

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**La efectividad de la Terapia de Juego Centrada en el Niño
durante el abordaje del Duelo Anticipado para prevenir Duelos
Patológicos en niños que tienen a uno de sus padres con un
diagnóstico de cáncer terminal**

Proyecto de investigación

Diana Carolina Vélez Estrada

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicología Clínica

Quito, 18 de diciembre de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

La efectividad de la Terapia de Juego Centrada en el Niño durante el abordaje del Duelo Anticipado para prevenir Duelos Patológicos en niños que tienen a uno de sus padres con un diagnóstico de cáncer terminal

Diana Carolina Vélez Estrada

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Ana María Viteri, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 18 de diciembre de 2017

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Diana Carolina Vélez Estrada

Código: 00111303

Cédula de Identidad: 1714902911

Lugar y fecha: Quito, 18 de diciembre de 2017

Resumen

Antecedentes: El contexto de la pérdida es muy importante como factor protector de duelos patológicos (Jové, 2006). El niño reaccionará de una mejor manera ante las pérdidas previstas que a las fortuitas, es por esta razón, que es relevante el buen abordaje del duelo anticipado para fomentar un duelo normal póstumo a la muerte (Jové, 2006, citado en Gómez de la Calzada, 2015). Según Gupta y Bonanno (2011) “*la raíz de la reacción desadaptativa al duelo está en un déficit en la regulación emocional*” (citado en Bermejo; Magaña; Villacieros; Carabias y Serrano, 2012, p.86), este déficit en la regulación emocional hace que los niños en duelo presenten altos índices de ansiedad y depresión (Symons-Bradbury, 2004) **Metodología:** Para esta investigación se requerirá la participación de 30 niños y niñas de entre 7 y 9 años cuyo padre o madre haya sido diagnosticada(o) con cáncer terminal en los últimos 6 meses. Se tendrá sesiones individuales una vez por semana y con una duración de 50 minutos de Terapia de Juego Centrada en el Niño con cada uno de los infantes seleccionados y se monitorearán índices de depresión y ansiedad por medio de los Tests CDI y STAIC. De igual manera, el coeficiente de Inteligencia Emocional a través del Inventario de BarOn ICE: NA **Resultados:** En base a la investigación que se realizó para este estudio, se espera que con la evolución de la terapia los niños aumenten el coeficiente de Inteligencia Emocional que tenían antes de empezar el tratamiento y de esta manera los índices de ansiedad y depresión ya no sean clínicamente significativos **Conclusiones:** La Terapia de Juego Centrada en el Niño desarrolla un empoderamiento emocional en el infante que lo ayudará a afrontar de una forma más adecuada, como persona, problemas actuales y futuros (Schaefer, 2012).

Palabras clave: duelo anticipado, duelo patológico, Terapia de juego Centrada en el niño

Abstract

Background: The context of the loss is very important as a protective factor of pathological grief (Jové, 2006). The child will react in a better way to the foreseen losses than to the fortuitous ones, for this reason, it is relevant the good approach of the anticipated grief to foment a normal posthumous grief to death (Jové, 2006, cited in Gómez de la Calzada, 2015). According to Gupta and Bonanno (2011) "the root of the maladaptive reaction to grief is in a deficit in emotional regulation" (cited in Bermejo, Magaña, Villaceros, Carabias and Serrano, 2012, p.86), this deficit in regulation emotional causes grief children to have high rates of anxiety and depression (Symons-Bradbury, 2004) **Methodology:** This research will require the participation of 30 boys and girls between 7 and 9 years whose father or mother has been diagnosed with terminal cancer in the last 6 months. Individual sessions will be held once a week and with a duration of 50 minutes of Child-Centered Play Therapy with each of the selected infants and depression and anxiety indexes will be monitored through the CDI and STAIC Tests. In the same way, the coefficient of Emotional Intelligence through the BarOn Inventory ICE: NA. **Results:** Based on the research carried out for this study, it is expected that with the evolution of the therapy the children increase the Emotional Intelligence coefficient that they had before starting the treatment and in this way the anxiety and depression indexes no longer are clinically significant **Conclusions:** Child-centered Play Therapy develops an emotional empowerment in the infant that will help him or her to cope in a more adequate way, as a person, with current and future problems (Schaefer, 2012).

Key words: anticipated grief, pathological grief, child-centered play therapy

Tabla de contenido

Introducción.....	7
Desarrollo.....	13
Metodología y diseño de la investigación.....	38
Conclusiones.....	45
Referencias.....	50
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	54
ANEXO B: Formulario de Consentimiento informado.....	61
ANEXO C: Inventario de Depresión Infantil – CDI.....	63
ANEXO D: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo – STAIC.....	65
ANEXO E: INVENTARIO EMOCIONAL BarOn ICE: NA.....	66

Introducción

“El ser humano necesita de los vínculos para crecer y desarrollarse. Cuando algunos de esos vínculos se rompen, surge un periodo de gran intensidad emocional al que se llama duelo” (Cabodevilla, 2003, pp. 163). Los duelos se pueden dar por varias razones, entre esas; perder un trabajo, cambiar de lugar de residencia, terminar una relación de pareja de varios años, entre otras cosas. También por pérdidas radicales y definitivas, como la muerte de un amigo cercano o algún miembro importante del núcleo familiar (Ávila; de la Rubia, 2003). Sobrellevar con la pérdida de un ser querido puede ser uno de los mayores retos por los que podría atravesar una persona a consecuencia del impacto que tendría en diferentes dimensiones tales como la física, la emocional, la cognitiva, la conductual, la social y la espiritual (Cabodevilla, 2003).

La pérdida de una persona amada se sobrelleva en un proceso conocido como duelo. El duelo, es un proceso psicológico normal, dinámico y multidimensional que envuelve a un conjunto de manifestaciones comportamentales, emocionales y cognitivas consecuentes de la pérdida o de la anticipación a la pérdida de un ser querido (Barreto; de la Torre; Pérez-Marín, 2012). Dichas manifestaciones abren paso a duelos sin complicaciones; los cuales, se delimitan en el tiempo, presentan evoluciones favorables y terminan con la sana adaptación a la nueva situación (Barreto; de la Torre; Pérez-Marín, 2012). Y también, a duelos complicados o patológicos, en donde *“la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución”* (Vedia, 2016, pp.13).

A consecuencia de la complejidad del proceso de duelo, ha sido estudiado a lo largo del tiempo para promover su desarrollo adaptativo. De esta manera, se comienzan a realizar algunas investigaciones que empiezan a abordar un tipo de duelo preparatorio (Loitegui, 2008). Por ejemplo, estudios realizados en 1997 por Kubler-Ross y publicados

en el libro “Sobre la muerte y los moribundos”, se habla de un proceso de preparación por el que atraviesa el paciente terminal para finalmente adaptarse a la idea de separación final con el mundo (Loitegui, 2008). Posteriormente, esta misma autora junto a Kessler en el 2006 integran al proceso de duelo anticipado a la familia, tomando en cuenta estudios realizados por Rando en el 2000 y Fulton en el 2003. Estos autores plantearon que el duelo anticipado es de vital importancia en las familias porque les brinda la posibilidad de comenzar un trabajo de duelo previo a la muerte del sujeto; gracias a que ya habrían atravesado gran parte del duelo, para el momento de la muerte ya no habría tanto impacto y podrían volver a su rutina de vida sin los efectos incapacitantes que ocurren en muertes repentinas (Loitegui, 2008).

El duelo anticipado entra dentro del duelo normal y se produce gracias a la capacidad de predicción de acontecimientos que tienen las personas (Hernández; Solanas; Herrero, 2014). La pérdida ya se percibe como inevitable y la persona automáticamente entra en un proceso de asimilación y aceptación (Hernández; Solanas; Herrero, 2014). La intensidad del duelo anticipado fluctúa a medida de la evolución del cuadro de la enfermedad, pero cuando la muerte ya es inminente tiende a disminuir, por tanto, si presenta complicaciones; puede ser un predictor de futuros duelos complicados (Hernández; Solanas; Herrero, 2014).

Todos los miembros de la familia experimentarán un duelo distinto y el proceso se verá particularmente afectado por factores personales, como la edad del miembro de la familia y factores relacionados con el fallecido como la relación de parentesco (Shear, 2012), por tanto, “*un caso especial de riesgo para un duelo complicado es el de los niños que pierden al padre o a la madre*” (Gallego; Reverte, 2014, pp. 122).

A consecuencia de que el concepto de muerte es complejo y abstracto (Gallego; Reverte, 2014), la comprensión del termino varía según la edad y el abordaje tiene que

estar ligado a la etapa de desarrollo del niño. Tomando en cuenta las etapas predispuestas por Piaget (1970) los niños a partir de los 7 años ya cuentan con el pensamiento pre-operacional, por tanto, ya tiene la capacidad de comprender el concepto de muerte en general, pero no todas sus implicaciones (Zañartu; Kramer; Wietstruck, 2008). Es por esta razón, que es recomendable que niños que atraviesan procesos de duelo, sean asistidos por terapeutas que los ayuden a sobrellevar, pero sobre todo entender lo que está pasando en sus vidas. (Zañartu; Kramer; Wietstruck, 2008).

La terapia de juego es una de las mejores opciones terapéuticas para el trabajo con niños (Schaefer, 2012). Por medio del juego el niño se comunica; expresa las necesidades y emociones que muchas veces no se manifiesta en el lenguaje verbal a consecuencia del limitado vocabulario que poseen (Schaefer, 2012). Existen múltiples modelos teóricos en los que la terapia de juego funda sus bases como, por ejemplo, la terapia psicoanalítica, la cognitivo conductual, la centrada en el niño y la terapia familiar de juego. La terapia de juego centrada en el niño pone especial interés en la preparación para la vida, la autorrealización y el fortalecimiento del yo (Schaefer, 2012).

Antecedentes

Florencia Wong (2013) realiza un estudio piloto en Hong Kong con un niño de 6 años, el cual estaba atravesando un proceso de duelo por la muerte de su abuelo. Los síntomas principales del niño eran llanto frecuente, estado anímico bajo (sentimientos de tristeza e infelicidad) e irritabilidad. La terapia realizada en el estudio se enfocó en el arte y el juego para ayudar al niño a hacer frente la muerte y la pérdida mediante el paso por cuatro tareas que sugirió Worden: *“accepting the reality of the loss, working through the pain of grief, adjusting to an environment in which the deceased is missing, and emotionally relocating the deceased and moving on with life”* (Worden, 1991, pp. 73). La terapia duró 8 sesiones (Wong, 2013)

En la primera y segunda sesión se hizo un trabajo en la reconstrucción de los hechos mediante el dibujo, creando un “loss map”, además se trabajó en el correcto entendimiento de las emociones que la pérdida ha traído mediante la lectura del cuento: “Is Grandpa Wearing a Suit?” (Wong, 2013). En la tercera y cuarta sesión se empieza a explicar el concepto de muerte, el concepto de vida y las implicaciones de cualquiera de estos dos estados utilizando el cuento “When Dinosaurs Die”. Además, se continúa el trabajo de expresión de emociones y la validación de las mismas (Wong, 2013). En la quinta y sexta sesión se dan estrategias de afrontamiento para que el niño pueda adaptarse a un nuevo entorno, como por ejemplo “method of memorializing the dead person”, en dónde, por ejemplo, se usan fotografías para establecer contacto y cercanía con la persona fallecida (Wong, 2013). Finalmente, en la séptima y octava sesión se empieza a notar que el niño ya ha entrado en una etapa de aceptación y se realiza el trabajo de reubicar emocionalmente al fallecido mediante la técnica de “Goodbye and Hellos Book”. Al realizar esta actividad el niño demostró que había entendido que su abuelo nunca regresará pero que está situado en su corazón gracias a los buenos recuerdos que tiene con él y de él (Wong, 2013).

Al finalizar el estudio, se concluyó que el uso del juego y el arte son herramientas eficaces para ayudar al niño a expresar sus emociones, necesidades y deseos durante el proceso del duelo. Además, que la terapia de juego adiestra en inteligencia emocional y transforma la experiencia traumática. De igual manera, baja la sintomatología significativamente (Wong, 2013).

Problema

Según estadísticas mundiales, el 4% de niños experimenta la muerte de un padre antes de cumplir 15 años de edad (Lozano; Chaskel, 2014).

El complejo concepto de muerte y la edad del niño obstaculiza el correcto abordaje del tema por parte de los miembros de la familia (Zañartu; Kramer; Wietstruck, 2008). Como es una situación difícil de comprender y aceptar, se tiende a sobreproteger a los niños y, como “*bien decía la escritora Edna St. Vincent Millay: La infancia es el reino donde nadie muere*” (Gómez de la Calzada, 2015, pp. 16). Tomando en cuenta esto; cuando el padre o madre es diagnosticado con cáncer y la muerte es inminente los familiares del niño evitan el tema, dan explicación sin sentido o impiden que el niño exprese sus emociones (McMahon, 2009). Esto no permite que el niño entre en el proceso de duelo anticipado, y por tanto es muy probable que genere un duelo patológico cuando el padre o madre enfermo ya no esté presente (Zañartu; Kramer; Wietstruck, 2008).

Cuando el duelo anticipado no es llevado a cabo de manera correcta, luego de la muerte empezará un duelo complicado (Jové, 2006, citado en Gómez de la Calzada, 2015), en donde los niños empezarán a mostrar signos de una posible depresión infantil o simplemente signos de duelo patológico como, por ejemplo: irritación, berrinches, llanto habitual, desgano, inactividad, variaciones en el sueño, pesadillas frecuentes, comportamiento regresivo, miedo a la soledad, síntomas psicósomáticos, disminución del rendimiento escolar, entre otros (Gallego; Reverte, 2014). De esta manera, uno de los problemas evidentes es el duelo patológico si no hay un correcto abordaje de duelo anticipatorio (Zañartu; Kramer; Wietstruck, 2008).

Por otro lado también, otro problema es el abordaje terapéutico en niños con pensamiento pre-operacional y operacional (Gallego; Reverte, 2014). Los niños no tienen completamente desarrollada su inteligencia emocional y tampoco pueden estructurar de manera correcta sus cogniciones a causa de la limitación del lenguaje y el poco entendimiento de procesos cognitivos en general (Gallego; Reverte, 2014). Por esta razón, es necesario generar un ambiente propicio, en donde el niño se sienta cómodo, libre y

entendido; además en dónde pueda expresarse sin dificultades o limitaciones (Schaefer, 2012).

