



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

**Duelo por muertes violentas y Arte-terapia:
Algunas voces infantiles**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN:

TANATOLOGÍA

PRESENTAN:

MTRA. PSIC.

MELANIE ALEJANDRA JUÁREZ MEZA

Y

LIC. PSIC. GIOVANNA GAMBOA MERCADO



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

México, D.F a 09 del Febrero del 2015.

**DR. FELIPE MARTINEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION
MEXICANA DE TANATOLOGIA, A.C.**

P R E S E N T E.

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentaron:

Giovanna Gamboa Mercado de la Generación 2013-2014.

Melanie Alejandra Juárez Meza de la Generación 2014-2015.

El nombre de la tesina es: “Duelo por muertes violentas y Arte Terapia: Algunas Voces Infantiles”.

ATENTAMENTE

Tanatóloga Irma Ania Pignol

Directora de Tesina.

A mis niños y niñas.

Gracias por hacerme más empática así como ética al estar en contacto con su subjetividad, su fantasía, creatividad, sus sonrisas y sus muestras de agradecimiento.

Melanie

Gracias por navegar conmigo desde hace cinco años así como compartir la responsabilidad, compromiso social, pasión, profesionalismo, honestidad, lealtad y por siempre viajar con la infinita confianza. Sabes que te guardo un enorme y sincero cariño.

A ti cariño por compartir este momento con plenitud. A mi familia por estar siempre presente y a mi Tía por enseñarme en vida.

Giovanna Gamboa Mercado



A mis pacientes:

Niños, niñas y adolescentes:

Que con su fuerza, inocencia y sensibilidad; me han enseñado a ser una mejor persona; y a aprender que nada es imposible.

A mis maestras/os:

Por sus enseñanzas, consejos y guía.

A mi familia y amigos:

Gracias por estar conmigo, en los momentos de necesidad, por el apoyo y por recordarme, que lo bueno de la vida, son las personas y los momentos buenos y malos que compartes con ellas.

Melanie Alejandra Juárez Meza

INDICE

	PAGS.
INTRODUCCION	3
JUSTIFICACION	4
OBJETIVOS Y ALCANCE	5
CAPITULO 1. ETAPAS DE DESARROLLO Y APEGO.	6
1.1 LA NIÑEZ	6
1.2 EL APEGO	7
1.2.1 TIPOS DE APEGO	8
1.3 ADULTEZ	8
CAPITULO 2. CONCEPTO DE MUERTE	10
2.1 . MUERTE POR SUICIDIO.	10
2.1.1 TEORIA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES DE KELLY	11
2.1.2 TEORIA DE LA INDEFENSION APRENDIDA DE SELIGMAN	11
2.1.3 TEORIA COGNITIVA DE BECK	12
2.1.4 PERSPECTIVA FENOMENOLOGICA	12
2.1.5 PESPECTIVA PSICOANALITICA.	13
2.1.6 PERSPECTIVA SOCIOLOGICA.	14
CAPITULO 3 FACTORES DE RIESGO	15
3.1. VIOLENCIA.	15
3.1.2 VIOLENCIA FAMILIAR	17
3.1.3 MALTRATO INFANTIL	18
CAPITULO 4. CONCEPTO DE DUELO	19
4.1 DUELOS COMPLICADOS	24
CAPITULO 5. DUELO EN LOS NIÑOS, NIÑAS, LOS Y LAS ADOLESCENTES	26
5.1 FACTORES DE RIESGO DE DUELO COMPLICADO.	26

5.2 DUELO POR MUERTE DE LOS PADRES	26
5.3 EL NIÑO Y NIÑA ANTE LA MUERTE	27
5.4 EL ADOLESCENTE ANTE LA MUERTE	28
CAPITULO 6. ARTETERAPIA	30
6.1 ORIGENES DE LA ARTERAPIA	30
6.2 DEFINICION DE LA ARTERAPIA	31
6.3 OBJETIVOS DE LA ARTERAPIA	32
6.4 ARTERAPIA CON LOS NIÑOS Y NIÑAS	33
6.5 ARTERAPIA EN LOS Y LAS ADOLESCENTES	33
ESTUDIO DE CASOS	34
CONCLUSIONES	39
REFERENCIAS	40

INTRODUCCION.

El interés de realizar la presente tesina, es debido a que como profesionales del campo de la salud mental, en nuestra labor cotidiana, en específico en el hospital pediátrico que se encuentra en el oriente, desde hace un tiempo nos especializamos en trabajar de manera terapéutica con niños, niñas, adolescentes que viven o han vivido alguna situación de riesgo, (violencia familiar) sin embargo, estamos iniciadas en dicha población cuando presentan una vivencia de duelo, respecto a alguno de sus padres.

Es menester señalar, que para abordar el tratamiento de dichos niños, niñas y adolescentes sobrevivientes, hemos utilizado el Arte-terapia como recurso, una herramienta para acceder a las significaciones de muerte de los niños, niñas, los y las adolescentes; todo lo anterior a través de la investigación, así como de la lectura de algunos autores que nos dimos a la tarea de estudiar durante el Diplomado de Tanatología.

En el primer capítulo, abordamos las etapas de Desarrollo infantil, así como el proceso de desarrollo en cada estadio. Además se dará a conocer que dependiendo del lazo afectivo, existirá un tipo de apego que determinará al niño ó niña desde la lectura de John Bowlby.

En el segundo capítulo, se hablará del tema medular de la investigación: la muerte, así como de la muerte por suicidio y priorizaremos cuatro teorías psicológicas que nos facilitarán la comprensión respecto a los posibles motivos que pudiera tener un ser humano para terminar con su vida, de acuerdo con distintos autores.

En el tercer capítulo, comprenderemos los factores de riesgo, es decir, los elementos que hacen que se presente una probabilidad alta de cometer suicidio en la adultez, como la violencia, en específico la violencia familiar y el maltrato infantil.

En el cuarto capítulo, nos enfocaremos al duelo, como un proceso esperado para elaborar alguna pérdida física ó emocional, pero desde la óptica de cuatro autores elementales: Oscar Neimeyer, Elizabeth Kübler-Ross, J. William Worden, y Erich Lindemann. Además de abordar una parte introductoria a lo que es duelo complicado.

En el quinto capítulo, entenderemos el duelo desde la subjetividad de los niños, niñas, los y las adolescentes.

En el sexto capítulo, abordaremos el método del arte-terapia, como una manera que utilizan los niños, niñas, los y las adolescentes de su capacidad creadora de imágenes para recuperar, desarrollar su potencial (físico, mental, emocional) de manera integral.

Finalmente el trabajo terapéutico del arte-terapia y las conclusiones de la presente tesina.

JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo pretende exponer algunos de los factores de riesgo involucrados en actos suicidas en adultos y cómo éste a su vez afecta a los niños, niñas y/o adolescentes, dentro del ámbito familiar.

Ya que de acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud) alrededor de 1000 seres humanos se quitan la vida diariamente, lo que significa que cada 40 segundos una persona en el mundo, acaba con su vida. De ahí la importancia del fenómeno el cual es considerado un problema de salud pública.

Lo cual desafortunadamente hemos podido constatar, ya que dentro de nuestra labor psicológica en el ámbito hospitalario, hemos encontrado un alto número de niños, niñas y adolescentes que han experimentado algún suceso traumático, como el suicidio o la muerte (violenta) de alguno de los progenitores, en comorbilidad con situaciones de violencia familiar.

Derivado de estas pérdidas, hemos encontrado que dichos niños, niñas y/o adolescentes muestran sentimientos y conductas como enojo, se conducen evasivos respecto al tema, o ansiosos/as; en un primer momento. Por lo anterior como profesionales dentro del ámbito de la higiene mental, consideramos esencial en la presente tesina, darles un espacio para tejer sus vivencias por medio de sus expresiones gráficas y/o artísticas, para hacer más sano su proceso de duelo.

Por lo que en el presente trabajo, la metodología empleada es de tipo cualitativa según Taylor: “la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas ó escritas y la conducta observable”.

Es inminente que los métodos cualitativos estudian el nivel subjetivo de los seres humanos, por lo tanto, mediante la expresión de los sujetos se tiene acceso a una parte de su vida íntima.

Dado lo anterior, recurrimos a la arte-terapia como instrumento facilitador para trabajar el proceso de duelo en niños, niñas y adolescentes; pues pone el énfasis en la escucha interior, la atención y la espontaneidad. Debido a que se tiene presente que los seres humanos tenemos la capacidad de proyectar formas artísticas, para dar voz a nuestras imágenes internas las cuales podemos aprender a leer, para recuperar un estado físico así como emocional.

OBJETIVOS

Los objetivos de la presenta Tesina son:

1. Conocer lo referente al concepto de Muerte, Muerte por suicidio, Duelo y Duelo complicado.
2. Analizar las vivencias de la muerte, muerte por suicidio, duelo y duelo complicado desde la subjetividad de los niños, niñas, los y las adolescentes.
3. Proponer desde la arte-terapia un acercamiento de su mundo interno, simbólico y artístico, sobre la muerte, muerte por suicidio, duelo y duelo complicado.

ALCANCE

El alcance de la presente investigación es aportar como profesionales del campo infantil clínico, una revisión documental acerca de algunos conceptos respecto a la muerte y a factores de riesgo de muertes violentas (suicidio u homicidio) en la adultez, expresiones, vivencias en torno al tema de la muerte y cómo impacta a los niños, niñas y adolescentes, con ayuda de la metodología de la arte-terapia y así adentramos y desde la subjetividad infantil, re significar los sucesos traumáticos y facilitar el proceso de duelo.

CAPITULO 1

ETAPAS DEL DESARROLLO

1.1 LA NIÑEZ

El desarrollo es un proceso continuo y global que empieza en la concepción y termina hasta la muerte.

El desarrollo infantil abarca el crecimiento e implica la organización de los órganos y sistemas, así como la adquisición de habilidades y la capacidad de adaptarse más fácilmente al medio ambiente. Al mismo tiempo el/la niña/o crece físicamente, se desarrolla afectiva, social e intelectualmente (Anastasi y Urbina, 1998; Epstein, 2005; Ampudia, Santaella y Eguia 2009).

Este es un proceso de cambios relacionados con la edad, cualitativos, ordenados, acumulativos y direccionales, que llevan a una reorganización conductual, la cual prepara al niño o la niña a enfrentar patrones nuevos y más complejos. Los cambios producidos con el tiempo en la estructura, el pensamiento y la conducta de una persona son el resultado de influencias biológicas y ambientales. En este sentido existen periodos sensibles u óptimos en que se realizan eficaz y adecuadamente ciertos tipos de aprendizaje y desarrollo (Craig, 2001; Sroufe, 2007).

El desarrollo se presenta a lo largo del ciclo de vida. Además de ser continuo, el proceso de desarrollo es ordenado y cada logro, por pequeño que sea, es un prerrequisito de otro de mayor complejidad. Por esta razón, los y las niñas pasan por diferentes etapas de desarrollo cada una de las cuales presenta particularidades propias. Se puede hablar de etapas como periodos diferenciados y significativos, donde se pasa de manera gradual de uno a otro y con frecuencia hay fluctuaciones entre ellos (Craig, 2001).

El desarrollo infantil se divide en etapas de acuerdo con el rango de edad, que incluye desde el periodo prenatal (que abarca desde la concepción al nacimiento), en la infancia (los dos primeros años de vida) la edad preescolar o niñez temprana (de tres a cinco años) la niñez (de los seis a los once años), así como el periodo de la adolescencia (de los doce a los dieciocho años) (Sroufe et al, 2005).

El proceso de desarrollo comprende cuatro dimensiones básicas (Creig, 1997; Quintero, 2005): desarrollo físico, cognitivo, emocional y social, donde existe una interdependencia entre cada una.

El desarrollo físico, incluye las bases genéticas del desarrollo, el crecimiento de todos los componentes del cuerpo, los cambios en el desarrollo motor, los sentidos y los sistemas corporales.

