

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Uso de la Terapia Hortícola como estrategia terapéutica
para reducir los síntomas del duelo complicado persistente
en niños de 3 a 7 años y promover la adaptación.**

Proyecto de Investigación

Camila Alejandra Merino Larrea

Licenciatura en Psicología

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

Quito, 26 de abril de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Uso de la Terapia Hortícola como estrategia terapéutica para reducir los síntomas del duelo complicado persistente en niños de 3 a 7 años y promover la adaptación.

Camila Alejandra Merino Larrea

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Daniela Ziritt Cruz, MSc.
Master of Brain and Mind Sciences

Firma del profesor

Quito, 26 de abril de 2019

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: Camila Alejandra Merino Larrea

Código: 00130791

Cédula de Identidad: 1718649823

Lugar y fecha: Quito, 26 de abril de 2019

RESUMEN

Desde el inicio del ciclo de la vida, el ser humano naturalmente construye vínculos como base para un crecimiento saludable y un desarrollo óptimo. No obstante, estos lazos pueden verse afectados por factores que separan al ser humano de sus seres queridos. Por ende, reacciones de ansiedad, extrema tristeza y búsqueda, surgen como una consecuencia de este estresante y doloroso evento. La separación permanente existe, se llama muerte, y causa que el duelo llegue como un proceso de adaptación por el dolor experimentado. Pero en su defecto, en muchas ocasiones se puede complicar, incluso en los más pequeños. Se habla entonces de un Duelo Complicado Persistente Infantil o mejor conocido como patológico en niños. Trastorno caracterizado por compartir muchos síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión. Es en este punto, donde es necesario, dar los créditos convenientes a la Terapia Hortícola por sus resultados conseguidos en reducir síntomas de ansiedad y depresión, por medio del uso de especies vegetales como mediadores terapéuticos en la expresión emocional, favorecer la salud mental y ayudar en la adaptación del ser humano. Por esta razón, en el presente trabajo se propone un protocolo de aplicación de la terapia hortícola en niños de 3 a 7 años con duelo persistente complicado.

Palabras clave: niños, duelo patológico, duelo complicado persistente, terapia hortícola, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

From the beginning of the life cycle, the human being naturally builds attachments as a basis for healthy growth and optimal development. However, these ties can be affected by factors that separate the human being from their loved ones. Therefore, reactions of anxiety, extreme sadness and search, arise as a consequence of this stressful and painful event. Permanent separation exists, it is called death, and causes grief to arise as a process of adaptation for the experienced pain. By defect, the grief progression in many occasions can be complicated, even more for children. It is known as Complicated Grief Disorder on childhood or better known as pathological grief on children. Disorder characterized by sharing many symptoms of anxiety and depression disorders. At this point, it is necessary to introduce Horticultural Therapy for its results achieved in reducing symptoms of anxiety and depression, through the use of plant species as therapeutic mediators in emotional expression, promote mental health and help in the adaptation of the human being. For this reason, in the present work it is proposed a protocol for the application of horticultural therapy in children aged 3 to 7 years with Complicated Persistent Grief.

Key words: children, pathological grief, complicated grief disorder, horticultural therapy, anxiety, depression.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Revisión de la literatura.....	16
Metodología.....	35
Resultados esperados.....	48
Discusión.....	52
Referencias.....	58
ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA	61
ANEXO B: INVENTARIO DE ANSIEDAD STAIC.....	63
ANEXO C: CDI INVENTARIO DE DEPRESION INFANTIL.....	66
ANEXO D: INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO EN NIÑOS.....	70
ANEXO E: ENTREVISTA ESTRUCTURADA	71

INTRODUCCIÓN

El ser humano viene al mundo con una capacidad naturalmente extraordinaria de adaptación al entorno, factor que permite la integración a un contexto a partir del nacimiento y en las diferentes etapas de la vida (Feldman, 2008; Papalia, Duskin, & Martorell, 2012). Al atravesar por continuos cambios y procesos de desarrollo es factible el amoldamiento a estímulos y demandas que presenta el medio. Porque trae consigo una serie de procesos físicos, cognitivos y emocionales que actúan en conjunto con lo biológico para facilitar la adaptación (Feldman, 2008; Papalia et al, 2012).