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto abordar el duelo anticipado mediante terapia de juego centrada en el niño previene duelos patológicos en niños de entre 7 a 9 años cuyo padre o madre ha sido diagnosticado con cáncer terminal?

Propósito del estudio

El objetivo principal de este trabajo de investigación es demostrar la efectividad de la terapia de juego centrada en el niño en el trabajo de duelos anticipatorios y cómo su correcto abordaje previene duelos patológicos en niños cuyo padre o cuya madre tienen cáncer y su muerte es inminente. Se quiere subrayar la importancia de involucrar al niño en estos procesos y de no ocultarle información porque el impacto posterior puede ser muchísimo peor.

Significado del estudio

Este estudio es importante porque ayudará de manera significativa a niños que perderán a su padre o madre por cáncer. El correcto abordaje del duelo prevendrá secuelas importantes en los niños, como, por ejemplo, futuros trastornos del estado de ánimo (Gallego; Reverte, 2014). Involucrar al niño en todo el proceso es muy sanador, siempre y cuando se lo lleve a cabo de forma correcta (Jové, 2006). Empezar un duelo anticipado en dónde el niño entienda y procese lo que está pasando en ese momento y lo que se viene a futuro es sumamente bueno para su salud mental y emocional (Jové, 2006). Además, el hecho de que sea en un ambiente cómodo y que, además, el niño conoce a la perfección (el juego), hará que la terapia no sea tan invasiva y difícil de comprender (Schaefer, 2012).

REVISIÓN DE LITERATURA

Fuentes

La información que se ha utilizado para la realización de este estudio de investigación se ha obtenido a través de revistas indexadas, artículos científicos, trabajos de investigación previos y libros de autores relevantes. Para acceder a esta información las palabras clave más importantes fueron duelo anticipado en niños, duelo patológico en niños, duelo normal en niños, reacciones emocionales frente a la pérdida, factores de riesgo para duelo complicado, factores protectores de duelo complicado, Terapia de Juego Centrada en el Niño. La información fue recuperada de Google Académico, libros de texto, Journals de Psicología y Salud, Repositorios de Tesis de varias universidades, Journals de Psicooncología.

Formato de la revisión de la literatura

Para que las personas puedan tener un mayor entendimiento del tema, la literatura se expondrá por temas. Primero se hará un abordaje de lo que es el duelo anticipado en general y el duelo anticipado específicamente en niños de 7 a 9 años. Posterior a esto se indicará lo que es un duelo normal y un duelo patológico y los factores que influyen en este tema. Finalmente se expondrá todo lo referente a Terapia de Juego Centrada en el Niño.

1. Duelo

1.1. Conceptos Generales de Duelo

Tomando en cuenta el significado descrito según la Real Academia de la Lengua; la palabra duelo proviene del latín *dolus* (dolor) y hace referencia a la demostración o manifestación de lástima, dolor, aflicción o sentimiento por la muerte de alguien (Cabodevilla, 2007). Por otra parte, de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2005) el duelo es la reacción que ocurre frente a la muerte de una persona importante acompañada por síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, tales como insomnio; tristeza; pérdida de apetito; anhedonia o disforia.

De igual manera, a lo largo del tiempo son varios los autores que se han interesado por la investigación de los procesos de duelo con el objetivo de comprender su curso, causas y manifestaciones. Según Freud (1917) el duelo es la reacción que presentan las personas frente a la pérdida de un ser amado o de una abstracción que haga de sus veces, como la patria; la libertad o un ideal. Se habla de un duelo normal cuando la libido fluye y no permanece estancada en el objeto perdido, sino que se desplaza hacia otro después del transcurso de un tiempo. Freud (1917) menciona que este proceso inevitablemente traerá alteraciones en la conducta normal del sujeto, pero que remitirán con el tiempo. Por otro lado, Freud (1917) llama melancolía al duelo complicado. Este proceso se da cuando la libido no es desplazada del objeto perdido hacia otro y se prolonga en el tiempo, además hay una identificación e introyección del sujeto hacia el objeto perdido llevándolo a sumirse en un profundo sentimiento de dolencia hasta llegar al punto de sentirse él mismo como si no existiera. Muestra un desinterés por lo que ocurre en su entorno e inhibe toda su capacidad productiva.

Para Bucay (2006) el duelo es un proceso normal, que, aunque doloroso, permite que las personas puedan adaptarse y armonizarse interna y externamente a la nueva realidad.

El proceso trae consigo múltiples reacciones físicas, emocionales, conductuales, intelectuales y espirituales que nacen a raíz de esa muerte; las cuales, son capaces de modificar y alterar el estilo de vida de las personas. Reyes (1991), añade además que todos estos procesos cumplen una función homeostática con la finalidad de lograr la adaptación del sujeto a la pérdida.

El duelo, según de la Fuente (2002) es un proceso que las personas viven a nivel conductual y emocional, el cual, está sujeto a variaciones individuales y de la relación que se tiene con el “objeto” perdido, como el significado de la pérdida y el repertorio de recursos que dispone el sujeto para sobrellevarla. Por otra parte, Tizón (2004) refiere que es un término que abarca al conjunto de procesos psicosociales y psicológicos que suceden a la pérdida de una persona con la que el sujeto estaba psicosocialmente vinculado.

Finalmente, Bowlby (1993) definió al duelo como los procesos psicológicos conscientes e inconscientes, que la pérdida de un ser amado inicia; cualquiera que sea el resultado final.

A consecuencia de la complejidad del proceso de duelo, ha sido estudiado a lo largo del tiempo para promover su desarrollo adaptativo (Loitegui, 2008). De esta manera, se comienzan a realizar algunas investigaciones que empiezan a abordar un tipo de duelo preparatorio (Loitegui, 2008).

1.2. Duelo Anticipado

El duelo anticipado hace referencia principalmente al proceso por el que pasa el enfermo y la familia del mismo con anticipación al suceso final, desarrollando la capacidad de comprender y aceptar la muerte en el instante de su llegada (Guerrero, 2014). El duelo anticipado comienza cuando se da un diagnóstico y pronóstico definitivo

de las expectativas de vida de una persona enferma, anunciando, por ende, una muerte próxima (García, 2013 citado en Martínez, 2013, p.12).

1.3. Antecedentes del Duelo Anticipado

A inicios de 1900, Freud, en su obra, “La Transitoriedad” aborda temas relacionados a la guerra y sus consecuencias negativas concluyendo que la persona empieza a sentir sensaciones desagradables cuando reconoce o comprende que lo que ama perecerá. Siguiendo éste abordaje psicoanalítico, en 1944, Lidemann, realiza otro estudio relacionado con la guerra. Lidemann analizó la manera de reaccionar de esposas que esperaban a sus maridos quienes habían ido a la guerra. Lidemann observó que la preocupación de que sus maridos pudieran morir, producían mucho dolor o pena; pero que al cabo de un tiempo iban perdiendo el afecto por sus esposos a causa de su prolongada ausencia. Tomando en cuenta esto, el autor concluye que hay éxito en el duelo anticipado cuando la persona tiene la capacidad de “emancipar” su afecto del difunto (Loitegui, 2008).

Estudios posteriores realizados en 1997 por Kubler-Ross, en el libro “Sobre la muerte y los moribundos”, se habla de un duelo preparatorio. Según la autora, este duelo preparatorio atraviesa el paciente terminal para finalmente adaptarse a la idea de una separación con el mundo. Posteriormente, esta misma autora junto a Kessler en el 2006 integran al proceso de duelo anticipado a la familia, tomando en cuenta estudios realizados por Rando en el 2000 y Fulton en el 2003. Estos autores plantearon que el duelo anticipado es de vital importancia en las familias porque les brinda la posibilidad de comenzar un trabajo de duelo previo a la muerte del sujeto; gracias a que ya habrían atravesado gran parte del duelo, para el momento de la muerte ya no habría tanto impacto y podrían volver a su rutina de vida sin los efectos incapacitantes que ocurren en muertes repentinas (Loitegui, 2008).

En la última década, se ha prestado una especial atención al duelo anticipado a causa del alto índice de enfermedades crónicas, degenerativas y terminales, tales como el sida; el cáncer y las demencias. Por lo que no sólo quién padece cualquiera de estas enfermedades se ve afectado ante este contexto, sino que la enfermedad trastorna a todo el círculo social que lo envuelve, principalmente a los familiares (Martínez, 2013).

1.4. Funciones del Duelo Anticipado

Martínez (2013) enumera una serie de aspectos que ayudan a comprender la utilidad del duelo anticipado y porqué es tan importante:

- El duelo anticipado aumenta la conciencia del proceso de muerte y su realidad en las personas, por ende, da la oportunidad de que estas ya puedan entrar en un proceso de aceptación y puedan ir adquiriendo fortaleza.
- El duelo anticipado reduce la posibilidad de que se desarrolle un duelo patológico porque la familia tiene la oportunidad de tener una separación emocional gradual. El transitar poco a poco por estas reacciones emocionales permite el reconocimiento y la aceptación creciente de la inevitable muerte.
- El duelo anticipado no solo es importante para la familia, sino también para el paciente. En esta etapa, la persona enferma tiene la posibilidad de cerrar ciclos o resolver trámites. De igual manera, puede atender aspectos espirituales y religiosos que lo ayudarán a “prepararse” o reflexionar sobre su propia trascendencia.
- Tener un duelo anticipado acelera la reintegración de la familia a la cotidianidad de sus vidas, gracias a que cuando se encuentran en el proceso del duelo anticipado los miembros de la familia ya se acomodando a las nuevas demandas y responsabilidades que tendrán con la ausencia de la persona enferma, por ende, facilitará la adaptación a una realidad futura. De igual manera, hay una mejor

reintegración a la vida cotidiana en el futuro gracias a que cada miembro de la familia ya se está diferenciado del enfermo y está aprendiendo a tolerar el reconocimiento de que la persona morirá mientras que él o ella seguirá existiendo.

- Finalmente, en el duelo anticipado tanto el paciente como la familia tienen la oportunidad de despedirse. El poder decir adiós tiene un componente muy sanador para ambas partes. En el caso de la familia, al despedirse ya están reconociendo y aceptando que la muerte está sucediendo; además es como si le dieran “permiso” al enfermo de partir a pesar del dolor y la pena. En el caso del enfermo, la manifestación de este “permiso” por parte de la familia le da la tranquilidad de finalmente poder partir.

1.5. Etapas en el Duelo Anticipado

Kübler-Ross, Bowlby y Rando, principales autores de estudios sobre duelo, están de acuerdo en que, aunque cada persona sobrelleva el duelo de manera particular, éste es un proceso complicado que atraviesa por diferentes fases (Loitegui, 2008).

Dos de los principales referentes en la descripción de las fases del duelo anticipado son Kübler-Ross y Bowlby. Kübler-Ross, enfocada a las etapas de duelo anticipado en el paciente enfermo y Bowlby a las etapas de duelo anticipado en los miembros de la familia (Loitegui, 2008). Bowlby (1980) sostiene que es un proceso complicado porque la persona que va a fallecer aún se encuentra con vida, por ende, no es que no se quiere aceptar la muerte sino lo que dice el médico. Tomando en cuenta esto, puntualiza tres etapas principales que se manifiestan en el transcurso de la enfermedad terminal desde que el médico ha dado el diagnóstico:

1. Fase de embotamiento de la sensibilidad: En esta etapa hay sentimientos de aturdimiento y tener la sensación de que nada es real. Generalmente se requieren varios días para que la persona comprenda el diagnóstico y sus

consecuencias. Las emociones se pueden desconectar de la realidad y mostrar indiferencia o pueden manifestarse de manera excesiva como arrebatos de ira o llanto descontrolado (Bowlby, 1980).

2. Fase de incredulidad e intentos de revertir el desenlace: Bowlby refiere que en esta etapa se dan muchos cuestionamientos a nivel del diagnóstico y la probabilidad de un desenlace fatal. De igual manera, la negación hace que el familiar busque frenéticamente información acerca de la enfermedad, tratamientos en otros países, múltiples opiniones médicas o, cuidando a la persona enferma de manera excesiva o exagerada. Bozemann y cols (1955) manifiestan que “...la incredulidad varía de acuerdo con la evolución de la enfermedad” (citado en Bowlby, 1980, p.133), por ende, el avance de la enfermedad y sus consecuencias harán que se vaya aceptando la verdadera situación (Bowlby, 1980).
3. Fase de reorganización: Con el avance de la enfermedad se van suscitando cambios en el enfermo y en la vida de los familiares en general. Estos cambios ya van generando una adaptación y aceptación de la nueva realidad. En esta etapa, las personas ya empiezan a visualizar y organizar un futuro sin la persona que se encuentra actualmente enferma (Bowlby, 1980).

Es importante tomar en cuenta que no todas las personas atravesarán por las fases mencionadas, además que no todos los duelos anticipados se sobrellevarán de la misma manera. Los individuos pueden avanzar y retroceder en las fases a medida que afrontan el duelo (Martínez, 2013). De igual manera, no hay un tiempo de duración establecido para cada etapa o para el duelo anticipado en general; pero si hay algunas variables que pueden impactar en el proceso del duelo, haciéndolo más extenso y/o complicado:

variables psicológicas, variables sociales y variables fisiológicas (Rando, 1980 citado en Loitegui, 2008, p. 14).

Las variables psicológicas van relacionadas a las características de personalidad de la persona en duelo, la relación que ésta tiene con el enfermo y la capacidad que posee para afrontar las particularidades de la enfermedad y el tipo de muerte que se avecina (Rando, 1980 citado en Loitegui, 2008, p. 14). Las variables sociales hacen alusión a la relación y dinámica que existe entre los miembros de la familia, así como a factores ambientales y socioeconómicos (Rando, 1980 citado en Loitegui, 2008, p. 14). Finalmente, las variables fisiológicas tienen que ver con factores asociados a la salud física del familiar en duelo, al consumo de drogas, energía o hábitos alimenticios (Rando, 1980 citado en Loitegui, 2008, p. 14). De igual manera, si hay un duelo anticipado corto los miembros de la familia evidenciarán peor ajuste posterior porque estarán menos preparados para la muerte, y si hay un excesivo duelo anticipado los miembros de la familia fluctuarán entre mejorías y recaídas del enfermo; lo cual traerá un inmenso agotamiento físico, mental y emocional; además de excesivas demandas y presiones (Rando, 1980 citado en Loitegui, 2008, p.14).