El cognoscitivo incluye todos los cambios en los procesos intelectuales del pensamiento, el aprendizaje, el recuerdo, los juicios, la solución de problemas y la comunicación. Tomando en cuenta influencias tanto hereditarias como ambientales.

El desarrollo emocional se refiere al desarrollo del apego, la confianza, la seguridad, el amor y el afecto y una variedad de emociones, sentimientos y temperamentos. Incluyendo el

desarrollo del concepto de si mismo y de la autonomía, análisis del estrés, las perturbaciones emocionales y la conducta de representación.

Con respecto al área social, se hace hincapié en el proceso de socialización, el desarrollo moral y las relaciones con los pares y los miembros de la familia.

Es por ello que se habla de conductas esperadas, las cuales se ven influenciadas, tanto favorable como desfavorablemente por el medio que rodea a cada niño o niña. Como consecuencia de esto, no solo la educación cumple un papel crucial en el desarrollo, sino que la interacción parental y familiar, así como la propia estimulación recibida por los iguales, moldeará el desarrollo de cada niño y niña (Garaigordobil, 1998; Sarabia et al., 2006).

Así, un cuidado sensible, en que el adulto permanece cerca para atender las necesidades físicas y afectivas del niño o niña, lleva al establecimiento de un apego seguro, a partir del cual, el niño o niña logrará la independencia requerida para adaptarse a ambientes nuevos. Por el contrario, si la niña o el niño creciera en un ambiente inadecuado generará en el/ella, problemas en las distintas áreas del desarrollo.

Por lo general, en el periodo de desarrollo de los seis a los 12 años, el niño o niña tienen como experiencia central a la familia, así como el ingreso a la escuela. A esta edad, el niño o niña deben salir de su casa y entrar a un mundo desconocido, donde quedan en otro plano las personas que formaban su familia y su mundo hasta ese momento. Su éxito o fracaso en este periodo va a depender en parte de las habilidades adquiridas en sus seis años de vida anteriores (Curran et al., 2006).

1.2 EL APEGO

Como se comentó en párrafos anteriores, el tipo de cuidado brindado a un niño o niña especialmente en un momento sensible de su desarrollo, por parte de su cuidador/a primaria, influirá en el desarrollo del apego.

Éste ha de considerarse la formación de vínculos afectivos, lo que significa, que el ser humano desarrolla vínculos afectivos tempranos con las personas que son las encargadas de cuidar de ellos, atendiendo de forma responsable y amorosa las necesidades del recién nacido, a este vínculo afectivo también se le conoce como apego.

John Bolwby (1969) estableció que los niños no nacen con un apego hacia alguna persona en particular, sugiriendo que en los siguientes seis meses al nacimiento los apegos del niño son bastante amplios, los niños y niñas se apegan a la gente en general, aunque a partir de los seis meses, los apegos se vuelven más específicos. El niño puede desarrollar múltiples apegos, pero estos son con individuos particulares como el padre, la madre, la niñera, etc., por lo que puede llegar a molestarse cuando es dejado con una persona desconocida.

Por otra parte, este autor sugiere un sistema de conductas de apego los que se refieren a todas aquellas conductas que están al servicio del mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego (sonrisas, llanto, contactos táctiles, etc.). Se trata de conductas que se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas, poniéndose en marcha para restablecer la proximidad.

El modelo propuesto por Bolwby se basaba en la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo.

1.2.1 Tipos de apego

En relación con la investigación y hallazgos propuestos por Bolwby, Mary Ainsworth sugiere tres tipos o patrones de apego.

Niños de apego seguro que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres (Bell y Ainsworth, 1972).

Esta autora también sugiere una descripción acerca del tipo de cuidado parental, el cual facilitara el desarrollo de algún tipo particular de apego.

Apego seguro: señalan que las emociones más frecuentes de los bebés con apego seguro en la situación extraña, son la angustia ante las separaciones del cuidador y la calma cuando éste vuelve; en la interacción con el cuidador relevan la calidez, confianza y seguridad.

Apego inseguro/evitativo: señalan que las emociones más frecuentes de los bebés con apego evitativo en la situación extraña es la ausencia de angustia y de enojo ante las separaciones del cuidador, y la indiferencia cuando vuelve; en la interacción relevan distancia y evitación.

Apego ansioso/ambivalente: señalan que las emociones más frecuentes de los bebés con apego ambivalente en la situación extraña es la angustia exacerbada ante las separaciones del cuidador y la dificultad para lograr la calma cuando éste vuelve; en la interacción con el cuidador relevan la ambivalencia, enojo y preocupación.

Main y Solomon (1986) describieron otro tipo de vínculo, el apego desorganizado; el cual está asociado con el maltrato de los cuidadores y la comunicación en el primer año de vida. La experiencia de desorganización y frightening son internalizados por lo que se puede observar niños inseguros y que lucen desorientados, mostrando patrones de respuesta no coherentes.

1.3 ADULTEZ

Como ya se mencionó con anterioridad, el desarrollo humano es un proceso continuo y acumulativo, multidimensional e interdisciplinario; que abarca cuatro dimensiones básicas; desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social.

La vida adulta podría significar cosas distintas para personas diferentes, por lo que el significado de dicha etapa es más bien de tipo social.

Desde la dimensión social, se considera a una persona adulta, cuando se le percibe responsable, racional y madura. Dentro de ésta se encuentra también la dimensión legal, ya que a nivel social, se intenta diferenciar lo que debería y lo que no debería forma parte de los derechos y responsabilidades de los adultos. Para ello, se designan edades cronológicas en que se garantizan los privilegios y también se requiere el cumplimiento de las obligaciones.

Desde la dimensión biológica, el adulto es aquel que ha alcanzado su tamaño y fuerza plenas; una persona totalmente desarrollada, incluyendo la capacidad reproductiva.

Por parte de la dimensión emocional, implicaría que la persona adulta muestre un grado de estabilidad emocional donde se incluyen:

- El control de impulsos.
- Elevada tolerancia a la frustración.
- Libertad de oscilar entre distintos estados de ánimo
- Auto regulación.
- Romper los vínculos de dependencia infantil de los padres y funcionar de manera autónoma.

De acuerdo con la teoría de Piaget el adulto sería capaz de:

- **Introspección** (capacidad de pensar en el pensamiento).
- **Pensamiento abstracto** (la capacidad de trascender lo real para considerar conceptos y cualidades no concretos).
- **Pensamiento lógico** (la capacidad para reunir hechos e ideas y a partir de ellos llegar a conclusiones correctas).
- **Razonamiento hipotético** (la capacidad para formular hipótesis y probar su veracidad considerando numerosas variables).
- **Resolución de Problemas:** la vida adulta requiere una forma diferente de pensamiento; deben aprender a identificar, discriminar, y resolver; habilidades para descubrir, formular y plantear preguntas generales a partir de problemas mal definidos o aun no delineados.

Rice (1997) plantea que existen factores que influyen en las capacidades intelectuales del adulto como pueden ser.

1. Nivel educativo.
2. Posición socio económica
3. Entrenamiento
4. Edad cronológica
5. Condición física
6. Memoria
7. Aprendizaje
8. Motivación
9. Creatividad.

Como en la etapa anterior, también en el periodo de la adultez se estiman que la persona lleve a cabo diversas tareas correspondientes a este periodo del ciclo vital.

- a) Ajustarse a los cambios físicos de la mediana edad.
- b) Encontrar satisfacción y éxito en la vida profesional.
- c) Asumir la responsabilidad cívica y social de los adultos.
- d) Llevar a los hijos a una vida adulta feliz y responsable.
- e) Revitalizar el matrimonio.
- f) Re orientarse hacia los padres que envejecen.
- g) Reorientar los roles sexuales.

- h) Desarrollar redes sociales y actividades para disfrutar el tiempo libre.
- i) Encontrar un nuevo significado a la vida.

El Modelo de Crisis Normativas, por otra parte, es un modelo basado en una secuencia definida de cambios relacionados con la edad.

Algunas crisis normativas tiene bases biológicas, determinadas por el reloj biológico, como puede ser en las mujeres, por ejemplo, el periodo fértil para embarazarse; otras crisis tendrán que ver con el reloj social, de acuerdo con este modelo; pueden haber eventos que son especificados por la sociedad en el momento en que se supone deben ocurrir diversos sucesos o actividades vitales, como podría ser el contraer matrimonio, el concluir con estudios universitarios, el conseguir empleo, etc.

Se expusieron en este capítulo dos etapas del ciclo vital (infancia y adultez), como antecedentes para poder abordar el impacto especialmente emocional, cognitivo y social de niños y niñas ante situaciones de pérdida de personas significativas como pudieran ser los padres o cuidadores primarios, abordándose entre los factores de riesgo la violencia familiar y el fallecimiento por suicidio.

Por lo que en el siguiente capítulo se dará un breve recorrido por el concepto de muerte y duelo para posteriormente a abordar, el impacto psicológico de éste en niños y niñas.

CAPITULO 2 CONCEPTO DE MUERTE

La concepción de la muerte, comienza a organizarse en etapas tempranas del desarrollo humano y está condicionada por experiencias personales únicas, vinculadas con contextos sociales y culturales próximos y específicos.

El concepto de la muerte de otro individuo, se construye cuando el niño o niña elabora y reconoce el concepto referido al que ha muerto, quien lo vincula con la idea de ausencia, ésta implica la ausencia en el campo visual sin lograr aun diferencias entre nociones temporales y espaciales. Casullo (2000) menciona que la construcción de la idea acerca de la propia muerte, es más difícil de lograr pues supone acceder a la confirmación de diversos conceptos relacionados con esa noción como son:

- 1) Soy una persona con existencia personal.
- 2) Pertenezco a una clase de sujetos que son mortales.
- 3) Por deducción lógica, puedo concluir que mi propia muerte es una certeza.
- 4) Existen diversas causas que pueden provocar la muerte.
- 5) Se pueden evitar algunas de esas causas pero no todas.
- 6) La muerte se relaciona con un suceso futuro.
- 7) No se en que momento moriré, tanto la forma como el momento son inciertos.
- 8) La muerte es un suceso final, implica el fin de mi vida.
- 9) La muerte es una separación definitiva de este mundo real y concreto (pag. 15).

2.1 MUERTE POR SUICIDIO

El suicidio es un tipo de muerte, la cual es por lo general una alternativa utilizada por las personas, con el fin de poner un alto a su sufrimiento; es una forma de resolver sus problemas; familiares, escolares, amorosos, etc.

La palabra suicidio significa “acción de matarse a sí mismo”, Plutarco relataba que en la Grecia clásica eran frecuentes los intentos y los suicidios consumados, especialmente entre la población más joven (adolescentes).

En la acepción del término, están involucradas la intencionalidad de matarse, el conocimiento del desenlace final de esta acción y la preparación de forma voluntaria. Los suicidios van precedidos por lo general, de ideas suicidas, que se van organizando hasta construir un plan, una forma de llevarlo a cabo (Menegello, 2000).

Existen diferentes vertientes que pretenden explicar el suicidio, entre las que se encuentran, modelos que explican la conducta autodestructiva desde la influencia de factores sociales, los psicológicos y modelos que combina las dos anteriores, entre otras.

2.1.1 Teoría de los Constructos Personales de Kelly

Dentro de las teorías psicológicas, se ubica la de los Constructos Personales de Kelly, ésta se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interacción que cada sujeto haga con ella, siendo esta última, la que orienta y condiciona la conducta, la idea subyacente es que la realidad no se explica por sí misma, ya que, es el propio sujeto quien atribuye un significado y da sentido a su existencia, en función de su experiencia, por lo que cada hecho es interpretado desde la singularidad del pensamiento.

Por lo anterior, el autor plantea el concepto de validación, significa que la experiencia valida las expectativas personales, cuando se cumplen las anticipaciones, o por el contrario, niega los marcos de predicción cuando no se cumplen las expectativas, explicando desde esta perspectiva el suicidio como un acto por el cual el individuo trata de validar su vida, es decir, darle un sentido; la teoría explica el suicidio a través de dos razones:

- a) El futuro es obvio para el individuo, y por tanto incapaz de motivarle.
- b) O el futuro se muestra totalmente impredecible, de manera que se ve obligado a abandonar la escena (Clemente y González, 1996).