El desarrollo humano no es lo único que se requiere para la adaptación al medio, es necesario el factor social que está presente en la vida de todo ser humano (Papalia et al, 2012). En los recién nacidos, la supervivencia es posible gracias a la ayuda de otras personas, por medio de vínculos creados con cuidadores que se encargan de cubrir necesidades fisiológicas, emocionales y sociales, que hacen posible el crecimiento y desarrollo de la persona (Feldman, 2008; Spitz, 1972; Papalia et al, 2012). Pero este cuidado no se limita a la infancia. Más tarde en la niñez media, niñez tardía, adolescencia y adultez, se construyen interacciones importantes que permiten entender el sentido de pertenencia, el amor incondicional, el apoyo, el compromiso y la empatía por el otro. Incluso, los disgustos, el dolor y decepciones que traen estos vínculos. Las interacciones y los vínculos sociales son los principales benefactores en la vida del ser humano, pero también pueden ser la mayor fragilidad por traer uno de los momentos más dolorosos; la muerte (Papalia et al, 2012; Feldman, 2008, Montuori, s.f). La muerte es un claro ejemplo de un posible irruptor de los lazos formados entre las personas. Es asimismo, una situación donde la capacidad de adaptación del ser humano queda limitada por ser un tema que causa una abrumadora sensación de irrealdad y temor.

Por esta razón cuando se es testigo de la muerte de los más queridos, finalmente el dolor y el sufrimiento evitado se tornan palpables. Son niños, adolescentes y adultos quienes suelen ser los más afectados ante este inevitable evento. En los niños, la muerte de los padres puede ser el más estresante recuerdo de sus vidas, sin hacer de menos la muerte de sus abuelos, otros familiares o amigos que también pueden afectar el bienestar mental de un niño (Pearlman, D'Angelo & Cloitre, 2010).

Antecedentes

La historia del duelo: Una breve reseña.

Hay que considerar dos semánticas que dan origen al vocablo que hoy en día es muy utilizado. El término “duelo” surge de la palabra de origen latín “dolus”, cuyo significado es dolor, entendiendo al dolor como una respuesta natural frente a la pérdida de alguien querido (García-Viniegras, Grau & Infante, 2013). Este puede ser un individuo, animal u objeto relevante para una persona (García-Viniegras, Grau & Infante, 2013). También se origina de “duellum”, palabra de origen latín que hace referencia a una guerra, reto o combate que una persona atraviesa al presenciar un desafío (Gismero, 2014). En conjunto ambas forman la palabra duelo, que hace referencia a las tareas que una persona debe realizar después de la pérdida de algo o alguien importante, que se consideraba como propio, porque se encontraba psicosocialmente apegado a este (Gismero, 2014).

Como se dijo anteriormente, la muerte es uno de los fenómenos más dolorosos y estresantes para las personas, ya que llega a irrumpir la vida y cotidianidad del ser humano, afectando su capacidad de adaptación. No obstante, el duelo puede ser la herramienta que contrarreste y ayude a manejar los efectos de la muerte en un individuo afectado. Al ser un instrumento de adaptación que asiste a la persona perturbada a reestructurar su vida, desde una perspectiva o configuración distinta (Gismero, 2014).

De esta manera, el duelo puede concebirse como la agrupación de representaciones construidas a nivel mental y plasmadas a nivel comportamental, con el propósito de conseguir la aceptación de la pérdida y adaptación al contexto (Cifuentes, 2011). Esto se debe a que la pérdida llega a invadir y desorganizar, tanto a nivel individual y social, alterando la estructura psíquica de la persona y desarreglando parcialmente los vínculos establecidos en

una comunidad (Cifuentes, 2011). Por esta razón, la muerte llega a “detener” el tiempo de la persona y separarlo de la realidad. La elaboración del duelo contribuye a romper la brecha entre el desfase y el presente (Cifuentes, 2011).

Incluso desde el pasado, la sabiduría de las sociedades ancestrales ante este inevitable y sorpresivo acontecimiento, crearon diferentes mecanismos con el fin de canalizar la pérdida a un nuevo espacio. Este era establecido de acuerdo a las creencias de la persona para mantener los recuerdos consolidados con la persona fallecida, evitando el desorden en la vida de la persona afectada por una pérdida (Cifuentes, 2011). Los ritos o ceremonias funerales dan un espacio simbólico, a diferencia del espacio físico que ocupaba el objeto o persona perdida, que ayudan a enfrentar la muerte al evolucionar la relación con el difunto y tranquilizar las emociones que emergen ante la ausencia y pérdida (Cifuentes, 2011). De esta forma, lo que se ha hecho en las sociedades tradicionales, con el duelo, ha sido buscar formas de apaciguar este traumático momento que desfasa el día a día y la realidad de las personas. Lo más importante es que el proceso usado para la elaboración del duelo esté acorde a la etapa del desarrollo, las habilidades y comprensión del ser humano.