1.6. Duelo Anticipado en niños de 7 a 9 años

El abordaje principal del duelo anticipado en niños fue planteado por Bowlby en 1980 en su “Teoría del Apego”. El autor postula que la amenaza de la pérdida produce ansiedad; a este fenómeno lo llamaría “ansiedad por separación”. Cuando un niño ve que la cercanía a su figura de apego se ve amenazada provoca acciones para impedir que esto ocurra; tales como aferramiento, llanto, estrés fisiológico, malestar emocional o enfado (Loitegui, 2008).

Para tener una mejor referencia de la amplia gama de sentimientos y pensamientos que presentan los niños ante una pérdida inminente, es relevante saber cómo éstos

entienden la enfermedad y la muerte. (Muriel, 2017). Para esto, es importante tomar en cuenta su edad, el nivel de desarrollo cognitivo y emocional, su funcionamiento general y el de su familia, así como exposiciones previas a la muerte en otros entornos (Muriel, 2017).

Tomando en cuenta los estudios realizados por Nagy, los niños a partir de los 7 años de edad ya ven a la muerte como algo más observable u objetivo, además de un proceso terminal. De igual manera entienden que las causas pueden ser exteriores como un accidente e interiores como una enfermedad orgánica (Kane, 1979 citado en Ladrón de Guevara, 2006, p. 04). Por otro lado; según Nagy los niños de esta edad le dan formas a la muerte (fantasmas, esqueletos, ángeles) y la entienden como algo que ronda a las personas y que tiene como objetivo llevárselas (Schoepke, 2003 citado en Ladrón de Guevara, 2006, p.04). También, según estudios de Nagy, los niños a partir de los 9 años ya logran comprender aspectos biológicos de la muerte, además de que es un proceso que sucede dentro de las personas y funciona de manera terminal y universal; sin embargo, aún pueden pensar que la muerte puede eludirse si es inteligente, o tiene la suficiente suerte (Kane, 1979 citado en Ladrón de Guevara, 2006, p.04).

Por otro lado, haciendo referencia a las 4 etapas del desarrollo cognitivo de Jean Piaget, se ubica a los niños desde los 7 hasta los 12 años en el estadio de las operaciones concretas. En esta etapa del desarrollo cognitivo, los niños ya logran usar su sentido lógico para llegar a conclusiones válidas y ya desarrollan conciencia del impacto de los eventos externos. De igual manera, ya empiezan a tener una visión más global de la realidad y su estilo de pensamiento ya no es tan egocéntrico (Triglia, 2015). El niño operacional concreto empieza a entender la finalidad de la muerte y comprende que no es reversible. Gracias a que se encuentra en esta etapa, el niño ya no explica y entiende a la muerte según un pensamiento mágico como en estadios previos, sino que la explica y

entiende según relaciones de causa y efecto (enfermedad-muerte). De igual manera, entienden a la muerte como un fenómeno que le sucede a todas las personas, incluyéndolo (Wass & Corr, 1984 citado en Symons-Bradbury, 2004, p. 22). Finalmente, puesto que las operaciones concretas le permiten al niño comprender el tiempo, el espacio y la cantidad como dimensiones mensurables, ya hay una orientación más pragmática hacia el mundo; entienden que la muerte es el final de la vida y esta comprensión hace que los niños empiecen a tenerle miedo a la muerte (Muriá, 2007).

Dicho esto, se entiende entonces que según su edad y nivel cognitivo el niño de entre 7 y 9 años comprende de una manera más objetiva lo que es la muerte y la enfermedad; por tanto, el duelo anticipado influirá de manera significativa en su vida. Este entendimiento de enfermedad y muerte darán como resultado profundas reacciones emocionales de tristeza y depresión frente a la futura muerte de un ser querido (Pennells & Smith, 1995 citado en Symons-Bradbury, 2004, p. 22). La fase terminal de la enfermedad de cualquiera de los dos padres es un momento de vulnerabilidad en la vida de los niños (Muriel, 2017).

Varios estudios han dictaminado las respuestas y reacciones emocionales, conductuales y cognitivas que los niños suelen presentar en el duelo anticipado frente a la muerte inminente de sus padres por cáncer terminal, muchos de ellos han coincidido en sus resultados y conclusiones. Siegel; Mesagno & Karus (1992) realizaron un estudio comparativo e informaron que los niños cuyos padres se encuentran en etapas terminales de su enfermedad muestran niveles significativamente más elevados de ansiedad que los controles. Nelson; Sloper & Charlton (1994) resolvieron que los factores que pueden estar influenciando la exacerbada ansiedad que presentan los niños son: no poder hablar acerca de la enfermedad con sus padres, tener que pasar menos tiempo con amigos, no tener tiempo para actividades deportivas o de ocio, el deterioro que están teniendo en su trabajo

escolar y pensamientos continuos sobre la enfermedad de sus padres. De igual manera, presentan mucha angustia cuando el padre se encuentra hospitalizado y ya ha habido una separación prolongada (Christ, 2006).

El deterioro físico que va presentando el enfermo a lo largo de su fase terminal también impacta emocionalmente a los niños. Los niños en duelo sienten mucho dolor, angustia e inquietud cuando visitan a su padre y ven como éste luce y actúa (Saldinger; Caín & Porterfiel, 2003). En un intento por protegerlos del impacto que conlleva ver, sobre todo, los cambios físicos que sufren los enfermos terminales; tanto el padre enfermo como el cuidador a cargo no permiten que los niños vayan al hospital a visitarlos; sin embargo, esto exacerbará la ansiedad y la angustia, y además generará dolor porque los niños se sentirán rechazados por el padre enfermo (Christ, 2006).

Los problemas emocionales y comportamentales que van a presentar los niños en el duelo anticipado van a ser la consecuencia de los múltiples cambios que se han suscitado en su vida y todos los factores estresantes que los han influenciado (Christ, 2006 citado en Muriel, 2017, p. 13). Sin embargo, pese a que esta alta emocionalidad y reactividad que van a tener los niños es una respuesta normal ante los muchos cambios que va a haber en la familia como consecuencia de la enfermedad de los padres (Christ, 2006), dos de los mejores predictores de problemas exacerbados de internalización (miedo, culpa, baja autoestima, sentimientos de soledad, tristeza, aislamiento) y externalización en los niños (estallidos de ira, atacar a otros, negativismo) van a ser la depresión del enfermo y/o el cuidador principal en el primer caso y la disfunción familiar en el segundo caso (Thastum; Watson; Kienbacher; Piha; Steck; Zachariae; Baldus & Romer, 2009). Es importante mencionar que en muchos casos la falta de inteligencia y regulación emocional en los niños hará que la expresión del dolor y afecto depresivo no

se exprese por medio del llanto o la tristeza sino a través de ira, negativismo y problemas conductuales en general (Cheifetz; Stavrakakis & Lester, 1989).

2. Duelo Normal vs. Duelo Patológico en Niños

2.1. Duelo Normal

Como se mencionó en apartados anteriores, es muy importante tomar en cuenta la fase de desarrollo en la que se encuentra el niño para saber la manera en la que abordará el duelo. Ferrari (1990) menciona que en los niños de 7 a 9 años *“el concepto de muerte es universal, irreversible y permanente, siendo más parecido al concepto adulto”* (citado en Gómez de la Calzada, 2015, p.09). Gracias a la comprensión que tiene el niño, su duelo corresponderá al proceso gradual y doloroso de reconocer lo grave y la naturaleza permanente de la pérdida de un ser querido. La adaptación a la pérdida será la transformación del apego activo a uno de memoria. De igual manera se encuentra significado en la vida pese a la ausencia del difunto (Klass, Silverman y Nickman, 1996 citado en Cohen; Mannarino; Greenberg; Padlo; Shipley, 2002, p. 308).

Bowlby sugiere que el proceso de duelo normal en los niños consta de una separación afectiva, la cual se presenta en tres etapas: protesta, desesperanza y ruptura del vínculo (Espelt, 2015). En la fase de protesta el niño va a presentar muchos episodios de llanto porque extraña y añora amargamente al padre fallecido. Hay deseos y una súplica constante de que este vuelva (Espelt, 2015). Al cabo de algunos días, el niño se adentra en la fase desesperanza. En esta etapa el llanto ya no suele ser tan frecuente, pero puede haber mucha apatía y retraimiento. Pese a que aún hay deseos de que el padre fallecido vuelva, el niño ya empieza a perder la esperanza de que lo haga (Espelt, 2015). Finalmente, en la fase de ruptura del vínculo, el niño comienza a renunciar al vínculo emocional que tenía con el fallecido y empieza a enfocarse en el mundo que lo rodea (Espelt, 2015).

A su vez, el duelo normal en los niños es un proceso que consta de seis etapas que no siguen un orden lineal sino circular, con avances y retrocesos: 1. Reconocer la pérdida, 2. Expresar el dolor, 3. Recordar a la persona fallecida y su relación con ella, 4. Renunciar a los vínculos previos con la persona, 5. Moverse adaptativamente en la nueva realidad sin olvidar la anterior, 6. Volver a tener relaciones afectivas y recuperar intereses y actividades (Sánchez, 2008 citado en Gómez de la Calzada, 2015, p.10).

Es importante aclarar que el renunciar a los vínculos afectivos no es sinónimo de olvido o desconexión emocional con el fallecido. Investigaciones sobre la pérdida en la infancia han descubierto que posterior a la muerte de un padre, los niños se esfuerzan por mantener una conexión con éste como una manera efectiva de hacer frente a su pérdida. El papel del padre superviviente es importante porque será este quien proporcione a los niños la oportunidad de recordar y conmemorar al padre muerto de una manera adaptativa y positiva (Muriel, 2017).

Existen tres elementos fundamentales que promueven un duelo normal en los niños ante la pérdida afectiva sufrida:

1. Apoyo social: Bajo este contexto, el niño necesitará muchas muestras de afectividad, es por esta razón que la figura de referencia que se encargue del menor debe estar a su disposición por cualquier duda o necesidad (Barreto, de la Torre y Pérez-Martin, 2012 citado en Moreno, 2014, p. 34-35).
2. Estabilidad en la rutina: La muerte de un ser querido supondrá un período de mucha inestabilidad, pero para fomentar la seguridad en el niño, es importante mantener una rutina establecida (Barreto, de la Torre y Pérez-Martin, 2012 citado en Moreno, 2014, p. 34-35).
3. Comprensión del suceso: Es relevante que los niños conozcan la enfermedad de su padre y la gravedad de la misma. El correcto abordaje de esta fomentará un

duelo saludable (Barreto, de la Torre y Pérez-Martin, 2012 citado en Moreno, 2014, p. 34-35).

Por su parte, Bowlby manifiesta que para promover un duelo normal es los niños es importante que este pueda participar en la aflicción de la familia y en las ceremonias funerarias. Además, es relevante que cuente con la consoladora presencia de su padre sobreviviente o un sustituto de confianza y tener la seguridad de que esta relación continuará (Rubio, 2013). Finalmente, el contexto de la pérdida es muy importante como factor protector de duelos patológicos. El niño reaccionará de una mejor manera ante las pérdidas previstas que las fortuitas (Jové, 2008 citado en Gómez de la Calzada, 2015, p.08), es por esta razón, que el buen abordaje del duelo anticipatorio fomentará un duelo normal póstumo a la muerte (Jové, 2008 citado en Gómez de la Calzada, 2015, p.08).

Ante la pérdida del padre, el niño manifestará respuestas a nivel emocional, físico, comportamental y social, teniendo un mayor énfasis y complicaciones en el plano conductual y somático (Barreto y Soler, 2007 citado en Moreno, 2014, p. 27-28). Se desglosará la sintomatología en el siguiente apartado, tomando en cuenta que las manifestaciones de duelo son normales en un principio, pero pueden transformarse en respuestas patológicas *“cuando el proceso de duelo no sigue el curso esperado, produciendo importantes alteraciones en el funcionamiento normal de la persona e interfiere en su habilidad para sentir y crear planes de futuro”* (Falagán, 2014, p. 13).

2.2. Duelo Patológico

Como se mencionó en el apartado anterior, en un inicio cualquier reacción se puede considerar como normal; la principal diferencia entre un duelo complicado y un duelo normal no se encuentra en la ausencia o presencia de sintomatología, sino en la duración; intensidad y cómo complican las manifestaciones la vida de la persona (Falagán, 2014).

En el DSM-V, la APA ha propuesto criterios diagnósticos para determinar un duelo complicado. Se ha llamado al trastorno “Trastorno por Duelo Complejo Persistente” y se encuentra en la Sección III del manual, donde se sitúan los trastornos que necesitan más investigación (Moreno, 2014).

Los criterios diagnósticos que la APA ha citado en este apartado del DSM-V tiene especificaciones especiales para el duelo complicado en niños, tales como: (Gómez de la Calzada, 2015)

- A. La muerte experimentada por el niño es de alguien cercano a él
- B. Desde la muerte, el niño ha experimentado por lo menos uno de los siguientes síntomas: añoranza persistente, preocupación excesiva en relación al fallecido, malestar emocional, preocupación en relación a la muerte. Estos síntomas están presentes la mayor parte del tiempo y ha persistido por al menos 6 meses.
- C. Desde la muerte, el niño presenta al menos 6 síntomas relacionados al malestar reactivo a la muerte (no acepta la muerte, experimenta incredulidad, no puede recordar de manera positiva al fallecido, amargura o rabia, auto-inculparse, entre otras) y alteración social de la identidad (deseos de morir, desconfianza, sentimientos de soledad, sentir que la vida no tiene sentido, entre otros). Estos síntomas persisten por al menos 6 meses.
- D. Los síntomas provocan un malestar que es clínicamente significativo y provoca disfuncionalidad en áreas sociales, laborales (escolares), etc.
- E. La reacción de duelo es desproporcionada a normas culturales, religiosas, edad, etc.