2.1.2 Teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman.

Ésta está fundamentada, en la idea de la percepción continuada por parte de un sujeto, de no – correlación entre los objetivos esperados de sus actos y los resultados obtenidos, puede provocar en la persona sentimientos de impotencia e incapacidad de control, suscitándole un sentimiento de indefensión.

El aprendizaje e interiorización de la falta de control en los resultados de las propias conductas, provocan tres tipos de déficit en la personalidad, motivacional, cognitivo y emocional, traducidos en la depresión que sufrirá el sujeto.

La hipótesis de esta teoría, propone que el estado depresivo es una consecuencia del aprendizaje, en donde los resultados son incompatibles. El modelo establece que la indefensión provoca pérdidas sobre las personas cuando es de larga duración y cronicidad, provocando:

- a. Pasividad.
- b. Desmotivación y lentitud al actuar.
- c. Estancamiento cognitivo.

- d. Aislamiento social.
- e. Déficit en la autoestima y auto imagen.

Dicho autor distingue entre indefensión universal y personal, la primera se produce cuando el sujeto percibe, que el hecho es incontrolable en sí, para él y para todos los demás; la segunda se produce cuando el sujeto percibe que la situación es incontrolable para sí mismo, pero no para los demás, dañando su autoestima.

También puede dividirse en global y en específica en función de la temporalidad y en crónica o transitoria.

2.1.3 Teoría Cognitiva de Beck

Por su parte, Beck (1979) propone la Teoría Cognitiva, la que se basa en la idea de que en función de sus experiencias personales los individuos, crean categorías mentales a partir de las cuales, percibe, estructuran e interpretan la realidad y desde ellas, orientan su conducta, es decir, el sujeto realiza conductas concretas en función de percepciones determinadas de la realidad:

“Sus cogniciones de basan en actitudes o supuestos (esquemas), desarrollados a partir de sus experiencias anteriores” (p. 13).

Las distorsiones perceptivas de la realidad las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones, dan lugar a la triada cognitiva presente en la depresión (síntoma de la conducta suicida) él también menciona que la depresión es producida cuando el sujeto sufre distorsiones en el procesamiento de la información que influyen en la conducta.

2.1.4 Perspectiva Fenomenológica.

Ésta reconoce que el suicidio, esta determinado por cuatro elementos básicos que son: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese.

Platea que la tendencia autodestructiva (hostilidad), está provocada por estados emocionales negativos (perturbación), sumando a estas las distorsiones en la percepción y valoración de la realidad (constricción), estos tres elementos suponen un alto riesgo de suicidio que es el cese.

También presupone que todo suicidio tiene como objetivo lograr el fin de una situación cognitiva de sufrimiento, provocada por un estresor, cuyo origen esta en las necesidades frustradas, como resultado de ello, el sujeto se siente indefenso y con desesperanza por lo que se alteran sus capacidades de resolución de problemas, así como, su capacidad de percepción. La forma característica de afrontar la situación, es la huida y el suicidio, congruente con el estilo de afrontamiento general usado por el sujeto (Villardón, 1993).

Desde esta perspectiva Shneidman (1988; Gallego, 1993) propone ciertas características comunes a todo acto suicida:

1. El propósito común del suicidio, es buscar una solución.
2. El objetivo común es el cese de la conciencia.
3. Los estresores comunes en el suicidio, son las necesidades psicológicas frustradas.
4. La emoción común en el suicidio, es la indefensión y la desesperanza.
5. El estado cognitivo común es la ambivalencia.
6. El estado perceptual común en el suicidio es la constricción, la persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas
7. La acción común, es el escape.
8. El acto interpersonal común, es la comunicación de la intención.
9. El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de su vida. Las personas que tienden a solucionar sus problemas evitándolos, son más propensos a decidir quitarse la vida en un momento de gran dolor psíquico.

2.1.5 Teoría Psicoanalítica

Freud (1976) habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se provoca, en su obra “Duelo y Melancolía” (1917), interpreta las tendencias auto agresivas que se dan en la melancolía, como agresiones a la persona amada a quien ha perdido y con quien el individuo se había identificado. La melancolía hace que trate al “si mismo” como un objeto que dirige contra él, y la hostilidad que desearía hacia un objeto externo.

Esta perspectiva, trata al suicidio desde la teoría de los instintos de muerte (Thanatos) y de vida (Eros), básicamente la auto - destrucción sería el resultado de la oposición entre ambos impulsos.

Sobre este enfoque, Menninger (1972) propone la existencia de tres elementos presentes en la conducta suicida: el deseo de matar, el de ser matado y de morir; el primero, aparece como respuesta a una frustración originada por un ser querido y hacia el que suelen existir vínculos de identidad; el segundo, se reduce cuando la conciencia actúa provocando al sujeto un sentimiento de culpabilidad y originándole un estado melancólico o depresivo y el ultimo elemento, es el que determinará la consumación del suicidio; por lo que este es producido debido al desequilibrio entre las tendencias destructivas y constructivas del hombre, a favor de las primeras.

Por otro lado, Jung explica el fenómeno del suicidio a partir de su propia conceptualización del self, para él es un componente pseudo – inconsciente de la personalidad, que enlaza a éste con el medio social del sujeto, siendo a partir de él, de donde emana la experiencia del significado.

El Yo, es el núcleo consciente de la personalidad del sujeto, y ambos (self y Yo) han de estar conectados para un equilibrado funcionamiento de la personalidad individual y una correcta interpretación de la vida y de uno mismo.

Para Jung, el self tiene una faceta positiva y otra negativa, esta última relacionada con una interpretación peyorativa de la vida, acercando a la persona a la muerte, esta parte negativa del self aparece principalmente cuando no existe correlación entre el Yo y el self.

La teoría jungiana sobre el suicidio, se completa con la proposición de cuatro dimensiones fenomenológicas:

- a. Colectivos – individuales.
- b. Activo – pasivo,
- c. Sincero – llamar la atención,
- d. Planeado – impulsivo.

Y una tipología que consiste en:

1. El suicidio del héroe o mártir. Provocado por un ideal.
2. Dolor irreductible o angustia mental. La vida es insoportable planeándose la muerte como una liberación.
3. Reacción contra – fóbica a la muerte. La muerte es tan temida, que la persona se la proporciona para no soportar más el temar a la misma.
4. Búsqueda de libertad.
5. Reunión con la persona amada.
6. Deseo de reclusión. La persona se suicida con la intención de poner un broche a la vida, siendo la muerte un medio de invaginación.
(Clemente y González, 1996).

2.1.6 Perspectiva Sociológica.

Sin duda alguna, el mas grande representante de este enfoque es Emilio Durkheim, quien parte de la propuesta de que es la sociedad como marco, instrumento y modelo de desarrollo de los sujetos, quien directa o indirectamente orienta a los mismo hacia el suicidio, por cuanto no es capaz de vincularlos a la vida a través de ella, para él, el suicidio es un fenómeno social.

Parte de la idea de que el hombre es ante todo un ser social y por tanto, la configuración de la estructura de la sociedad influirá sobre el individuo.

Dentro de esta teoría, se propone una tipología de los suicidios, en función de las características sociales:

- i. **Egoísta:** es consecuencia de la falta de integración social, o de una individuación excesiva, se ha comprobado que la integración familiar como una manera de integración social, altera la tasa de suicidios.
- ii. **Altruista:** se deriva de una integración social demasiado fuerte.
- iii. **Anómico:** aparece cuando la sociedad está perturbada por transformaciones demasiado repentinas y no es capaz de ejercer su acción reguladora y el individuo pierde los puntos de referencia, por lo que este tipo de suicidio relaciona con la necesidad de bienestar, realización del individuo y con los límites socialmente impuestos a cada grupo social. Por ejemplo, un desequilibrio en la estructura de la familia, originado por el divorcio de los padres, e influido por la concepción del valor otorgado socialmente al matrimonio y a la familia, altera el equilibrio doméstico del sujeto.

- iv. **Fatalista:** se deriva de una excesiva regulación social, obstaculizando la realización del sujeto (Gallego, 1993).

Resumiendo de alguna manera lo expuesto anteriormente, los diversos autores sugieren y describen algunas de las posibles causas por las que un individuo considere el suicidio como un método de solución, ya sea a conflictos emocionales, cognitivos o sociales; los cuales pueden ser considerados como factores de riesgo, Zaldívar (2005) define los factores de riesgo como:

“Aquellos aspectos personales o situacionales en la vida de los individuos, que están asociadas con un aumento en la probabilidad de sufrir los efectos del estrés y enfermar (pag. 1).

Por lo tanto, al identificar los factores de riesgo, se podrá reconocer con mejor facilidad a las personas propensas a cometer actos suicidas.

CAPITULO 3

Factores de Riesgo Suicida en la Aduldez

Como se estableció en los capítulos anteriores, existen diversos factores de riesgo, que facilitan el que una persona cometa suicidio; respecto a las personas adultas, es probable que la acumulación de factores relacionados con la edad, con las tareas del desarrollo correspondientes a la etapa vital, es decir, con el cumplimiento o no de las mismas; den lugar a sentimientos y pensamientos relacionados con la insatisfacción en sus distintas áreas, que se pueden ver reflejadas en los tipos de vínculos, conductas, sentimientos y/o pensamientos.

Existen también a nivel personal y social, otros factores que pudiesen estar involucrados como factores de riesgo suicida en la población adulta, como el consumo de sustancias tóxicas o la violencia familiar.

3.1 VIOLENCIA

Para hablar de violencia familiar, cabe hacer la aclaración de lo que significa la palabra violencia y lo que implica.

La OMS define la violencia como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”

La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados.

La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la violencia familiar del 2002, menciona que la violencia está tan presente, que se la ha percibido a menudo como un componente ineludible de la condición humana, un hecho ineluctable ante el que solo se reacciona en lugar de prevenirlo, suele ser considerado también una cuestión de ley y orden en la que el papel de los profesionales de la salud se limita a tratar las consecuencias.

Una proporción considerable de los costos de la violencia, corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias. El Director General de Sanidad de los Estados Unidos fue el primero en exponer claramente en un informe del año 1979, titulado *Healthy People*; en el que plantea que para poder mejorar la salud de la población era necesario intervenir en el comportamiento violento y no pasar por alto las consecuencias de dichas conductas siendo éstas prioritarias para la comunidad sanitaria.

Sin embargo, no fue sino hasta el año de 1996, en donde el tema fue introducido en la Asamblea Mundial de Salud celebrada en Ginebra, en donde se aprobó una solución para la que se declaraba a la violencia uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. Hablar de violencia implica abordar cuestiones de índole moral, ideológica y cultural.

En el Informe Mundial sobre la violencia y la Salud, se recurre a un “modelo ecológico” para intentar comprender la naturaleza de la violencia, la principal utilidad estriba en que ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan.

El modelo permite analizar los factores que influyen en el comportamiento (o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos). Clasificándolos en cuatro niveles: el biológico, relaciones cercanas, contextos comunitarios, y culturales.

El primer nivel identifica factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Como edad, educación, trastornos psíquicos o de personalidad, toxicológicos y antecedentes de conductas agresivas o de haber sufrido maltrato.

En el segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como la familia, amigos, parejas y compañeros.

En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios, en los que se desarrollan las relaciones sociales, como escuelas, lugares de trabajo, vecindarios intentando identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos; como podrían ser densidad poblacional, niveles altos de desempleo o la existencia de tráfico de drogas en la zona.

El cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuye a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como las normas sociales y culturales, entre las que se pueden encontrar los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, consideran el suicidio como una opción personal más que un acto de violencia prevenible, reafirmar la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades tanto económicas como sociales entre la población.

La OMS, propone una clasificación de la violencia en tres grandes áreas: violencia auto-infligida, la interpersonal y colectiva.

La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la auto mutilación. El comportamiento suicida va desde el mero

pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto.

