE IMPOTENCIA O CULPA AL NO PODER HACER NADA MÁS.

EL CONTACTO CON PACIENTES DESAHUCIADOS PUEDE CREAR EN EL TERAPEUTA, O EN EL MÉDICO, UN INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO EN DOS SENTIDOS: UNO ES EL DE ALEJARSE POR TEMOR A LA ANSIEDAD QUE LE PROVOCA LA MUERTE; EL OTRO, LE OCASIONA QUE EL PACIENTE NO MUERA Y PRETENDE ENGAÑARSE ASÍ (ROOSE, 1969) (CITADO POR CAMARA 1980).

ES ENTONCES QUE LOS MIEMBROS DE UNA INSTITUCIÓN PARA CONTRARRESTAR LA ANSIEDAD, LOS LLEVA AL DESARROLLO DE DEFENSAS ESTRUCTURADAS SOCIALMENTE, QUE APARECEN COMO ELEMENTOS DE LA CULTURA Y EL MODO DE FUNCIONAMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN. LAS DEFENSAS QUE SE HAN ENCONTRADO Y QUE ACTUAN COMO SI FUERSEN SEPARADAS PERO QUE FUNCIONAN SIMULTANEAMENTE E INTERACTUAN ENTRE SÍ, POR EJEMPLO: LA DISOCIACIÓN, DESPERSONALIZACIÓN, DISTANCIA Y NEGACIÓN DE LOS SENTIMIENTOS, DISTRIBUCIÓN SOCIAL COLUSIVA DE RESPONSABILIDAD, ETC.

POR OTRO LADO, GONZÁLEZ Y ÁLVAREZ (1978), RECONOCEN QUE LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE DE LOS MÉDICOS, ENFERMERAS, AUXILIARES Y TODOS LOS QUE VIVEN EN UN HOSPITAL, SON REFLEJO DE SUS CONDICIONAMIENTOS CULTURALES, RELIGIOSOS, FAMILIARES, ETC. EL MÉDICO ANTE LA MUERTE DE SUS PACIENTES RESPONDE POR CUATRO FASES: LA PRIMERA SERÍA DE NEGACIÓN, PUES A PESAR DE SU CAPACIDAD SE RESISTE A RECONOCER LA GRAVEDAD. LA FASE DE TRUQUE ESTARÍA CARACTERIZADA POR MANTENER CIERTA ESPERANZA QUE

## ELABORACIÓN DE DUELO. . .

AMINORE EL IMPACTO DEL MORIR DEL ENFERMO. LA DEPRESIÓN ES OTRA FASE QUE SE PUEDE MANIFESTAR POR CIERTO ABATIMIENTO HACIA EL ESTADO DEL ENFERMO. LA ÚLTIMA SERÍA LA ACEPTACIÓN DE LA MUERTE, COMO UN SUCESO NATURAL QUE TARDE O TEMPRANO SE PRESENTA EN LA VIDA DE TODO SER VIVIENTE.

EXPLICA QUE AUNQUE EL MÉDICO ESTÉ PLENAMENTE CONCIENTE DEL HECHO, LE SIGUE SIENDO DIFÍCIL VER MORIR, ENTONCES LA ACTITUD HACIA LA MUERTE PUEDE TOMAR TRES CAMINOS: A) DISTANCIAMIENTO O RECHAZO, SE NOTA CON UNA FRASE "MÁNDENLO A CUIDADOS INTENSIVOS" PUEDE SIGNIFICAR "NO QUIERO SABER DE SU MUERTE", O RESPONSABILIZAR A OTRO POR LO QUE ÉL NO PUEDE TOLERAR. B) IRONÍA O MENOSPRECIO, Y SE PUEDE OBSERVAR A TRAVÉS DE EXPRESIONES COMO "NO LA BRINCA", "NO LA PASA", DEDUCEN QUE ESTA ACTITUD Y OTRAS PERMITEN MANTENER LA LEJANIA DEL MORIBUNDO SIN SENTIR QUE SE "FALLA". C) LA CIENTIFICA ES LA QUE SE ENTIENDEFRIAMENTE, QUE LA MUERTE ES LA ETAPA FINAL DEL CRECIMIENTO. (CITADO POR REYES, 1983).

HAY (1972), EN SUS ESTUDIOS AL IGUAL QUE EL PACIENTE, EL PERSONAL ESTÁ EXPUESTO A MÚLTIPLES ESTÍMULOS DESAGRADABLES CON POCAS OPORTUNIDADES Y CANALES DISPONIBLES PARA EXPRESAR SU FRUSTRACIÓN Y ENOJO. MANTENIENDO UN ENVOLVIMIENTO INTERPERSONAL INTENSO AUNQUE EN OCASIONES ES BREVE EL PERÍODO DE CONTACTO ENTRE PERSONAL-PACIENTE Y EN EL CUAL EL PERSONAL DEBE DE CONFRONTAR CONTINUAMENTE EL ENVOLVIMIENTO EMOCIONAL Y LA PÉRDIDA. MENCIONA QUE PARA PROTEGERSE EL PERSONAL MÉDICO

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

DE ESTOS AFECTOS DESAGRADABLES, EL PERSONAL EMPLEA DEFENSAS TALES COMO: LA DESPERSONALIZACIÓN, LA NEGACIÓN, LA HUIDA. EL ALIVIO TEMPORAL CAUSADO POR ESTAS DEFENSAS PERMITE LA REESTRUCTURACIÓN DE LOS DETERIORADOS RECURSOS EMOCIONALES, TAMBIÉN EXPLICA COMO ESTA REESTRUCTURACIÓN FACILITA LA REINVOLUCRACIÓN SUBSECUENTE, ASÍ CONCLUYE: "SI ESTAS DEFENSAS NO TIENEN ÉXITO, UN ESTADO DE FATIGA PUEDE SOBREVENIR, ESTADO QUE HA SIDO COMPARADO CON EL AGOTAMIENTO DEL COMBATE, Y SI NO ES SUPERADO, LA LOCURA PUEDE APARECER COMO UNA FORMA DE ENFERMEDAD O RESIGNACIÓN". (CITADO POR REYES, 1983).

AL DISCUTIR EL TEMA DE LA MUERTE CON LOS PACIENTES SE BUSCA PODER ENFRENTARLOS CON SUS PROPIOS SENTIMIENTOS, CREENCIAS Y MIEDO HACIA ESTE PROCESO. CUANDO EL SUJETO ES CAPAZ DE COMUNICAR TODO LO QUE SIENTE Y PIENSA, EXPERIMENTA UN GRÁN ALIVIO, YA QUE LA ANGUSTIA QUE LE PRODUCIA ESTE TEMA PUDO SER EXPRESADA Y ELABORADA.

EN ESTA FORMA, EL PACIENTE COMPARTE SUS TEMORES CON EL TERAPEUTA, Y LE AYUDA A ENTENDERLOS DESDE UN PUNTO DE VISTA PERSONAL; PUESTO QUE TODOS INTERNAMENTE PERCIBIMOS A LA MUERTE EN FORMA DIFERENTE Y LOS TEMORES, LAS ANGUSTIAS Y LOS SENTIMIENTOS SOBRE ESTE TEMA VARIAN SEGÚN LAS PERSONAS.

EL TERAPEUTA DEBE COMPRENDER CUANDO UN PACIENTE LE COMUNICA QUE SIENTE QUE VA A MORIR; DEBE APOYARLO, CUIDARLO Y PROTEGERLO A LO LARGO DE TODO EL PROCESO, ADEMÁS DE RESPETAR SU DECISIÓN.

## ELABORACIÓN DE DUELO. . .

EL ENFERMO DARÁ SIEMPRE LA PAUTA A SEGUIR POR EL TERAPEUTA QUIEN DEBE ADAPTARSE A LA SITUACIÓN Y MANEJARLA A BASE DE MUCHO APOYO Y COMPRENSIÓN. EL PACIENTE ESTARÁ MÁS TRANQUILLO EN ESOS MOMENTOS SI SABE CON CERTEZA QUE SU TERAPEUTA COMPRENDE QUE SU LUCHA POR SEGUIR VIVIENDO HA TERMINADO Y RESPETA SU DESEO POR MORIR Y ESTAR EN PAZ.

EL LENGUAJE SIMBÓLICO VERBAL ES EL MÁS BASTO, PERO TAMBIÉN ES EL MÁS DIFÍCIL DE ENTENDER. EN EL MOMENTO DE LA MUERTE LA GENTE RECURRE A ESE LENGUAJE, Y CUANDO SE LES RECONFORTA, ALGUIEN SE PARE ANTE ELLOS, Y QUE DOMINEN SU TEMOR, SE PONEN EN FRECUENCIA, NO SIEMPRE, PERO FRECUENTEMENTE SE PONEN A HABLAR EN LENGUAJE CLARO Y A DECIR TODO AQUELLO QUE TIENEN NECESIDAD DE DECIR. "UNA VEZ QUE HEMOS APRENDIDO SU LENGUAJE, DESCUBRIMOS QUE TODOS HABLAN DE SU MUERTE." (KÜBLER-ROSS, 1972).

KÜBLER-ROSS COMENZÓ A INTERESARSE POR EL PACIENTE MORIBUNDO A MEDIADOS DE LOS AÑOS SESENTAS, CUANDO DECIDIÓ ENTREVISTAR A UN PACIENTE QUE ESTUVIERA PRÓXIMO A MORIR, PARA PRESENTAR UN CASO PRÁCTICO EN UN SEMINARIO QUE CONDUJERA EN LA ESCUELA MÉDICA DE CHICAGO, SOBRE "LAS CRISIS DE LA VIDA".

EN SU PRIMER LIBRO, "SOBRE LA MUERTE Y EL MORIR" (1969), TRANSMITIÓ SUS EXPERIENCIAS EN EL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO CON MÁS DE 200 PACIENTES QUE ENFRENTABAN UNA MUERTE INMINENTE.

ENTONCES ELLA PLANTEA QUE EL DUELO ES UN PROCESO QUE PASA POR CINCO ETAPAS DIFERENTES CUANDO SE TRATA DE AMENAZA DE

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

MUERTE: ETAPAS QUE SON EXPERIMENTADAS TANTO POR EL PACIENTE COMO POR SUS FAMILIARES MÁS CERCANOS. A PESAR DE QUE SUS TEORIAS ESTÁN FUNDAMENTADAS EN EXPERIENCIA CLÍNICA CON ADULTOS DESAHUCIADOS, SON APLICABLES A LOS PADRES DE NIÑOS QUE ESTÁN IGUALMENTE DESAHUCIADOS. LAS ETAPAS SON:

1.- NEGACIÓN Y AISLAMIENTO, DEBIDO A LA INCAPACIDAD INICIAL PARA HACER FRENTE A SITUACIONES ENORMEMENTE TRISTES. BUSCARÁ ENTONCES OTRAS OPINIONES SOBRE EL DIAGNÓSTICO, SE CONSIDERA ESTA ETAPA COMO ADAPTATIVA, EN TANTO QUE ACTUAN COMO "ATENUANTE DESPUÉS DE LAS INESPERADAS E IMPACTANTES NOTICIAS Y PERMITE AL PACIENTE MANTENER CIERTO CONTROL, Y CON EL TIEMPO, MOVILIZAR OTRAS MENOS RADICALES" (KÜBLER-ROSS 1969)

CUANDO VAMOS A TRATAR A ALGUIEN QUE ESTÁ EN ESTA FASE, DEBEMOS PRIMERO SONDEARNOS A NOSOTROS MISMOS PARA ASEGURARNOS DE QUE NO SOMOS NOSOTROS LOS QUE CEDEMOS A LA NECESIDAD DE LA NEGACIÓN. DEBEMOS TAMBIÉN COMPRENDER Y ACEPTAR QUE EL ENFERMO TIENE NECESIDAD DE QUE LE HAGAMOS SABER CUANDO ES QUE ESTAREMOS LISTOS PARA HABLAR DE SU MUERTE.

2.- IRA O ENOJO, EL PACIENTE SE PREGUNTA, ¿PORQUÉ A MI Y NO A OTRO? DURANTE ESTA ETAPA EL PACIENTE DIRIGE SU IRA HACIA DIOS, EL DESTINO, EL PERSONAL MÉDICO Y PRÁCTICAMENTE CONTRA TODOS LOS QUE LE RODEAN, CONTRA TODAS LAS PERSONAS SANAS, TODOS LOS QUE LE RECUERDAN QUE EL MORIRÁ Y LOS DEMÁS VIVIRAN. "NO SOLAMENTE LOS ENFERMOS ATRAVIESAN POR ESTA FASE DE IRA Y CÓLERA, SINO TAMBIÉN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA" (KÜBLER-ROSS, 1972).

## ELABORACIÓN DE DUELO. . .

SI UNO ES CAPAZ DE ACEPTAR AL PACIENTE TAL Y COMO ES, PUEDE SER AGOTADOR PERO HAY QUE TOMAR EN CUENTA QUE ES UN SER HUMANO Y QUE TAMBIÉN SUFRE, ENTONCES, SI SE LE PERMITE AL PACIENTE ESCUPIR TODA SU IRA Y CÓLERA, UNO PUEDE AYUDARLE VERDADERAMENTE. EL PACIENTE LLEGA A ESTAR VERDADERAMENTE DESAHOGADO Y LE SERÁ MAS FÁCIL SU PENA Y PERMITIRÁ QUE EL PERSONAL HOSPITALARIO LABORE CON MÁS FACILIDAD Y TRANQUILIDAD.

3.- REGATEO, EL PACIENTE CREE QUE TAL VEZ ROGANDO A DIOS PROMETIÉNDOLE ALGO, O HACIENDO ALGÚN TIPO DE PACTO MÁGICO, LOGRARÁ PROLONGAR SU VIDA. EL PACIENTE GENERALMENTE PASA A LA ETAPA DE DEPRESIÓN CUANDO SIENTE NO LOGRAR SU "PACTO".

4.- DEPRESIÓN, PUEDE PRESENTARSE COMO RESULTADO DE UN INCREMENTO EN LOS SÍNTOMAS FÍSICOS, AL DARSE CUENTA DE QUE SE ESTÁ SINTIENDO CADA VEZ MÁS DÉBIL, O DEBIDO A LOS TRATAMIENTOS SEVEROS EN LOS QUE SE VEN INVOLUCRADOS, Y A CONSECUENCIA DEL DESPRENDIMIENTO, DISTANCIAMIENTO Y SEPARACIÓN DE LAS COSAS Y LAS PERSONAS AMADAS EN EL CASO DEL PACIENTE, Y DE LA PERSONA AMADA EN EL CASO DE LOS FAMILIARES.