Por otro lado, según investigaciones con esta población se ha concluido que el duelo en niños se manifiesta con más complicaciones en el plano somático y conductual tenido las siguientes reacciones: (Barreto y Soler, 2007 citado en Moreno, 2014, p. 27). En

cuanto al plano somático, los niños presentan molestias o dolores en cabeza y estómago, disnea, falta de energía, alteraciones en el sueño, pérdida de apetito, mareos, pérdida de peso. Por otro lado, en cuanto a manifestaciones conductuales se refiere, aparecen comportamientos regresivos, enuresis, retraso en algunos aspectos claves del desarrollo como el lenguaje, explosión de emociones, retraimiento emocional, desapego o dependencia excesiva, berrinches, mucha demanda de atención, timidez, comportamiento agresivo o desafiante (Barreto y Soler, 2007 citado en Moreno, 2014, p. 28). De igual manera, algunas reacciones emocionales importantes son los sentimientos de tristeza, enfado, culpa, miedo, anhedonia, ansiedad, desesperanza o desamparo; y finalmente algunas manifestaciones cognitivas giran en torno a fantasías de muerte, dificultades en el aprendizaje y concentración u olvidos frecuentes (Barreto y Soler, 2007 citado en Moreno, 2014, p. 27).

Existe también un miedo exagerado a morir o sufrir otra pérdida, esperanzas de encuentro con el padre fallecido, deseos de morir, persistencia en culparse por la muerte o culpar a otros, irritabilidad exagerada contra otras personas, euforia/disforia, aislamiento y falta de cuidado personal (Martín, 2010 citado en Gómez de la Calzada, 2015, p.11).

Los resultados de estudios realizados en el 2007 por Echeburrúa y Herrán Boix revelan que tan sólo un 10-20% de niños que atraviesan por un proceso de duelo evolucionan a un duelo complicado (Gómez de la Calzada, 2015). Por otro lado, otras investigaciones realizadas en el 2013 por Guillén han declarado que hasta un 40% de niños en duelo pueden desarrollar un trastorno por duelo complicado (TEPT, depresión, ansiedad por separación) un año posterior a la pérdida (Gómez de la Calzada, 2015). Finalmente, estudios de Villanueva realizados en un centro de Salud Infanto-Juvenil en el 2000 con una muestra de 125 niños que habían sufrido una pérdida, reflejaron que un

28,2% presentaban duelo patológico y un 16% tenían un diagnóstico diferencial de depresión (Gómez de la Calzada, 2015).

Tomando en cuenta los porcentajes que han arrojado las investigaciones antes mencionadas, algunos autores han estudiado y dictaminado algunos patrones que predisponen a los niños a sufrir un duelo complicado. Algunos de los factores de riesgo que no permiten una evolución positiva en el proceso de duelo son: características personales del niño (edad, género, personalidad), que varones pierdan al padre en la adolescencia y que niñas pierdan a la madre antes de los 10 años, el tipo de relación que se tenía con la persona fallecida (principal figura de referencia, relación dependiente, apego ambivalente), si la muerte ha sido inesperada o no se ha tenido un acompañamiento durante una enfermedad terminal, trastornos psicológicos previos, reacción inadecuada del padre sobreviviente o familiares cercanos, un ambiente inestable, una pobre disciplina en el niño, poco o nulo apoyo social (Barreto y Soler, 2007 citado en Moreno, 2014, p. 33-34). Por otra parte, otros factores de riesgo psicopatológico del duelo en la infancia son: muerte de la madre antes de los 11 años, muerte de un hermano en la infancia, muerte de un familiar muy allegado al niño, abandono por parte de uno o de los dos progenitores y separaciones prolongadas (Tizón, 2004 citado en Gómez de la Calzada, 2015, p.11).

Finalmente, es importante mencionar en este apartado, que los niños a partir de los 7 años ya empiezan a adquirir capacidades de regulación emocional (Bisquerra, 2014), sin embargo, a causa de que la fase terminal de la enfermedad de cualquiera de los dos padres es un momento de vulnerabilidad en la vida de los niños (Muriel, 2017), los mecanismos de auto regulación pueden verse afectados; por eso muestran más índices de depresión y ansiedad en estudios realizados con niños que atraviesan duelo y muestras de población normal (Siegel; Mesagno & Karus, 1992). Esta falta de control de emociones puede complicar el curso del duelo normal. Gupta y Bonanno (2011) mencionan que “*la raíz de*

la reacción desadaptativa al duelo está en un déficit en la regulación emocional” (citado en Bermejo; Magaña; Villacieros; Carabias y Serrano, 2012, p.86). De igual manera, Tweed y Tweed (2011) han asociado *“menor nivel de depresión y duelo, con mayores emociones positivas, mayor apoyo social recibido y mayor disposición social hacia los otros”* (citado en Bermejo; Magaña; Villacieros; Carabias y Serrano, 2012, p.86).

Tomando en cuenta lo antes mencionado, es recomendable que niños que atraviesan procesos de duelo, sean asistidos por terapeutas que los ayuden a sobrellevar, pero sobre todo entender lo que está pasando en sus vidas. (Zañartu; Kramer; Wietstruck, 2008). La terapia de juego es una de las mejores opciones terapéuticas para el trabajo con niños (Schaefer, 2012). Por medio del juego el niño se comunica; expresa las necesidades y emociones que muchas veces no se manifiesta en el lenguaje verbal a consecuencia del limitado vocabulario que poseen (Schaefer, 2012).

3. Terapia de Juego Centrada en el Niño

La Terapia de Juego, es una terapia estructurada que tiene múltiples bases teóricas dependiendo de su abordaje. Los terapeutas de juego, utilizan sus poderes efectivos para promover una expresión en los niños a nivel cognitivo y emocional (Tessari, 2008). Cuando los niños se encuentran en terapia, usan los juguetes y las dinámicas de juego para expresar sus pensamientos y sentimientos (Landreth, 2002 citado en Tessari, 2008).

Por medio del juego, los terapeutas enseñan a los niños comportamientos adaptativos que han ido perdiendo como consecuencia a múltiples déficits o carencias emocionales o sociales (Pedro-Caroll; Reddy, 2005 citado en Tessari, 2008, p.08). La alianza terapéutica que se forma en las sesiones ofrecen al infante una experiencia emocional correctiva, la misma que es vital para un óptimo desarrollo (Pedro-Caroll; Reddy, 2005 citado en Tessari, 2008, p.08). De igual manera, la Terapia de Juego promueve el desarrollo cognitivo y emocional en los niños, ofreciéndoles la oportunidad de solucionar sus

conflictos internos o pensamientos disfuncionales (Pedro-Caroll; Reddy, 2005 citado en Tessari, 2008, p.08)

3.1. Antecedentes

La terapia de juego tiene sus inicios con Freud y su investigación realizada con el pequeño Hans, donde concluye que las emociones negativas del niño son liberadas por medio de la asimilación de la experiencia mediante el juego repetitivo. Melanie Klein en 1955 continúa la línea de Freud con una terapia de juego psicoanalítica. Klein concluyó que los niños liberan material inconsciente mientras juegan, brindando la posibilidad al terapeuta de interpretar deseos y conflictos reprimidos para ayudarlo a entender sus necesidades y problemas. Margaret Lowenfeld instaura las bases en la teoría de Klein y desarrolla la “Técnica del Mundo” con la caja de arena y objetos en miniatura. Los niños tienen la posibilidad de crear un mundo imaginario, aquí evidentemente expresarán sus deseos y necesidades. Finalmente, en el siglo XX, Virginia Axline se separa un poco del enfoque psicoanalítico y le da a la terapia de juego una visión humanista y centrada en la persona. En este tipo de terapia, según Axline, los niños pueden expresar sus sentimientos, pensamientos y deseos mediante el juego, mejor que con las palabras (Schaefer, 2012).

Como se mencionó anteriormente, la Terapia de Juego Centrada en el Niño fue desarrollada por Virginia Axline, quien tomó como referencia la teoría desarrollada por Carl Rogers (Schaefer, 2012). Los estudios de Terapia de Juego No Directiva, como la llamaba Virginia Axline fueron profundizados y expandidos por Landreth y Sweeney (Schaefer, 2012). Toda la teoría propuesta a continuación, hará referencia al trabajo desarrollado por estos dos últimos autores.

3.2. Conceptualización

Landreth (2002) refiere que la Terapia de Juego Centrada en el Niño es un viaje de autodescubrimiento y autoexploración. La define pertinentemente como:

una relación interpersonal dinámica entre un niño y un terapeuta entrenado en procedimientos de terapia de juego que proporciona materiales de juego seleccionados y facilita el desarrollo de una relación segura para el niño a fin de que se exprese y explore completamente a sí mismo (sus sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos) mediante el juego, el medio de comunicación natural del niño, a fin de que tenga un crecimiento y un desarrollo óptimos (citado en Schaefer, 2012, p.47).

En este modelo, el niño como persona tiene mucha más relevancia que el problema por el que viene o el diagnóstico clínico; es por esta razón que para abordar este tipo de terapia hay que tener en cuenta los constructos fundamentales de la personalidad desarrollados por Carl Rogers en 1951 (Sweeney, 1997 citado en Schaefer, 2012, p.46):

- La persona: También llamado organismo, hace referencia a las autopercepciones que tiene el niño incluyendo sentimientos, pensamientos, conductas y fisiología. Este autoconcepto o autopercepción se desarrollará tomando en cuenta el campo fenomenológico y el Sí mismo (Sweeney, 1997 citado en Schaefer, 2012, p.46).
- El campo fenomenológico: constituye todo lo que se refiere a experiencias ambientales del niño, es decir, lo que le sucede en un determinado momento. Estas experiencias que incluyen percepciones, pensamientos, comportamientos y sentimientos constituirán la base que tiene el niño para ver la vida (Sweeney, 1997 citado en Schaefer, 2012, p.46).
- El Sí mismo: a diferencia del campo fenomenológico, el sí mismo no se desarrolla según las experiencias ambientales, sino que se desarrolla a partir de las interacciones que el niño tiene con otras personas. Conforme el niño se va desarrollando, irá experimentando reacciones y evaluaciones de los demás, normalmente padres, éstas valoraciones formarán el autoconcepto del niño (Sweeney, 1997 citado en Schaefer, 2012, p.46).

Por lo tanto, para Rogers, el concepto que el niño tendrá sobre sí mismo se desarrollará como resultado de la interacción y experiencias con el medio ambiente y los demás. (Sweeney, 1997 citado en Schaefer, 2012, p.47). Tomando esta premisa, Landreth y Sweeney (1997) manifiestan que el niño desarrollará un buen autoconcepto gracias a que “*la experiencia de la Terapia de Juego se convierte en un campo fenomenológico*” (citado en Schaefer, 2012, p.46) y gracias a que el terapeuta promueve un Sí Mismo positivo en la permisividad, entendimiento y total aceptación del niño (citado en Schaefer, 2012, p.46)

Finalmente, Landreth (2002) refiere que la Terapia de Juego Centrada en el Niño debe enfocarse en:

la persona y no en el problema, en el sentimiento y no en el pensamiento o comportamiento, en el entendimiento y no en la explicación, en la aceptación y no en la corrección, en la dirección del niño y no en la instrucción del terapeuta y en la sabiduría del niño y no en el conocimiento del terapeuta (citado en Schaefer, 2012, p.47)

3.3. *Objetivos terapéuticos*

Tomando en cuenta que la Terapia de Juego Centrada en el Niño se enfoca en el niño como persona y no en el problema que presenta, los objetivos de este tipo de terapia irán orientados hacia facilitar el desarrollo de una serie de aspectos o cualidades en el niño que lo ayudarán a afrontar de una forma más adecuada, como persona, problemas actuales y futuros (Schaefer, 2012). Landreth, propone diez objetivos generales que irán orientados hacia ayudarle al niño a promover destrezas intrínsecas para que afronte los problemas de manera óptima. Los objetivos de la terapia, según Landreth (2002) son ayudarle al niño a:

desarrollar un auto concepto más positivo, asumir una mayor responsabilidad personal, volverse más directivo, aceptarse cada vez más a sí mismo, volverse más independiente, tomar sus propias decisiones de manera más determinada, experimentar una sensación de control, sensibilizarse con el proceso de afrontamiento, desarrollar una fuente interna de evaluación y confiar más en sí mismo (citado en Schaefer, 2012, p.48).

De igual manera, la terapia debe facilitar la exploración y expresión emocional de los niños, darle la oportunidad de descubrir sus propias fortalezas y fomentar su crecimiento positivo (Landreth, 2002 citado en Schaefer, 2012, p.50).

3.4. Técnicas, juguetes y materiales

Según Axline (1974)

los juguetes son el medio por el cual los niños se expresan. Su juego expresa lo que él quisiera hacer y puede ordenar su mundo a su entera satisfacción (...) cuando el niño juega libremente y sin dirección está expresando su personalidad. Está experimentando un periodo de pensamiento y acción independiente y está liberando aquellos sentimientos y actitudes que han estado luchando por salir al descubierto (p.18).

Tomando en cuenta lo planteado por Axline, es evidente pensar que no todos los juguetes son apropiados para la experiencia de esta terapia. Hay que elegir con especial cuidado aquellos que faciliten la expresión y exploración de sentimientos, deseos, necesidades y experiencias. Los juegos de mesa, las cartas o los juegos mecánicos son algunos juguetes que no facilitarán la expresión de las experiencias y los sentimientos (Schaefer, 2012).

Los materiales recomendables que se deben incluir en la llamada “bolsa de juegos” son: crayones, papel periódico, goma, tijeras, arcilla, plastilina, biberón, muñecas, tazas y platos de plástico, máscaras, cuchillo de plástico, soldados de juguete, pistola de dardos, marionetas, carros, aviones, dos teléfonos, algodón y bisutería (Landreth, 2002 citado en Schaefer, 2012). De igual manera una casa con una familia de muñecos y los cajones de arena pueden ser de gran ayuda para facilitar la experiencia de este tipo de terapia (Axline, 1974).