Muchas personas que abrigan pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas, e incluso las que intentan suicidarse pueden no tener la intención de morir.

La violencia Interpersonal se divide en dos sub categorías; violencia intrafamiliar o de pareja y la comunitaria.

3.1.2 Violencia familiar

En la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.

Esta forma abarca formas de violencia como el maltrato a los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato a los ancianos.

La violencia contra la pareja se produce en todos los países, en todas las culturas y en todos los niveles sociales. Además de las agresiones físicas, como los golpes o las patadas, este tipo de violencia comprende las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información y la asistencia.

Aunque las mujeres no están exentas de agredir a sus parejas masculinas, la violencia también se presenta entre parejas del mismo sexo, sin embargo, las estadísticas señalan que la mayor proporción de la violencia de pareja es soportada por las mujeres e infligida por los hombres.

La mayoría de las víctimas de agresiones físicas se ven sometidas a múltiples actos de violencia durante largos periodos y suelen sufrir más de un tipo de maltrato.

En México la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006), revela que el 43% de las mujeres del país han sido víctimas de violencia por parte de sus parejas durante su actual o más reciente relación. Siendo la violencia emocional la de mayor prevalencia con un 40%, seguida de la violencia económica con un 28%, la física con un 21% y la sexual con un 8% de incidencia. Siendo el grupo de edad entre los 15 y los 34 años el que presenta el porcentaje más alto de violencia de pareja en el año previo a la encuesta con un 45.6%.

Dentro de la violencia interpersonal la OMS, también incluye el maltrato infantil, el cual incluye también agresiones físicas, sexuales y psíquicas, además del abandono.

3.1.2 Maltrato Infantil

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los niños entre 0 y 4 años son los más vulnerables por lo que es la población con mayor riesgo de vivir maltrato, siendo las causas de muerte más frecuentes los traumatismos craneales, seguidos de los traumatismos abdominales y la asfixia intencionada.

Entre los factores individuales, la edad y el sexo desempeñan un papel importante en la victimización. Por lo general, son los niños pequeños los que corren mayor riesgo de maltrato físico, mientras que las mayores tasas de abusos sexuales se dan entre menores que ha alcanzado la pubertad o la adolescencia.

Dentro de los factores de riesgo sociales, se encuentran que el niño provenga de familias con antecedentes de relaciones violentas entre los progenitores, que éstos sean muy jóvenes y sin el respaldo de una familia extensa, el hacinamiento en el hogar. A nivel cultural, los factores que aumentan la probabilidad de que un padre o cuidador maltrate a un menor se cuentan las expectativas poco realistas sobre el desarrollo de niño, el escaso control de impulsos, el estrés y el aislamiento social, así como los estilos de crianza de cada región y familia.

La clasificación ofrecida por la OMS, obedece a la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en privaciones; el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y en el caso de la violencia colectiva sus posibles motivos.

Las diversas formas de violencia interpersonal tienen en común muchos factores de riesgo. Algunos consisten en características psíquicas y del comportamiento, como un escaso control de impulsos, una baja autoestima y trastornos de la personalidad y la conducta.

Otros están ligadas a experiencias como la falta de lazos emocionales de apoyo, el contacto temprano con la violencia en el hogar (ya sea como víctimas directas o como testigos) y las historias familiares o personales marcadas por divorcios o separaciones. El abuso de drogas y alcohol se asocia con frecuencia a la violencia interpersonal y entre los factores comunitarios y sociales más importantes se destacan la pobreza, las disparidades en los ingresos y las desigualdades entre sexos.

Los distintos tipos de violencia están, además, interrelacionados. Por ejemplo, los niños que han sido rechazados o descuidados o han sufrido castigos físicos severos por parte de los padres, corren mayor riesgo de adoptar comportamientos agresivos y antisociales, incluso de infligir malos tratos cuando son adultos. Los niños corren mayor riesgo de ser víctimas de maltrato en las familias en las que los adultos actúan violentamente unos contra otros.

La cultura desempeña un papel fundamental, al establecer la frontera entre comportamientos aceptables y abusivos y definir la respuesta a la violencia.

Por lo anteriormente expuesto, puede decir que, la violencia familiar es vista como un factor de riesgo en la generación de trastornos del estado de ánimo, como la depresión, trastornos de ansiedad y de la conducta; pues afecta en etapas sensibles del desarrollo, gran parte de las áreas de desarrollo del ser humano; potenciando conductas, sentimientos y pensamientos suicidas en adolescentes y adultos y generando malestar en los más pequeños;

quienes vivencían las consecuencias de dicha dinámica como la separación de los padres o el fallecimiento de uno de ellos a causa de la misma violencia; lo que pudiera implicar un proceso de duelo en los niños y niñas.

CAPITULO 4 DUELO

Concepto de Duelo

En el Diccionario de la Real Academia Española, el vocablo “duelo” tiene tres acepciones: 1) dolor, lastima, aflicción o sentimiento 2) demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien y 3) Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio a los funerales.

Se habla de Duelo al referirse a la reacción de una persona ante la muerte de un ser querido. Se refiere al conjunto de fenómenos que los seres humanos manifiestan en los ámbitos psicológico, biológico y social tras una pérdida afectiva. El duelo consiste en un proceso adaptativo, es decir, que se va elaborando.

La pérdida de un ser querido y significativo es uno de los acontecimientos mas estresantes en la vida de una persona y cada individuo necesita un tiempo variable para la aceptación. Cuando no se tienen los recursos suficientes para afrontar la pérdida se puede dar algo que es conocido como “duelo complicado”; el que necesitaría de una atención psicológica especializada.

El proceso de duelo, esta lleno de elecciones, de caminos o posibilidades que podemos aceptar o descartar, seguir o evitar.

De acuerdo con Thomas Attig, la pérdida de un ser querido es un acontecimiento que no puede escogerse y la elaboración del duelo, es un proceso activo de afrontamiento lleno de posibilidades.

Diversos autores y autoras brindan perspectivas que pueden ser complementarias sobre lo que para ellos es el proceso de duelo y las etapas por las que se atraviesa. Neimeyer es uno de ellos; él realiza un análisis del proceso desde una perspectiva constructivista, quien define al duelo como una reconstrucción de significados y destaca lo particular y lo activo en el proceso de duelo, a diferencia de lo universal y pasivo que pudiera considerarse de autores más tradicionales.

La reconstrucción de un nuevo mundo de significados que tenga sentido, no necesariamente lleva a la “normalidad” previa a la pérdida, sino que da la oportunidad de llegar a un estado de mayor desarrollo personal; permite además contemplar las creencias particulares, tendiendo como telón de fondo la cultura a la que se pertenece, sin connotaciones a prior de anormalidad.

Continuando con este autor, la elaboración del duelo está determinada no solo por las emociones, sino también por el contexto relacional y los significados únicos del doliente, los

que tienen que ser reconstruidos después de la pérdida. La cultura y las creencias espirituales son determinantes del significado particular de la pérdida para cada persona.

Este nuevo enfoque plantea, - al igual que en posturas más tradicionales - que para el proceso de duelo se necesita reconocer la realidad de la pérdida y abrirse al dolor. La diferencia se presenta principalmente en lo que se ha llamado “fase de reorganización o restablecimiento”, cuyo objetivo está determinado en forma importante por la concepción de lo que es un duelo elaborado.

La propuesta de este autor, permite fundamentalmente una mayor amplitud en los procesos que llevan la elaboración, esta amplitud significa que no necesariamente el deudo debe dejar ir o renunciar a la relación con la persona desaparecida; la mayoría de los deudos sigue sintiendo la presencia de la persona fallecida y manifiestan que esto le proporciona consuelo y les anima a seguir con su propia vida, las personas manifiestan tener sensaciones asociadas a la presencia de su deudo.

Neimeyer postula, que la muerte transforma las relaciones con la persona querida, en lugar de ponerles fin. Esto implicaría que no es necesario distanciarse de los recuerdos del ser querido, sino convertir una relación basada en la presencia física en otra basada en la conexión simbólica, conservando esta relación que fue fundamental para el deudo en el pasado, y así dar continuidad a una historia vital interrumpida por la muerte, emprendiendo el duro trabajo de inventar un futuro lleno de sentido (Oviedo Soto, art., electrónico).

Para este autor, las etapas del duelo constan de:

1. **Evitación:** evitar la plena conciencia de una realidad que resulta demasiado dolorosa; pudiendo presentar sensaciones de aturdimiento, despersonalización.
2. **Asimilación:** la elaboración para adaptarse a la pérdida; esta etapa suele ir acompañada de síntomas depresivos, tristeza invasiva, periodos de llanto, trastornos del sueño y del apetito, incapacidad para concentrarse, el no disfrute de actividades que antes causaban placer, desesperanza respecto a futuro y estrés prolongado.
3. **Acomodación:** la angustia y tensión de la fase anterior comienza a ceder, la reorganización satisfactoria de la propia vida después de una pérdida importante.

Por otra parte, si se habla de duelo, es menester mencionar la aportación de Kubler – Ross quien fue parteaguas para el estudio e intervención en este proceso.

Ella mencionaba que el duelo es básicamente un proceso de cambio y que con la muerte terminaba una vida, pero no una relación; ésta se modifica a una relación de “presencia- ausencia”.

Proponiendo las siguientes etapas en este proceso:

- a) **Negación y Aislamiento:** es sentir que esa persona sigue vivía, es no poder aceptar que ya murió, es esperar que regrese.

- b) **Rabia:** la rabia, el enojo, la ira, el odio o la envidia surgen de manera incontrolable y se manifiestan en contra de dios o contra la vida, contra la familia, los doctores y el propio YO.
- c) **Regateo:** el familiar busca buenas conductas para alcanzar un consuelo. Pero en el fondo, es una búsqueda para liberarse de culpas.
- d) **Depresión:** es una profunda tristeza, propia del duelo, es la de mayor duración. Equivalente a la depresión reactiva.
- e) **Aceptación:** cuando el bagaje emocional haya tomado su cauce normal, vendrá la aceptación, es la certeza de que la muerte no existe, sino más bien, se transforma en un cambio de la presencia del difunto.

De acuerdo con William Worden (2000), un duelo normal abarca un amplio rango de sentimientos presentes como pueden ser: tristeza (a través del llanto), enfado que conlleva una sensación de frustración, culpa y auto-reproche por algo que se hizo o se dejó de hacer, ansiedad, que trae consigo una sensación de inseguridad y temor de no poder cuidar de sí mismo, soledad, que emana de la imposibilidad de volver a compartir y de otros sentimientos, como fatiga, impotencia, shock, anhelo, emancipación y alivio.

Continuando con éste autor, menciona que existen conductas esperadas en el proceso de duelo como pueden ser: trastornos del sueño, dificultad para dormir (insomnio) o para despertar; trastornos alimenticios, atención dispersa, aislamiento social, soñar con el ser querido, evitar recordatorios del ser querido, hiperactividad, llanto fácil, visitar lugares comunes, atesorar objetos del fallecido, desinterés por el sexo.

Lindemann (en Worden, 2000), describe las manifestaciones del duelo normal dentro de las que también se encuentran sensaciones y cogniciones además de los sentimientos y conductas antes mencionados.

Respecto a las sensaciones, Lindemann menciona que las sensaciones son los datos, es decir, la información cruda que el doliente tiene para llegar al sentimiento.

Menciona que las sensaciones básicas son el placer y el dolor; algunas adicionales son las siguientes:

- | | |
|----------------|------------------|
| ○ Vacio | ○ Insatisfacción |
| ○ Calor | ○ Suavidad |
| ○ Debilidad | ○ Opresión |
| ○ Tensión | ○ Excitación |
| ○ Sequedad | ○ Fatiga |
| ○ Incomodidad | ○ Frio |
| ○ Satisfacción | ○ Palpitaciones |
| ○ Ligereza | ○ Nerviosismo |

Agrega, que las sensaciones son el primer paso para conocer el sentimiento que se encuentra detrás.