EN ESTE PERÍODO SE REACTIVAN LAS PÉRDIDAS Y DUELOS QUE HAN TENIDO EN SU VIDA. EN EL ÚLTIMO PERÍODO DE LA ETAPA DE DEPRESIÓN, LOS PACIENTES RARAMENTE HABLAN O COMPARTEN SU DOLOR. (KÜBLER-ROSS, 1972).

AL FINAL DESEAN ESTAR CON UNA SOLA PERSONA QUE PUEDA SENTARSE ANTE ELLOS Y LOS RECONFORTE. EN ESE MOMENTO ES EL CONTACTO FÍSICO EL QUE GANA AÚN MÁS IMPORTANCIA. EN ESE ESTADO LOS HOMBRES SON MÁS DIFÍCILES QUE LAS MUJERES PORQUE UNA

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

DE LAS REGLAS DE NUESTRA SOCIEDAD ES QUE LOS HOMBRES NO LLO-  
RAN.

5.- ACEPTACIÓN, RESIGNACIÓN Y CALMA DE LA REALIDAD INE-  
VITABLE, SIEMPRE Y CUANDO HAYA HABIDO UN TIEMPO RAZONABLE Y  
ALGO DE APOYO FAMILIAR PARA EXPRESAR LOS SENTIMIENTOS DURANTE  
LAS ETAPAS PREVIAS. DESAPARECEN LA IRA Y LA DEPRESIÓN.

"AL ALCANZAR LA ETAPA DE ACEPTACIÓN, LOS PACIENTES EN SU  
PAZ Y ECUANIMIDAD, MUESTRAN QUE EL MORIR NO TIENE QUE SER AL-  
GO TEMIDO, SINO QUE PUEDE SER EXPERIMENTADO COMO EL FINAL PA-  
CÍFICO Y TRANQUILO DE UNA VIDA PLENA DE SENTIMIENTOS". KÜBLER-  
ROSS, (1972).

NO CONFUNDAMOS LA ACEPTACIÓN Y LA RESIGNACIÓN, PORQUE EN  
EL ESTADIO DE ACEPTACIÓN, EL TERAPEUTA NO TIENE NADA QUE HA-  
CER MÁS QUE QUEDARSE A LA CABECERA DEL ENFERMO Y TENDERLE LA  
MANO. EN EL ESTADIO DE RESIGNACIÓN AL CONTRARIO, HAY QUE HA-  
CER MUCHOS ESFUERZOS PARA QUE EL PACIENTE SALGA DE ESTA FASE  
DE LETARGO.

KÜBLER-ROSS COMPLETÓ SU ANÁLISIS CON LA OBSERVACIÓN DE  
QUE LA ESPERANZA SUBSISTE Y DEBE SUBSISTIR A LO LARGO DE LAS  
CINCO ETAPAS. LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PUEDE COMENZAR  
DESDE EL MOMENTO EN QUE SE HACE INFORMAR AL PACIENTE EL DIAG-  
NÓSTICO DE SU ENFERMEDAD, DESCUBRE QUE LA INTERROGANTE QUE SE  
PLANTEA NO ES EL DECIRLE O NO AL PACIENTE LA VERDAD, YA QUE  
DE UNA FORMA U OTRA LOS PACIENTES INTUYEN SU REALIDAD, SINO  
QUE EL TERAPEUTA DEBE PREGUNTARSE ¿COMO VOY A COMPARTIR ESTO  
CON MI PACIENTE?



## ELABORACIÓN DE DUELO. . .

LA AUTORA ENFATIZA LA IMPORTANCIA DE UNA COMUNICACIÓN ABIERTA Y SINCERA EN LA QUE, CON UNA ACTITUD EMPÁTICA, SE DEBE TRANSMITIR AL PACIENTE QUE SIEMPRE CONTINUA EXISTIENDO UNA ESPERANZA NO HACE FALTA RAZONAR, SINO SIMPATIZAR Y TRATAR DE ESCUCHAR LOS SENTIMIENTOS MÁS PROFUNDOS.

LO PRINCIPAL ES COMUNICAR AL PACIENTE QUE NO TODO ESTÁ PERDIDO, QUE NO SE LE ABANDONARÁ POR EL HECHO DE TENER ESA ENFERMEDAD Y QUE SE TRATA DE UNA BATALLA EN LA QUE SE PELEARA CONJUNTAMENTE. EL ASPECTO BÁSICO Y PRINCIPAL PARA PODER PRESTAR AYUDA TERAPÉUTICA ES QUE EL TERAPEUTA HAYA RECONOCIDO Y ANALIZADO SUS ANSIEDADES SOBRE LA MUERTE; DE OTRA MANERA NO PODRÁ CREAR EL CLIMA NECESARIO PARA TRABAJAR CON ELLO, NI PODRÁ PERCIBIR Y RECONOCER SUS NECESIDADES ESPECÍFICAS, EN DETERMINADO MOMENTO.

LA MAYOR PARTE DE ESTE TIPO DE ENFERMOS NO PUEDE VIVIR CONTÍNUAMENTE CONCIENTE DE SU PRÓXIMA MUERTE, DE AHÍ LA IMPORTANCIA DE LA HABILIDAD DEL TERAPEUTA PARA PERMITIR QUE EL PACIENTE UTILICE SUS DEFENSAS, SIN HACERLO CONCIENTE DE LAS CONTRADICCIONES QUE SE PUEDEAN SUSCITAR, Y ASÍ AYUDAR A LA ELABORACIÓN DEL DUELO FACILITANDO EL REESTABLECIMIENTO POSTERIOR AL FALLECIMIENTO, SI ESTO LLEGASE A SUCEDER.

KÜBLER-ROSS (1972), INCITÓ A SUS PACIENTES Y A LA FAMILIA A QUE EXPRESARAN SU IRA, YA QUE ESTO LES PERMITE SENTIRSE MENOS CULPABLES; AQUELLOS PACIENTES QUE EXPRESARON SU IRA PUDIERON HACER UNA DECATECTIZACIÓN DE SUS FIGURAS SIGNIFICA-

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

TIVAS Y ALCANZARON LA ACEPTACIÓN MAS RÁPIDAMENTE. LA AUTORA DICE QUE EN ESTA ÚLTIMA ETAPA, LA ACEPTACIÓN, LOS PACIENTES ÚNICAMENTE NECESITAN DE LA COMPAÑIA SILENCIOSA DE SUS SERES QUERIDOS Y TOMARLOS DE LA MANO, UNA MIRADA O ARREGLARLES LAS ALMOHADAS LES COMUNICA MÁS QUE CUALQUIER PALABRA.

"DE NOSOTROS DEPENDE DAR AYUDA PARA ATRAVESAR LOS ESTADIOS DE SHOCK Y DE DEGENERACIÓN, DE CÓLERA, DE IRA Y DE DEPRESIÓN HASTA QUE SEA SUYA LA ACEPTACIÓN", (KÜBLER-ROSS, 1972).

ASÍ PUES PARA RESUMIR PODEMOS TOMAR EN CUENTA QUE EXISTEN AYUDAS TERAPEUTICAS PROPUESTAS POR DIFERENTES AUTORES MENCIONADOS YA ANTERIORMENTE, LA CUAL SERÍA UNA TERAPIA BREVE DE COMUNICACIÓN ABIERTA O TAMBIÉN UNA TERAPIA DE APOYO PROPUESTA POR WOLBERG (1977), DONDE NOS DICE: QUE DICHA TERAPIA TIENE COMO OBJETIVO: "TRAER AL PACIENTE A UN EQUILIBRIO EMOCIONAL TAN RÁPIDO COMO SEA POSIBLE, CON UNA MEJORÍA DE SÍNTOMAS, DE TAL FORMA QUE PUEDA FUNCIONAR A UN NIVEL LO MÁS CERCANO A SU NORMA ..."

LA PSICOTERAPIA DE APOYO ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE EN ENFERMEDADES GRAVES O INCAPACITANTES EN LAS QUE HAY UN DRÁSTICO CAMBIO EN LA FORMA DE VIDA DEL PACIENTE Y EN LAS QUE PUEDE NO HABER UNA RECUPERACIÓN TOTAL.

O TAMBIÉN PARA LA FAMILIA COMO PROPONE ROSENTHAL, (1980), EN SU TERAPIA FAMILIAR BREVE EN DONDE EL AUTOR CONSIDERA QUE ESTE TIPO DE TRATAMIENTO TIENE MÁS IMPACTO Y FUNCIONA EN FORMA MÁS EFECTIVA, YA QUE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PRI-

MERAMENTE ANTE UNA SITUACIÓN TRAUMÁTICA, REQUIEREN DE AYUDA, COMPRENSIÓN Y POR MOMENTOS DE UNA GUIA QUE LES MUESTRE EL MEJOR CAMINO Y LA POSIBILIDAD ÓPTIMA, TANTO PARA EL NIÑO QUE PRESENTA DISTURBIOS EMOCIONALES, COMO PARA ELLOS MISMOS. ADEMÁS CONSIDERA QUE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN ENTRE LA FAMILIA, AYUDARÁ MÁS YA QUE LE DÁ LA OPORTUNIDAD DE COMPARTIR CON LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, EL DOLOR Y ACLARAR FANTASIAS ALREDEDOR DE LA MUERTE.

LA IMPORTANCIA DE PODER COMPARTIR LOS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES, ASÍ COMO EL DOLOR Y EL PESAR ANTE LA MUERTE DE UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA, ES PARA ELLOS UN ALIVIO YA QUE REDUCE SUS FANTASIAS TANTO INCONSCIENTES COMO CONSCIENTES DE HABER SIDO ELLOS LOS CULPABLES DE LA MISMA MUERTE O ENFERMEDAD; ASIMISMO, OBSERVAR Y ESCUCHAR A LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, LE AYUDARÁ A HACERLO ÉL MISMO Y SENTIR PROFUNDAMENTE Y SIN TEMOR EL DOLOR, EL CORAJE Y LA TRISTEZA, SENTIMIENTOS QUE SE COMPAGINAN EN UN PROCESO DE DUELO.

EL QUE SEA BREVE, INDICA QUE SE TRATARÁ ESPECÍFICAMENTE EL PROCESO DEL DUELO EN LA FAMILIA Y SE TRATARÁN DE MANEJAR LOS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES QUE DE DICHO AFLORAN. SI EN ALGÚN MOMENTO ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA PRESENTA SINTOMATOLOGÍA SEVERA EN LA CUAL NO SE PUEDA MANEJAR EN LA TERAPIA FAMILIAR, SE TRATARÁ DE REFERIRLO A UN PSICOTERAPEUTA INDIVIDUAL, APARTE DE QUE SIGA ASISTIENDO A LA FAMILIAR: EL PLAZO QUE SE PROPONE, ES DE QUINCE A VEINTE SESIONES EN LAS CUALES SE TRATARÁ DE MANEJAR ESPECIFICAMENTE EL DUELO DE LOS MIEMBROS DE

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

LA FAMILIA, DANDO LA OPORTUNIDAD DE QUE TODOS SE EXPRESEN Y SE FACILITE LA COMUNICACIÓN ENTRE ELLOS, DE TAL MANERA QUE AL TERMINAR EL TRATAMIENTO EXISTA LA POSIBILIDAD DE QUE AMBOS PUEDAN VERBALIZAR Y COMPARTIR LOS SENTIMIENTOS ALREDEDOR DE LA MUERTE.

SALL

VI.- TEORÍA GENERAL DE LA FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG.

FRUSTRACIÓN ES LA OBSTRUCCIÓN O INTERFERENCIA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS IMPULSOS INSTINTIVOS QUE CONDUCE AL ESTANCAMIENTO DE LA LÍBIDO. LA FRUSTRACIÓN EXTERNA, CAUSADA POR OBJETOS DEL MEDIO, DEBERÁ DIFERENCIARSE DE LA FRUSTRACIÓN IMPUESTA DESDE DENTRO.

FREUD (1916-1917), DICE QUE EL PAPEL DE LA FRUSTRACIÓN EN LA FORMACIÓN DEL SÍNTOMA ES "LA CONDICIÓN NECESARIA DEL CONFLICTO EN AQUELLOS OTROS PROCEDIMIENTOS Y OBJETOS QUE DESPIERTEN DISPLACER EN UNA PARTE DE LA PERSONALIDAD, DE MANERA QUE SE IMPONE UN VETO QUE HACE IMPOSIBLE EL SOSTENIMIENTO DEL NUEVO MÉTODO DE SATISFACCIÓN". (ENCICLOPEDIA DEL PSICOANÁLISIS, 1971).

EN LA VIDA DIARIA SE UTILIZA EL TÉRMINO FRUSTRACIÓN PARA INDICAR ACCIÓN DE OMITIR, PERTURBAR, QUITAR: SE FRUSTRA SI SE OBSTACULIZA LA REALIZACIÓN DE UN DESEO DEL SUJETO, (HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, 1981).

ROSENZWEIG DICE QUE EXISTE FRUSTRACIÓN CADA VEZ QUE EL ORGANISMO ENCUENTRA UN OBSTÁCULO O UNA OBSTRUCCIÓN MÁS O MENOS INSUPERABLE EN LA VIDA Y VIA QUE LO CONDUCE A LA SATISFACCIÓN DE UNA NECESIDAD VITAL CUALQUIERA, (ROSENZWEIG, 1960).

CON LO ANTERIOR MENCIONADO SE PUEDE DECIR QUE AL ENCONTRAR OBSTÁCULOS EN EL CAMINO HACIA LA OBTENCIÓN DE UNA META ES NECESARIA LA UTILIZACIÓN DE MECANISMOS DE AJUSTE QUE FACI-

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

LITEN AL INDIVIDUO LA SUPERACIÓN DE LA SITUACIÓN FRUSTRANTE Y LE PERMITEN LLEGAR A LA META. SE PUEDE DECIR QUE LA FRUSTRACIÓN ES NECESARIA PARA AYUDAR AL INDIVIDUO A ADAPTARSE A LA REALIDAD, ESTABLECIENDO UN BALANCE ENTRE SU APARATO PSÍQUICO Y EL MEDIO AMBIENTE.