Este tipo de terapia pretende seguir al niño hacia donde quiera ir y llegar por medio del juego. Las técnicas que se irán utilizando dependerán mucho de que lo que desee hacer el niño y cómo el terapeuta lo irá guiando (Schaefer, 2012). West (2000) ha propuesto

cuatro grupos de técnicas que se pueden usar para abordar la terapia de juego centrada en el niño:

1. Roles, relaciones y palabras: Algunos niños tienen más facilidad de relacionarse de manera verbal por medio de roles y relaciones. En este tipo de juego las palabras, los gestos, el tono de voz y el contenido emocional son muy importantes (West, 2000)
2. Actividades basadas en el juego: Algunos niños se expresan mejor por medio de los juguetes y los juegos. Los juguetes actúan como símbolos transformadores y como narradores de historias (West, 2000).
3. Las artes plásticas: Los materiales plásticos permiten que el niño exprese lo inexpresable por medio de pintura y dibujos, arcilla y modelado, arena y agua (West, 2000).
 - a. El mundo de Lowenfeld: con la técnica del cajón de arena, el niño tiene la posibilidad de crear su propio mundo; aquí puede sacar a relucir sus temores y fantasías más importantes (West, 2000). Según Allan, en los cajones de arena el niño pasa por tres fases comunes: caos, lucha y resolución. El paso por estas fases evidenciará el proceso de crecimiento y curación del niño (citado en West, 2000, p.106)
4. El juego híbrido: Es parecido al juego de roles, hay que prestar especial atención al personaje, animal o cosa que el niño quiere interpretar y ver qué quiere demostrar o ansiar al usar ese disfraz (West, 2000).

3.5. Rol del terapeuta

La función que cumple el terapeuta en este tipo de terapia es simple pero eficaz (Schaefer, 2012). El terapeuta es un promotor, mediador y compañero explorador del niño en el ambiente del juego; de ninguna manera puede ser maestro, director, policía, figura

paterna, niñera o investigador. Tampoco es alguien que resuelve problemas, interprete, interrogue, rescate o explique; el asumir estas funciones como terapeuta no permitirá que el niño se explore a sí mismo, se evalúe, se descubra y desarrolle creatividad (Schaefer, 2012).

Landreth (2002) revisó y amplió las funciones que debe tener un terapeuta planteadas por Axline en 1947:

1. El terapeuta se interesa en forma genuina en el niño y desarrolla una relación sólida y afectuosa (citado en Schaefer, 2012, p.50).
2. El terapeuta experimenta una aceptación incondicional del niño y no desea que éste sea de algún modo diferente (citado en Schaefer, 2012, p.50).
3. El terapeuta crea una sensación de seguridad y permisividad en la relación, de modo que el niño se sienta en libertad de explorarse y expresarse por completo (citado en Schaefer, 2012, p.50).
4. El terapeuta es siempre sensible a los sentimientos del niño y refleja aquellos de tal forma que el menor desarrolle una mayor comprensión de sí mismo (citado en Schaefer, 2012, p.50).
5. El terapeuta confía de manera plena en la capacidad del niño para actuar con responsabilidad, respeta siempre la capacidad del menor para resolver problemas personales y permite que él lo haga (citado en Schaefer, 2012, p.50).
6. El terapeuta confía en la dirección interna del niño, le permite ser el guía de todos los ámbitos de la relación, y se resiste a cualquier impulso por dirigir el juego o la conversación del menor (citado en Schaefer, 2012, p.50).
7. El terapeuta entiende la naturaleza gradual del proceso terapéutico y no intenta apresurar el proceso (citado en Schaefer, 2012, p.50).
8. El terapeuta establece solo los límites terapéuticos necesarios para anclar la sesión a la realidad y que ayuden al menor a aceptar la responsabilidad de una relación personal y apropiada (citado en Schaefer, 2012, p.50).

3.6. Aplicaciones clínicas

Tomando en cuenta que la Terapia de Juego centrada en el niño no pone énfasis en el diagnóstico o un problema en específico, se considera que su aplicación es muy amplia (Schaefer, 2012). Por ejemplo, Axline en 1948 aplicó este tipo de terapia con un niño que sufría mutismo selectivo; por su parte Bills en 1950 realizó estudios con este tipo de terapia a niños que tenían dificultades en el lenguaje. De igual manera, Oualline en 1975 demostró que la Terapia de Juego Centrada en el Niño fue eficaz en infantes que

sufrían deterioros auditivos. Landreth en 1985 abordó un caso de tricotilomanía con este tipo de terapia y obtuvo resultados significativos (Schaefer, 2012)

Por otro lado, un estudio realizado por Le Vieux en 1994 con un niño que padecía una profunda tristeza por la pérdida de una persona amada, arrojó resultados favorables en la séptima sesión que incluían mejoras en el comportamiento y en la capacidad para externalizar de una manera más adaptativa y fácil la pérdida (Schaefer, 2012). En esta misma línea de duelo, Webb realizó un estudio en 2002 con estudiantes que habían formado parte y habían perdido a compañeros en un atentado en la ciudad de Oklahoma; los resultados mostraron avances significativos a partir de la tercera sesión en la expresión emocional y en el entendimiento del suceso (Schaefer, 2012).

Tomando en cuenta esto, gracias al rango amplio de aplicabilidad de la Terapia de Juego Centrada en el Niño y los estudios mencionados anteriormente aplicados a duelo dan bases para creer que este tipo de Terapia será efectiva para evitar un duelo patológico en niños que actualmente tienen a uno de sus padres con un diagnóstico de cáncer terminal.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tomando en cuenta que la pregunta de investigación es ¿Cómo y hasta qué punto abordar el duelo anticipado mediante terapia de juego centrada en el niño previene duelos patológicos en niños de entre 7 a 9 años cuyo padre o madre ha sido diagnosticado con cáncer terminal? La metodología que se aplicará para responderla será cuantitativa a través de los siguientes Tests: Inventario de Depresión para Niños (CDI), Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC), y finalmente el Inventario de BarOn ICE: NA. Mediante el CDI se valorará disforia y autoestima negativa, por medio del STAIC se evaluará ansiedad general y transitoria y con el Inventario de BarOn ICE:NA se medirá Inteligencia Emocional.

Justificación de la Metodología Seleccionada

Este estudio pretende demostrar la efectividad de la terapia de juego centrada en el niño durante el abordaje del duelo anticipado para prevenir futuros duelos patológicos en niños que tienen a un padre/madre enferma(o) actualmente y que su muerte es inminente. Es importante tomar en cuenta que, en la terapia de juego centrada en el niño, hay un enfoque meramente hacia la persona y no hacia el problema, es por esta razón que se busca que el niño experimente un crecimiento bajo las condiciones más favorables (Axline, 1974). Gracias a que el niño tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad, ansiedad, tristeza o confusión; el niño puede enfrentarse a ellos y aprende a controlarlos o a rechazarlos. Cuando logra alcanzar un empoderamiento emocional empieza a darse cuenta del poder interno que tiene para ser un individuo controlado, independiente, positivo, responsable (Axline, 1974), con una serie de cualidades o destrezas intrínsecas que lo ayudarán a afrontar de una forma más adecuada, como persona, problemas actuales y futuros (Schaefer, 2012). Dicho esto, y tomando en cuenta

que según Gupta y Bonanno (2011) “*la raíz de la reacción desadaptativa al duelo está en un déficit en la regulación emocional*” (citado en Bermejo; Magaña; Villacieros; Carabias y Serrano, 2012, p.86), el inventario de BarOn ICE: NA ayudará a evidenciar como el trabajo de esta terapia desarrolla la madurez psicológica que se requiere para ayudar a este niño a no caer en un duelo patológico pese a cualquier factor de riesgo existente.

De igual manera, ya que diversos estudios como el de Siegel; Mesagno & Karus o el de Pennells & Smith han concluido que las reacciones emocionales comunes que presentan los niños en duelo son principalmente la ansiedad y la depresión (citado en Symons-Bradbury, 2004, p. 22), y que las altas tasas de estas durante el duelo anticipado son predictores de pobre ajuste de los niños a la pérdida (Raveis; Siegel; Karus, 1999) es necesario ir monitoreando este tipo de sintomatología en el niño mediante los Tests CDI y STAIC.

Herramientas de la investigación utilizada

Para ésta investigación, el primer test que se utilizará es el Inventario de Depresión para Niños (CDI). La Escala CDI de Kovacs se desarrolló en 1992 por M. Kovacs a partir del Depression Inventory de Beck. Este instrumento fue diseñado para medir sintomatología depresiva en niños y adolescentes de entre 7 y 15 años. El Inventario puede ser contestado directamente por los niños, o pueden responderlo adultos de referencia. Aunque contiene frases fáciles de entender, se le pueden leer los ítems al niño en tercera persona para que éste los conteste. El niño debe elegir una de entre tres opciones, tomando en cuenta con la que más se sienta identificado. La calificación se obtiene al sumar las respuestas que van de 0 a 2 puntos dependiendo de la opción que haya escogido el niño. El punto de corte es 19 (Mengana, 2013). V. del Barrio y M. A.

Carrasco validaron una versión en español en el 2004 que consta de 27 ítems que evalúan cinco factores (Miranda de la Torre; Laborín; Chávez; Sandoval; Torres, 2016):

1. Estado de ánimo negativo: Este factor refleja sentimientos de tristeza, preocupación por cosas malas, ganas de llorar, molestia con algo e incapacidad para tomar decisiones (Miranda de la Torre; et.al, 2016).
2. Problemas interpersonales: En este factor se busca evidenciar dificultades en la interacción con las personas, la evitación y el aislamiento (Miranda de la Torre; et.al, 2016).
3. Ineficacia: Este factor refleja la evaluación negativa de las capacidades y el rendimiento escolar del niño (Miranda de la Torre; et.al, 2016).
4. Anhedonia: Aquí se evalúa la pérdida de la capacidad de sentir placer, la falta de energía, dificultades para comer o dormir y sentimientos de soledad (Miranda de la Torre; et.al, 2016).
5. Autoestima negativa: En esta escala se incluye lo que no le gusta al niño de sí mismo, sentimientos de no ser amado e ideación suicida (Miranda de la Torre; et.al, 2016).

Este Inventario es uno de los instrumentos más utilizados por expertos en depresión infantil gracias a la ayuda que da en el ámbito clínico y también por la alta validez y confiabilidad que posee (Mengana, 2013). Tiene una consistencia interna de entre 0.70 y 0.94 según los resultados obtenidos con el coeficiente Alfa de Cronbach, lo cual indica alta consistencia interna (Miranda de la Torre; et.al, 2016). De igual manera, según Ramírez (2009) *“posee una buena estabilidad temporal, pues se ha encontrado una correlación positiva considerable, utilizando el método test-retest en un intervalo de 30 días”* (citado en Mengana, 2013, p. 27).

Otro de los Tests que se utilizará en la investigación es el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC). La versión en español del Test fue desarrollada en 1982 por Spielberg C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. Este Test evalúa el nivel actual de ansiedad de la persona y su predisposición a responder al estrés. La prueba comprende dos subescalas (estado y rasgo). La subescala de estado describe cómo se siente la persona en ese momento y la subescala de rasgo identifica como se siente la persona habitualmente (Spielberger; Gorsuch & Lushene, 1982). Los factores que mide el test son: temor, tranquilidad, preocupación, evitación, somatización y tristeza e ira (Castrillón; Borrero, 2005).

La prueba muestra una consistencia interna de 0.90 a 0.93 en la subescala Estado y de 0.84 a 0.87 en la subescala Rasgo. De igual manera tiene una fiabilidad test-retest de 0.73 a 0.86 (Spielberger; Gorsuch & Lushene, 1982). De igual manera, muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad: Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Catell (0.73-0.85) (Spielberger; Gorsuch & Lushene, 1982).

Finalmente, el último test que se usara es el Inventario de BarOn ICE: NA. La versión para adultos fue desarrollada por Reuven BarOn en 1997, pero normalizada a niños y adolescentes de 7 a 18 años en el 2005 por Nelly Ugarriza y Liz Pajares. El test busca evaluar habilidades emocionales y sociales dentro de las siguientes 5 escalas propuestas por BarOn (Ugarriza; Pajares, 2005):

1. Escala intrapersonal: Aquí se evalúa la auto-comprensión, el ser asertivo y las habilidades para visualizarse a sí mismo de manera positiva (Ugarriza; Pajares, 2005).
2. Escala interpersonal: Aquí se busca valorar empatía y responsabilidad social, de igual manera el mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, habilidades de escucha y teoría de la mente (Ugarriza; Pajares, 2005).

3. Escala de adaptabilidad: Se evalúa la habilidad que tiene el niño para resolver problemas. Valora destrezas para ser flexible, realista y efectivo en el manejo de cambios y eficacia y fortaleza para enfrentar dificultades cotidianas (Ugarriza; Pajares, 2005)
4. Escala de manejo del estrés: Se busca ver la tolerancia al estrés y el control de impulsos que posee el niño. Aquí se evidenciará si el niño es tranquilo, impulsivo o frágil emocionalmente (se desmorona emocionalmente ante eventos estresantes) (Ugarriza; Pajares, 2005).
5. Escala de estado de ánimo general: En esta escala se mide la felicidad general y el optimismo tomando en cuenta si tiene una apreciación positiva sobre cosas o eventos (Ugarriza; Pajares, 2005)

El test muestra una confiabilidad de entre 0.77 y 0.88 tomando en cuenta consistencia interna, correlaciones inter-ítem y test-retest. De igual manera, indica validez gracias a la correlación de 0.92 que tiene en las interrelaciones entre escalas (Ugarriza; Pajares, 2005)

Descripción de participantes

Para poder llevar a cabo este estudio, es necesaria la participación de individuos que cumplan con parámetros que ayuden a la investigación. Es por esta razón que se requerirá la participación de 30 niños y niñas de entre 7 y 9 años cuyo padre o madre haya sido diagnosticada(o) con cáncer terminal en los últimos 6 meses y que evidencien un puntaje clínicamente significativo de depresión y ansiedad. De igual manera indicar un coeficiente bajo de Inteligencia Emocional en los Tests a realizarse. Se ha decidido seleccionar una muestra de 30 niños porque se considera un número representativo (Sampieri; Collado; Lucio, 2010). La muestra de participantes serán los hijos de los enfermos que están internos en el Hospital Oncológico “Solón Espinosa Ayala” (SOLCA) ubicado en la ciudad de Quito.