Problema

La comprensión y el entendimiento de la muerte va lográndose con la madurez psicológica y emocional de una persona. En edades tempranas, entre los 2 a 11 años, resulta difícil el entendimiento del concepto de la muerte por la incapacidad al integrar conceptos o aspectos abstractos (Papalia et al, 2012). Es apenas a los 12 años cuando es posible entender el concepto de muerte desde la capacidad de abstracción (Zanartu, Krämer & Wietstruck, 2008). De este modo, para elaborar el proceso de duelo en el niño, es importante considerar

aspectos como: la etapa de desarrollo en la que se encuentra, su temperamento, su contexto, el apoyo de los adultos que se encuentran en su medio y sobre todo, el espacio donde se trabaja y los recursos usados para mediar la terapia, los cuales serán importantes para la elaboración y procesamiento de la pérdida.

Por lo general, la terapia ocupa un esquema similar en cuanto a su espacio físico, se caracteriza por llevarse a cabo en el interior de una edificación encerrada por paredes que delimitan el espacio de trabajo, se desarrolla a manera de verbalización y predomina la relación entre el terapeuta y el paciente (Berger & McLeod, 2006). Dicha descripción se aleja a las necesidades reales de un niño (Berger & McLeod, 2006).

En el presente trabajo se propone usar la terapia mediada por la naturaleza como un tercer factor que influya en el trabajo entre terapeuta y paciente, aprovechando de sus beneficios para el trabajo, comprensión y elaboración del duelo en niños. Todo se realiza bajo la consideración de que la naturaleza ha sido el lugar a lo largo de los años, en el cual los niños de diferentes generaciones han compartido gran parte del tiempo jugando, aprendiendo y descubriendo. Aunque actualmente, el tiempo al aire libre se vea afectado por la tecnología y los juegos virtuales. Por lo tanto, es momento de observar los beneficios que pueden traer en el bienestar de los infantes.

De acuerdo con estadísticas obtenidas a nivel mundial, en el año 2002, se conoció que en los próximos años la mayor parte de niños enfrentarían pérdidas de uno de sus abuelos durante la infancia, claramente por razones de longevidad (Lewis, citado en De Hoyos, 2015). Además, se conoció que aproximadamente entre un 3,5% a 4% de los niños perderían a uno de sus padres o hermanos (Lewis, citado en De Hoyos, 2015). Aunque es una

estadística de varios años atrás, realmente no existen estadísticas recientes que puedan dar conocimiento de la situación del duelo en la actualidad y se puede percibir la falta de tacto que existe para tratar el tema de la muerte en niños. Pero lo que sí se puede saber es que, de acuerdo al último censo realizado por la CIA, diariamente muere un total de 155,520 personas alrededor del mundo (Central Intelligence Agency, 2017). Con esta cifra queda por sentado que la muerte puede afectar a cualquier persona en cualquier momento y en cualquier lugar. Por esta razón es importante que se pueda dar un enfoque adecuado al tema y se entienda cómo ser tratado en los niños para prepararlos ante ello, desde sus intereses y su nivel de entendimiento. Porque al tener niños que no estén preparados o conozcan sobre la muerte, pueden existir serios efectos. Se conoce que inclusive hasta un 40% de los niños que experimentan duelo pueden sufrir trastornos de los que se hablará a continuación en la revisión teórica (De Hoyos, 2015).

La historia de la terapia hortícola: Una breve reseña.

En vista que la muerte en los niños es un fenómeno difícil de comprender, es necesario buscar un modelo terapéutico que esté al alcance de su comprensión. De este modo, se propone el establecimiento de la terapia hortícola como mediador terapéutico para niños que enfrentan una pérdida no resuelta. Ante el beneficioso uso de la naturaleza, por ser un espacio en el cual los niños pueden jugar, aprender y a la vez, aprovechar el espacio para realizar un proceso terapéutico (Peña, 2011).