EL PROBLEMA SURGE CUANDO LOS MECANISMOS DE AJUSTE O DEFENSA NO HAN SIDO SUFICIENTES Y LOS OBSTACULOS SON DIFÍCILES DE VENCER PARA CONTINUAR CON LA DIRECCIÓN HACIA LA META; PERO SI EL SUJETO LOGRA LLEGAR, LA FRUSTRACIÓN SERÁ DE SEGUNDO GRADO, NECESARIA PARA LA VIDA, CUANDO EL SUJETO TIENE UNA FINALIDAD, PERO SU DIRECCIÓN HACIA ELLA ESTÁ CONSTANTEMENTE BLOQUEADA, YA SEA POR SEGUIR UN CAMINO EQUIVOCADO, POR NO SER CONGRUENTE CON LA REALIDAD O DEBIDO A QUE SUS MECANISMOS DE AJUSTE O DEFENSA NO SON SUFICIENTES, Y HA PERDIDO LA FINALIDAD DE LA META DEBIDO A SU FALTA DE CAPACIDAD PARA RESOLVER LAS DIFERENTES SITUACIONES QUE LO AGOBIAN, APARECE EL SINDROME DE FRUSTRACIÓN; Y SI ESTA ETAPA NO ES LIQUIDADA, YA SEA CON UNA ORIENTACIÓN DEBIDA O PARA LOGRAR UNA CONGRUENCIA CON LA REALIDAD Y CAMBIANDO LA MANERA DE ATACAR LOS OBSTACULOS PARA NO SEGUIR UNA CONDUCTA HACIA ADELANTE EQUIVOCADA EN SUS MEDIOS, VIENE LA FRUSTRACIÓN. (HERNÁNDEZ, MARTÍNEZ, 1981).

EL TEST DE FRUSTRACIÓN CONCEBIDO Y REALIZADO POR EL DOCTOR SAUL ROSENZWEIG EN 1944, EN LOS ESTADOS UNIDOS ES UNA PRUEBA PROYECTIVA CUYO OBJETIVO ESPECÍFICO, ES EXPLORAR LA PERSONALIDAD EN UNA DE SUS AREAS: LA RESPUESTA DE TOLERANCIA O INTOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN DE TIPO PSICO-SOCIAL. (HERNÁNDEZ, MARTÍNEZ, 1981).

FUÉ CONSTRUIDO EN UN PRINCIPIO COMO INSTRUMENTO PARA EXPLORAR LOS CONCEPTOS RELATIVOS A LA TEORÍA DE LA FRUSTRACIÓN, MÁS QUE COMO UN INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO. A PESAR DE LA SUBJETIVIDAD DEL CONCEPTO BÁSICO QUE SE MANEJA EN ESTE TEST SE HA COMPROBADO REPETIDAMENTE QUE ES CONFIABLE CUANDO CALIFICAN 2 PERSONAS CON UN ACUERDO DEL 85%.

POR OTRA PARTE, SE HA VERIFICADO SU VALIDEZ, COMPARÁNDOLO CON EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD, CON EL T.A.T., CON EL INVENTARIO DE VALORES DE ALLPORT-VERNON, ENTRE OTRAS ADEMÁS DE RELACIONARLO CON LA CONDUCTA MANIFIESTA Y SE HA CONCLUIDO QUE SI ES VALIDO. (ROSENZWEIG, 1960)

DESDE 1934 ROSENZWEIG DESARROLLA UNA TEORÍA GENERAL DE LA FRUSTRACIÓN QUE SE ENCUENTRA DENTRO DE LO QUE SE LLAMARÍA PSICANÁLISIS EXPERIMENTAL, DE LOS CONCEPTOS CENTRALES DE ESTA TEORÍA, SON LOS DE FRUSTRACIÓN, PRESIÓN O STRESS Y EL DE LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN DE LOS CUALES SE DAN DEFINICIONES SOSTENIDAS POR EL AUTOR.

ROSENZWEIG DICE QUE: "EXISTE FRUSTRACIÓN EN CADA OBSTÁCULO U OBSTRUCCIÓN MÁS O MENOS INSUPERABLE EN UNA VIDA QUE LO CONDUCE A LA SATISFACCIÓN DE UNA NECESIDAD VITAL CUALQUIERA"; Y DISTINGUE DOS TIPOS DE FRUSTRACIÓN:

1.- PRIMARIA O PRIVACIÓN: LA CUAL SE CARACTERIZA POR LA TENSIÓN O INSATISFACCIÓN SUBJETIVAS QUE SE DEBEN A LA AUSENCIA DE UNA SITUACIÓN FINAL NECESARIA PARA EL APACIGUAMIENTO DE UNA NECESIDAD ACTIVA.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

2.- SECUNDARIA: SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE OBSTÁCULOS EN LA VÍA QUE CONDUCE A LA SATISFACCIÓN DE UNA NECESIDAD. ESTE TIPO DE FRUSTRACIÓN ES LA QUE ESTUDIA EL TEST Y A ELLA SE REFIERE LA DEFINICIÓN DADA AL PRINCIPIO.

TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN ES LA APTITUD DE UN INDIVIDUO PARA SOPORTAR UNA FRUSTRACIÓN SIN PÉRDIDA DE SU ADAPTACIÓN PSICOBIOLOGICA, ES DECIR, SIN RECURRIR A TIPOS DE RESPUESTAS INADECUADAS.

LAS RESPUESTAS A LA FRUSTRACIÓN PUEDEN VERSE BAJO TRES PERSPECTIVAS PRINCIPALES Y DIFERENTES:

1.- TIPOS DE RESPUESTAS SEGÚN LA ECONOMÍA DE LAS NECESIDADES FRUSTRADAS, DONDE HAY DOS TIPOS PRINCIPALES:

A.- RESPUESTAS DE PERSISTENCIA DE LA NECESIDAD, ES EL DESTINO DE LA NECESIDAD SEGMENTARIAFRUSTRADA. SOBREVIENTE CONSTANTEMENTE DESPUÉS DE TODA FRUSTRACIÓN, CORRESPONDE MÁS O MENOS A LA PRESIÓN PASIVA.

B.- RESPUESTAS DE DEFENSA DEL YO, TIENE EN CUENTA EL DESTINO DE LA PERSONALIDAD COMPLETA. SE DA EN CIERTAS CONDICIONES ESPECIALES DE AMENAZA CONTRA EL YO, CORRESPONDE MÁS O MENOS A LA PRESIÓN ACTIVA.

2.- RESPUESTAS DE DEFENSA DEL YO, ES LA BASE DE LA INTERPRETACIÓN DEL TEST DE FRUSTRACIÓN.

A.- RESPUESTAS EXTRAPUNITIVAS, SON EN LAS QUE EL INDIVIDUO ATRIBUYE AGRESIVAMENTE LA FRUSTRACIÓN A PERSONAS O COSAS EXTERIORES. LAS EMOCIONES ASOCIADAS SON LA CÓLERA Y LA



IRRITACIÓN, Y RESPONDEN AL MECANISMO DE DEFENSA DE PROYECCIÓN.

B.- RESPUESTAS INTRAPUNITIVAS, SON RESPUESTAS EN LAS CUALES EL INDIVIDUO ATRIBUYE AGRESIVAMENTE LA FRUSTRACIÓN A SÍ MISMO, LAS EMOCIONES SE ASOCIAN CON LA CULPABILIDAD Y LOS REMORDIMIENTOS; LOS MECANISMOS DE DEFENSA QUE LE CORRESPONDEN SON EL DESPLAZAMIENTO Y EL AISLAMIENTO.

C.- RESPUESTAS IMPUNITIVAS, DONDE LA AGRESIÓN NO SE ENCUENTRA COMO FUERZA GENERATRIZ, HAY EL ENSAYO DE EVITAR FORMULAR UN REPROCHE TANTO A LOS OTROS COMO A SÍ MISMO, Y ENCARAR LA SITUACIÓN FRUSTRADORA EN FORMA CONCILIATORIA, LA REPRESIÓN ES EL MECANISMO DE DEFENSA QUE LE CORRESPONDE.

3.- RESPUESTAS DE PERSISTENCIA DE LA NECESIDAD, ESTAS TIENEN POR FIN EL SATISFACER LA NECESIDAD ESPECÍFICA FRUSTRADA POR ALGÚN MEDIO, Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA QUE LE CORRESPONDEN SON LA SUBLIMACIÓN Y CONVERSIÓN.

EN EL NIÑO, EL PRINCIPIO DEL PLACER IMPLICA LA SATISFACCIÓN INMEDIATA DE TODO DESEO, ENTONCES A LA MEDIDA QUE EL NIÑO MADURO APRENDE A DEMORAR SUS SATISFACCIONES, ESTE CONCEPTO ESTA IMPLÍCITO EN EL DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN.

EL PRINCIPIO DE LA DEBILIDAD DEL YO ES CUANDO EL SUJETO, ANTE LA FRUSTRACIÓN DA RESPUESTAS INADECUADAS Y SE DICE QUE DOMINA EL PRINCIPIO DEL PLACER AJUNADO A UN YO DÉBIL.

CON BASE EN ESTOS PRINCIPIOS PUEDEN CONSIDERARSE DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN LO QUE SE REFIERE AL UMBRAL DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN, YA QUE PARA CADA SUJETO EXISTE UNA

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

ZONA COMPRENDIDA ENTRE DOS INTENSIDADES DE LA PRESIÓN DENTRO DE LA CUAL LA RESPUESTA DEL SUJETO A LA FRUSTRACIÓN ES ADECUADA. (ROSENZWEIG, 1960).

PARA ROSENZWEIG, LOS DETERMINANTES DE LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN AÚN NO SE CONOCEN, POR LO TANTO SUGIERE LA PARTICIPACIÓN DE DOS CLASES DE FACTORES:

- 1.- SOMÁTICOS: QUE SERIAN LOS CONSTITUCIONALES Y HEREDITARIOS, REFIRIÉNDOSE A LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES INNATAS QUE CORRESPONDEN A LAS VARIACIONES NERVIOSAS Y ENDÓCRINAS.
- 2.- PSICOLÓGICOS: VENDRIÁN SIENDO LAS FRUSTRACIONES PRIMARIAS EN LA INFANCIA, LAS CUALES VAN A DETERMINAR EL DESARROLLO ULTERIOR DE LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN.

ES UN TEST PROYECTIVO QUE TIENE POR BASE OBTENER LOS DATOS DE FRUSTRACIÓN HUMANA POR MEDIO DE IMAGENES. ESTÁ FORMADO POR 24 LÁMINAS QUE REPRESENTAN SITUACIONES FRUSTRANTES QUE PUEDEN PRESENTARSE EN LA VIDA DIARIA. EN CADA UNA DE ELLAS SE PRESENTAN DOS PERSONAJES, UNO DE LOS CUALES TIENE UN DIÁLOGO QUE REFLEJA SU PROPIA FRUSTRACIÓN O BIEN LA DE LA OTRA PERSONA, SOBRE LA CUAL HAY UN ESPACIO EN BLANCO O DONDE EL SUJETO PODRÁ ESCRIBIR O PLASMAR LA PRIMERA RESPUESTA QUE ÉL MISMO LE PROVOQUE. LOS RASGOS FACIALES Y OTRAS EXPRESIONES DE PERSONALIDAD HAN SIDO OMITIDAS INTENCIONALMENTE EN TODOS LOS GRADOS.

LAS LÁMINAS PUEDEN DIVIDIRSE EN DOS GRUPOS DE ACUERDO A LO QUE REPRESENTAN:

TEORÍA GENERAL DE LA . . .

A.- LAS REFERENTES A SITUACIONES DE OBSTÁCULO AL YO. ESTAS SON LAS SITUACIONES EN LAS QUE UN OBSTÁCULO CUALQUIERA, PERSONAJE U OBJETO, INTERRUMPE, DEFRAUDA O DE CUALQUIER MANERA FRUSTRAS AL EXAMINADOR. EN ESTAS HAY 16 SITUACIONES LAS CUALES ESTAN EN: 1,3,4,6,8,9,11,12,13,14,15,18,20,22,23, Y 24.

B.- LAS REFERENTES A SITUACIONES DE OBSTÁCULO AL SUPERYO SON AQUELLAS EN LAS QUE EL EXAMINADOR ES OBJETO DE UNA ACUSACIÓN, HECHO RESPONSABLE O JUZGADO POR OTRA PERSONA. EXISTEN 8 SITUACIONES DE ESTE TIPO, MISMAS QUE CORRESPONDEN A LAS RESPUESTAS DE LOS NUMEROS: 2,5,7,10,16,17,19 Y 21.

UNA RELACIÓN ENTRE DOS TIPOS DE SITUACIONES CONSISTE EN EL HECHO DE QUE CUANDO SE BLOQUEA AL SUPERYO, EL BLOQUEO DEL YO, YA HA OCURRIDO ANTERIORMENTE. LA DISTINCIÓN NO PUEDE CONSIDERARSE COMO ABSOLUTA, YA QUE UN SUJETO PUEDE INTERPRETAR COMO SITUACIÓN BLOQUEADORA DEL SUPERYO UNA QUE SEA BLOQUEADORA DEL YO Y VICEVERSA, EN ESTOS CASOS EXCEPCIONALES LA CLASIFICACIÓN COMO SIEMPRE DEBE SEGUIR LO QUE EL SUJETO SEÑALE.

LA NOTACIÓN EXPRESA EN FORMA SIMBÓLICA LOS CONCEPTOS YA EXPRESADOS, EVALUÁNDOSE BAJO DOS ASPECTOS ESENCIALES CADA RESPUESTA:

1.- DIRECCIÓN DE LA AGRESIÓN

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| A.- RESPUESTA EXTRAPUNITIVA | E |
| B.- RESPUESTA INTRAPUNITIVA | I |
| C.- RESPUESTA IMPUNITIVA    | M |

**LABOR DEL PSICÓLOGO. . .**

**2.- TIPO DE RESPUESTA**

**A.- PREDOMINANCIA DEL OBSTÁCULO O-D**

**B.- DEFENSA DEL YO E-D**

**C.- PERSISTENCIA DE LA NECESIDAD N-P**

ESTAS SEIS CATEGORIAS SE COMBINAN PRODUCIENDO NUEVE POSIBLES FACTORES DE NOTACIÓN.

EL PREDOMINIO DEL OBSTÁCULO SE SEÑALA MARCANDO ('), DESPUÉS DE LA LETRA MAYÚSCULA, LOS TIPOS DE DEFENSA DEL YO SE SEÑALAN CON LETRAS MAYÚSCULAS Y LAS RESPUESTAS DE PERSISTENCIA CON MINÚSCULAS.

EN ESTE ESTUDIO SE CALIFICÓ EN BASE A LAS POSIBILIDADES BÁSICAS POR SER UNA APLICACIÓN INDIVIDUAL. SE MANEJARON PERFILES PARA FACILITAR EL MANEJO ESTADÍSTICO.

VII.- A. METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN

EL PACIENTE QUE HA SIDO DIAGNOSTICADO CON CANCER, PASA CONSTANTEMENTE A TRAVES DE ESTADIOS DE UN PROCESO CONOCIDO COMO "PROCESO DE DUELO", LOS CUALES SON: NEGACIÓN, AISLAMIENTO, CÓLERA Y FRUSTRACIÓN, DEPRESIÓN, PACTO Y FINALMENTE ACEPTACIÓN AUNQUE TENDRÁ TAMBIÉN APATÍA Y UNA FALTA DE MOTIVACIÓN MUY GRANDE FRENTE AL MEDIO Y LAS PERSONAS QUE LO RODEAN.