Las sensaciones más comunes pueden ser:

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| ○ Vacio en el estomago | ○ Opresión en pecho. |
| ○ Tensión y debilidad muscular. | ○ Sequedad de boca |
| | ○ Opresión en garganta. |

- Fatiga
- Falta de energía.
- Palpitaciones.
- Incomodidad ante el ruido.
- Oleadas de calor.
- Falta de aire.
- Tensión en alguna parte del cuerpo
- Sensaciones de despersonalización

Respecto a las Cogniciones, menciona que durante el duelo éstos pueden ser muy diversos, sin embargo existen ciertos pensamientos naturales. Sobre todo en las primeras fases, y después desaparecen, aunque pueden prolongarse y generar ansiedad, angustia y probablemente depresión.

Incredulidad: es el primer pensamiento que se tiene al conocer la noticia de la muerte de un ser amado.

Confusión: las personas pueden manifestar desorganización en sus pensamientos, olvidos y distracciones.

Preocupación: se puede tratar de una obsesión con el difunto. Todo el tiempo se piensa cómo volver a velo o se manifiestan ideas intrusivas o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo.

Sentido de presencia: se manifiesta al experimentar la sensación de que el fallecido aun se encuentra entre los vivos. La persona puede expresar frases como “siento que esta ahí, junto a mi cama”.

Alucinaciones: tanto auditivas con visuales, éstas son normales en el duelo y pueden manifestarse días o semanas después de fallecimiento esto no de preocuparnos ya que desaparecerán en corto tiempo.

En cada una de las áreas (cognitiva, afectiva, sensaciones, conductual), recomienda prestar atención tanto en la intensidad como en la prolongación de los síntomas ya que si éstos se exacerban o se prolongan pudiese tratarse de un duelo complicado, en cuyo caso la intervención de un profesional debiera ser considerada.

Cabe señalar que el proceso de duelo se vivencia de manera personalizada, sin embargo, es conveniente observar el proceso y verificar lo antes mencionado, tomando también en cuenta ciertos factores que pueden dificultar o facilitar el proceso de duelo como pudiesen ser:

Tipo de muerte: no es lo mismo que una persona fallezca por muerte natural a que el deceso sea accidental o violento.

Tipo de enfermedad: es distinto morir de cáncer que de sida, socialmente la segunda conlleva un estigma para el paciente y la familia, situación que podría magnificar el dolor de los dolientes al tratar de ocultar la causa del deceso.

Relación afectiva con el fallecido: si la relación fue muy cercana o fue mala, el duelo se dificulta en el segundo caso ya que podría dar pie a sentimientos de culpa.

Edad: no es lo mismo que fallezca una persona de la tercera edad, a que muera un niño, un adolescente o un joven.

Cultura: existe cultura donde la muerte se percibe de manera más natural, así como otras donde no se permite expresar sentimientos y los duelos se ahogan.

Situación económica: éste es un elemento que también influye en el proceso de duelo, los deudos lo podrían vivenciar distinto, si su situación financiera es complicada o son de bajos recursos a los familiares que pudieran tener una economía solvente.

Sexo: para la mujer, pudiera ser más fácil elaborar el duelo, ya que es más aceptado culturalmente que llore y se ponga triste, no así al varón a quien se le suele reprimir emocionalmente.

Etapas evolutivas del doliente: este aspecto es muy importante y debe considerarse ya que es diferente que fallezcan los padres cuando se es adulto y a ya se tiene familia propia, a que fallezcan cuando el deudo aun es pequeño.

Espiritualidad: dependerá de lo desarrollada que ésta se encuentre en el deudo al momento del fallecimiento del ser querido, ya que ésta, podría favorecer el enfrentamiento con el dolor.

Circunstancias: vivir un duelo anticipado, ayuda y facilita el proceso cuando la persona ya no está. Otro factor puede ser, que la persona atenta contra su vida (suicidio), frente a alguien significativo, deje o no una nota póstuma.

Fe: la fe del doliente facilita el proceso ya que tiene un sentido de esperanza ante la muerte.

Tipo de personalidad: algunas personas se hunden ante el menor revés ante situaciones difíciles, otras se muestran optimistas tienen la capacidad de afrontar situaciones de frustración.

Momento emocional familiar: este se refiere al momento en el que ocurre el fallecimiento y si la familia ha presenciado pérdidas físicas o simbólicas anteriores.

Red social de apoyo con la que se cuenta.

Este mismo autor sugiere cuatro tareas a realizar en el duelo normal; tomando nuevamente en cuenta que el proceso es totalmente individual:

1. **Aceptar la realidad de la pérdida:** en esta tarea, la aceptación de que el ser querido ha fallecido. Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo, porque implica no solo una aceptación intelectual, sino también emocional, los rituales como el funeral ayudan a muchas personas a encaminarse hacia la aceptación.
2. **Trabajar las emociones especialmente las dolorosas:** durante esta tarea Worden y Rando, sugieren que la persona fluctúa entre el sentir y hacer; en el que es indispensable reconocer y trabajar el dolor emocional, de lo contrario pudiese manifestarse con algunos síntomas o formas disfuncionales; convirtiéndose en un proceso de duelo complicado.
3. **Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente:** adaptarse a un nuevo medio pudiera significar cosas diferentes para personas diferentes, dependiendo de cómo era la relación con el fallecido y los roles que desempeñaba.
4. **Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar con la vida:** para muchas personas esta es la etapa o tarea más difícil de completar. (Oviedo Soto, art., electrónico).

En el presente trabajo, los factores que se tomaron y los cuales se describen al inicio, son los que se refieren al tipo de muerte (suicidio) o muerte violenta del padre, las circunstancias de la misma (violencia familiar y consumo de sustancias), así como la etapa evolutiva de los dolientes (hijos e hija en etapa escolar, infancia), además del sexo pues dos son varones y una es niña.

Que, de acuerdo con lo mencionado por Lindemann y Worden, estos factores pudieran predecir un proceso de duelo complicado.

4.1 DUELOS COMPLICADOS

Hasta el momento, en este trabajo, se ha hablado acerca del duelo, proceso que tiene lugar con la muerte de un ser amado. Pero ¿Qué es la muerte?

En la antigüedad, se creía que la muerte era la separación del alma y el cuerpo; para Marco Aurelio, por ejemplo, el hombre era un alma que arrastraba un cadáver; para Santo Tomas de Aquino; la unión de alma y cuerpo es algo substancial: de tal manera que al ocurrir la separación, lo que queda visible, es el cuerpo, no es ya el hombre, es solamente un cadáver.

La muerte desde la óptica de la psicología y la sociología, consiste en estudiarla a través de la observación de todo lo que ocurre a su alrededor como costumbres, actitudes, sentimientos y comportamientos.

La muerte es la última y más radical confrontación que “viven” los seres humanos; significa algo diferente para cada persona, ya que existen factores que intervienen en cómo enfrentamos e interpretamos a la muerte, entre los que podemos encontrar:

- El genero.
- La edad.
- Estrato social
- Escolaridad.
- El lugar del fallecimiento.
- El tipo de muerte.
- El momento del fallecimiento
- Usos y costumbres.
- Religión.

Desde el punto de vista clínico, la muerte *“Es un proceso terminal que consiste en la extinción del proceso homeostático de un ser vivo, esto es, la extinción de la vida”*. Es el fin de la vida, la culminación de la vitalidad de un organismo vivo.

Para Victor Frankl (2003) existen tres rasgos inherentes a la muerte:

La temporalidad: saber que se es temporal, que se va a vivir determinado número de años y que se es limitado en el tiempo.

La finitud: saber que se es finito, no eterno.

La irreversibilidad: una vez que se presenta, no hay vuelta ni retorno.

La muerte, con relación a su duración según Louis – Vincent Thomas (1991) puede ser:

Lenta: es aquella que implica un periodo más o menos largo de tiempo, es una muerte anunciada.

Súbita: es aquella que nos toma de improviso y es inesperada, es la que sobreviene a un estado aparente de salud, se puede presentar de las siguientes maneras:

- Violenta; accidente o asesinato. En este tipo la persona no elige morir.
- Autoagresión: suicidio.

Natural: por vejez, puede presentarse por enfermedad.

Cuando se presenta una muerte súbita, el duelo se dificulta, ya que no se contó con tiempo para prepararse y despedirse.

Se considera indispensable la identificación y elaboración a través de la expresión de las emociones, pensamientos, sensaciones y conductas para poder solucionar situaciones que se pudieran llegar a percibir como problemáticas.

Sucede que en las pérdidas o duelos súbitos, es frecuente que esa identificación o elaboración de las emociones, pensamientos y sensaciones se complique, si no se logra avanzar en el proceso cuando éste a iniciado, se considera que se está “atorado” en alguna de las fases del proceso.

Los factores de riesgo para que un duelo patológico se desencadene pueden ser:

- Negar el duelo, esto es, que nunca se inicie.
- Depresión grave.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Que se estanque en alguna de las fases del ciclo.
- Duración anormal de los síntomas mencionados con anterioridad.
- Trastornos psicosociales de integración.
- Ideas recurrentes acerca de la propia muerte.

- Frenar el avance hacia una siguiente etapa, lo cual podría ofrecer alguna ganancia secundaria.
- Ausencia de pena.

Con base en los factores de riesgo, y de acuerdo con la autora María del Carmen Castro (2013) los duelos difíciles o patológicos se podrían clasificar en:

1. **Duelo Crónico:** Tiene una duración excesiva sin llegar a una conclusión.
2. **Duelo Ausente:** consiste en que la persona se queda atrapada en la primera etapa de negación y no avanza.
3. **Duelo congelado:** cuando el cadáver o existe o nunca se encontró. Es difícil solucionar este tipo de duelos, ya que generalmente se tiene la esperanza de que la persona regrese.
4. **Duelo retrasado:** ocurren cuando la persona sí presentó una reacción emocional, pero no fue suficiente y después de un tiempo reinicia su duelo.
5. **Duelo exagerado:** se presenta cuando la persona recurre a una conducta des adaptativa a través de la exageración o intensificación del duelo.
6. **Duelo enmascarado o reprimido:** este tipo de duelo ocurre cuando la persona no expresa sus sentimientos abiertamente, puede manifestarse de otra manera, posiblemente a través de síntomas psicósomáticos.

CAPITULO 5 DUELO EN LOS NIÑOS

5.1 Factores de Riesgo de Duelo Complicado en niños

Aunque en la edad infantil también inciden los factores de riesgo ya señalados anteriormente para los adultos, existen factores particulares de esta edad, como son los siguientes:

- Ambiente inestable con alternancia en la figura responsable de los cuidados.
- Forma inadecuada de reaccionar del progenitor superviviente, ya que sirve de modelo.
- Existencia de segundas nupcias y relación negativa con la nueva figura.
- Pérdida de la madre para las niñas menores de 10 años y pérdida del padre para varones adolescentes.
- Falta de consistencia en la disciplina impuesta al niño o adolescente.
- Suicidio u homicidio del progenitor fallecido.

Los predictores de riesgo permitirán identificar a aquellos niños, niñas y adolescentes que necesitan apoyo y ofrecer alternativas de prevención e intervención.

Signos de alerta de duelo complicado

Los signos de alerta para hacer pensar en que se está en presencia de un duelo complicado pueden ser muy variados: llanto frecuente, rabietas o signos de agresividad, apatía, pérdida desinterés por las actividades que antes resultaban agradables, alteraciones del sueño con pesadillas,

miedo a quedarse solo, comportamiento infantil, cefaleas u otras dolencias físicas, imitación del fallecido, disminución del rendimiento escolar o no querer ir a la escuela, etc.

Por lo que se refiere a este último punto, conviene tener informado al maestro de lo sucedido para que actúe con la mayor prudencia cuando el niño vuelva al colegio (Ordoñez y Lacasta, Artículo Electrónico).

5.2 Duelo por Muerte de los Padres.

Es de tomar en cuenta que si la muerte del padre ocurre cuando el niño o niña es pequeño, podrá representar para él o ella un misterio. El niño o niña pensará que él o ella fue el o la responsable por la muerte, lo que le generará sentimientos de culpa. También le puede invadir el miedo al abandono o a ser castigado.