Reclutamiento de participantes

Para contar con la muestra necesaria de participantes, se acudirá a la persona responsable del Servicio de Psicología que se brinda en el Hospital Oncológico “Solón Espinosa Ayala” (SOLCA) ubicado en la ciudad de Quito a los familiares de pacientes oncológicos. Se pretende dar a conocer el objetivo principal de este estudio con el propósito de tener la oportunidad de realizar la investigación con los hijos de los pacientes que se encuentran internos. Es necesario que la persona a cargo de este Departamento facilite la información que se requiere para el reclutamiento de participantes, esto quiere decir que debe dar acceso a los archivos o entrevistas clínicas para conocer qué personas internas tienen el perfil que se requiere para realizar la investigación: tener hijos(as) de entre 7 y 9 años y haber sido diagnosticado(a) con cáncer terminal en los últimos 6 meses. De todos los niños que presenten estas características, se escogerá aleatoriamente a 30 niños que evidencien puntajes clínicamente significativos de depresión, ansiedad y bajo coeficiente de inteligencia emocional en los Tests. Una vez que se tenga esta información, se pretende tener una entrevista con el padre o tutor responsable actual del niño para explicarle los objetivos de la investigación, las sesiones de terapia centrada en el niño que recibirá su hijo(a) durante su duelo anticipado y los inventarios que se usarán para evaluar la efectividad de la misma. En caso de tener una respuesta positiva, se procederá a firmar formularios de consentimiento informado, y finalmente se empezará con la aplicación de la terapia a los niños y la evaluación de efectividad de la misma.

Procedimiento y Análisis de Datos

Se tendrá sesiones individuales una vez por semana y con una duración de 50 minutos con cada uno de los niños seleccionados. El lugar en dónde recibirán la Terapia será el Consultorio de Psicología de SOLCA previamente adaptado para tener una Terapia de Juego tomando en cuenta los materiales recomendables que se deben incluir en la llamada

“bolsa de juegos”: crayones, papel periódico, goma, tijeras, arcilla, plastilina, biberón, muñecas, tazas y platos de plástico, máscaras, cuchillo de plástico, soldados de juguete, pistola de dardos, marionetas, carros, aviones, dos teléfonos, algodón y bisutería (Landreth, 2002 citado en Schaefer, 2012). De igual manera una casa con una familia de muñecos y cajones de arena (Axline, 1974). Antes de iniciar con el tratamiento es necesario evaluar con los Tests antes mencionados, cómo se encuentran emocionalmente los niños, tomando en cuenta su situación actual y como estos valores irán cambiando a medida que vaya avanzando este tratamiento en su duelo anticipado para evidenciar la efectividad de la terapia. En principio, la terapia tendrá una duración de 6 meses; el CDI y el STAIC se les será aplicado antes de iniciar el tratamiento, al segundo mes del tratamiento y al final de tratamiento. Por otro lado, el BarOn ICE: NA se aplicará al inicio y al final del tratamiento.

Consideraciones éticas

En este trabajo de investigación habrá un total respeto a los principios éticos que se han establecido cuando se hacen estudios con personas. Tomando en cuenta que los niños participantes son menores de edad, es necesario que el padre o tutor responsable esté al tanto de todo lo que ocurrirá en el proceso; por tanto, es necesario diseñar un consentimiento informado en dónde vayan todas las explicaciones necesarias, resaltando en qué consistirá la intervención y cuáles serán los objetivos de la misma. De igual manera, dar a conocer los derechos que tiene el niño como paciente, recalando que participarán de manera voluntaria por lo que es decisión suya el permanecer en el proceso completo o retirarse antes. Por otro lado también, es necesario que tanto el niño como su familia conozcan que toda la información personal y clínica será tratada de manera totalmente confidencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el presente trabajo de investigación se analizará cómo el correcto abordaje del duelo anticipado mediante Terapia de Juego Centrada en el Niño previene duelos patológicos en niños que tienen a uno de sus padres diagnosticado con cáncer terminal. A causa de los múltiples cambios que se han ido suscitando en su vida (Christ, 2006), habrán profundas reacciones emocionales frente a la futura muerte (Pennells & Smith, 1995 citado en Symons-Bradbury, 2004, p. 22). Estudios realizados han indicado que los problemas emocionales más comunes que presentan los niños en duelo anticipado son la ansiedad y la depresión (Siegel; Mesagno & Karus, 1992). Tomando en cuenta la presencia de problemas de internalización que tienen los niños en duelo como miedo, culpa, baja autoestima, sentimientos de soledad, tristeza o aislamiento y problemas de externalización como estallidos de ira (Thastum; Watson; Kienbacher; Piha; Steck; Zachariae; Baldus & Romer, 2009), además de preocupación y angustia que sienten por la enfermedad y situación en general del padre enfermo (Saldinger; Caín & Porterfiel, 2003), se espera que haya puntuaciones elevadas en la primera administración previa al tratamiento del CDI y el STAIC, en los ítems que comprenden las escalas de ánimo negativo y auto apreciación en el CDI y en los reactivos que están dentro de las escalas temor, tranquilidad, preocupación y tristeza e ira en el STAIC. De igual manera, se espera que se eleven las escalas de ineficacia en el CDI por los problemas escolares que el niño va a empezar a presentar en esta época (Nelson; Sloper & Charlton, 1994) y la escala de somatización en el STAIC por que según investigaciones con esta población se ha concluido que el duelo en niños se manifiesta con más complicaciones en el plano somático (Moreno, 2014).

De igual manera, se espera que los niños en duelo presenten una puntuación baja en la primera administración del Inventario de BarOn ICE:NA en la escala intrapersonal,

en la escala de adaptabilidad, en la escala del manejo del estrés y en general un coeficiente bajo de Inteligencia Emocional evidenciando el déficit en la auto regulación emocional (Gupta y Bonanno, 2011), la misma que ha impedido sobrellevar de manera adaptativa la enfermedad del padre y por esto se han disparado los niveles de ansiedad y depresión (Siegel; Mesagno & Karus, 1992).

Tomando en cuenta que según BarOn (1997):

las personas emocionalmente inteligentes son capaces de reconocer y expresar sus emociones, comprenderse a sí mismos, actualizar sus capacidades potenciales, llevar una vida regularmente saludable y feliz. Son capaces de comprender la manera como las otras personas se sienten, de tener y mantener relaciones interpersonales satisfactorias y responsables, sin llegar a ser dependientes de los demás. Son generalmente optimistas, flexibles, realistas, tienen éxito en resolver sus problemas y afrontar el estrés, sin perder el control (citado en Ugarriza; Pajares, 2005, p. 18)

se espera que por medio de la Terapia Centrada en el Niño, los infantes tengan la oportunidad de desarrollar todas estas habilidades, tomando en cuenta que los objetivos principales de esta terapia están orientados a que el niño alcance un empoderamiento emocional y empiece a darse cuenta del poder interno que tiene para ser un individuo controlado, independiente, positivo, responsable (Axline, 1974) y con una serie de cualidades o destrezas intrínsecas que lo ayudarán a afrontar de una forma más adecuada, como persona, problemas actuales y futuros (Schaefer, 2012). Tomando en cuenta esto, con la evolución de la terapia se espera que los niños aumenten el coeficiente de Inteligencia Emocional que tenían antes de empezar el tratamiento y de esta manera los índices de ansiedad y depresión ya no sean clínicamente significativos, es decir que deben bajar la puntuación que tenían en la primera administración del CDI y el STAIC.

Discusión

Al finalizar este estudio, para responder a la pregunta de investigación ¿Cómo y hasta qué punto abordar el duelo anticipado mediante terapia de juego centrada en el niño previene duelos patológicos en niños de entre 7 y 9 años cuyo padre o madre ha

sido diagnosticado con cáncer terminal? Se puede concluir que la Terapia de Juego Centrada en el niño si puede resultar efectiva en la prevención de duelos patológicos póstumos a la muerte porque ayuda a que el niño se convierta en un individuo más maduro e independiente, además de que tiene la oportunidad de conocer sus propias fortalezas gracias a que el terapeuta de juego lo estimula a ahondar en su mundo interno (Axline, 1974). Gracias a que el niño ha adquirido o ha desarrollado estas habilidades en el duelo anticipado, cuando llegue el momento de la muerte, el niño va a ser lo suficientemente capaz de afrontarlo de la manera más adaptativa posible por todo el empoderamiento emocional que ha logrado conseguir en las sesiones de juego realizadas.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, un duelo anticipado es un tiempo de alta vulnerabilidad emocional e inestabilidad psicológica en los niños porque tienen que lidiar con muchos factores que la enfermedad de uno de sus padres ha traído consigo (Muriel, 2017). Hay altos niveles de ansiedad y depresión porque no tienen la suficiente capacidad para manejar todo el estrés por el que están atravesando (Nelson; Sloper & Charlton, 1994). Tomando en cuenta esto, que gratificante debió ser para el niño en duelo haber acudido a un espacio en donde a medida que transcurrió el tiempo, pudo darse cuenta que es capaz de manejar lo que creía inmanejable porque reconoció que tiene habilidades para bastarse por sí solo gracias a que ha podido comprenderse mejor a sí mismo (Axline, 1973).

Finalmente, es importante mencionar que si bien es cierto, que hay múltiples factores que pueden llevar a un duelo patológico como por ejemplo que los varones pierdan al padre en la adolescencia y que las niñas pierdan a la madre antes de los 10 años, el tipo de relación que se tenía con la persona fallecida o la reacción inadecuada del padre sobreviviente o familiares cercano (Moreno, 2014), estos son factores externos en

los que difícilmente se puede influir porque son situaciones que se escapan de las manos; pero factores no ambientales que también llevan a duelos patológicos como déficits en la regulación emocional (Gupta; Bonanno, 2011) pueden ser resueltos por medio de una terapia adecuada, que brinde la oportunidad de conocer y enfrentar las emociones y aprender a controlarlas o rechazarlas (Axline, 1973). Entonces, pese a que el niño en duelo pueda tener todos estos factores de riesgo externos, todos quedarían anulados y ya no influirían un duelo patológico si el niño adquiere en terapia cualidades o destrezas intrínsecas que lo ayudarán a afrontar de una forma más adecuada el fallecimiento de esa persona tan importante (Schaefer, 2012).

Limitaciones del estudio

Al finalizar este estudio se reconocen algunas limitaciones importantes que pueden influir en los resultados esperados. En primer lugar, la falta de evaluaciones psicométricas para duelo anticipado que indiquen la posibilidad de duelo patológico póstumo a la muerte en niños, no ha permitido evaluar de una manera más objetiva la efectividad de la Terapia de Juego Centrada en el Niño. Únicamente se han usado inventarios que miden las reacciones emocionales desadaptativas más importantes que pueden llevar a duelos patológicos como son el CDI y el STAIC.

De igual manera, hay que tomar en cuenta la situación por la que está pasando esta familia, es posible que sea complicado para el cuidador a cargo traer al niño a la terapia una vez por semana porque puede tener otras obligaciones y prioridades que atender sobre todo con el padre enfermo. Esta irregularidad en la terapia puede sesgar los resultados porque a causa de que el niño no ha aprovechado al máximo la terapia puede que no se beneficie de esta tal y como se espera.

Finalmente, hay que tomar en cuenta que la muestra escogida proviene solo de del Hospital Oncológico “Solón Espinosa Ayala” de Quito (SOLCA), ésta limitada población

puede estar sesgando los resultados. De igual manera, el estudio abarcó niños con un rango de edad muy específico y limitado. Por otro lado también, no hubo especificaciones en cuanto al tipo de cáncer, ni se discriminó si la persona enferma sería padre o madre; el no especificar estos factores también pueden influenciar en los resultados.

Recomendaciones para futuros estudios

Sería importante que para futuros estudios se haga una investigación de tipo longitudinal, es decir, se siga a la muestra de niños utilizada hasta luego de la muerte del padre para comprobar si verdaderamente la Terapia de Juego Centrada en el Niño cumple el propósito de prevenir duelos patológicos gracias a toda la madurez emocional que desarrolla en los niños. Esta investigación longitudinal permitiría analizar de manera más objetiva las reacciones que tendría el niño frente a la pérdida que ya se ha dado, no solo quedaría en meras suposiciones como en el estudio actual.

De igual manera, sería importante que se involucre a la familia en algunas sesiones, haciendo una combinación con Terapia de Juego Filial para ver la posibilidad de que haya beneficios más globales, es decir, que no solo beneficie y empodere emocionalmente al niño sino también al padre cuidador y al padre enfermo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2005). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson

Ávila, M. M., & de la Rubia, J. M. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109.

Axline, V (1947). *Terapia de juego: la dinámica interna de la niñez*, Boston: Houghton Mifflin

Barreto, P; de la Torre, O; Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368

Bermejo, J. C., Magaña, M., Villacieros, M., Carabias, R., & Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de psicoterapia*, 88, 85-95.

Bisquerra, R. (2014). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.

Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss, Vol.III: Loss*, London :The Hogarth Press

Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida: La pérdida, Volumen 3* (A. Báez, Trans.). Madrid: Espasa Libros

Bucay, J (2006). *El camino de las lágrimas*. D.F, México: Océano

Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 163-176). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Castrillón Moreno, D. A., & Borrero Copete, P. E. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta colombiana de psicología*, 8(1), 79-90.

Cheifetz, P. N., Stavrakakis, G., & Lester, E. P. (1989). Studies of the affective state in bereaved children. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(7), 688-692.

Christ, G (2006) Current approaches to helping children cope with a parent's terminal illness. *CA Cancer J Clin*; 56:197

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Greenberg, T., Padlo, S., & Shipley, C. (2002). Childhood traumatic grief: Concepts and controversies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3(4), 307-327.

De la Fuente M.J. (2002). *Familia y muerte*, Valencia: Promolibro

de la Torre, I. M., Álvarez, J. F. L., Chávez-Hernández, A. M., Godoy, S. A. S., & Soto, N. Y. T. (2016). Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y Salud*, 26(2), 273-282.

Espelt-Salazar, A. (2015). Cómo elaborar las pérdidas de la infancia: una propuesta didáctica para abordar el duelo en niños de 3-6 años (Tesis de pregrado). Universidad Internacional de la Rioja, España

Falagán, N. (2014). El duelo: diagnóstico y abordaje del duelo normal y complicado (Tesis de pregrado). Universidad de Cantabria, España

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía, en Obras Completas. Vol. XIV. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu, pp. 235-255

Gallego, A. O; Reverte, M. A. (2014). EL DUELO EN LOS NIÑOS (LA PÉRDIDA DEL PADRE/MADRE). Extraído de: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo11.pdf>

Gómez de la Calzada Ruiz, C. (2015). El duelo en la infancia: elaboración, intervención y relación con la depresión (Tesis de pregrado). Universidad de Cádiz, España.