CON RESPECTO A LOS NIÑOS, ELLOS SON ENTERADOS DE LA GRAVEDAD DE SU ESTADO POR LO NOTORIO DE LA ANGUSTIA Y EL COMPORTAMIENTO DE SUS PADRES. SE VAN A VER EMOCIONALMENTE ALTERADOS EN RAZÓN DIRECTA AL CAMBIO EMOCIONAL QUE PRESENTEN LOS PADRES.

TODAS ESTAS ACTITUDES TAN DIFÍCILES ATEMORIZAN A LA FAMILIA DEL PACIENTE, QUE SE ENCUENTRA POR SÍ MISMA CONFUSA, DESCONCERTADA Y PARALIZADA ANTE LA PERSPECTIVA DE MUERTE DEL SER QUERIDO.

CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN, EN UNA SITUACIÓN SIMILAR PARECERÍA SER MUY DOLOROSA Y POCO EFECTIVA, "EL PROBLEMA RELATIVO A LA COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL MÉDICO, PACIENTES Y FAMILIARES, ESTÁ CONDICIONADO DE MANERA GENERAL POR FACTORES TANTO DE TIPO PERSONAL COMO INSTITUCIONAL. LOS PRIMEROS SON DESENCADENADOS POR FALTA DE PREPARACIÓN AL RESPECTO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD; LOS SEGUNDOS POR LA INFORMACIÓN RESTRINGIDA EN CUANTO A LA GRAVEDAD DE LAS PERSONAS HOSPITA-

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

LIZADAS. NO OBSTANTE LOS FACTORES YA MENCIONADOS LOS PACIENTES LLEGAN A CONOCER SU DIAGNÓSTICO MEDIANTE COMUNICACIONES NO VERBALES DEL COMPORTAMIENTO DE QUIENES LE RODEAN". (CÁMARA G., 1990).

COMO UNA APORTACIÓN QUE SE JUZGA IMPORTANTE, DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO, ES EL SEÑALAMIENTO QUE HACE KÜBLER-ROSS, RELATIVO AL MEJORAMIENTO DE LAS RELACIONES ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN A LOS PACIENTES MORIBUNDOS Y ESTOS. ESTE MEJORAMIENTO CONSISTE EN ESTABLECER UN MEJOR CONTACTO PARA INFUNDIR, EN EL PACIENTE CON INMINENCIA DE MUERTE, ESPERANZA, SEGURIDAD Y SERENIDAD, HACIENDO PARTICÍPE AL PACIENTE DEL TRATAMIENTO Y LOS RESULTADOS ESPERADOS.

UNA REFLEXIÓN SOBRE LA MUERTE EN EL SIGLO XX NOS PUEDE DECIR MUCHO SOBRE LO QUE SUCEDE EN LA MEDICINA MODERNA. ANTES, LA MORTALIDAD INFANTIL ERA MUY ELEVADA Y EL PROMEDIO DE VIDA MENOR AL ACTUAL. LA PRESENTE MEJORÍA SE PUEDE EXPLICAR POR EL CONTROL QUE EJERCE LA MEDICINA SOBRE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MEJORES TÉCNICAS SANITARIAS Y MEJOR NUTRICIÓN E HIGIENE EN GENERAL. VIVIMOS EN UNA CULTURA DE JUVENTUD, LA VEJEZ Y LA MUERTE NO EXISTEN, (PATTISON 1977).

SE HA TENIDO ÉXITO EN PROLONGAR LA VIDA SOBRE ALGUNAS ENFERMEDADES, PERO EN OTRAS ENFERMEDADES LA MUERTE ES INMINENTE. "LA MUERTE, SIEMPRE ES LA DESAPARICIÓN DEL INDIVIDUO, CONSISTE EN FORMA FUNDAMENTAL, EN LA PÉRDIDA DEFINITIVA DE LA ACTIVIDAD PROTOPLASMÁTICA DE LAS CÉLULAS QUE LO CONSTITUYEN". (CHAUCHARD, 1974).

EL SIGNIFICADO QUE LA MAYOR PARTE DE LAS CULTURAS HA DADO A LA MUERTE INCLUYE CREENCIAS EN ALGÚN TIPO DE EXISTENCIA POSTERIOR A ELLA; CASI TODOS LOS PUEBLOS HAN ALIMENTADO TEORÍAS DE SALVACIÓN PERSONAL. LA RELIGIÓN, LA FILOSOFÍA Y LA IDEOLOGÍA POLÍTICA HAN OFRECIDO TAMBIÉN RESPUESTAS A LA PREOCUPACIÓN HUMANA SOBRE EL SENTIDO DE LA MUERTE, (RILEY, 1964).

DADO LO ANTERIOR, SE CONSIDERÓ ÚTIL INDAGAR LA POSIBILIDAD DE INFLUIR PSICOTERAPÉUTICAMENTE EN LA REPERCUSIÓN EMOCIONAL DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INFANTILES Y SUS PADRES ASI COMO TRATAR DE COMPROBAR POR MEDIOS INSTRUMENTALES ESTOS CAMBIOS.

#### AI.- PROBLEMA

HUBO UNA INQUIETUD QUE SIRVIÓ DE BASE PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO: LA POSIBILIDAD DE AMINORAR EL SUFRIMIENTO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES CON CANCER COMO A SUS FAMILIARES, CON TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS.

POR LO TANTO LA INVESTIGACIÓN PRETENDIÓ DETERMINAR SI LA ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES ONCOLÓGICOS INFANTILES Y A SUS PADRES, INFLUYE SIGNIFICATIVAMENTE AL PROMOVER UN CAMBIO CON RESPECTO A LA FRUSTRACIÓN, SIENDO ESTA UNA DE LAS ETAPAS QUE PRESENTA EL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL AL TENER CONCIENCIA ESTE DE SU PROPIO FINAL.

SIENDO LAS ETAPAS (SEGÚN KÜBLER-ROSS, 1969-1974); TANTO CON NIÑOS COMO CON ADULTOS: 1.- NEGACIÓN Y AISLAMIENTO, QUE

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

QUE SE DA' COMO REACCIÓN INICIAL AL TENER CONOCIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO. 2.- CÓLERA Y FRUSTRACIÓN, ANTE LA IMPOSIBILIDAD DE SEGUIR NEGANDO SU REALIDAD. 3.- DEPRESIÓN, QUE SE PRESENTA CUANDO EL PACIENTE SE DEBILITA Y LAMENTA LA PÉRDIDA DE SUS CAPACIDADES FÍSICAS. 4.- PACTO O REGATEO, EL PACIENTE TRATA DE ALARGAR EL TIEMPO (GENERALMENTE LO EFECTUA CON DIOS Y ES SECRETO). 5.- ACEPTACIÓN, CUANDO EL PACIENTE HA TENIDO TIEMPO PARA PASAR POR LAS FASES ANTES MENCIONADAS Y ACEPTARÁ SU SITUACIÓN. ES A ESTA ETAPA A LA QUE SE PRETENDIÓ LLEGAR AL FINALIZAR LA INVESTIGACIÓN.

### A2.- OBJETIVO

EL PRESENTE TRABAJO TIENE COMO OBJETIVO LA ELABORACIÓN DE UNA TESIS, MEDIANTE LA CUAL ES BRINDAR UNA ORIENTACIÓN EN EL MANEJO DE LA FRUSTRACIÓN Y TRATAR DE LLEGAR A TENER UNA MAYOR ACEPTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE CANCER, TANTO AL PACIENTE COMO A SU FAMILIA. POR OTRA PARTE, EL PRESENTE ESTUDIO PUEDE SERVIR DE APOYO A FUTURAS INVESTIGACIONES Y PROGRAMAS DE APOYO PARA LA POBLACIÓN AFECTADA.

### A3.- HIPÓTESIS

HIPÓTESIS CENTRAL: LA ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA PRODUCE CAMBIOS EN LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS INFANTILES ASÍ COMO EN SUS PADRES.

1.- H0.- ¿EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO CONTROL?



METODOLOGÍA

HA.- NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO CONTROL.

2.- HO.- ¿EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL GRUPO DE NIÑOS Y EL GRUPO DE ADULTOS?

HA.- NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL GRUPO DE NIÑOS Y EL GRUPO DE ADULTOS.

3.- HO.- ¿EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL GRUPO CONTROL DE NIÑOS Y EL GRUPO EXPERIMENTAL DE NIÑOS?

HA.- NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL GRUPO CONTROL DE NIÑOS Y EL GRUPO EXPERIMENTAL DE NIÑOS.

4.- HO.- ¿EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL GRUPO CONTROL DE PADRES Y EL GRUPO EXPERIMENTAL DE PADRES?

HA.- NO EXISTE DIFERENCIA ENTRE EL GRUPO CONTROL DE PADRES Y EL GRUPO EXPERIMENTAL DE PADRES.

A4.- TIPO DE ESTUDIO

ES UN ESTUDIO DE CASOS, DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ, YA QUE EN ESTE LUGAR SE ME DIÓ LA FACILIDAD Y OPORTUNIDAD DE REALIZAR EL ESTUDIO, PUES SE ENCUENTRA UNA POBLACIÓN CONSTANTE QUE ASISTE A TRATAMIENTO Y TIENE CONOCIMIENTO TANTO DEL DIAGNÓSTICO COMO DE LO QUE ESTA ENFERMEDAD IMPLICA.

FUE UN DISEÑO DE DOS GRUPOS, TENIENDO UN GRUPO CONTROL Y OTRO EXPERIMENTAL, A AMBOS SE LES APLICÓ UN PRE-TEST Y UN POST-TEST, EL GRUPO EXPERIMENTAL RECIBIÓ EN EL TIEMPO QUE TRANSCURRIÓ ENTRE LAS DOS APLICACIONES (6 MESES) UNA SERIE DE

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

PLÁTICAS DE ORIENTACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO, Y DE AYUDA PARA QUE VERBALIZARAN LOS SENTIMIENTOS QUE IBAN TENIENDO EN EL TRANCURSO DE LA ENFERMEDAD (UNA PLÁTICA POR MES O CADA VEZ QUE SE TENÍA CONTACTO CON LOS SUJETOS), CON EL FIN DE FACILITAR LA ELABORACIÓN DEL DUELO.

EL GRUPO EXPERIMENTAL FUÉ SELECCIONADO POR LA ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA Y ECONÓMICA PARA PODER ASISTIR A LAS PLÁTICAS QUE SE IMPARTIERON, PARA POSTERIORMENTE APLICAR DE NUEVO EL INSTRUMENTO.

EL GRUPO CONTROL ESTUVO INTEGRADO POR PACIENTES QUE DEBIDO A SU LUGAR DE RESIDENCIA, LOS CUALES ESTÁN EN EL INTERIOR DE LA REPÚBLICA, NO PUDIERON ASISTIR A LAS PLÁTICAS, RECIBIENDO ÚNICAMENTE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN DOS OCA-SIONES.

ENTONCES LA VARIABLE DE COMPARACIÓN FUE PRIMORDIALMENTE EL DE PSICOTERAPIA CONTRA EL DE NO PSICOTERAPIA. EL INSTRUMENTO QUE SE APLICÓ FUE EL "TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG".

### A5.- ZONA DE ESTUDIO

EL ESTUDIO SE REALIZÓ EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ, EN LOS DEPARTAMENTOS DE ONCOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA.

### A6.- SUJETOS DE ESTUDIO

FUERON SELECCIONADOS LOS PACIENTES DE PRIMER INGRESO

AL HOSPITAL. SE DIVIDIERON EN DOS GRUPOS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE AMBOS SEXOS, CON UN RANGO DE EDAD DE 5 A 18 AÑOS, DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO A BAJO, TENDIENDO AL BAJO, TENIENDO UN LUGAR DE ORIGEN VARIADO QUE SE UTILIZÓ COMO CRITERIO PARA LA SELECCIÓN DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL.

LOS PACIENTES LLEGAN AL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ, A EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA, DONDE ACUDEN A TRATAMIENTOS, PERMANECIENDO HOSPITALIZADOS EN ALGUNAS FASES DE LA ENFERMEDAD (INICIO Y/O AGRAVAMIENTO) QUE REQUIERA MAYOR VIGILANCIA MÉDICA, SIENDO ESTAS ETAPAS DE DURACIÓN Y FRECUENCIA VARIABLE.

LOS PACIENTES LLEGAN A LA INSTITUCIÓN, DESPUÉS DE HABER PASADO MESES DE CONSULTAS CON OTRAS INSTITUCIONES DEPENDIENDO DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD, SIENDO VISTOS EN SU CLÍNICA DE ZONA Y SI EL CASO LO REQUIERE, SON TRANSFERIDOS AL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO.

DADO EL ESTADO CLÍNICO EN EL QUE SE ENCONTRABAN LOS NIÑOS, EL TRABAJO CON ELLOS SOLO SE ENCAMINÓ A TRATAR DE DISMINUIR SU NIVEL DE ANSIEDAD CAUSADO TANTO POR LA ENFERMEDAD COMO POR EL AMBIENTE HOSPITALARIO Y LA SEPARACIÓN DE LA FAMILIA SIENDO DIFÍCIL REALIZAR OTRO TIPO DE TRABAJO POR LA VARIACIÓN DE SU ESTADO FÍSICO.

#### 6.1.- SELECCIÓN

SE SELECCIONARON DOS GRUPOS DE PACIENTES CON SUS PADRES, DE LOS CUALES FUERON UN PADRE Y LAS DEMÁS MADRES; POR SUS AC-

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

TIVIDADES LABORALES LOS PADRES NO SE PRESENTABAN EN EL HOSPITAL. EL GRUPO CONTROL FUERON LOS RESIDENTES DE LA PROVINCIA QUE POR LEJANIA Y POCOS RECURSOS MONETARIOS, NO PODIAN ASISTIR A LAS ENTREVISTAS DE PSICOTERAPIA.

SIENDO ESTO UN TANTO ARBITRARIO PERO PENSANDO EN LAS DIFICULTADES QUE IMPLICARÍA PARA LA FAMILIA DE ESCASOS RECURSOS EL TENER QUE PERMANECER DURANTE MUCHO TIEMPO EN LA CAPITAL O QUE VINIERAN EN REPETIDAS OCASIONES. ASÍ, EL GRUPO EXPERIMENTAL FUE ESTRUCTURADO CON LOS PACIENTES Y SUS PADRES QUE VIVEN EN LA CIUDAD DE MÉXICO O QUE TUVIERAN LA FACILIDAD PARA VENIR A DICHAS ENTREVISTAS.