La terapia hortícola es parte de un campo más amplio que abarca esta y muchas otros modelos que usan a la naturaleza como mediador terapéutico; se trata de la eco-terapia. Proviene de una de las ramas de la psicología conocida como "*Eco-psicología*". Esta rama surge en la década de los noventa, y fue desarrollada por un grupo de académicos en San

Francisco (California), quienes se reunieron con el objetivo de integrar el campo de la psicología y el de la naturaleza (Routray, 2017). Al combinar ideas y experiencias prácticas surgió la eco-psicología, término que hace referencia al estudio de los procesos psicológicos que vinculan, unen o separan a las personas del mundo externo (Routray, 2017). Bajo la noción de que los seres humanos somos individuos sociales que necesitan de un lugar al que puedan estar vinculados para su bienestar mental; se ha reconocido que estos vínculos pueden ser creados con personas o incluso con plantas o la naturaleza en general (Routray, 2017). Esta vinculación crea un sentido de pertenencia en la persona, que evita los sentimientos de soledad, de sentirse vacío o sensaciones de estar perdido (Routray, 2017).

Larry Robinson (2009), psicoterapeuta americano, planteaba que la eco-psicología busca recordar a las personas que la tierra es el lugar donde nacemos, crecemos y por ello es nuestra única casa (citado en Routray, 2017). Por esa razón, si se busca encontrar felicidad y equilibrio ante los problemas de la vida se debe buscar al hogar (Routray, 2017). De esta manera por medio del uso específico de plantas en la terapia hortícola, se plantea que, por medio de la conexión con la naturaleza sea posible reconectar y equilibrar a un individuo consigo mismo, ante los problemas que enfrenta en su vida (Peña, 2011)

Como se menciona anteriormente, los cambios a nivel individual y social que se producen subsecuentemente con la muerte de un ser querido son los que dan origen al duelo. El término que habla de este desfase y desequilibrio ante la muerte es la *Solastalgia*, acuñado por Glenn Albrecht, un destacado filósofo ambiental, se refiere a la manera en que afecta a la persona los cambios en el ambiente donde se desarrolló el individuo, provocando dolor y angustia como resultado de alguna alteración profunda, especialmente cuando se tiene un apego con el ambiente (Routray, 2017). Por medio de la solastalgia, se buscaba demostrar la relación que existe entre la naturaleza, o la tierra y la salud mental de los individuos (citado en Routray,

2017).

Hasbach (2012) consideraba que existe escasa diferencia entre la naturaleza exterior (ambiente) y la naturaleza interior (personas). Con esto como premisa, se establece que por medio de la naturaleza exterior es posible reflejar, plasmar o transferir lo que se encuentra en el interior de cada persona (citado en Windhorst, 2017). Existen resultados empíricos positivos que respaldan la realización de terapias y actividades al aire libre en niños, adolescentes y familias, considerándolo un potencial terapéutico para la salud mental (Harper, 2017). Bajo este panorama, se propone la siguiente pregunta de investigación.

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto la naturaleza como mediador terapéutico en la terapia hortícola, puede influir de forma positiva en la reducción de síntomas del duelo complicado, persistente en niños de 3 a 7 años de edad, para promover una mejor adaptación en el sistema?

Propósito del Estudio

El objetivo del presente trabajo es demostrar que el uso de la naturaleza con propósitos terapéuticos, como el caso de la terapia hortícola, puede ser una intervención eficaz en niños que estén atravesando un proceso de duelo complicado. Demostrando que se puede aprovechar de los elementos y beneficios de la naturaleza para trabajar la muerte a nivel terapéutico. Tomando en cuenta que este tipo de terapia está al alcance de las capacidades de entendimiento de los niños, brindándoles estrategias para afrontar la muerte de una forma adaptativa en su día a día. El producto final demostrará los beneficios de esta terapia y las consecuencias que consigue.

Por otro lado, se busca responder a la necesidad de todas aquellas personas que conviven o trabajan con niños como psicólogos, padres de familia, maestros y autoridades de instituciones educativas que no saben cómo trabajar el duelo en los niños o buscan una forma adecuada con las necesidades del infante. La naturaleza como mediador terapéutico es un método novedoso que se encuentra en estudio y hasta el momento, se ha demostrado su éxito en el tratamiento de ansiedad y depresión (Routray, 2017; Jordan, 2015). Considerando que los síntomas de estos trastornos se presentan en el duelo patológico, este estudio propone determinar la aplicabilidad de esta terapia en el duelo patológico infantil. Por esta razón, servirá para todos aquellos que tengan a su responsabilidad el cuidado, guía y educación de infantes.

El significado del estudio

En el Ecuador, no se ha realizado investigaciones de este género y por la importancia del bienestar de un niño, los resultados que se obtendrán de esta investigación servirán como modelos base para la intervención terapéutica en infantes con esta patología.