Al hablar con el niño o niña, debe considerarse el nivel de comprensión de éste/a. Ante la muerte de los padres los niños también sufren la pérdida, resentirán la ausencia del/la progenitor/a fallecido y podrán percibirla de acuerdo a la edad en la que se encuentren.

Los niños también pueden estar afectados por el comportamiento del padre o la madre doliente. Lo mejor es que se les brinde, confianza, amor y se respeten sus sentimientos. El mayor miedo de los niños es perder al padre sobreviviente, o a sentirse culpable por la muerte del padre o la madre. (Castro González, 2013)

5.3 El niño ante la muerte

Cuando un niño pierde algún objeto o fallece alguna mascota, los adultos rápidamente tratan de sustituir lo perdido para que el niño no sufra, situación que no favorece la preparación de los niños y niñas ante la muerte del ser querido.

Las ideas de la muerte de un niño derivan de sus tradiciones familiares y sus experiencias previas con el tema.

Ante las pérdidas, el niño o la niña, se adaptará dependiendo de varios aspectos:

- Edad
- Tipo de relación con el objeto o la persona perdida.
- Valor afectivo perdido.
- Red social de apoyo.
- Comunicación en temas tales como: muerte, enfermedad, pérdida, dolor y sufrimiento.

Generalmente cuando ocurre una muerte en la familia los adultos tienden a no permitir que los niños asistan al velorio o al funeral, quitándole así la oportunidad de despedirse de la persona amada por él.

Lo conveniente ante tal situación es llevar a los niños, pero siempre acompañados de un adulto que les explique lo que está ocurriendo y protegerlos así, de cualquier mal entendido que pudiera confundirlos; es conveniente que asistan por espacios de tiempo no muy largos (dependiendo de la edad del niño) (Castro González, 2013).

A continuación se presentan algunas afectaciones, que pudiesen presentar niños o niñas ante la pérdida física de alguno de los padres dependiendo su etapa de desarrollo:

Los niños (as) de 2 a 5 años presentan:

1. **Perplejidad y confusión:** Buscan a la persona fallecida.
2. **Regresión:** No se apartan del progenitor superviviente, se quejan, se orinan, se chupan el dedo.
3. **Ambivalencia:** Se alternan fases de preguntas y expresión emocional con fases de Indiferencia y silencio.
4. **Irritabilidad y rabia:** por haber sido abandonados.
5. **Miedo:** a que también les abandone el otro progenitor (¿Quién me va a cuidar?).
6. **Vínculos afectivos con alguien que se parezca al fallecido.** (Ordoñez y Lacasta , Artículo electrónico).

Los niños (as) de 6 a 9 años presentan:

1. **Negación de lo ocurrido:** Pueden aparentar indiferencia como un mecanismo de defensa.
2. **Idealización de la persona fallecida:** lo que permite una relación imaginaria.
3. **Culpabilidad:** sobre todo, si no pueden expresar la tristeza que sienten.
4. **Miedo y vulnerabilidad:** que pueden llevar a una cierta agresividad con las personas del entorno.
5. **Asunción del papel del fallecido:** como el cuidado de los hermanos pequeños. (Ordoñez y Lacasta)

5.4 El adolescente ante la muerte.

El adolescente, a diferencia del niño, ya acepta que la muerte es inevitable y el final de todo. No obstante la ve como algo lejano y que a él no le atañe.

La muerte es:

- Irreversible
- Universal
- No funcional

Los adolescentes no tienen interés por los temas relacionados con la muerte, ya que la conciben como futuro lejano a ellos.

La muerte puede significar para los adolescentes un escape para situaciones intolerantes: un castigo, una aventura atractiva. Generalmente son adrenalofílicos, buscan actividades tales como

deportes extremos: Bunge, tirarse en paracaídas, arrancones, en moto o automóvil, etc. (Castro González, 2013)

Púberes y Adolescentes de 10 a 14 años

La pérdida de la madre suele ser más significativa y se asocia muchas veces con episodios en la vida adulta de agorafobia, ataques de pánico u otros trastornos de ansiedad.

Además es indispensable señalar que la manera esperada en que reaccione un adolescente en un duelo complicado es con:

1. **Pena, agresividad y culpa**, que puede traducirse en escuchar música estridente o andar todo el día con los amigos.
2. **Haciéndose el fuerte y quitando importancia a la situación**, ahogando los sentimientos”, éste ultima punto embona con el actuar de éste adolescente. (Ordoñez y Lacasta, Artículo electrónico)

Algo que aplica en dichas etapas de desarrollo, es que lo hijos pretenden ocupar el lugar del rol ausente, estos efectos negativos en el sistema familiar, suele suceder con frecuencia que el hijo mayor, quien pudiera pretender desarrollar el papel del padre, o la hija mayor el de la madre. Esto puede desencadenar conflictos entre los hermanos. En el sistema familiar cada uno debe desempeñar el papel que le corresponde. (Castro González, 2013).

Es indispensable especificar que lo que refuerza un duelo complicado es el actuar no asertivo del padre o madre sobreviviente, dejar la estafeta de cuidador a otra persona del núcleo familiar, lo cual presenta ineficacia en la disciplina o violencia en los hijos y si es suicidio o homicidio de la figura parental.

Es fundamental precisar lo permitido y no permitido decirles a los niños y niñas ante una pérdida física.

Lo permitido:

La muerte es inevitable para todos los seres vivos. Decirles que todos morimos. Se puede demostrar con insectos, flores y animales.

Que es normal que se encuentre triste y extrañe a la persona que falleció, permitirle llorar y expresar lo que necesite; estar disponibles para el niño, siendo cariñosos, reconfortantes y nutritivos.

Hablar de la persona que falleció, de todo lo bueno que vivieron junto a ella; el tratar de evitar hablar de ella no beneficia en nada al niño. Si lo hablamos y lo percibimos como un evento natural el niño aprenderá a ver la muerte como una situación dolorosa y desagradable, pero normal.

Las creencias sobre la muerte a lo largo de la vida del niño o la niña dependerá de cómo se les hable del tema, es por ello que cuando hable de la muerte con los niños y niñas se muestre cómodo (a) que perciban su disposición para hablar de ello, hablarles de manera sencilla, simple y con verdad de acuerdo a la edad del niño. Es recomendable siempre manejar el término muerte.

Perciba exactamente qué es lo que el niño o la niña quieren saber. Sea concreto y específico, sin darle información que no solicitó.

A los niños y niñas menores de nueve años ante la pregunta ¿Qué es la muerte?, es conveniente definirla en términos de ausencia de vida tales como “no respira, no habla, no se mueve.” En esta etapa ayuda mucho el poner ejemplos de flores mostrando el proceso de muerte: se desaparece el color, se caen, marchitan y mueren.

Cuando hable de muerte con los niños pequeños, no pretenda hacerlo en una sola conversación y esperar que lo comprendan todo; es posible que en unos días vuelva hacer la misma pregunta. Recuerde que los niños aprenden a través de la repetición; con el paso del tiempo los niños tendrán más inquietudes al respecto y volverán a preguntar hasta que manejen el concepto de muerte como un proceso, universal e irreversible.

Hablar de la muerte antes de que el niño se vea emocionalmente involucrado en una situación de duelo podría ser conveniente (Castro Gonzalez , 2013).

Lo no permitido:

Decirles que “No está muerto, solamente se quedó dormido”. El relacionar a la muerte con el dormir no es saludable para los niños, ya que pueden presentar miedo de irse a la cama a dormir y no despertar.

No decir a los niños y niñas que alguien que murió “se fue,” “se fue a un viaje muy largo,” ya que estos podrán pensar que la persona que ama se fue y lo abandono. Como consecuencia de esta información el niño puede presentar miedo cuando otra persona significativa para él se vaya de vacaciones, al trabajo etcétera.

No decir a los niños pequeños que únicamente se mueren las personas que se enferman. Al dar esta información a los niños pueden pensar que cuando ellos se enfermen se van a morir; por tanto se tiene que decir que solamente en enfermedades muy graves la muerte puede ocurrir y que todas las personas nos podemos enfermar pero que nos recuperaremos.

No decir que únicamente los ancianos mueren. Es mejor informarles que no es común que las personas mueran jóvenes, pero en ocasiones llegan a morir.

Otra respuesta que no ayuda a los niños es el mencionarles que Dios se lleva a las personas a vivir con él; esto puede ser contraproducente ya que podemos encontrarnos con que los niños nos manifiesten que ellos también se quieren ir a vivir con Dios y con su papá o mamá.

Si el niño o niña hace la pregunta sobre la muerte, no evite el tema mencionando que está muy pequeño para hablar de ello. Manifieste su apertura al tema, muestre disposición para hablar de ello.

Cuidar el vocabulario que se emplea, ya que si no es apropiado a su edad, pueden originarse más miedos y confusión en el niño o niña (Castro González, 2013).

CAPITULO 6

ARTE-TERAPIA

6.1 Orígenes del Arte-terapia.

Probablemente los orígenes se remontan en torno a 1924, cuando Freud señalaba la relación entre infancia y creación:

"todo niño que juega crea su mundo propio, o mejor dicho, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le guste".

No podemos olvidar, sin embargo, que, ya desde el Paleolítico, los seres humanos hacían uso de los dibujos para comunicarse entre ellos y dejar constancia de su existencia.

Pero no sería hasta dos décadas después de aquellas primeras ideas apuntadas por Freud, cuando reconocidos psicoanalistas mostrarían su interés por las imágenes como representaciones del inconsciente y por el potencial terapéutico del proceso creativo en sí mismo.

El psicólogo experimental Jean Piaget aportó algunas ideas sobre el desarrollo infantil que aún hoy en día rigen el campo del arte-terapia; en concreto, entender el juego simbólico como el elemento primordial en el desarrollo y la maduración del niño.

También los pedagogos americanos, alrededor de los años treinta, influidos por el pensamiento reconstruccionista de Dewey, encontraron en el arte infantil una forma de expresión personal, un medio a través del cual transformar la vida del individuo y la sociedad, atribuyéndole un alto poder para resolver conflictos.

Pero la utilización de la expresión artística como metodología terapéutica para paliar el sufrimiento, tiene uno de sus orígenes en el pintor inglés Adrian Hill, quien en 1941 presentó en sociedad su libro *"La terapéutica por el Arte"*, una recopilación teórica fruto de su propia experiencia con los materiales pictóricos que le ayudaron a superar los momentos traumáticos cuando ingresó en un sanatorio afectado de tuberculosis.

Lo que había sido una experiencia personal, y gracias a la sociedad de la Cruz Roja británica, se hizo extensiva a los enfermos incurables, los militares de la RAF, y los oficiales, organizando exposiciones de pintura en los hospitales y los sanatorios.

Paralelamente en Estados Unidos, la educadora y psicoterapeuta Margaret Naumburg comenzó a hacer uso del arte como medio facilitador para la comunicación verbal en sus tratamientos, mientras psicoanalistas como Sofía Morgenstern, Melanie Klein, o Juliette Boutonnier empezaban a explicar el inconsciente a través del dibujo infantil.

No fue demasiado tiempo después que el psicoanalista Donald Winnicott comenzó a teorizar sobre la vertiente terapéutica del dibujo señalando que, para el psicoanalista, el dibujo del paciente no sólo aporta datos que pueden aclarar el diagnóstico sino que es, en sí mismo, una estrategia primordial que facilita el trabajo entre el terapeuta y el paciente.

Françoise Dolto elaboraría, por aquellas fechas, una semiología proyectiva basada en la proyección que niños y niñas hacen de la imagen total de sí mismos y de su situación emocional e intelectual en el dibujo.

En las últimas décadas se ha avanzado mucho en el estudio, la investigación y la práctica del arte-terapia, por lo que esta disciplina se ha ido haciendo un espacio en el ámbito de las profesiones asistenciales ligadas a la psicoterapia.