Guerrero, R. Duelo Anticipado por Enfermedad (Tesis de pregrado). Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, México.

Gupta, S., & Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of abnormal psychology*, 120(3), 635.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. México, DF.

Hernández, P; Solanas, C; Herrero, C (2014). DEPRESIÓN Y DUELO ANTICIPATORIO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. Extraído de: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo19.pdf>

Ladrón de Guevara, S (2006). EL DESARROLLO COGNOSCITIVO COMO DETERMINANTE DEL ORIGEN DEL CONCEPTO DE MUERTE. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 2 (1), 1-33

Loitegui, A. (2008). Duelo Anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades).

Lozano, L.M; Chaskel, R (2014). El diagnóstico y manejo del duelo en niños y adolescentes en la práctica pediátrica. *Reconocimiento y manejo*. CCAP. 8(3). 19-32

Mantilla, M. G. G. (2012). El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central de conflicto relacional (CCRT) (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).

Martínez, P (2013). Duelo Anticipado (Tesis de pregrado). Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, México

McMahon, L. (2009) *The handbook of Play Therapy and Therapeutic Play* (Second Edition). Routledge: East Sussex.

Mengana, K (2013). ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS EN ADOLESCENTES CUBANOS DE 12 a 15 AÑOS (Tesis de pregrado). UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS, Santa Clara

Moreno Muñoz, T. (2016). Prevención de duelo complicado en niños." Guía didáctica: El camino en el duelo" (Tesis de postgrado). Universidad de Córdoba, Córdoba.

Muriá, I (2007). La concepción de la muerte en los niños. Extraído de: http://muerte.bioetica.org/clas/muerte4.htm#_Toc51229654

Muriel, A (2017). Preparing children for the loss of a loved one. Extraído de: <https://www.uptodate.com/contents/preparing-children-for-the-loss-of-a-loved-one>

Nelson E, Sloper P, Charlton A, While D (1994) Children who have a parent with cancer: a pilot study. *J Cancer Educ*; 9:30.

Raveis, V. H., Siegel, K., & Karus, D. (1999). Children's psychological distress following the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 165-180.

Rubio, J (2013). Duelo Normal y Patológico. Extraído de: <http://www.geocities.ws/estamentops2/Documentos/duelo.pdf>

Saldinger A, Cain A, Porterfield K (2003) Managing traumatic stress in children anticipating parental death. *Psychiatry*; 66:168.

Schaefer, C. E (2012). *Fundamentos de terapia de juego*, segunda edición, México, D.F, Editorial El Manual Moderno.

Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 119.

Siegel, K., Mesagno, F. P., Karus, D., Christ, G., Banks, K., & Moynihan, R. (1992). Psychosocial adjustment of children with a terminally ill parent. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(2), 327-333.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1982). *Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones, 1-16.

Symons-Bradbury, J. (2006). *Children's perceptions of death: A Piagetian Perspective* (Doctoral dissertation).

Tessari, M (2008). Terapia de Juego, el lenguaje de los niños. Extraído de: [http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo18/files/Terapia de Juego-aplicable a escuelas- hospitales y otras i.pdf](http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo18/files/Terapia_de_Juego-aplicable_a_escuelas- hospitales_y_otras_i.pdf)

Thastum, M., Watson, M., Kienbacher, C., Piha, J., Steck, B., Zachariae, R., ... & Romer, G. (2009). Prevalence and predictors of emotional and behavioural functioning of children where a parent has cancer. *Cancer*, 115(17), 4030-4039.

Tizón, J (2004). Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós.

Trigilia, A (2015). Las 4 etapas del desarrollo cognitivo de Jean Piaget. Extraído de: <https://psicologiamente.net/desarrollo/etapas-desarrollo-cognitivo-jean-piaget>

Ugarriza Chávez, N., & Pajares Del Águila, L. (2005). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes. *Persona*, (8).

Vedia, V (2016). Duelo patológico: factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 11(2), 12-34.

West, J (2000). Terapia de juego centrada en el niño, México D.F: El Manual Moderno.

Wong, F (2013). Ayudar a un niño a sobrellevar la pérdida mediante el uso de la terapia de duelo. Run Run Shaw Library, Universidad de la Ciudad de Hong Kong

Zañartu, C; Kramer, C; Wietstruck, M. A. (2008). La muerte y los niños. *Revista chilena de pediatría*, 79(4), 393-397.

ANEXOS

Anexo A



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<p>Objetivo General <i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i></p> <p>El objetivo principal del estudio es demostrar la efectividad de la terapia de juego centrada en el niño en el trabajo de duelos anticipatorios y cómo su correcto abordaje previene duelos patológicos en niños cuyos padre o madre tienen cáncer y su muerte es inminente.</p>
<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar factores de riesgo de duelo patológico • Conocer la importancia del duelo anticipado • Saber cómo y hasta qué punto la terapia de juego centrada en el niño desarrolla Inteligencia Emocional en el niño
<p>Diseño y Metodología del estudio <i>Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..</i></p> <p>La metodología que se aplicará en este estudio será cuantitativa a través de los siguientes Tests: Inventario de Depresión para Niños (CDI), Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC), y finalmente el Inventario de BarOn ICE: NA. Se requerirá la participación de 30 niños y niñas de entre 7 y 9 años cuyo padre o madre haya sido diagnosticada(o) con cáncer terminal en los últimos 6 meses y que evidencien un puntaje clínicamente significativo de depresión y ansiedad. De igual manera indicar un coeficiente bajo de Inteligencia Emocional en los Tests a realizarse.</p>
<p>Procedimientos <i>Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acudir a la persona responsable del Servicio de Psicología que se brinda en el Hospital Oncológico “Solón Espinosa Ayala” (SOLCA) ubicado en la ciudad de Quito a los familiares de pacientes oncológicos y explicar los objetivos del estudio. 2. Tener acceso a archivos clínicos para determinar cuáles pacientes cumplen con los requerimientos para realizar el estudio 3. Aplicar los Tests a los niños y seleccionar a los 30 niños que poseen puntajes clínicamente significativos de depresión, ansiedad y coeficiente bajo de Inteligencia Emocional 4. Reunirse con los tutores de los niños seleccionados para explicar los objetivos del estudio y firmar el consentimiento informado 5. Tener sesiones de 50 minutos una vez por semana de Terapia de Juego con los niños 6. Evaluar el progreso mediante los Tests antes mencionados para verificar la efectividad de la terapia
<p>Recolección y almacenamiento de los datos <i>Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación</i></p> <p>Tomando en cuenta que los niños participantes son menores de edad, es necesario que el padre o tutor responsable esté al tanto de todo lo que ocurrirá en el proceso; por tanto, es necesario diseñar un consentimiento informado en donde vayan todas las explicaciones necesarias, resaltando en qué consistirá la intervención y cuáles serán los objetivos de la misma. De igual manera es importante resaltar que el derecho de confidencialidad que tiene el niño y los familiares del mismo.</p>
<p>Herramientas y equipos <i>Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos</i></p>

Inventario de Depresión para Niños (CDI), Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC), y finalmente el Inventario de BarOn ICE: NA.

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Título de la Investigación

La efectividad de la Terapia de Juego Centrada en el Niño durante el abordaje del Duelo Anticipado para prevenir Duelos Patológicos en niños que tienen a uno de sus padres con un diagnóstico de cáncer terminal

Investigador Principal *Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica*

Diana Carolina Vélez Estrada, Universidad San Francisco de Quito
Diana.velez@estud.usfq.edu.ec

Co-investigadores *Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera*

No Aplica

Persona de contacto *Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica*

Carolina Vélez, 0999734058, diana.velez@estud.usfq.edu.ec

Nombre de director de tesis y correo electrónico *Solo si es que aplica*

Ana Maria Viteri, aviteri@usfq.edu.ec

Fecha de inicio de la investigación Agosto 2017

Fecha de término de la investigación Diciembre 2017

Financiamiento No aplica

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

Este estudio es importante porque ayudará de manera significativa a niños que perderán a su padre o madre por cáncer. El correcto abordaje del duelo prevendrá secuelas importantes en los niños, como, por ejemplo, futuros trastornos del estado de ánimo (Gallego; Reverte, 2014). Involucrar al niño en todo el proceso es muy sanador, siempre y cuando se lo lleve a cabo de forma correcta (Jové, 2006). Empezar un duelo anticipado en dónde el niño entienda y procese lo que está pasando en ese momento y lo que se viene a futuro es sumamente bueno para su salud mental y emocional (Jové, 2006), Además, el hecho de que sea en un ambiente cómodo y que, además, el niño conoce a la perfección (el juego), hará que la terapia no sea tan invasiva y difícil de comprender (Schaefer, 2012).

Referencias bibliográficas completas en formato APA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2005). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson

Ávila, M. M., & de la Rubia, J. M. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109.

Axline, V (1947). *Terapia de juego: la dinámica interna de la niñez*, Boston: Houghton Mifflin

Barreto, P; de la Torre, O; Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368

- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R., & Serrano, I. (2012). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de psicoterapia*, 88, 85-95.
- Bisquerra, R. (2014). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss, Vol.III: Loss*, London :The Hogarth Press
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida: La pérdida, Volumen 3* (A. Báez, Trans.). Madrid: Espasa Libros
- Bucay, J (2006). *El camino de las lágrimas*. D.F, México: Océano
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 163-176). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Castrillón Moreno, D. A., & Borrero Copete, P. E. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta colombiana de psicología*, 8(1), 79-90.
- Cheifetz, P. N., Stavrakakis, G., & Lester, E. P. (1989). Studies of the affective state in bereaved children. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(7), 688-692.
- Christ, G (2006) Current approaches to helping children cope with a parent's terminal illness. *CA Cancer J Clin*; 56:197
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Greenberg, T., Padlo, S., & Shipley, C. (2002). Childhood traumatic grief: Concepts and controversies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3(4), 307-327.
- De la Fuente M.J. (2002). *Familia y muerte*, Valencia: Promolibro
- de la Torre, I. M., Álvarez, J. F. L., Chávez-Hernández, A. M., Godoy, S. A. S., & Soto, N. Y. T. (2016). Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y Salud*, 26(2), 273-282.
- Espelt-Salazar, A. (2015). *Cómo elaborar las pérdidas de la infancia: una propuesta didáctica para abordar el duelo en niños de 3-6 años* (Tesis de pregrado). Universidad Internacional de la Rioja, España
- Falagán, N. (2014). *El duelo: diagnóstico y abordaje del duelo normal y complicado* (Tesis de pregrado). Universidad de Cantabria, España
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*, en *Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu, pp. 235-255
- Gallego, A. O; Reverte, M. A. (2014). *EL DUELO EN LOS NIÑOS (LA PÉRDIDA DEL PADRE/MADRE)*. Extraído de: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo11.pdf>
- Gómez de la Calzada Ruiz, C. (2015). *El duelo en la infancia: elaboración, intervención y relación con la depresión* (Tesis de pregrado). Universidad de Cádiz, España.
- Guerrero, R. *Duelo Anticipado por Enfermedad* (Tesis de pregrado). Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, México.
- Gupta, S., & Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of abnormal psychology*, 120(3), 635.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México, DF.
- Hernández, P; Solanas, C; Herrero, C (2014). *DEPRESIÓN Y DUELO ANTICIPATORIO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO*. Extraído de: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo19.pdf>
- Ladrón de Guevara, S (2006). *EL DESARROLLO COGNOSCITIVO COMO DETERMINANTE DEL ORIGEN DEL CONCEPTO DE MUERTE*. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 2 (1), 1-33

- Loitegui, A. (2008). Duelo Anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades).
- Lozano, L.M; Chaskel, R (2014). El diagnóstico y manejo del duelo en niños y adolescentes en la práctica pediátrica. Reconocimiento y manejo. CCAP. 8(3). 19-32
- Mantilla, M. G. G. (2012). El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central de conflicto relacional (CCRT) (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Martínez, P (2013). Duelo Anticipado (Tesis de pregrado). Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, México
- McMahon, L. (2009) The handbook of Play Therapy and Therapeutic Play (Second Edition). Routledge: East Sussex.
- Mengana, K (2013). ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS EN ADOLESCENTES CUBANOS DE 12 a 15 AÑOS (Tesis de pregrado). UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS, Santa Clara
- Moreno Muñoz, T. (2016). Prevención de duelo complicado en niños." Guía didáctica: El camino en el duelo" (Tesis de postgrado). Universidad de Córdoba, Córdoba.
- Muriá, I (2007). La concepción de la muerte en los niños. Extraído de: http://muerte.bioetica.org/clas/muerte4.htm#_Toc51229654
- Muriel, A (2017). Preparing children for the loss of a loved one. Extraído de: <https://www.uptodate.com/contents/preparing-children-for-the-loss-of-a-loved-one>
- Nelson E, Sloper P, Charlton A, While D (1994) Children who have a parent with cancer: a pilot study. J Cancer Educ; 9:30.
- Raveis, V. H., Siegel, K., & Karus, D. (1999). Children's psychological distress following the death of a parent. Journal of Youth and Adolescence, 28(2), 165-180.
- Rubio, J (2013). Duelo Normal y Patológico. Extraído de: <http://www.geocities.ws/estamentops2/Documentos/duelo.pdf>
- Saldinger A, Cain A, Porterfield K (2003) Managing traumatic stress in children anticipating parental death. Psychiatry; 66:168.
- Schaefer, C. E (2012). Fundamentos de terapia de juego, segunda edición, México, D.F, Editorial El Manual Moderno.
- Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. Dialogues in clinical neuroscience, 14(2), 119.
- Siegel, K., Mesagno, F. P., Karus, D., Christ, G., Banks, K., & Moynihan, R. (1992). Psychosocial adjustment of children with a terminally ill parent. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31(2), 327-333.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1982). Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI). Madrid: TEA Ediciones, 1-16.
- Symons-Bradbury, J. (2006). Children's perceptions of death: A Piagetian Perspective (Doctoral dissertation).
- Tessari, M (2008). Terapia de Juego, el lenguaje de los niños. Extraído de: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo18/files/Terapia_de_Juego-_aplicable_a_escuelas-_hospitales_y_otras_i.pdf
- Thastum, M., Watson, M., Kienbacher, C., Piha, J., Steck, B., Zachariae, R., ... & Romer, G. (2009). Prevalence and predictors of emotional and behavioural functioning of children where a parent has cancer. Cancer, 115(17), 4030-4039.
- Tizón, J (2004). Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós.
- Trigilia, A (2015). Las 4 etapas del desarrollo cognitivo de Jean Piaget. Extraído de: <https://psicologiyamente.net/desarrollo/etapas-desarrollo-cognitivo-jean-piaget>

- Ugarriza Chávez, N., & Pajares Del Águila, L. (2005). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes. *Persona*, (8).
- Vedia, V (2016). Duelo patológico: factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 11(2), 12-34.
- West, J (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*, México D.F: El Manual Moderno.
- Wong, F (2013). Ayudar a un niño a sobrellevar la pérdida mediante el uso de la terapia de duelo. Run Run Shaw Library, Universidad de la Ciudad de Hong Kong
- Zañartu, C; Kramer, C; Wietstruck, M. A. (2008). La muerte y los niños. *Revista chilena de pediatría*, 79(4), 393-397.