A continuación, se procederá a la Revisión de la Literatura que permitirá entender a mayor profundidad cómo impacta el duelo en los niños y cómo la naturaleza puede ser un mediador terapéutico eficaz para trabajar las necesidades particulares de los niños afectados ante la pérdida de alguien querido.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

La información obtenida para la revisión de la literatura se adquirió de diversos recursos entre los cuales estuvieron: artículos científicos, libros, documentos PDF y presentaciones en PowerPoint. Estos recursos fueron obtenidos gracias a la útil herramienta de Google Académico y la biblioteca electrónica que ofrece la Universidad San Francisco de Quito. En este último se encuentran una gran variedad de recursos electrónicos de diferentes plataformas. Las diferentes bases académicas en las que se adquirió información sobre el uso de la naturaleza en la terapia y el duelo infantil, son las siguientes: Jstor, Research Gate, Science Direct, SciHub, SciELO, Proquest y Ebsco. Para encontrar información sobre esta temática fue de gran ayuda usar palabras claves que permitieron filtrar información para esta investigación, las palabras usadas en español fueron: duelo infantil, naturaleza como terapia, muerte en niños, duelo en niños, ecoterapia, ecopsicología, terapia al aire libre, terapia hortícola, horticultura, horticultura terapéutica. Por la cantidad de información que se puede encontrar en inglés, se usó las siguientes palabras claves; wilderness therapy, nature-assisted therapy, ecopsychology, ecotherapy, psychotherapy in outdoor spaces, nature-assisted therapy (NAT), bereaved children, ecotherapy children, ecological psychology, nature therapy, ecotherapy psychology, horticulture therapy.

Formato de la Revisión de la Literatura

En las siguientes secciones se revisará la literatura sobre el duelo patológico complicado en niños y la terapia hortícola de manera separada, en cada uno se mencionará personajes importantes de ambas temáticas para mayor comprensión del tema.

El Duelo

Como se mencionó anteriormente, el duelo surge ante la ruptura o pérdida de un vínculo creado entre un individuo con otra persona, que consecuentemente al romperse trae reacciones físicas, emocionales y psicológicas (Worden, 2009). Es necesario mencionar que existen diferentes tipos de pérdidas que puede experimentar el ser humano, estas fueron propuestas por Arnaldo Pangrazzi, escritor y conferencista en temas de muerte y duelo (citado en Cabodevilla, 2007). Estas son: pérdida de la vida, de elementos de sí mismo, de objetos externos, emocionales y asociadas con el desarrollo (citado en Cabodevilla, 2007).

El primer tipo, la pérdida de la vida, comprende a una clase de pérdida total o completa, que puede ser la pérdida de otro individuo o la pérdida de la propia vida, al ser afectado por enfermedades terminales (Pangrazzi, citado en Cabodevilla, 2007). El segundo tipo, es la pérdida de elementos de sí mismo que compete a pérdidas de elementos o aspectos que formaban un todo anteriormente, es decir formaban a una persona (Pangrazzi, citado en Cabodevilla, 2007). El tercer tipo de pérdida es la pérdida de objetos externos que involucra pérdidas materiales como dinero, patrimonios, elementos económicos, trabajo u objetos de pertenencia (Pangrazzi, citado en Cabodevilla, 2007). El cuarto tipo pérdida es a nivel emocional, comprende rompimientos en relaciones de pareja o con amigos (Pangrazzi, citado en Cabodevilla, 2007). El último tipo de pérdida corresponde a las asociadas con el desarrollo humano, es decir, corresponde a las pérdidas que surgen por efecto del paso a las diferentes etapas evolutivas para cumplir con el ciclo de la vida (Pangrazzi, citado en Cabodevilla, 2007). Como por ejemplo la pérdida de memoria en la vejez (Pangrazzi, citado en Cabodevilla, 2007). En todos estos tipos de pérdidas es necesario que la persona elabore un proceso de duelo (Worden, 2009).

En la presente investigación, el enfoque está orientado a la pérdida de la vida, específicamente a la pérdida de puede afrontar los niños al perder a alguien querido como: padres, abuelos, tíos, primos, amigos o alguien significativo para el infante. Considerando lo mencionado en la introducción, la pérdida de la vida de una persona representativa es uno de los eventos más estresantes para el infante (De Hoyos, 2015). Es necesario mantener presente que las pérdidas son situaciones de la vida cotidiana, por ello, es posible ver la dimensión y el beneficio que trae al tener un mecanismo eficaz que facilite la elaboración del duelo en los niños.