Desde los años 60 el arte-terapia es una profesión reconocida y reglada en Estados Unidos, Inglaterra, Gran Bretaña, Israel y Canadá; y se encuentra en vías de reconocimiento en muchos otros países de la Unión Europea entre ellos España. Hasta hoy el uso del arte-terapia se ha documentado en una gran variedad de colectivos y se utiliza en tratamientos con niños, adolescentes, adultos y personas mayores con características y necesidades diversas, que van desde el ámbito de la salud mental y el tratamiento de aspectos psicológicos y emocionales, al ámbito del crecimiento personal (Vidal Granell, Artículo electrónico).

6.2 Definición de Arte-terapia.

La arte-terapia está basada en la creencia de que los procesos implicados en la creación artística son curativos y mejoran el nivel de vida de quien la realiza.

Según la definición de la Asociación Americana de Arte-terapeutas (A. A. A. T) es:

“El método terapéutico de hacer arte por personas que experimentan una enfermedad, trauma o desafío en la vida, así por quienes buscan un desarrollo profesional dentro de una relación profesional”.

Al hacer arte y reflexionar sobre los productos artísticos, las personas pueden aumentar el conocimiento sobre sí mismas y de los otros, hacer frente a los síntomas, al estrés, y a las experiencias traumáticas; reforzar las habilidades cognoscitivas; y disfrutar de los placeres de la vida autoafirmada gracias a la realización artística.

En las sesiones de terapia se utilizan medios referidos a las categorías visuales pintura, dibujo, escultura, collage, fotografía, instalaciones, video, formas siempre consecuentes con el proceso creativo. Crear con estos medios visuales permite a las personas comenzar a manifestar las cosas que les preocupan, que les atormenta, entendiendo que la expresión no es una traducción de la vida interior, sino una representación.

En las sesiones de arte-terapia se procura llegar hasta el fondo de lo que ocurre, que las personas lleguen a conocerse y comprenderse. Las sesiones de arte-terapia -que pueden ser de forma grupal o individual-, según sean las exigencias de los casos presentados, consta de varios apartados:

- a) El primero; es identificar si las sesiones son beneficiosas para las personas.
- b) El segundo; es encontrar el medio artístico más apropiado; artes plásticas, drama, música, danza teniendo presente las posibles limitaciones físicas.
- c) El tercero; son las sesiones de terapia en sí.

- d) El cuarto y último es el registro y el informe que se debe hacer de cómo se ha desarrollado la sesión y de sus resultados. (López Fernández Cao Marian)

En arte-terapia es muy importante la creatividad. Promover la creatividad implica crear una atmósfera que promueva las capacidades de libertad individual, que haga posible que las personas construyan sus propios modelos de reconocimiento. La creatividad ayuda a la arte-terapia, según Edith Kramer cuando uno crea “*el conflicto se re-experimenta, se resuelve, y se integra*”. Ya que con la creación artística se ensanchan las experiencias humanas, que, al darles forma permite su racionalización posterior.

En la actualidad la metáfora es uno de los recursos más importantes del pensamiento creativo. La palabra Latina “*metaphora*” significa “*traslado*”, que debe entenderse como llevar una cosa de un ámbito a otro. Y la metáfora se halla siempre presente en el acto creativo del arte-terapia. (López Fernández Cao Marian).

6.3 Objetivos del Arte-Terapia.

El arte terapia ayuda a la capacidad humana, utilizando los medios artísticos, las imágenes, el proceso creativo y las respuestas de las personas a esos productos creados; es una combinación entre arte y psicoterapia, en donde cada una de las partes se estimula en su unión con la otra, en donde lo más importante es la persona y su proceso.

En las sesiones de arte-terapia se procura llegar hasta el fondo de lo que ocurre, que las personas lleguen a conocerse y comprenderse, el o la arte-terapeuta nunca interpreta las obras de las personas, sino que les ayuda a que lo hagan ellas mismas.

Al hacer arte y reflexionar sobre los productos y procesos artísticos que han hecho, las personas pueden aumentar el conocimiento de sí mismas y de los otros, hacer frente a los síntomas, al estrés y a las experiencias traumáticas; reforzar las habilidades cognitivas y disfrutar de la creación artística.

Además el arte-terapia se centra en ámbitos de los servicios sociales o de la salud, ya que permite a las personas expresarse por medio de las artes visuales creando un puente también hacia la comunicación verbal. Proporciona a las personas un contacto íntimo con su mundo interior; sus sentimientos, sus emociones, sus ideas y sus sueños.

En el arte-terapia los objetivos pueden ser de tipo psicológicos y de rehabilitación personal ya que se trabajan los procesos del inconsciente.

Los objetivos generales del arte-terapia se pueden resumir en:

1. Utilización del arte como vehículo para la mejora social, física, psíquica y personal, fomento de la creatividad.
2. Como instrumento de auto-conocimiento y mejora personal.
3. Y como refuerzo del ego y de la autoestima.

Las técnicas artísticas con las que se trabaja en arte-terapia no deben ser complicadas y los materiales fáciles de usar, siempre se deben acomodar a las personas. Conforme se va conociendo y detectando sus potencialidades así como sus áreas problemáticas, se debe incidir indirectamente de

forma terapéutica en ellas, por medio de propuestas, sugerencias y preguntas que atañan en el proceso creativo, la producción de obras y los diálogos en los comentarios sobre estas últimas.

6.4 Arte-terapia con niñas y niños.

Niños y niñas tanto en el arte como en el juego, pueden llegar a hacer “lo imposible”, esto lo podrán hacer jugando, pintando, dibujando, modelando haciendo construcciones. En el juego creativo se desarrolla de forma natural una situación de aprendizaje.

Podrán aprender a manifestar sus deseos y temores, tendrán la ocasión de experimentar, sin riesgo, una cierta forma de dominio que les proporcionan las distintas técnicas, que les acercarán al mundo de las ideas, de los sentimientos; con el acto creativo, podrán aprender a revivir situaciones pasadas, experimentar la repetición y la representación y aprender las reglas y los poderes de la simbolización.

Es necesario también trabajar sistemáticamente sus cinco sentidos es decir cuando los niños/as pueden utilizar múltiples cauces de expresión, se les da mayores posibilidades de construir y profundizar su relación con el ambiente, ya que podrá hacer uso de los datos de la percepción visual, táctil, auditiva, cinética, y trasladarlas en expresiones significativas.

Los objetivos principales se pueden resumir en favorecer el autoconocimiento y la definición de sí mismos, para que descubran cómo son y sus valores; desarrollar su autoestima para que aprendan a valorarse, la autoestima influye en el aprendizaje; profundizar en sus sentimientos y emociones, los positivos y los negativos; posibilitar la comunicación y desarrollar su creatividad (Martínez Diez).

6.5 Arte-terapia con adolescentes

El adolescente tiene necesidad de afirmarse, de buscar su lado narcisista, pero al mismo tiempo, presenta tendencias a la desvalorización y a la falta de confianza en sí mismo. La adolescencia es por excelencia el período de la ambigüedad, de la elección a hacer, es ante todo una crisis de la identidad, es la etapa en que la persona necesita hacerse con una firme identidad

¿Cómo entonces puede funcionar el arte-terapia en la etapa de la adolescencia?, la adolescencia es un período muy favorable para la expresión y la creatividad.

La adolescencia es un momento de ruptura (rehúsa a menudo hacer su trabajo escolar, rehúsa el contacto social, rehúsa aceptar su cuerpo tal como es...) de hecho, el adolescente busca menos los caminos de acceso a la madurez -al estado adulto- que los caminos para librarse del niño, de su corte de dependencias (el núcleo familiar, los ideas de los padres, la escuela...) busca ante todo descubrir, experimentar y esto en todos los dominios, pero raramente solo y a su propia iniciativa. (Martínez Diez)

ESTUDIO DE CASOS

A continuación, se presentan cuatro casos clínicos, con los que se pretende mostrar la convergencia de los factores expuestos a lo largo del presente trabajo.

Caso 1

Paciente femenina de 8 años de edad, que cursa el tercer grado de primaria; quien fue presentada de forma voluntaria por su madre, quien a su vez llegó referida del DIF de Iztapalapa; al Hospital Pediátrico de Iztapalapa.

El motivo de la consulta según refirió la madre de la menor, era debido a la violencia familiar vivida; de la cual narró, que su hija vio a su padre en estado inconveniente, refiriéndose a éste como bajo los influjos del alcohol y marihuana; agregó que cuando consumía alcohol también consumía drogas por lo que se ponía violento, conduciéndose hacia la usuaria (madre de la menor) con gritos, jaloneos y rompiendo objetos de la casa. Mismas conductas de las que la niña fue testigo.

Al momento de la consulta la usuaria se encontraba ya separada del padre de sus hijos, sin embargo no omitió mencionar tener el conocimiento de que éste se suicidó, habiendo manejado con su hija la noticia de la muerte de su padre como un accidente. Agregó que la niña no pudo despedirse del padre pues por conflictos con la familia de origen del progenitor no le fue posible acudir al velorio.

Por lo anteriormente expuesto, la madre comentó observar cambios en la conducta y afectos de su hija, producto de lo referido por la madre de la niña, ésta presenta recuerdos desagradables de los hechos de violencia cuando vivía con su padre, sentimientos como ansiedad e inseguridad, apego ansioso hacia la figura masculina, onicofagia con tendencia a la disminución, atención y concentración dispersa, náuseas y tensión muscular.

Como objetivos para la intervención se planteó facilitar la identificación y diferenciación de conductas de buentrato de las de maltrato, identificación y expresión sana de emociones asociadas a conductas de maltrato y de buentrato, facilitar el proceso de duelo de la niña al abordar el tipo de muerte de su padre, mejorar el vínculo y comunicación entre hermanos así como con la madre, apoyar en el desarrollo de habilidades psico-sociales y el mejoramiento de la autoestima.

La niña fue presentada a 7 de 8 sesiones programadas, las cuales tuvieron una duración de 60 minutos, a razón de ocho días, cerrándose el expediente por falta de interés ya que la niña dejó de ser presentada al nosocomio.

Durante las sesiones la niña refirió que su papa golpeaba a su madre, siendo testigo visual de las agresiones y que en una ocasión la mordió en el cuello; mencionó que le gustaba “tomar” (sic) y fumar, y que generalmente se mostraba violento cuando se encontraba en estado de ebriedad.

Remarco que a su mamá, no le gusta que en casa hablen del tema de su padre, por lo que solicitó en diversas ocasiones la confidencialidad de la información y del dibujo que realizó.

De forma espontánea la niña mencionó que se mudó de domicilio debido a que su madre, presentaba conflictos con su tía, respecto al tema del padre se indagó la situación, utilizando la mímica simuló lo que le sucedió a su progenitor, mencionando que “murió” (sic), siendo enterada que el fallecimiento de su progenitor se debió a un accidente.

Para facilitar el proceso de duelo de la menor, se hizo uso (entre otras) de técnicas de arte-terapia como representaciones graficas y plásticas.



Representación de la niña de su padre y lo que de acuerdo con ella lo caracterizaba; simbolizando su muerte con la lápida.



Esto lo elaboró (la niña) en fecha de día de muertos, representando el lugar donde yace su padre.

Caso 2

Paciente masculino de 4 años de edad, quien es presentado de forma voluntaria, por su padre y tía paterna, habiendo sido referido por la Fiscalía Central de Investigación para la Atención del Delito de Homicidio. Agencia Especializada en Investigación para la Atención del Delito de Homicidio Doloso en agravio de mujeres y personas con orientación o preferencia sexual por identidad o expresión de género y feminicidio, Unidad de investigación 18.

Siendo el motivo de consulta según refirió el padre del menor *“mi hijo fue único testigo cuando atacaron a su mamá”* (sic).

Producto de los eventos antes mencionados, el usuario ha observado en su hijo conductas de agresión a terceros, además de *“hiperactivo”* (sic) expresándose con ideas de muerte o de matar *“expresa la voy a matar”* (sic) o refiere el niño que no tiene mamá porque la mataron, preguntando por ella.

Después de unos momentos y de otros intentos de abordar el tema, el niño mencionó que su madre se encontraba en el panteón porque la mataron, mencionando el nombre de la persona que la mató.