EL NÚMERO DE SUJETOS FUÉ MUY PEQUEÑO, A COMPARACIÓN DE LO QUE SE ESPERABA OBTENER, LA RAZÓN PRINCIPAL FUÉ EL LAMENTABLE TERREMOTO QUE SUFRIÓ LA CIUDAD DE MÉXICO, QUE PROVOCÓ LA DESERCIÓN DE ALGUNOS PACIENTES QUE YA NO REGRESARON A SUS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS.

ASÍ EL NUMERO FINAL DE SUJETOS FUÉ DE 5 NIÑOS Y 6 ADULTOS, HABIENDO AL FINALIZAR EL ESTUDIO 2 NIÑOS Y 3 ADULTOS, REPORTANDO LOS FALTANTES COMO MUERTES EXPERIMENTALES. OTRO FACTOR QUE INFLUYÓ EN LA DISMINUCIÓN DEL NUMERO DE PACIENTES FUÉ EL HECHO DE QUE SUS TRATAMIENTOS SE INICIARON CUANDO LA ENFERMEDAD ESTABA YA EN UN GRADO AVANZADO, SOBREVINIENDO EL FALLECIMIENTO ANTES DE PODER APLICARSELE POR SEGUNDA VEZ EL INSTRUMENTO.

A7.- CONTROL DE VARIABLES

LAS VARIABLES QUE ESTÁN INVOLUCRADAS SON:

+ VARIABLE INDEPENDIENTE QUE ES LA PSICOTERAPIA, QUE CONSISTIÓ EN 6 ENTREVISTAS QUE TUVIERON COMO OBJETIVO EL MANEJO Y ELABORACIÓN DEL DUELO, TRATANDO DE ACELERAR EL PASO POR LAS DISTINTAS FASES QUE LO INTEGRAN, HASTA LLEGAR A LA ELABORACIÓN, CON LA CONSIGUIENTE ACEPTACIÓN.

+ VARIABLE DEPENDIENTE FUE VER SI HAY O NO HAY TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN, EL CUAL SE DETECTÓ CON EL TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG.

+ VARIABLES EXTRAÑAS, TALES COMO EL COEFICIENTE INTELECTUAL, HISTORIA PERSONAL DE LOS SUJETOS, RELIGIÓN, CAPACIDAD DE ATENCIÓN, ESCOLARIDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA, YA QUE POR LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA INVESTIGACIÓN NO SE PUDO TENER CONTROL DE ESTAS, ADEMÁS DEL LAMENTABLE TERREMOTO DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

A8.- PROCEDIMIENTO

AL LLEGAR EL PACIENTE AL HOSPITAL FUE VALORADO, DIAGNOSTICADO Y SOMETIDO AL TRATAMIENTO PERTINENTE PARA SU CASO ESPECÍFICO. UNA VEZ DIAGNOSTICADO EN EL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA SE INFORMA EL DIAGNÓSTICO A LOS PADRES Y ES REFERIDO AL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA PARA FINES DE ESTE ESTUDIO. SE LES APLICÓ EL TEST MENCIONADO ANTERIORMENTE EN FORMA INDIVIDUAL. DESPUÉS AL GRUPO EXPERIMENTAL SE LE DIERON LAS ENTREVISTAS DE PSICOTERAPIA Y LUEGO DE 6 MESES SE VOLVIÓ A APLICAR EL TEST A LOS DOS GRUPOS.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

LAS TÉCNICAS PSICOTERAPEUTICAS FUERON A NIVEL DE COMENTARIO, ACLARACIÓN Y EN ALGUNAS OCASIONES SE PUDO LLEGAR A LA CONFRONTACIÓN SIN PROFUNDIZAR MÁS HASTA LA INTERPRETACIÓN POR LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS COMO SON: TENSION Y EMOCIÓN POR LA QUE CURSABAN.

SE DEBÍA IDENTIFICAR EN QUÉ ETAPA DEL PROCESO DE DUELO SE ENCONTRABAN LOS SUJETOS PARA PROMOVER SU AVANCE HACIA LA FASE O ETAPA DE ACEPTACIÓN.

DE ESTA MANERA SE PUDIERON ESTUDIAR LAS VARIABLES SIGNIFICATIVAS Y LOS DATOS RELEVANTES. SE ESTUDIO EL MARCO TEÓRICO EXISTENTE TANTO NACIONAL COMO EXTRANJERO, PUES ESTE TEMA ES PRÁCTICAMENTE NUEVO EN EL PAÍS Y CASI TODO EL MATERIAL ES EXTRANJERO.

PARA ESTA INVESTIGACIÓN SE RECIBIÓ EL APOYO DE LOS DEPARTAMENTOS DE ONCOLOGÍA Y DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".

### EXPLICACIÓN DE LOS CASOS

CASO I.- M. SEXO FEMENINO, EDAD 5 AÑOS, LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA, SE CONSIDERÓ CASO CONTROL.

LA NIÑA NO ACEPTABA LA ENTREVISTA A SOLAS, TENIENDO QUE ESTAR PRESENTE LA MADRE PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO. DURANTE LA PRUEBA, LA NIÑA DABA NUMEROSAS RESPUESTAS DE AGRESIVIDAD ANTE LOS ESTÍMULOS COMO: "TE VOY A PEGAR", "VAS A VER", "PAPI ERES UN MALVADO", "NO TE DISCULPO", "NO TE LO

PRESTO", "¿NO LA CALENTASTE, NO ME LO VOY A COMER!", "AHORITA ME LAS LAVO". SE CONSIDERA QUE ESTAS RESPUESTAS NOS HUBICAN A LA NIÑA EN EL ESTADIO DE IRA CON DIFICULTAD PARA LA RELACION INTERPERSONAL, QUE PERMITIERA UNA POSIBILIDAD DE ENTABLAR RELACION TERAPÉUTICA. DE ACUERDO A ROSENZWEIG ESTAS RESPUESTAS CORRESPONDEN A RESPUESTAS DE DEFENSA DEL YO, DE TIPO EXTRAPUNITIVA, LO QUE NOS HABLA DE UNA FRUSTRACIÓN AGRESIVA DIRIGIDA A LAS PERSONAS O AL MEDIO EN EL QUE SE ENCUENTRAN LA NIÑA Y SUS PADRES.

EN CUANTO A LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA CON LA MAMÁ, LA SEÑORA SE MOSTRABA COOPERADORA, DURANTE LA ENTREVISTA MANIFESTABA LA IDEA DE QUE LA NIÑA NO TUVIERA EN REALIDAD EL PADECIMIENTO DIAGNOSTICADO, PRINCIPALMENTE PORQUE SU ESPOSO ERA QUIEN NO ACEPTABA QUE LA NIÑA TUVIERA TAL ENFERMEDAD Y NO ASISTÍA AL HOSPITAL CONSIDERÁNDOSE QUE ESTABAN UBICADOS EN LA NEGACIÓN.

FINALMENTE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO, ADUCCIENDO LAS DIFICULTADES PROVOCADAS POR LOS SISMOS DE 1985 AUNQUE ESTAS NO IMPOSIBILITABAN EN REALIDAD QUE CONTINUARAN ASISTIENDO.

CASO II.- J.C., SEXO MASCULINO, EDAD 13 AÑOS, LEUCEMIA LINFICÍTICA, SE CONSIDERÓ CASO CONTROL.

SE LE PIDIÓ QUE CONTESTARA LA PRUEBA, Y ACEPTÓ PERO CON UNA ACTITUD DE DESINTERÉS Y APATÍA. LA GRAN MAYORÍA DE SUS RESPUESTAS FUERON CONVENCIONALES Y NEGADORAS DE CULPA, POR E-

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

JEMPLO: "QUE ELLA NO ERA MALA", "QUE NO JUEGA", "QUE NO HACÍA NADA", "QUE SI SE VA A PONER QUIETO", "QUE SI", "QUE NO LO OCUPE TODA LA TARDE", "QUE NO LLEGA MUY TARDE, QUE LLEGA TEMPRANO", "QUE NO ES LASTIMA", "QUE PORQUE SE LAVA LAS MANOS".

LA MADRE ACCEDIÓ A LA APLICACIÓN PERO NO CON BUENA DISPOSICIÓN, Y SE REFERÍA PREOCUPADA POR EL NIÑO PREFIRIENDO PENSAR CUANDO SALDRÍA DEL HOSPITAL. LAS RESPUESTAS FUERON: "ME ESTA HACIENDO PERDER EL TIEMPO", "DÉMELO PORQUE ES MÍO", "NO SOY MENTIROSO LO QUE DIGO ES LA VERDAD", "NO TENGO TIEMPO" "POR TU CULPA ESTOY PERDIENDO DINERO". ESTAS RESPUESTAS NOS INFORMAN DE IRA. NOS DIO OTRAS RESPUESTAS COMO: "NO TE PREOCUPES", "PERDÓN POR HABERLA ROTO", "DISCULPE ES EL NUMERO EQUIVOCADO", "NO SE PREOCUPE ME LO REGRESARÁ DESPUÉS", "NO, ME LASTIMÉ UN POCO", "NO HAY PROBLEMA COMPRARÉ OTRO", ESTAS RESPUESTAS SE CONSIDERAN CONVENCIONALES Y NEGADORAS.

EN LA SEGUNDA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO SE OBSERVÓ QUE EL NIÑO CONTINUABA DANDO RESPUESTAS CONVENCIONALES Y UTILIZANDO AÚN LA NEGACIÓN CON IRA. ALGUNAS RESPUESTAS FUERON: "QUE SI, NI MODO", "PORQUÉ", "QUE PORQUÉ NO ME LA COMPRA", "USTEDES ESTÁN MUY GRANDES", "NO ES MALA PORQUE CORTÓ LAS FLORES", "PORQUÉ LA ROMPISTE SI ES LA MÁS BONITA", "SON MIOS" "NO PORQUE NO TIENE SUEÑO", "QUE NO", "LOS ACOMPAÑO", "LA MOJÓ MI HERMANO", "PORQUÉ, SI NO ES TUYO".

EN CUANTO A LA MADRE SE CONTINUARON OBSERVANDO LAS RESPUESTAS CON UN CONTENIDO DE IRA, COMO POR EJEMPLO: "QUÉ NO



VISTE POR DONDE PASASTE", "QUE SE VAYA A UN LADO PARA PODER VER", "YO VINE POR EL PARAGUAS PORQUE LO NECESITO", "FÍJESE QUE NÚMERO VA A MARCAR", "YO NO TENGO LA CULPA", "QUIERO MI CITA HOY PORQUE NO TENGO TIEMPO".

HUBO ALGUNAS RESPUESTAS QUE NOS HABLAN DE CIERTO AVANCE ESPONTANEO HACIA LA FASE DE REGATEO, COMO: "QUIZÁ EN LA OTRA NOS REPONEMOS", "PERDONE FUE UN DESCUIDO", "IBA MUY APURADO", "A LO MEJOR A LA PRÓXIMA", "QUE MALA SUERTE LA MÍA", "NI MODO, PACIENCIA, SE VA A ALIVIAR", Y SOLO HUBO UNA RESPUESTA QUE NOS HABLÓ DE ACEPTACIÓN.

EN ESTE CASO DE ACUERDO A ROSENZWEIG, SE NOS HABLA DE RESPUESTAS DE DEFENSA DEL YO, DE TIPO EXTRAPUNITIVAS EN QUE LA FRUSTRACIÓN ES PROYECTADA AL EXTERIOR EN EL PRE-TEST, SIN EMBARGO EN EL POST-TEST SE ENCONTRARON AÚN RESPUESTAS DE DEFENSA DEL YO, PERO CON UN INTENTO DE PRESENTAR RESPUESTAS DE PERSISTENCIA DE LA NECESIDAD DE TIPO IMPUNITIVAS QUE NOS DICE QUE LA FRUSTRACIÓN ES REPRIMIDA EN FORMA CONCILIATORIA.

CON ESTOS DOS EJEMPLOS DEL GRUPO CONTROL OBSERVAMOS TANTO EN EL NIÑO COMO EN LA MADRE, LA FALTA DE AVANCE A TRAVÉS DE LAS FASES DEL PROCESO DE DUELO HASTA LLEGAR A UNA ACEPTACION TOTAL. Y EN CAMBIO OBSERVAMOS LA PERSISTENCIA PRINCIPALMENTE EN LA ETAPA DE IRA, CON UN ESCASO AVANCE ESPONTANEO HACIA ETAPAS MAS CERCANAS A LA ACEPTACIÓN.

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

CASO III.- M., SEXO MASCULINO, EDAD 12 AÑOS, LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA, CONSIDERADO CASO EXPERIMENTAL.

EL NIÑO SE MOSTRÓ ACCESIBLE DESDE EL PRINCIPIO, MUY INTERESADO EN LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA LLEVÁNDOLA A CABO CON MUCHO ENTUSIASMO. SUS RESPUESTAS FUERON TANTO POSITIVAS COMO DEMANDANTES, PERO MANTENIÉNDOSE EN UN ADECUADO MANEJO DE LA REALIDAD, COMO POR EJEMPLO: "CÓMPRAME LA MUÑECA PAPÁ", "ARRÉGLAMELO BIÉN MAMÁ", "NO TE LO PAGO", "DAME UNA PELOTA NUEVA", "MAMÁ CALIÉNTAME LA SOPA", "NO JUEGO, ME QUEDO EN CASA", "NI MODO ME CACHASTE", "VAYAN, YO AGUI ME QUEDO DORMIDO", "PUES OCÚPALO TODA LA TARDE", "PUES NO ME INVITES", "SOMOS IGUAL DE MARICAS". QUE CORRESPONDEN DE ACUERDO A ROSENZWEIG A RESPUESTAS DE DEFENSA DEL YO, DE TIPO EXTRAPUNITIVAS, LO CUAL QUIERE DECIR QUE SU FRUSTRACIÓN ES PROYECTADA A LOS DEMÁS, AUNQUE SE OBSERVA UN DOMINIO DEL OBSTÁCULO, INDICÁNDONOS SU JUICIO DE REALIDAD DE ESE MOMENTO, EN EL CUAL MUESTRA EL HECHO DE QUE ESTÁ FRUSTRADO, SIN EMBARGO, ... M. SIEMPRE ACEPTÓ EL MANEJO MÉDICO SIN DAR PROBLEMAS DURANTE EL LARGO INTERNAMIENTO Y DESDE SU LLEGADA SE LE HABÍA OBSERVADO CON BUENA DISPOSICIÓN. SE CONSIDERA QUE ESTE PACIENTE ESTABA ACEPTANDO BIEN SU PROBLEMA.