Han sido diferentes los autores que han dedicado parte de su vida a entender el fenómeno de la pérdida y principalmente el rol del duelo como proceso acompañante de la persona. Jean Piaget, reconocido psicólogo, biólogo y epistemólogo, propuso 4 etapas cognitivas que explicaban la evolución y el desarrollo cognitivo del niño (Papalia et al., 2012). Con estas etapas era posible explicar cómo se percibe el mundo de acuerdo a la edad y etapa en la que se encuentra cada niño. Basado en lo establecido por Piaget, llegó David Elkind, distinguido psicólogo infantil, que permitió entender como los niños ven la muerte desde su mundo y sus capacidades al integrar concepción de la muerte en cada una de las etapas del desarrollo cognitivo del niño de Piaget (citado en, Muriá, s.f). Además consideró lo que habían mencionado otros autores sobre la muerte, como: Naggy, Gessel y Wallon (citado en, Muriá, s.f). Bajo este aporte se obtuvo lo siguiente:

La primera etapa del desarrollo cognitivo es la sensoriomotor, que va desde los 0 a 2 años de edad, normalmente los niños en esta etapa actúan en base a los reflejos y aprenden por medio de las experiencia sensorial y motora, imitan para aprender y, desarrollan la permanencia de un objeto que es la capacidad de comprender que un objeto o persona existe aunque no se encuentre a simple vista (Papalia et al., 2012). Además, adquieren la

categorización y causalidad de los elementos (Papalia et al., 2012). Otra característica importante de esta etapa es el egocentrismo del niño, es decir, es únicamente capaz de entender al mundo desde lo que él percibe, siente o presencia y no es capaz de entender que los demás sienten o piensan de diferente manera (Papalia et al., 2012). Al enfrentar una pérdida, el egocentrismo dificulta de gran manera que el niño entienda que sucede a las personas que se encuentran en su alrededor (Papalia et al., 2012). Se conoce que los niños con este rango de edad al enfrentar la muerte, los niños no entienden cognitivamente este suceso sino que, comprenden como abandono, ausencia o separación (Pearlman, D'Angelo & Cloitre, 2010). Por lo tanto, surgen sensaciones de tristeza, ansiedad o búsqueda que son naturales, tomando en cuenta que el objetivo del apego es mantener el vínculo afectivo que le da protección, afecto y cuidado, como una respuesta de supervivencia (Worden, 2009). El llanto, la alteración en el sueño, el desorden en los hábitos son las claras manifestaciones de la angustia que presentan ante la pérdida del vínculo, claramente ante la falta de habilidades para poder comunicar lo que sienten (Worden, 2009).

Continúa el desarrollo con la etapa preoperacional, comprendida entre los 2 a 7 años de edad (Papalia et al., 2012). En esta etapa aún mantienen el egocentrismo y se caracterizan por desarrollar maneras simbólicas de representación como el juego o los garabatos que simbolizan lugares, situaciones o personas. El juego y el lenguaje imaginario son parte de estas representaciones (Papalia et al., 2012). Comprenden la identidad de los objetos o personas, al ser capaces de percibir los cambios superficiales no van a alterar la naturaleza o esencia de las cosas. Desarrollan al final de la etapa la empatía para percibir como se sienten las otras personas y la teoría de la mente, al ser capaces de atribuir y entender los estados mentales de otros y predecir sus comportamientos (Papalia, et al., 2012). Al enfrentar una pérdida en este periodo, ven al mundo de manera antropomórfica, es decir, ven las cosas o

situaciones con el aspecto o la forma de un humano (Elkind, citado en Muriá, s.f). Esto ayuda a que puedan representar la pérdida y lo que están sintiendo por medio del juego, juguetes, objetos y actividades en que participen lo niños afectados (Elkind, citado en Muriá, s.f) Aún no pueden entender que la muerte es lo que termina con la vida, sino que la perciben como un cambio o una fase provisional que está dentro de la vida y puede regresar, tal como el hambre o el sueño (Elkind, citado en Muriá, s.f).