Al pedirle ejemplificara los eventos tomo un pizarrón amarillo pequeño, juguete con el que *“golpeo”* (sic) a su padre expresando nuevamente el nombre de la persona que fue quien le hizo daño a su mamá.

Derivado de los hechos antes mencionados se observaron algunas afectaciones durante la sesión como rechazo a tocar el tema de la muerte de su madre, negación del evento, enojo, déficit en los límites, recuerdos desagradables y recurrentes de los eventos antes mencionados, conducta de sobresalto y ansiedad además de conductas de agresión a terceros.

Durante el proceso terapéutico el niño ha sido presentado por su tía paterna quien ha referido que ha visto mejora en la conducta de su sobrino, no omitiendo mencionar que a últimas fechas llora y se enoja *“sin razón”* (sic) aparente y al ser cuestionado el niño modifica su conducta sin responder los motivos de la misma.

Agregó que el niño le refirió *“estoy enojado con mi mamá porque se fue y me dejó”* (sic), al mismo tiempo el niño dibujaba en el pizarrón rostros con expresión de enojo y para facilitar el proceso de duelo en el niño se hicieron uso de técnicas de arte-terapia representaciones plásticas.

Representación del menor de la muerte de su madre, en donde la coloca en un cementerio, simulando el entierro.



Caso 3

Paciente masculino de 11 años de edad y fue presentado al Hospital por su madre.

En otro orden de ideas el motivo de consulta textual de la madre es *“es muy rebelde Dylan al tú por tú, tiene el carácter de el (refiriéndose a su ex pareja que hoy esta muerto) ejercía violencia el era alcohólico, consumía drogas, se altera es igual, empieza a patear cosas, siempre fue así, el es muy noble, me tuve que ir a trabajar siente que lo abandone el siente que estamos en su contra, pelea con mi papá lo molesta mucho, todo el mundo lo regaña.”* (sic). Añadió tenían 8 meses de separación cuando ocurrió el suicidio y que su hijo se le mencionó que su padre murió por un accidente no por suicidio.

Cabe señalar que después de la Entrevista Clínica con la madre, se le cita en otra sesión al menor se observó tristeza sin embargo reprime dicha emoción al expresar *“Murió mi papá casi no mucho, en un accidente automovilístico.”* Además recuerdos desagradables al observar como su padre violentaba de manera física a su madre y a él; agresión abierta hacia terceros; tendencia a mentir y afectación en la autoestima.

Durante el proceso terapéutico mencionó que *la última vez que vio con vida a su padre le prometió que cuidaría y protegería a su madre así como hermanos e* Identificó que se siente triste y feliz al desahogarse. En otra sesión se utilizó la Arterapia (una historieta, y modelado de plastilina) como un método terapéutico a fin desde su subjetividad hiciera contacto con el evento del suicidio de su padre, expresó *“ayer me dijo mi hermano que mi papá se suicidio, cuando se quieren colgar cometido por sí mismo, quería matar a mi mamá, no me sentí triste me quede así, como paralizado, quieto, no hablar no decir nada”*(sic) Se observó más tranquilo y reflexivo. Para reforzar su actuar anterior, en esta última sesión la madre comentó *“lo vi tan tranquilo como si se quitará un peso de encima”*(sic).

También se cierra el caso por Falta de Interés debido a que la madre dejó de asistir con él al proceso terapéutico.

En sesiones posteriores como una manera de apoyar a asimilar a su Proceso de Duelo, en un primer momento para acceder a su mundo interno se propuso hablar de los espacios físicos significativos en su casa así hacer presente la figura paterna (al realizarlo utiliza una gama de colores, como una manera de hacer vivo el recuerdo de su padre)

Durante el proceso terapéutico mostro avances significativos como expresar el evento de homicidio de su padre de manera más tranquila así como expresar el enojo y tener un manejo más asertivo de dicha emoción.

Finalmente se cierra el caso por Falta de Interés debido a que la abuela paterna dejó de asistir con él al proceso terapéutico.



Se observa técnica de Arte-Terapia, simbolizado con colores la presencia de su padre y su subjetividad del homicidio del padre.

CONCLUSIONES

Para concluir con el presente trabajo, podemos decir, que se cumplieron tanto con los objetivos como con el alcance establecidos al inicio del mismo.

Con los estudios de caso presentados, se puede observar la presencia de los distintos factores de riesgo involucrados en los procesos de duelo de cuatro niños y niñas, así como las distintas afectaciones que en su momento presentaron.

Los que fueron abordados terapéuticamente hablando desde la metodología y técnicas del Arte-Terapia, ya que como se mencionó anteriormente, a través de la actividad artística, las personas pueden aumentar el conocimiento sobre sí mismas y sobre los demás, hacer frente a los síntomas ya sea de estrés o de experiencias traumáticas; resultando en actividades idóneas para los niños y niñas, pues se tomó en consideración la expresión natural a su edad de sus emociones y subjetividad, para la elaboración (en este caso) de los duelos por fallecimiento violento de sus padres.

Así, se conoció un poco acerca del concepto de muerte y pérdidas por vías violentas (suicidio/homicidio), circunstancias – entre otras- como la violencia familiar y adicciones; que podrían complicar un proceso de duelo en niños y niñas, que aunque fueron inconclusos, si se pudo apreciar una mejora en estados afectivos y cognitivos durante las sesiones.

Durante la investigación, se encontró que el trabajo en duelo con niños y niñas no es tarea fácil, ya que de forma casi automática, se incluye el trabajo con los adultos; lo que nos da un trabajo terapéutico integral (sistémico) de los factores de riesgo y del proceso de duelo, con el único objetivo de facilitar un estado de bienestar a la familia y un desarrollo sano y óptimo de los niños y las niñas, en sus distintas áreas.

También durante el diplomado y el presente trabajo, se pudo constatar que no cualquier persona podría abordar y tratar los temas que aquí se expusieron, pues se requiere de un cuerpo de conocimientos válidos y confiables de una formación como profesional en salud mental, con responsabilidad y compromiso, lo que lleva a la continua actualización en dichos temas y así poder brindar un servicio con calidad y calidez.

Concluyéndose en la importancia de la información y del conocimiento, para facilitar la sensibilización, respecto a las pérdidas y los tipos de éstas, especialmente en una población tan joven como son niños, niñas y adolescentes; no solo de ellos y sus familias, sino y en especial, del personal en salud mental que día a día se enfrenta, trabaja y convive con el tema.

“Somos susceptibles de sufrir la ausencia, porque somos capaces de amar, extrañamos porque recordamos, añoramos tiempos mejores, porque somos capaces de estar en el momento presente, valoramos porque despreciamos, amamos porque odiamos, vivimos porque morimos”.

L. Macias.

REFERENCIAS

Amalio Ordoñez Gallego y M^a Antonia Lacasta Reverte. EL DUELO DE LOS NIÑOS (LA PÉRDIDA DEL PADRE-MADRE). Artículo electrónico.

Ampudia R. A., Santaella H. G., Eguía M. S. (2009) GUÍA CLÍNICA PARA LA EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL MALTRATO INFANTIL. Manual moderno. México.

Attachment pattern. En T.B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), AFFECTIVE DEVELOPMENT IN INFANCY. Norwood, NJ: Ablex.

Beck A.T. (1979) EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN. Philadelphia: Universidad de Philadelphia Press.

Bell, S.M. y Ainsworth, M.D. (1972). INFANT CRYING AND MATERNAL RESPONSIVENESS. Child Development, 43, 1171-1190.

Bowlby, J (1969) ATTACHMENT AND LOSS: VOL. 1 Attachment. London: Hogarth.

Castro G., M. (2013) LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE. Trillas, Mexico.

Castro G., M. (2013) TANATOLOGIA, LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EL PROCESO DE DUELO. Trillas, Mexico.

Castro González María del Carmen (2013) TANATOLOGIA: LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE. Trillas.

Casullo M (2000). COMPORTAMIENTOS SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA, MORIR ANTES DE LA MUERTE. Argentina; Lugar Editorial.

Clemente M y González, A. (1996) SUICIDIO, UNA ALTERNATIVA SOCIAL. España: Biblioteca Nueva.

Craig, (2001) DESARROLLO PSICOLÓGICO. Prentice Hall, Mexico, D.F.

Curran M.A., Hazen, N., Jacobvitz, D. Y Sasaki, T., (2006) HOW REPRESENTATIONS OF THE PARENTAL MARRIAGE PREDICT MARITAL EMOTIONAL ATTUNEMENT DURING THE TRANSITION TO PARENTHOOD. Journal of Family Psychology. 20, 477-484.

Frankl, V. (2003) ANTE EL VACIO EXISTENCIAL. Herder, Barcelona.

Freud S. (1976) DUELO Y MELANCOLÍA. En Freud, S. (1976) Obras completas, contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, trabajo sobre metapsicología y otras obras. Vol. XIV pags. 241-255. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gallego L.V. (1993) EL PENSAMIENTO DE SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA. Bilbao: Universidad de Deusto.

Garaigordobil, L.M., (1998) EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: BASES TEÓRICO – METODOLÓGICAS, SITUACIÓN ACTUAL Y DIRECTRICES DEL FUTURO. Ameru, Salamanca.

López Fernandez Cao Marian, CREACIÓN Y POSIBILIDAD: APLICACIONES DEL ARTE EN LA INTEGRACIÓN SOCIAL. Editorial Fundamentos.
http://books.google.com.mx/books?id=S64YpATLON4C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summy_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Louis – Vincent, T. (1991) LA MUERTE. Paidos.

Main, M. y Solomon, J. (1986). DISCOVERY OF A NEW, ISECURE-DISORGANIZED/DISORIENTED.

Martínez Diez Noemí, Dra. En Bellas Artes, U.C.M. Co-directora del Master en Arte terapia, U.C.M, NUEVAS HERRAMIENTAS PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA CON MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA: ARTERAPIA.
<http://obelen.es/upload/232G.pdf>

Menegello R (2000). PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Mexico: Medica Panamericana.

Organización Panamericana de la Salud. (2002) INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD. WASHINGTON D.C.

Oviedo Soto, S.J., *Parra Falcón, FM., **Marquina Volcanes, M, LA MUERTE Y EL DUELO.
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>

Quintero F.M.P., (2005) EL DESARROLLO COGNITIVO INFANTIL. LA EVOLUCIÓN DEL PENSAMIENTO. Revista digital investigación y educación 19 (2), 1-7.

Rice, F.P. (1997) DESARROLLO HUMANO. Pearson, Prentice Hall. Mexico.

Sarabia M.N., Ibarra, L.A. y Ampudia, R.A., (2006) FACTORES EMOCIONALES DEL MALTRATO INFANTIL. Numero especial, revista mexicana de psicología, 92.

Sroufe, L. A., (2007) THE PLACE OF DEVELOPMENT IN DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY. IN A. MASTEN (ED) MULTILEVEL DYNAMICS IN DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY: PATHWAYS TO THE FUTURE. The Minnesota Symposia on Child Psychology, (34) 285 – 299. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Taylor y Bogdan, “INTRODUCCION A LOS METODOS CUALITATIVOS DE INVESTIGACION: LA BUSQUEDA DE SIGNIFICADOS.” Buenos Aires, Paidos. 1984. Pag. 20.

Vidal Granell Anais. ARTETERAPIA, UNA MODALIDAD TERAPÉUTICA PARA LA EXPRESIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS PSICOLÓGICOS.
http://www.academia.edu/1941429/Arteterapia_una_modalidad_terap%C3%A9utica_para_la_expresi%C3%B3n_y_la_resoluci%C3%B3n_de_conflictos_psicol%C3%B3gicos

Villardón, L. (1993) EL PENSAMIENTO DE SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA. Bilbao: Universidad de Deusto.

Worden, J. William (2000) EL TRATAMIENTO DEL DUELO: ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO Y TERAPIA, Paidós, Barcelona.

Zaldívar P. (2005) FACTORES PARA LA VIDA, ESTRÉS: FACTORES PROTECTORES. Psicología. En <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name...>