CON RESPECTO AL PADRE NO HUBO DIFICULTAD EN CUANTO A SU DISPONIBILIDAD PARA LA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS. DECÍA ESTAR BIEN ENTERADO DEL DIAGNÓSTICO QUE SE LE HABÍA DADO EN CUANTO A LA ENFERMEDAD DEL NIÑO. AL PREGUNTARLE QUÉ PENSABA DE ESTA ENFERMEDAD DECÍA ESTAR TRANQUILO PORQUE EL NIÑO HABÍA

RESPONDIDO FAVORABLEMENTE A LA TRANSFUSIÓN, Y ESO SIGNIFICABA UNA MEJORA EN SU ENFERMEDAD. DURANTE ESTA PRIMERA ENTREVISTA EL SEÑOR FUÉ CAPAZ DE EXPRESARSE SIN DIFICULTAD Y SIN MOSTRAR TRISTEZA NOTORIA.

SE CONSIDERA QUE LA ENTREVISTA ANTERIOR NOS ILUSTRAR QUE LA PERSONA ESTA PARCIALMENTE EN LA FASE DE ACEPTACIÓN, YA QUE ES CAPAZ DE RELATARNOS LOS EVENTOS QUE DEBEN HABERLE PROVOCADO EL IMPACTO (MOMENTO EN EL QUE SE LE DIO EL DIAGNÓSTICO); Y QUE NO ESTÁ DETENIDO EN LAS FASES DE NEGACIÓN NI DE IRA O DE REGATEO, Y ESTÁ CONTROLANDO SU EXPRESIÓN DE TRISTEZA.

POSTERIORMENTE DURANTE OTRA ENTREVISTA, HUBO UNA RELACIÓN MAS EMPÁTICA CON LA ENTREVISTADORA, Y AL PREGUNTARLE: "¿COMO SE SIENTE RESPECTO A LA ENFERMEDAD DEL NIÑO?", SE PERMITE LA EXRESIÓN DE AFECTO Y DICE SENTIRSE TRISTE, "PUES ESTE HIJO ES EL MÁS INTELIGENTE DE TODOS MIS HIJOS". CON ESTO PODEMOS OBSERVAR QUE EL SUJETO SE PERMITE REGRESAR A LA FASE DE DEPRESIÓN Y VERBALIZA SUS AFECTOS, DE ESTA MANERA SE ESTÁ PROMOVRIENDO SU MAYOR ACEPTACIÓN CADA VEZ.

DESPUÉS DE LA PRIMERA APLICACIÓN DE LA PRUEBA, SIGUIERON LAS SEIS ENTREVISTAS PSICOTERAPEUTICAS, EN LAS QUE EL PSIQUIATRA PROMOVIO LA MAYOR IDENTIFICACIÓN DE LA ETAPAS DEL DUELO ASI COMO LOS SENTIMIENTOS COMUNMENTE EXPRESADOS EN CADA UNA DE ELLAS. ACLARANDO EL ASPECTO POSITIVO DE MANTENERSE EN EL NIVEL DE ACEPTACIÓN. DURANTE DICHAS ENTREVISTAS CON EL PADRE SE OBTUVO LA EXPRESIÓN LIBRE DE TRISTEZA POR MEDIO DE

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

LLANTO Y VERBALIZACIONES, Y CADA VEZ SE OBSERVA AL PADRE MENOS TRISTE Y MÁS ACEPTANTE.

DURANTE LA SEGUNDA APLICACIÓN DE LA PRUEBA EL SEÑOR MOSTRÓ UNA ACTITUD DE COOPERACIÓN FRANCA. AL HABLAR SOBRE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO EXPRESABA TRISTEZA POR VER EL CURSO NEGATIVO DE LA ENFERMEDAD HACIA ETAPAS TERMINALES, COMENTANDO QUE ESTABA TRATANDO DE LLEVARSELO A SU LUGAR DE RESIDENCIA, DADO LO FATAL DEL PRONÓSTICO, Y PREFIRIENDO QUE FALLECIERA ENTRE SUS FAMILIARES. EL SEÑOR REFERÍA EN SUS RESPUESTAS DE LA PRUEBA: "NI MODO, NO SIRVE, NO SE PUEDE COMPONER", Y DECÍA COMO COMENTARIO AL MARGEN: "HAY QUE DARLE SALIDA", Y TAMBIÉN LO DECÍA COMO RESPUESTA EN PARTE DE LA PRUEBA, Y LO REPETÍA AL HABLAR DEL FUTURO DEL NIÑO. DURANTE ESTAS VERBALIZACIONES YA NO LLORABA.

EN CUANTO A LAS ENTREVISTAS CON EL NIÑO TAMBIÉN SE LE AYUDÓ A CONTINUAR ACEPTANDO EL PROBLEMA, HABLANDO CLARAMENTE CON ÉL ACERCA DE LAS POSIBILIDADES DE MEJORÍA SI CONTINUABA COOPERANDO FAVORABLEMENTE AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO.

EL SE ENCONTRABA EN UNA FASE DE ACEPTACIÓN MUY CONCRETA SIN LLEGAR A HABLAR DE SU MUERTE, SIN EMBARGO MOSTRABA ACTITUDES RESIGNADAS. AL DESPEDIRSE DE ÉL, RESPONDÍA CON UN CERRAR DE OJOS O ASINTIENDO CON LA CABEZA, CON ACTITUD DE TRISTEZA, AL REFERIRLE LA POSIBILIDAD DE VOLVERLE A ENTREVISTAR.

HUBO UNA RECUPERACIÓN NOTORIA PERO PASAJERA QUE HIZO ABRIGAR NUEVAS ESPERANZAS A LOS PADRES RESPECTO A UNA MEJORÍA

## METODOLOGÍA

MÁS DURADERA Y LO DEJARON INTERNADO UNOS DIAS MÁS, PERO RECA-YÓ SÚBITAMENTE Y FALLECIÓ DURANTE UN FIN DE SEMANA, LLEVÁNDO-SELO EL PADRE A SU LUGAR DE RESIDENCIA, POR LO QUE NO FUÉ PO-SIBLE VERLE DE NUEVO.

CASO IV.- J.C., SEXO MASCULINO, EDAD 7 AÑOS, LEUCEMIA MIELO-  
BLÁSTICA, SE CONSIDERO CASO EXPERIMENTAL.

FUÉ UN NIÑO FÍSICAMENTE DECAIDO, PERO ACEPTÓ LA PRIMERA  
APLICACIÓN DE LA PRUEBA. SUS RESPUESTAS NOTORIAS FUERON: "SI  
PUEDO JUGAR AUNQUE ESTÉ CHICO", "QUE ME ARREGLE LA MUÑECA",  
"ÉL ES IGUAL, "QUE LA CALIENTE", "ESTOY JUGANDO", "ME ACUSAS-  
TE", "SI NO TE BAJAS TE COLUMPIARÉ MUY FUERTE", QUE NOS IN-  
FORMAN VELADAMENTE DE UN CIERTO GRADO DE IRA. OTRAS RESPUES-  
TAS FUERON: "YO LAS VOY A SACAR", "YA NO ALCANZO LAS CLASES?"  
"PORQUE ESTÁ ENFERMO TUVO QUE IR A LA CAMA", "QUE ARREGLE EL  
COCHESITO, Y LA MAMÁ QUE LE DÉ DINERO", "QUE PONGA LAS FLORES  
EN UNA TINA CON AGUA, PARA QUE SE VEAN BONITAS", LAS CUALES  
SON INTERPRETADAS COMO PARTE DEL ESTADIO DE REGATEO.

SE OBSERVÓ QUE EN UN PRINCIPIO, J.C. NO QUERÍA COOPERAR,  
PERO AL SABER QUE IBA A JUGAR, ACCEDIÓ A LA APLICACIÓN DE LA  
PRUEBA, CON LA CONDICIÓN DE QUE DESPUÉS FUERA UNO A JUGAR CON  
ÉL EN OTRAS OCACIONES, Y SE PROCEDIÓ A LLEVARLE MATERIAL PARA  
ILUMINAR.

POSTERIORMENTE AMERITÓ UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA  
COLOCACIÓN DE COLOSTOMÍA QUE DEPRIMIÓ MÁS SU ESTADO FÍSICO Y  
Y EMOCIONAL DIFICULTÁNDOSE ASÍ MÁS LA RELACIÓN QUE SE HABÍA

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

ESTABLECIDO ANTERIORMENTE CON LA ENTREVISTADORA . AUNQUE SE CONTINUÓ TRABAJANDO CON ÉL, HASTA LA SEGUNDA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

EN CUANTO A LA MADRE FUE COOPERADORA AUNQUE SE OBSERVABA BASTANTE DEPRIMIDA Y ANSIOSA PORQUE EL NIÑO NO ACEPTABA COMER SE QUEJABA ABIERTAMENTE DE LA FRIALDAD DEL PERSONAL MÉDICO Y Y SE SENTIA MÁS APOYADA POR LAS ENFERMERAS E INSISTIA EN OBLIGAR AL NIÑO PARA QUE COMIERA, PERMANECIENDO EN LA SALA INCLUSIVE DURMIENDO MAL Y DEJANDO DE COMER DOS DIAS.

EXPRESABA LA IDEA DE QUE SU HIJO IBA A FALLECER. EN SUS RESPUESTAS DE LA PRUEBA DECÍA: "LO HIZO CON PROPÓSITO", "LLEVO PRISA", "ENTRÉGUEMELO AUNQUE NO PUEDA", "QUE ME LO ENTREGUE" PUES QUE SE LO QUITE PORQUE NO VES", "NO LO QUIERO ASÍ, YO SE LO DI BIÉN". INDICÁNDONOS UN MANEJO DE IRA, REGATED CON MANEJO HACIA LA DEPRESIÓN, SIN EMBARGO TAMBIÉN HABÍA RESPUESTAS COMO: "NI MODO", "NI MODO YA PERDIMOS", QUE NOS HABLAN DE UNA ACEPTACIÓN PARCIAL CON MEJOR TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN.

EN LA SEGUNDA APLICACIÓN, UNA DE LAS RESPUESTAS MAS SIGNIFICATIVAS DEL NIÑO FUERON: "ME QUEDE SIN NADA", "PERDÍ", "YA NO ME PUEDO IR", ME VOY A QUEDAR SOLO", QUE NOS HABLAN CLARAMENTE DE UNA ACEPTACIÓN PERD CON FRUSTRACIÓN Y TRISTEZA.

LAS RESPUESTAS DE LA MADRE QUE SE CONSIDERARON MAS IMPORTANTES FUERON: "NO SE FIJE NO HAY PROBLEMA", "ME TOCARÁ PAGARLO", "TE AGRADEZCO TU VOLUNTAD", "NO HAY CUIDADO", "NI MODO, TENGO QUE VENIR MAÑANA", "PERDONE, ME TARDE", "HASTA

QUE HAYA MÁS, PUEDO COMPRAR". ESTO NOS ILUSTRABA QUE HABÍA LLEGADO MÁS AL ESTADIO DE ACEPTACIÓN.

SEGUN ROSENZWEIG, EN ESTE CASO SE OBTUVIERON RESPUESTAS DE DEFENSA DEL YO DE TIPO EXTRAPUNITIVA, MOSTRÁNDOSE LA IRA Y LA PROYECCIÓN, PERO POSTERIORMENTE LAS RESPUESTAS QUE SE MANIFESTARON FUERON DE PERSISTENCIA DE LA NECESIDAD DE TIPO IMPUNITIVA DONDE LA AGRESIÓN YA NO ES UNA FUERZA GENERATRIZ Y LA FRUSTRACIÓN ES MANEJADA DE UNA MANERA CONCILIATORIA SIENDO REPRIMIDA EN UN ESTADIO DE ACEPTACIÓN.

CON AMBOS CASOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL SE OBSERVÓ CLARAMENTE EL AVANCE SIN MAYOR DIFICULTAD HACIA LA FASE DE ACEPTACIÓN, SIENDO ESTE CAMBIO ÚNICAMENTE OBSERVABLE A NIVEL CLÍNICO, PUES EN EL ESTUDIO ESTADÍSTICO, NO SE OBTUVO UNA RESPUESTA SIGNIFICATIVA.

#### A9. - INSTRUMENTOS

EN ESTA INVESTIGACIÓN, LOS INSTRUMENTOS QUE SE EMPLEARON FUERON: + TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG CUYO OBJETIVO ES EXPLORAR UN ÁREA ESPECÍFICA DE LA PERSONALIDAD, LA RESPUESTA DE TOLERANCIA O INTOLERANCIA FRENTE A UNA SITUACIÓN FRUSTRANTE. ES UN INSTRUMENTO PROYECTIVO DE PROCESAMIENTO OBJETIVO, PUES LAS RESPUESTAS SE CLASIFICAN POR TABULACIÓN SEGÚN UN CÓDIGO, YA ESTANDARIZADO A LA POBLACIÓN MEXICANA. ESTE SE APLICÓ AL PACIENTE Y A SUS PADRES DE MANERA INDIVIDUAL CON UN LAPSO DE TIEMPO ENTRE APLICACIONES DE SEIS MESES.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

+ AL GRUPO EXPERIMENTAL SE LES DIERON UNA SERIE DE SEIS ENTREVISTAS CALCULANDO UNA POR MES, CUYO OBJETIVO ERA EXPLO-  
RAR LA PERCEPCIÓN DE LOS PADRES DE LA ENFERMEDAD DE SU HIJO,  
SU CURSO CLÍNICO, LAS DEFENSAS POR ELLOS UTILIZADAS PARA HA-  
CER FRENTE A LA SITUACIÓN ESTRESANTE, LA AMENAZA DE PÉRDIDA,  
LAS FORMAS DE RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE SURGEN CUANDO SE  
TIENE UN HIJO CON ENFERMEDAD TERMINAL Y EL MANEJO DEL DUELO  
PARA LLEGAR A LA ACEPTACIÓN DE ESTA SITUACIÓN.

### A10.- ALCANCES Y LIMITACIONES

EN EL ASPECTO ALCANCES SE PUEDE CONSIDERAR QUE SE DEJÓ  
LA INQUIETUD EN EL HOSPITAL PARA TRABAJAR EN CONJUNTO LOS DE-  
PARTAMENTOS DE ONCOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA, PARA EL BIENESTAR E-  
MOCIONAL DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES.

DENTRO DE LAS LIMITACIONES, ESTÁ EL QUE EXISTEN RELATI-  
VAMENTE POCOS ARTICULOS EDITADOS SOBRE ESTE TEMA EN EL PAÍS,  
SIENDO LA MAYOR PARTE EXTRANJERDE. CASI TODOS SON NORTEAME-  
RICANOS QUE NOS DAN UNA IDEA DE LOS HOSPITALES E INTERACCIO-  
NES CON EL PERSONAL Y LOS PACIENTES DE OTRA CULTURA, PUDIEN-  
DOSE COMPARAR A UNA PARTE DE LA CLASE SOCIAL ECONÓMICA MEDIA  
MEXICANA, PUES ESTA TIENDE A ASIMILAR PATRONES PROPIOS DE ESA  
CULTURA.