Más tarde, entre los 6 y 12 años de edad, surge la tercera etapa del desarrollo cognitivo, tiene el nombre de operaciones concretas (Papalia et al., 2012). Se distingue de las demás etapas porque los niños desarrollan el pensamiento lógico y por lo tanto, puede llegar a conclusiones lógicas (Papalia, et al., 2012). A pesar de ello, aún están limitados por ser muy literales y concretos (Papalia, et al., 2012). A los 7 años comprenden el propósito de la muerte, pero no son capaces de imaginar que pasó con la persona que murió porque lo relacionan con personas mayores como padres, abuelos, entre otros (Worden, 2009). Expresan su dolor por medio de problemas de comportamiento y aprendizaje, se obsesionan con la muerte con nuevas ansiedades y temores, tienen problemas para comer o dormir normalmente y pueden comportarse como niños menores a su edad (Pearlman et al., 2010).

La última etapa del desarrollo cognitivo corresponde a las operaciones formales que comprende a los 12 años de edad, en adelante (Papalia, et al., 2012). Lo más distinguible de esta etapa es la capacidad de pensar y reflexionar con abstracción (Papalia, et al., 2012). Las habilidades esperadas para esta etapa son las siguientes: pensamiento hipotético, capacidad de analizar, flexibilidad para pensar y sacan conclusiones usando la lógica y abstracción (Papalia, et al., 2012). Son más flexibles y abstractos y esto permite entender a la muerte de una manera religiosa o filosófica. Aquí la persona puede tener mayor posibilidad de afrontar el sufrimiento de la pérdida a diferencia de las etapas anteriores, porque saben que la muerte

es un suceso que puede afectar a cualquier ser humano por lo que es inevitable e incluso irreversible (Pearlman et al., 2010). En este punto, se encuentran desarrollando una identidad y con una muerte, se aíslan de sus amigos con los buscaba adquirir un sentido de pertenencia (Pearlman et al., 2010). Por eso, se hablaría de un adolescente o adulto que puede reprimir sus sentimientos específicamente cuando están con sus amigos (Pearlman et al., 2010). Las manifestaciones del dolor pueden presentarse por medio de síntomas físicos como dolor de estómago, de la cabeza, alteraciones en el humor exagerados, problemas en el sueño, retirarse de sus seres queridos o incluso ser partícipe de actividades de riesgo (Worden, 2009).

A lo largo de estas etapas, es posible ver el progreso que existe en el pensamiento y la capacidad de entender el mundo conforme se da el desarrollo, llegando a una manera más profunda y flexible de entender la muerte. Para entender a un niño, es importante identificar en qué etapa se encuentra para poder ayudarlo de acuerdo a lo que siente, piensa, necesita o experimenta.

Las reacciones que surgen ante la muerte pueden ser diversas y gracias a psiquiatra y escritora de origen suizo, Elisabeth Kübler Ross, es posible entender las reacciones que surgen en el proceso de duelo (Miaja & Moral, 2013). Sus aportes fueron posibles gracias a las investigaciones realizadas personas que se encontraban frente a la muerte en cuidados paliativos. Las fases son las siguientes: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Miaja & Moral, 2013). Estas fases permitieron conocer y normalizar las reacciones de los seres humanos ante la pérdida.

La negación es la primera fase que se manifiesta de manera natural ante la pérdida, es una reacción muy común que se da seguidamente después de la muerte, donde la persona rechaza la posibilidad de aceptar y ver a la muerte como un suceso real (Miaja & Moral, 2013). La ira

se caracteriza por ser una fase que se asocia con rabia, resentimiento, hostilidad, frustración, envidia y frustración que se hacen presente al afrontar la muerte de forma tan cercana y ante la incapacidad de cambiar la situación (Miaja & Moral, 2013). Esta segunda fase está caracterizada por la demostración de ira hacia uno mismo o hacia otras personas (Miaja & Moral, 2013). La tercera fase es la negociación, es una fase caracterizada por la esperanza de que ninguna de las situaciones que están a su alrededor cambie y actúan de tal manera para mantenerla en las mismas condiciones, como por ejemplo: tratar mejor a las personas que están a su alrededor para que no mueran (Miaja & Moral, 2013). La cuarta fase es la depresión, que involucra comenzar a asumir la muerte de su ser querido y naturalmente, experimentar sentimientos de desaliento, tristeza, carencia de motivación y aislamiento de la sociedad (Miaja & Moral, 2013). La última fase es la de aceptación, donde finalmente después de todas las fases vividas por el ser humano en duelo, se logra la aceptación de la muerte y esto trae consigo la calma, comprensión y el entendimiento de la muerte como un suceso natural del ciclo de la vida (Miaja & Moral, 2013). Esta serie de fases no se dan de la misma manera en todos los individuos, ya que no todos pasan paulatinamente por cada una de ellas ni experimentan las fases en el mismo orden, por lo tanto no son rígidas (De Hoyos, 2015).