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Criterios para la selección de los participantes *Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto*

Se requerirá la participación de 30 niños y niñas de entre 7 y 9 años cuyo padre o madre haya sido diagnosticada(o) con cáncer terminal en los últimos 6 meses y que evidencien un puntaje clínicamente significativo de depresión y ansiedad. De igual manera indicar un coeficiente bajo de Inteligencia Emocional en los Tests a realizarse.

Riesgos *Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará*

Los niños o los tutores responsables pueden negarse a participar en el estudio por tener otras prioridades como el cuidado del padre enfermo.

Beneficios para los participantes *Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán*

Los niños que participen en el estudio desarrollarán un empoderamiento emocional que les ayudará en resolución de problemas actuales y futuros.

Ventajas potenciales a la sociedad *Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso*

La Terapia de juego Centrada en el Niño desarrolla en los infantes capacidades intrínsecas que servirán de factores protectores para trastornos psicológicos por duelo o por otras circunstancias.

Derechos y opciones de los participantes del estudio *Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.*

Los participantes tienen la total libertad de participar o no en el estudio, de igual manera tiene el derecho de retirarse si ellos creen conveniente.

Seguridad y Confidencialidad de los datos *Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes*

Tomando en cuenta que los niños participantes son menores de edad, es necesario que el padre o tutor responsable esté al tanto de todo lo que ocurrirá en el proceso; por tanto, es necesario diseñar un consentimiento informado en donde vayan todas las explicaciones necesarias, resaltando en qué consistirá la intervención y cuáles serán los objetivos de la misma. De igual manera es importante resaltar que el derecho de confidencialidad que tiene el niño y los familiares del mismo.

Consentimiento informado *Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario*

Se tendrá una reunión con el padre responsable del niño en donde se le explicará los objetivos del estudio y todo el contenido del consentimiento informado

Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.

El investigador tiene la responsabilidad de seguir las consideraciones éticas estipuladas anteriormente.

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí () No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí () No () No Aplica ()

Firma del investigador: _____ (con tinta azul)

Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ: _____

ANEXO B



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: La efectividad de la Terapia de Juego Centrada en el Niño durante el abordaje del Duelo Anticipado para prevenir Duelos Patológicos en niños que tienen a uno de sus padres con un diagnóstico de cáncer terminal

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Diana Carolina Vélez Estrada*

Datos de localización del investigador principal *0999734058, diana.velez@estud.usfq.edu.ec*

Co-investigadores *No aplica*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre la efectividad de la Terapia de Juego Centrada en el Niño durante el abordaje del Duelo Anticipado para prevenir Duelos Patológicos en niños que tienen a uno de sus padres con un diagnóstico de cáncer terminal

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

Demostrar la efectividad de la Terapia de juego centrada en el niño. Se requerirá la participación de 30 niños y niñas de entre 7 y 9 años cuyo padre o madre haya sido diagnosticada(o) con cáncer terminal en los últimos 6 meses y que evidencien un puntaje clínicamente significativo de depresión y ansiedad. De igual manera indicar un coeficiente bajo de Inteligencia Emocional en los Tests a realizarse.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

1. Acudir a la persona responsable del Servicio de Psicología que se brinda en el Hospital Oncológico "Solón Espinosa Ayala" (SOLCA) ubicado en la ciudad de Quito a los familiares de pacientes oncológicos y explicar los objetivos del estudio.
2. Tener acceso a archivos clínicos para determinar cuáles pacientes cumplen con los requerimientos para realizar el estudio
3. Aplicar los Tests a los niños y seleccionar a los 30 niños que poseen puntajes clínicamente significativos de depresión, ansiedad y coeficiente bajo de Inteligencia Emocional
4. Reunirse con los tutores de los niños seleccionados para explicar los objetivos del estudio y firmar el consentimiento informado
5. Tener sesiones de 50 minutos una vez por semana de Terapia de Juego con los niños
6. Evaluar el progreso mediante los Tests antes mencionados para verificar la efectividad de la terapia

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Es probable que al inicio les sea complicado a los niños expresar sus emociones y pensamientos. Es posible que al inicio no comprendan el verdadero propósito de la Terapia y se sientan abumados o confundidos.

Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio (si aplica) ó

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo (si aplica)

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0999734058 que pertenece a Carolina Vélez, o envíe un correo electrónico a diana.velez@stud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (si aplica)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL – CDI

Población diana: Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario auto-administrado. Cada ítem responde a una escala tipo Likert donde 0 indica "normalidad", 1 indica "cierta intensidad" y 2 indica la "presencia inequívoca" de un síntoma depresivo. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva. Las respuestas 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 puntúan 0, 1 y 2; mientras que las restantes puntúan 2, 1 y 0.

El punto de corte recomendado para su uso como instrumento de screening se sitúa en 19 puntos, mientras que en un caso clínico el punto de corte se posiciona en 12 puntos.

I. Marca con un X la alternativa que más se asemeje a cómo te sientes o lo que piensas.

<p>1.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy triste siempre.</p> <p>2.</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.</p> <p><input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien</p> <p>3.</p> <p><input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas.</p> <p><input type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas</p> <p><input type="checkbox"/> Todo lo hago mal</p> <p>4.</p> <p><input type="checkbox"/> Me divierten muchas cosas</p> <p><input type="checkbox"/> Me divierten algunas cosas</p> <p><input type="checkbox"/> Nada me divierte</p> <p>5.</p> <p><input type="checkbox"/> Soy malo siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Soy malo muchas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Soy malo algunas veces</p> <p>6.</p> <p><input type="checkbox"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles</p>	<p>7.</p> <p><input type="checkbox"/> Me odio</p> <p><input type="checkbox"/> No me gusta como soy</p> <p><input type="checkbox"/> Me gusta como soy</p> <p>8.</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son culpa mía.</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía.</p> <p><input type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.</p> <p>9.</p> <p><input type="checkbox"/> No pienso en matarme</p> <p><input type="checkbox"/> Pienso en matarme pero no lo haría</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero matarme.</p> <p>10.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar muchos días</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.</p> <p>11.</p> <p><input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan muchas veces.</p> <p><input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan de cuando en cuando.</p> <p>12.</p> <p><input type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente</p>
---	---

<p>13</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No puedo decidirme <input type="checkbox"/> Me cuesta decidirme <input type="checkbox"/> Me decido fácilmente <p>14</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tengo buen aspecto <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. <input type="checkbox"/> Soy feo. <p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer las tareas <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer las tareas <input type="checkbox"/> No me cuesta ponerme a hacer las tareas <p>16</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormirme <input type="checkbox"/> Muchas noches me cuesta dormirme. <input type="checkbox"/> Duermo muy bien <p>17.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estoy cansado de cuando en cuando <input type="checkbox"/> Estoy cansado muchos días <input type="checkbox"/> Estoy cansado siempre <p>18</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> Muchos días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> Como muy bien 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No quiero en absoluto estar con la gente. <p>19.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad. <input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad <input type="checkbox"/> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad <p>20.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca me siento solo. <input type="checkbox"/> Me siento solo muchas veces <input type="checkbox"/> Me siento solo siempre <p>21.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca me divierto en el colegio <input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. <input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio muchas veces. <p>23.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio es bueno. <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. <input type="checkbox"/> Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien. <p>24.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños. <input type="checkbox"/> Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños. <input type="checkbox"/> Soy tan bueno como otros niños
<p>25.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nadie me quiere <input type="checkbox"/> No estoy seguro de que alguien me quiera <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que alguien me quiere. <p>26.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Generalmente hago lo que me dicen. <input type="checkbox"/> Muchas veces no hago lo que me dicen. <input type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen 	<p>27.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente <input type="checkbox"/> Me peleo muchas veces. <input type="checkbox"/> Me peleo siempre.

ANEXO D

ANEXO 1.

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) (adaptación Española) (Seisdedos, 1990).

Nombres y Apellidos _____ Edad _____

PRIMERA PARTE

1	Me siento calmado	1	2	3
2	Me encuentro inquieto	1	2	3
3	Me siento nervioso	1	2	3
4	Me encuentro descansado	1	2	3
5	Tengo miedo	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Estoy preocupado	1	2	3
8	Me encuentro satisfecho	1	2	3
9	Me siento feliz	1	2	3
10	Me siento seguro	1	2	3
11	Me encuentro bien	1	2	3
12	Me siento molesto	1	2	3
13	Me siento agradable	1	2	3
14	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15	Me encuentro confuso	1	2	3
16	Me siento animoso	1	2	3
17	Me siento angustiado	1	2	3
18	Me encuentro alegre	1	2	3
19	Me encuentro contrariado	1	2	3
20	Me siento triste	1	2	3

SEGUNDA PARTE

1	Me preocupa cometer errores	1	2	3
2	Siento ganas de llorar	1	2	3
3	Me siento desgraciado	1	2	3
4	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6	Me preocupo demasiado	1	2	3
7	Me encuentro molesto	1	2	3
8	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3

ANEXO E

INVENTARIO EMOCIONAL BarOn ICE: NA - Completo

Adaptado por Nelly Ugarriza Chávez y Liz Pajares Del Aguila

INSTRUCCIONES

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, hay cuatro posibles respuestas:

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo
4. Muy a menudo

Dinos cómo te sientes, piensas o actúas **LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORÍA DE LUGARES**. Elige una, y sólo UNA respuesta para cada oración y coloca un ASPA sobre el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es "Rara vez", haz un ASPA sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor haz un ASPA en la respuesta de cada oración.

		Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
1.	Me gusta divertirme.	1	2	3	4
2.	Soy muy bueno (a) para comprender cómo la gente se siente.	1	2	3	4
3.	Puedo mantener la calma cuando estoy molesto.	1	2	3	4
4.	Soy feliz.	1	2	3	4
5.	Me importa lo que les sucede a las personas.	1	2	3	4
6.	Me es difícil controlar mi cólera.	1	2	3	4
7.	Es fácil decirle a la gente cómo me siento.	1	2	3	4
8.	Me gustan todas las personas que conozco.	1	2	3	4
9.	Me siento seguro (a) de mi mismo (a).	1	2	3	4
10.	Sé cómo se sienten las personas.	1	2	3	4
11.	Sé como mantenerme tranquilo (a).	1	2	3	4
12.	Intento usar diferentes formas de responder las preguntas difíciles.	1	2	3	4
13.	Pienso que las cosas que hago salen bien.	1	2	3	4
14.	Soy capaz de respetar a los demás.	1	2	3	4
15.	Me molesto demasiado de cualquier cosa.	1	2	3	4
16.	Es fácil para mí comprender las cosas nuevas.	1	2	3	4

17.	Puedo hablar fácilmente sobre mis sentimientos.	1	2	3	4
18.	Pienso bien de todas las personas.	1	2	3	4
19.	Espero lo mejor.	1	2	3	4
20.	Tener amigos es importante.	1	2	3	4
21.	Peleo con la gente.	1	2	3	4
22.	Puedo comprender preguntas difíciles.	1	2	3	4
23.	Me agrada sonreír.	1	2	3	4

		Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
24.	Intento no herir los sentimientos de las personas.	1	2	3	4
25.	No me doy por vencido (a) ante un problema hasta que lo resuelvo.	1	2	3	4
26.	Tengo mal genio.	1	2	3	4
27.	Nada me molesta.	1	2	3	4
28.	Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos.	1	2	3	4
29.	Sé que las cosas saldrán bien.	1	2	3	4
30.	Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles.	1	2	3	4
31.	Puedo fácilmente describir mis sentimientos.	1	2	3	4
32.	Sé cómo divertirme.	1	2	3	4
33.	Debo decir siempre la verdad.	1	2	3	4
34.	Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil, cuando yo quiero.	1	2	3	4
35.	Me molesto fácilmente.	1	2	3	4
36.	Me agrada hacer cosas para los demás.	1	2	3	4
37.	No me siento muy feliz.	1	2	3	4
38.	Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas.	1	2	3	4
39.	Demoro en molestarme.	1	2	3	4
40.	Me siento bien conmigo mismo (a).	1	2	3	4
41.	Hago amigos fácilmente.	1	2	3	4
42.	Pienso que soy el (la) mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4
43.	Para mí es fácil decirle a las personas cómo me siento.	1	2	3	4
44.	Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones.	1	2	3	4
45.	Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos.	1	2	3	4
46.	Cuando estoy molesto (a) con alguien, me siento molesto (a) por mucho tiempo.	1	2	3	4
47.	Me siento feliz con la clase de persona que soy.	1	2	3	4
48.	Soy bueno (a) resolviendo problemas.	1	2	3	4
49.	Par mí es difícil esperar mi turno.	1	2	3	4
50.	Me divierte las cosas que hago.	1	2	3	4
51.	Me agradan mis amigos.	1	2	3	4
52.	No tengo días malos.	1	2	3	4
53.	Me es difícil decirle a los demás mis sentimientos.	1	2	3	4
54.	Me disgusto fácilmente.	1	2	3	4
55.	Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste.	1	2	3	4

56.	Me gusta mi cuerpo.	1	2	3	4
57.	Aún cuando las cosas sean difíciles, no me doy por vencido.	1	2	3	4
58.	Cuando me molesto actúo sin pensar.	1	2	3	4
59.	Sé cuando la gente está molesta aún cuando no dicen nada.	1	2	3	4
60.	Me gusta la forma como me veo.	1	2	3	4

Gracias por completar el cuestionario