POR OTRO LADO, PARA APLICAR EL TEST SE TUVO QUE ESPERAR  
A QUE EL PACIENTE ESTUVIERA EN CONDICIONES FÍSICAS UN POCO  
ESTABLES, Y CON RESPECTO A LOS PADRES SE OBSERVÓ QUE AMBOS  
PROGENITORES NO PUDIERON ASISTIR JUNTOS DEBIDO A QUE UNO TE-  
NÍA QUE TRABAJAR MIENTRAS EL OTRO ASISTÍA A SU HIJO.



EXISTEN TAMBIÉN OTROS DATOS SOBRE LO QUE NO SE TUVO CONTROL COMO SON LA ESCOLARIDAD, COEFICIENTE INTELECTUAL, HISTORIA PERSONAL DE LOS SUJETOS, Y LUGAR DE RESIDENCIA Y POR SUPUESTO EL NUMERO TAN PEQUEÑO DE SUJETOS, QUE YA SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE EN LOS REQUISITOS PARA SELECCIONAR A LOS SUJETOS DEL ESTUDIO.

## B. - RESULTADOS

### B1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CON .05 DE GRADOS DE LIBERTAD (QUE ES UTILIZADO EN LAS CIENCIAS SOCIALES), Y MEDIANTE EL MÉTODO DE LA PRUEBA BINOMIAL CON LA FÓRMULA  $E=1/2(A+D)$  DE Mc NEMAR PARA LA SIGNIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS, PARA GRUPOS DE PRE-TEST, Y DE FRECUENCIAS ESPERADAS PEQUEÑAS, LAS HIPÓTESIS FUERON RECHAZADAS, ES DECIR QUE NO SE ENCONTRÓ UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA AL COMPARAR LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN ENTRE LOS GRUPOS UTILIZADOS. AUNQUE CLÍNICAMENTE SÍ HABÍA UN MEJOR MANEJO EMOCIONAL DEL PROBLEMA ENTRE LOS SUJETOS QUE TUVIERON ENTREVISTAS PSICOTERAPEUTICAS.

ÚNICAMENTE SE ACEPTÓ LA HIPÓTESIS # 2, LA CUAL DICE:

EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL GRUPO DE NIÑOS Y EL GRUPO Y EL GRUPO DE ADULTOS?", EN QUE EL FACTOR E-D, "DEFENSA DEL YO", EL NIÑO PERCIBE COMO UNA AMENAZA A SU "YO" SU PROPIA ENFERMEDAD OCASIONÁNDOLE FRUSTRACIÓN ANTE LA IMPOTENCIA DE NO PODER HACER NADA PARA ELIMINAR DE LLENO EL MALESTAR FÍSICO QUE LE OCURRE.

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

TABLAS DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

TABLA # 1

O - D  
-----  
(PREDOMINANCIA DEL OBSTÁCULO)

	X	Y	T	Z	T (TABLAS)
H1.-	20.93	15.00	-3.36	5.59	2.28
H2.-	21.51	14.31	3.02	-2.22	2.28
H3.-	27.07	15.95	1.81	0.96	2.77
H4.-	14.57	14.05	2.38	0.09	2.57

TABLA # 2

E - D  
-----  
(DEFENSA DEL YO)

	X	Y	T	Z	T (TABLAS)
H1.-	50.91	53.63	3.00	0.96	2.28
H2.-	57.45	47.09	9.41	3.93	2.28
H3.-	53.11	61.79	-13.22	1.89	2.77
H4.-	54.15	40.03	2.22	2.37	2.57

TABLA # 3

N - P  
-----  
(PERSISTENCIA DE LA NECESIDAD)

	X	Y	T	Z	T (TABLAS)
H1.-	34.01	25.50	-3.00	3.09	2.28
H2.-	20.99	38.52	3.01	-17.35	2.28
H3.-	19.77	22.21	1.77	1.22	2.77
H4.-	31.24	45.81	2.03	-13.24	2.57

TABLA N 4

E					
(RESPUESTA EXTRAPUNITIVA)					
	X	Y	T	Z	T (TABLAS)
H1.-	42.17	56.24	3.00	4.80	2.28
H2.-	58.84	39.57	3.06	5.51	2.28
H3.-	67.70	49.98	1.73	2.00	2.77
H4.-	44.78	34.36	2.06	2.20	2.57

TABLA N 5

I					
(RESPUESTA INTRAPUNITIVA)					
	X	Y	T	Z	T (TABLAS)
H1.-	20.30	25.59	3.16	-2.51	2.28
H2.-	22.03	21.86	3.24	0.65	2.28
H3.-	19.78	24.29	1.91	-1.65	2.77
H4.-	20.82	22.90	2.11	3.71	2.57

TABLA N 6

M					
(RESPUESTA IMPUNITIVA)					
	X	Y	T	Z	T (TABLAS)
H1.-	23.42	34.18	3.00	5.35	2.28
H2.-	19.08	38.53	3.00	7.28	2.28
H3.-	12.49	25.67	1.76	3.03	2.77
H4.-	34.36	42.69	2.11	-1.98	2.57

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

TABULACIÓN DE LA PRUEBA BINOMIAL DE Mc. NEMAR  
PARA LA SIGNIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

		TABLAS
H1.-	GE = 8.5	g1 = 12.59
	GC = 5.5	g1 = 7.82
H2.-	N = 5	g1 = 9.49
	P = 5	g1 = 11.07
H3.-	GE = 6	g1 = 3.99
	GC = 2.5	g1 = 3.84
H4.-	GE = 6	g1 = 7.82
	GC = 3	g1 = 3.84

TODAS LAS HIPÓTESIS SE RECHAZAN

VIII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

ESTE ESTUDIO SE HIZO CON EL FIN DE CONOCER SI ES EFECTIVA LA PSICOTERAPIA PARA LA REPERCUSSION EMOCIONAL DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS (ENFERMOS DE CANCER), Y SABER CUALES SON LOS FACTORES PSICOTERAPÉUTICOS ESENCIALES PARA LOGRAR DISMINUIR EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO.

POR MEDIO DE LAS TECNICAS PSICOTERAPÉUTICAS SE PROMOVIO QUE LOS PACIENTES TANTO PADRES COMO HIJOS, PUDIERAN CURSAR A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES ESTADIOS DEL PROCESO DE DUELO, HASTA LLEGAR A LA ACEPTACION. OBSERVANDO UNA PAZ Y ECUANIMIDAD AL SOBREVENIR EL FALLECIMIENTO O ESTANDO PRÓXIMO ESTE SUCESO. SE CONSIDERO QUE EL HECHO DE ENCONTRAR EN LOS INDIVIDUOS OBSERVADOS UNA ELEVADA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION, TANTO ANTES COMO DESPUÉS DE LAS PRUEBAS APLICADAS, ES UNA CARACTERÍSTICA PROPIA DE SU BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL, COMO SE REFIERE EN A6 SUJETOS DE ESTUDIO. LA CONDUCTA DEL NIÑO ESTÁ EN RELACION DIRECTA CON EL MANEJO QUE HAGAN LOS PADRES DE LA SITUACION.

EXISTEN TECNICAS PSICOTERAPEUTICAS QUE EFECTIVAMENTE AYUDAN A CONTRARRESTAR EL SUFRIMIENTO DE LOS ENFERMOS CON CANCER Y SUS FAMILIARES, ASÍ COMO SE HA MENCIONADO ANTERIORMENTE EN EL CAPÍTULO V, NOS REFERIMOS A UN TIPO DE TERAPIA BREVE DE COMUNICACION ABIERTA PROPUESTA POR KÜBLER-ROSS (1969 Y 1979); PATTISON (1976); ROSENTHAL (1980), Y MUCHOS MÁS, POR

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

POR LO QUE EN ESTE TRABAJO SE TRATÓ DE DAR UNA VISIÓN GENERAL SOBRE LA IMPORTANCIA, DE LA RELACIÓN QUE SE ESTABLECE ENTRE EL PERSONAL HOSPITALARIO, LOS PACIENTES Y SU FAMILIA, PARA UN MAYOR ENTENDIMIENTO ENTRE TODAS LAS PERSONAS INVOLUCRADAS Y ANTE EL PADECIMIENTO DEL PACIENTE.

SE SUGIERE AUMENTAR LA INQUIETUD DE REALIZAR MAS INVESTIGACIONES AL RESPECTO, Y TAMBIÉN POR QUÉ NO, ESTABLECER COMO REQUISITO EN EL HOSPITAL LA ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA A TODOS LOS PACIENTES INTERNOS Y CON MAYOR INTERÉS A AQUELLOS QUE PRESENTAN UNA ENFERMEDAD TERMINAL.

POR LO TANTO SE CONCLUYE QUE COMO SE HA MENCIONADO ANTERIORMENTE, SE HA COMPROBADO MEDIANTE ESTUDIOS REALIZADOS POR DIFERENTES AUTORES, QUE EL APOYO PSICOLÓGICO DADO AL ENFERMO Y A LA FAMILIA AYUDA A LA COOPERACIÓN Y COMPRENSIÓN TANTO DE LA ENFERMEDAD COMO, LOS TRATAMIENTOS Y LAS DIFERENTES ETAPAS ANÍMICAS POR LAS QUE PASAN LOS FAMILIARES Y LOS PACIENTES.

IX.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

CANCER: EL CANCER ES CASI TAN ANTIGUO COMO LA HUMANIDAD; YA LOS MÉDICOS DE AÑOS ANTES DE JESUCRISTO LO DENOMINARON CÁNCER O CANGREJO, DEBIDO A QUE AL DESARROLLARSE, INVADE TEJIDOS EN FORMA DE PROLONGACIONES O PATAS.

UNA DESCRIPCIÓN BREVE DE LO QUE ES EL CÁNCER AYUDARÁ A COMPRENDER ESTE FENÓMENO, SEGÚN LO EXPLICAN CAMERON Y PAULING (1979): EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD EN LA CUAL ALGUNAS CELULAS DEL CUERPO EXPERIMENTAN CAMBIOS EN SU MATERIAL GENÉTICO, ACIDO DESOXIRRIBONUCLEICO (ADN), QUE LES CONFIERE PROPIEDADES CARACTERÍSTICAS.

EN UN SENTIDO AMPLIO SE ENTIENDEN SU NATURALEZA Y SUS CAUSAS: EL ORGANISMO HUMANO ESTA FORMADO POR MULTITUD DE CELULAS NORMALES; SUS PROPIEDADES ESTÁN DETERMINADAS POR SU ADN E INFLUENCIADOS HASTA CIERTO PUNTO POR SU MEDIO AMBIENTE. TODAS ESTAS CÉLULAS SE DIVIDEN Y ALGUNAS CÉLULAS HIJAS PUEDEN HEREDAR COMPONENTES DIFERENTES DEL ADN DEBIDO A UNA MUTACIÓN DE SUS GENES O ANORMALIDADES CROMOSÓMICAS. ALGUNAS VECES LA INVASIÓN DE ALGÚN VIRUS PUEDE JUGAR UN PAPEL DETERMINADO.

USUALMENTE, ESTOS CAMBIOS EN EL MATERIAL GENÉTICO PRODUCEN LA MUERTE DE LAS CELULAS, SI NO SUCEDE ASI PUEDEN ADQUIRIR LAS SIGUIENTES PROPIEDADES CARACTERÍSTICAS DE LAS CÉLULAS CANCERÍGENAS: "CAPACIDAD DE PROLIFERACIÓN": EN TEJIDOS NORMALES, LAS CELULAS TIENEN RESTRICCIONES EN SU CRECIMIENTO. LAS CELULAS DE CÁNCER HAN PERDIDO ESTAS RESTRICCIONES.

## LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

CAPACIDAD DE INFILTRACIÓN : LAS CÉLULAS CANCERÍGENAS HAN DESARROLLADO LA CAPACIDAD DE ATACAR TEJIDOS SANOS Y CRECER DENTRO DE ELLOS. ESTA CAPACIDAD IMPLICA VARIOS CAMBIOS, CONSTITUIDOS POR UN AUMENTO EN LA PRODUCCIÓN DE HIALURONIDASA Y COLAGENASA Y OTRAS ENZIMAS QUE PUEDEN ATACAR PROTEINAS Y CARBOHIDRATOS.

CAPACIDAD PARA OBTENER CANTIDADES CADA VEZ MÁS GRANDES DE NUTRIENTES Y OXÍGENO (CAMERON Y PAULING, 1979, p. 16).

EN OTRAS PALABRAS) CIERTAS CÉLULAS DEL ORGANISMO CRECEN A EXPENSAS DE LOS NUTRIENTES QUE CIRCULAN POR LA SANGRE Y SIN RESPETAR BARRERAS AVANZAN DESTRUYENDO ÓRGANOS, PARA TERMINAR POR MATAR AL ORGANISMO, YA SEA PORQUE DESTRUYEN ALGÚN ÓRGANO VITAL, SIN EL CUAL ES IMPOSIBLE SUBSISTIR, O BIÉN PORQUE LAS SUBSTANCIAS PRODUCIDAS POR LAS CÉLULAS CANCEROSAS INTOXICAN AL INDIVIDUO Y, JUNTO CON EL EMPOBRECIMIENTO ALIMENTICIO DE LA SANGRE, LO LLEVAN A LA MUERTE. (DÑATE RIVANEDEYRA MA. C. "EL MANEJO PSICOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON CÁNCER TERMINAL DIVERSOS ENFOQUES" TESINA DE LICENCIATURA, UIA, 1984).

COLOSTOMIA: FORMACIÓN DE UNA ABERTURA ARTIFICIAL EN EL COLON. ANO ARTIFICIAL. DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS, ED. SALVAT, 1980.

DESAHUCIADO: PERSONA A QUIEN SE LE QUITA ESPERANZA DE VIDA. ARISTOS "DICCIONARIO ILUSTRADO DE LA LENGUA ESPAÑOLA", ED. SOPENA, 1975.



## DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**DUELO:** PENA EXPERIMENTADA POR LA PÉRDIDA REAL DE UN OBJETO DE AMOR, Y CARACTERIZADA POR DESALIENTO, DESAPARICIÓN DEL INTERÉS POR EL MUNDO EXTERNO, PÉRDIDA TEMPORAL DE LA CAPACIDAD DE AMAR E INHIBICIÓN DE LA ACTIVIDAD. LUDWIG EIDELBERG "ENCICLOPEDIA DEL PSICOANÁLISIS", ED. ESPAX, 1971.

**ENFERMEDAD TERMINAL:** ES AQUELLA ENFERMEDAD EN LA CUAL SE ESPERA UNA MUERTE INMINENTE O CERCANA. LA PALABRA TERMINAL SIGNIFICA FIN O QUE PONE TÉRMINO A ALGO. ES LA ENFERMEDAD EN LA QUE "YA NO HAY ESPERANZA" O "YA NADA PUEDE HACERSE" EL PERÍODO DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL COMIENZA CUANDO SE ESPERA QUE LA CONDICIÓN FÍSICA DE LA PERSONA, EN CONTINUO DETERIOR, ALCANCE FINALMENTE LA MUERTE, EN UN LAPSO MÁX O MENOS PREDECIBLE" (WOOD, 1975, p. 47).

**FRUSTRACIÓN:** OBSTRUCCIÓN O INTERFERENCIA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS IMPULSOS INSTINTIVOS QUE CONDUCE AL ESTANCAMIENTO DE LA LÍBIDO. LA FRUSTRACIÓN EXTERNA CAUSADA POR LOS OBJETOS EXTERNOS DEBERÍA DIFERENCIARSE DE LA FRUSTRACIÓN IMPUESTA DESDE DENTRO.

**FREUD (1916-1917)** EL PAPEL DE LA FRUSTRACIÓN EN LA FORMACIÓN DEL SÍNTOMA, "LA CONDICIÓN NECESARIA DEL CONFLICTO ES QUE AQUELLOS OTROS PROCEDIMIENTOS Y OBJETOS DESPIERTEN DISPLACER EN UNA PARTE DE LA PERSONALIDAD, DE MANERA QUE SE IMPONE UN VETO QUE HACE IMPOSIBLE EL SOSTENIMIENTO DEL NUEVO ESTADO DE SATISFACCIÓN" LUDWIG EIDELBERG "ENCICLOPEDIA DEL PSICOANÁLISIS", ED. ESPAX, 1971.

**LABOR DEL PSICÓLOGO. . .**

**LEUCEMIA:** ENFERMEDAD GRAVE CARACTERIZADA POR EL AUMENTO PERMANENTE DEL NÚMERO DE LEUCOCITOS HEMÁTICOS Y LA HIPERTROFIA Y PROLIFERACIÓN DE UNO O VARIOS TEJIDOS LINFOIDES: BAZO, GANGLIOS LINFÁTICOS, MÉDULA OSEA. DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS, ED. SALVAT, 1980.

**ONCOLOGÍA:** ESTUDIO DE LOS TUMORES. DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS, ED. SALVAT, 1980.

**PSICOTERAPIA:** ES EL TRATAMIENTO, POR METODOS PSICOLÓGICOS, DE PROBLEMAS DE NATURALEZA EMOCIONAL, EN EL CUAL UNA PERSONA ENTRENADA ESTABLECE DELIBERADAMENTE UNA RELACIÓN PROFESIONAL CON EL PACIENTE, CON OBJETO DE ELIMINAR, MODIFICAR O RETARDAR SÍNTOMAS EXISTENTES, DISMINUIR PATRONES DE CONDUCTA PERTURBADOS Y AYUDAR A SU AJUSTE A PROBLEMAS PARTICULARES, LOS CUALES HAN TRASTORNADO SU FELICIDAD O ADAPTACIÓN. WOLBERG 1977.

X.- BIBLIOGRAFÍA

- ADAMS, G.M., "PSYCHOLOGICAL STAGING OF PEDIATRIC CANCER PATIENTS AND THEIR FAMILIES", ACSW, NEW YORK USA, 1983.
- ALVAREZ, A.J., BARAJAS, E., MILLAN, I., MONTAÑO, G., ZALCE, H., ZUCKERMANN, C., "MANUAL DE CANCEROLOGÍA BÁSICA", EDIT. SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, MÉXICO, D.F., 1963.
- AGUILES, E.R., SAMPAIO, G.J., ALVARES, A.C., "MANUAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN AMÉRICA LATINA", ED. PANAMERICANA, BUENOS AIRES, 1978.
- ARREOLA, S.M., ACEVEDO, D.G., "EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD INCURABLE DE LOS NIÑOS EN SUS FAMILIARES", TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, UIA. 1981.
- BODEMAR, CH. W., "EL MÉDICO Y EL MORIBUNDO: UN BOSQUEJO HISTÓRICO", RASSEGNA VOL. 4, No. 2, 1983.
- CAMARA, G., MADRANO, M.L., "LA RELACIÓN DEL PERSONAL HOSPITALARIO CON EL PACIENTE MORIBUNDO", TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, UIA, 1980.
- CARUSO, A.I., "LA SEPARACIÓN DE LOS AMANTES", ED. SIGLO VEINTIUNO, MÉXICO, D.F., 1986.
- CHAGOYA, L., DULANTO, E., "ASPECTOS EMOCIONALES DE LA ENFERMEDAD FÍSICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE", HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, 1982.
- CONATSER, CH., "PREPARING THE FAMILY FOR THEIR RESPONSIBILITIES DURING TREATMENT", CHERYL CONASTER, RN, MS, DALLAS TX., USA, 1985.
- COPELAND, D.R., "CHILDREN USE FANTASY AND ILLUSIONS IN THEIR PERCEPTION OF PHYSICAL ILLNESS", UNIVERSITY OF TEXAS SYSTEM CANCER CENTER, HOUSTON, TX., USA, 1985.
- COPELAND, D.R., "WHEN A CHILD HAS CANCER: HOW THE PRIMARY CARE PHYSICIAN CAN HELP PATIENT AND FAMILY", PRIMARY CARE AND CANCER, CANCER CENTER UNIVERSITY OF TEXAS, HOUSTON, TX., USA, 1985.
- COPELAND, D.R., "IN THE EYES OF THE CHILD", ED. COPELAND PFEFFERBAUM AND STOVALL, SPRINGFIELD, ILLINOIS, USA, 1983.

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

- COPELAND, D.R., SILBERG, Y., PFEFFERBAUM, B., "ATTITUDES AND PRACTICES OF FAMILIES OF CHILDREN IN TREATMENT OF CANCER", THE AMERICAN JOURNAL OF PEDIATRIC HEMATOLOGY/ONCOLOGY, HOUSTON, TX, USA, 1983.
- CRAMOND, W.A., "PSYCHOTHERAPY OF THE DYING PATIENT", BRITISH MEDICAL JOURNAL, 1970.
- EYS, J., COPELAND, D.R., "THE STAFFING CONFERENCE IN PEDIATRIC ONCOLOGY", CANCER CENTER UNIVERSITY OF TEXAS, HOUSTON, TX., USA, 1984.
- FEIFEL, H., "THE MEANING OF DEATH", ED. MC GRAW HILL, NEW YORK, USA, 1955.
- FREUD, S., "DUELO Y MELANCOLIA" (1917), ED. BIBLIOTECA NUEVA, MADRID ESPAÑA, 1973.
- FRIEDRICH, W.N., COPELAND, D.R., "BRIEF FAMILY-FOCUSED INTERVENTION ON THE PEDIATRIC CANCER UNIT", JOURNAL OF MARITAL AND FAMILY THERAPY, USA, 1983.
- FRIEDRICH, W.N., COPELAND, D.R., "CULTURAL DIFFERENCES IN GROUPS OF PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER ENGLISH AND SPANISH-SPEAKING", CHILDREN'S HEALTH CARE, UNIVERSITY OF TEXAS, HOUSTON, TX., USA, 1982.
- GARNICA, C.E., GIORGANA, J.A.E., SÁNCHEZ, O.S.A., "ACTITUDES HACIA LA MUERTE EN 4 GRUPOS EDADES DIFERENTES DE AMBOS SEXOS, DE NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO ALTO Y DE RELIGIÓN CATÓLICA", TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, UTA, 1982.
- GINSBERG, H., OPPER, S., "PIAGET'S THEORY OF INTELLECTUAL DEVELOPEMENT, AN INTRODUCTION", PRENTICE-HALL INC., ENGLEWOOD CLIFFS, 1969.
- GOTTSEGEN, M. G., "MANAGEMENT OF MOURNING OF A DEAD OR DYING PARENT", AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, CHICAGO, USA, 1975.
- HACKETT, T., "PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE FOR THE DYING PATIENT AND HIS FAMILY", PSYCHOSOMATIC LIASON UNIT, GENERAL HOSPITAL, MASS. 1975.
- HERNÁNDEZ, C.B.M., MARTINEZ, B.N., "ESTUDIO DE LA FRUSTRACIÓN A TRAVÉS DE LA PRUEBA DEL DR. SAUL ROSENZWEIG EN EL MEDIO OBRERO PATRONAL DE UNA FÁBRICA TEXTIL", TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, UNAM, 1981.

## BIBLIOGRAFÍA

- HIGAREDA, K. S. G., "PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS QUE SURGEN EN EL NIÑO ANTE LA HOSPITALIZACIÓN", TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, UIA, 1983.
- HORNEY, K., "EL NUEVO PSICOANÁLISIS", FONDO DE CULTURA ECONÓMICA, MEX., 1950.
- HURLOCK, E.B., "DESARROLLO DEL NIÑO", ED. Mc GRAW HILL, MEXICO, 1982.
- KHOURY, S., JASMIN, C., GARCIA, J., CONDE, B., "CÁNCER, LOS GRANDES ESPECIALISTAS RESPONDEN", ED. AGUILAR, ESPAÑA, 1981.
- KLEIN, M., "A CONTRIBUTION TO THE PSYCHOGENESIS OF MANIC DEPRESSIVE STATES IN CONTRIBUTION TO PSYCHOANALYSIS", Mc GRAW HILL, N.Y., 1948.
- KOOCHER, G.P. "PSYCHOSOCIAL ISSUES DURING THE ACUTE TREATMENT OF PEDIATRIC CANCER", CHILDREN'S HOSPITAL, BOSTON, MA., USA, 1985.
- KRUPAT, E., "A DELICATE IMBALANCE", PSYCHOLOGY TODAY, WASHINGTON, D.C., USA, 1986.
- KÜBLER-ROSS, E., "DEATH: THE FINAL STAGE OF GROWTH", PRENTICE HILL, NEW YORK, USA, 1975.
- KÜBLER-ROSS, E., "QUESTIONS AND ANSWERS ON DEATH AND DYING", MACMILLAN INC., NEW YORK, USA, 1974.
- KÜBLER-ROSS, E., "ON DEATH AND DYING", MACMILLAN INC., NEW YORK, USA, 1969.
- KÜBLER-ROSS, E., "RENCONTRE AVEC LES MOURANTS", CENTRE GÉRONTOLOGIQUE ETHEL PERCY ANDRUS, LOS ANGELES, CALIFORNIA, USA, 1972.
- KÜBLER-ROSS, E., "UNA LUZ QUE SE APAGA", ED. PAX, MÉXICO MEXICO, D.F., 1986.
- LABORDE, S., "EL CÁNCER", ED., EL ATENEO, BUENOS AIRES, 1978.
- LADER, M., "CLINICAL ANXIETY", MEDICAL BOOKS, LONDON, 1971.
- LAPLANCHE, J., DONALIS, J.B., "DICCIONARIO DE PSICOANÁLISIS", ED. LABOR, S.A., MADRID, 1983.
- LANSDOWN, R., BENJAMIN, G., "THE DEVELOPEMENT OF THE CONCEPT OF DEATH IN CHILDREN AGED 5-9 YEARS" CHILD CARE, HEALTH AND DEVELOPEMENT, 1985.

LABOR DEL PSICÓLOGO. . .

- LANZKOWSKY, P.M.D., "PEDIATRIC HEMATOLOGY-ONCOLOGY", ED. Mc GRAW HILL, NEW YORK, 1980.
- LAZARD, S.P., "EL PROCESO DE DUELO EN LA INFANCIA", TESIS DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA, U.N.A.M., 1981
- ONATE, A.R.C., "EL MANEJO PSICOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON CÁNCER TERMINAL: DIVERSOS ENFOQUES", TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, UIA, 1984.
- PATTISON, M., "THE EXPERIENCE OF DYING", ED. PRENTICE HALL INC., USA, 1977.
- PEREZ, T.R., "PRINCIPIOS DE PATOLOGÍA", ED. LA PRENSA MÉDICA MEXICANA.
- PETERSON, B., "ONCOLOGÍA", ED. MIR. MOSCÚ, URSS, 1980.
- PFEFFERBAUM, B., LUCAS, R.H., "MANAGEMENT OF ACUTE PSYCHOLOGIC PROBLEMS IN PEDIATRIC ONCOLOGY", UNIVERSITY OF TEXAS, HOUSTON, TX., USA, 1979.
- PIAGET, J., "THE CHILDS CONCEPTION OF THE WORLD", LIT-TLEFIELD, ADAMS AND CO, TOTOWA, N.J., 1969.
- POCHEDLY, C., "CANCER THERAPY IN CHILDREN", ED. SLACK.
- REYES, P.N.I., "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN FRENTE A LA MUERTE: UN ESTUDIO PSICOLÓGICO EN EL PERSONAL MÉDICO QUE LABORA CON PACIENTES EN RIESGO DE MORIR" TESIS DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA, UNAM, 1983.
- ROSENTHAL, A.P., "SHORT TERM FAMILY THERAPY AND PATHOLOGICAL GRIEF REACTION", FAMILY PROCESS, 1980.
- ROSENZWEIG, S., "TEST DE FRUSTRACION", (PFT), ED. PAIDOS BUENOS AIRES, 1960.
- SAHLER, O.J.Z., "EL NIÑO Y LA MUERTE", ED. ATLAMBRA, MEXICO, 1983.
- SCHAVELZON, J., BLEGER, L., LUCHINA, I., LANGER, M., "PSICOLOGIA Y CANCER", ED. PAIDOS, BUENOS AIRES.
- SIEGEL, S., "ESTADÍSTICA NO PARAMÉTRICA, APLICADA A LAS CIENCIAS DE LA CONDUCTA", ED. TRILLAS, MEX., 1982.
- SPENCER, M.W., BRENT, S.B., "CHILDREN'S UNDERSTANDING OF DEATH: A REVIEW OF THREE COMPONENTS OF A DEATH CONCEPT", CHILD DEVELOPEMENT, 1984.

BIBLIOGRAFIA

- SPINETTA, J.J., "BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL RESEARCH IN CHILDHOOD CANCER", JOURNAL OF THE AMERICAN CANCER SOCIETY, USA, 1982.
- TALADRID, C.C.B., "CÁNCER: ¿ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA?", TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, UIA, 1982
- VADENA, G.C., "REVISTA DESPERTAD", ED. ULTRAMAR, MÉXICO, D.F., 1986.
- WOLBERG, L.R., "THE TECHNIQUE OF PSYCHOTHERAPY", THIRD EDITION, NEW YORK, GRUNE AND STRATTON, INC. 1977.