Por otro lado, William Worden cambió la manera de concebir a la persona que enfrenta el duelo, este autor permitió que el sujeto afectado sea visto un ser activo al enfrenta la muerte (Alberola, Adsuara & Reina, s.f). Esto implica que el ser humano atraviesa por un proceso activo donde elabora y trabaja la pérdida para poder adaptarse al cambio (Worden, 2009). Con este enfoque, Worden desarrolló 4 tareas que deben realizarse para trabajar una pérdida de manera satisfactoria. Estas tareas están comprendidas por: aceptar la realidad de la

pérdida, elaborar el dolor, adaptarse al mundo sin la persona que murió y hallar una conexión perdurable con el fallecido a la vez que se va creando una nueva vida.

Primera tarea, la aceptación de la realidad de la pérdida, sucede cuando existe una sensación de incredulidad ante la muerte, por lo tanto, es necesario poder afrontar que la persona ha muerto, que se fue y no va a volver (Worden, 2009). De igual manera, es importante aceptar que no será posible reencontrarse o volver a ver a la persona perdida (Worden, 2009). La segunda tarea comprende la elaboración del dolor ante la muerte, esta tarea implica poder reconocer, expresar y resolver el dolor emocional, comportamental y físico que surge después de la muerte (Worden, 2009). Si no se resuelven estas reacciones y se evita hablar de lo experimentado, el dolor puede incrementar para manifestarse de una manera patológica y prolongada (Worden, 2009). La terapia ayuda y facilita que la persona pueda elaborar el sufrimiento que ha causado la pérdida para evitar que la acarree durante toda la vida (Worden, 2009). Otra tarea que debe cumplir la persona en duelo es poder adaptarse a un mundo en el que la persona fallecida ya no estará nunca más, involucra lograr adaptarse en 3 áreas de adaptación: interna, externa y espiritual. La adaptación interna es el desafío de acomodar la identidad personal, es decir su autoconcepto, autoeficacia y autovalía que muchas veces era definida por la persona fallecida (Worden, 2009). Mientras que la adaptación externa es la capacidad de acoplarse al entorno sin el fallecido, con ello implica adaptarse a estar sin sus roles o los espacios que cubría la persona perdida. La última adaptación es la espiritual que se realiza al poder adecuar el sentido y significado que uno tiene de la vida, del mundo y de ciertas visiones que se han sacudido con la muerte (Worden, 2009). La última tarea implica poder encontrar una conexión diferente y perdurable con la persona que ha muerto, esto se puede dar al ubicar al difunto en un lugar donde pueda ser recordado y vinculado, sin que afecte el seguir con su vida (Worden, 2009).

A lo largo de las reflexiones y aportes que ha dado cada uno de estos autores, ha sido posible entender el gran impacto que tiene el duelo sobre la vida del ser humano. Haciendo posible la visión del duelo como un proceso cambiante que trae consigo reacciones cargadas de emocionalidad en el sobreviviente, por ser un episodio traumático que desequilibra el estado y realidad de la persona (Aranda, 2014). En algunos casos este evento traumático puede resultar difícil de afrontar, porque afecta la funcionalidad del ser humano en las diferentes áreas de interacción y puede llegar a convertirse en una patología. Por lo tanto, podría tratarse de un duelo complicado, persistente en niños.

Duelo complicado persistente en infantes

De manera general, el “duelo complicado persistente o patológico” es un trastorno que surge ante la pérdida de un ser querido y crea disfuncionalidad de la persona en los diversos ámbitos donde se desenvuelve (American Psychiatric Association, 2014). Este trastorno puede surgir a cualquier edad y su inicio puede darse a partir del primer año (American Psychiatric Association, 2014).

Las reacciones de dolor que aparecen, después de la pérdida, pueden ser inmediatas o pueden demorarse meses o años en aparecer; la diferencia entre el duelo normal y el persistente, radica en la permanencia de las reacciones dolorosas intensas que superan un tiempo de 6 meses en los niños. En ese caso se habla del trastorno de duelo complejo persistente en infantes (American Psychiatric Association, 2014). El riesgo de presentar el trastorno aumenta cuando la pérdida se trata de un ser querido con el que se tenía mayor dependencia y proximidad (American Psychiatric Association, 2014).

En los niños, el sufrimiento puede reflejarse por medio de sus conductas o incluso mediante el juego que mantienen, que pueden plasmar la presencia de ansiedad, regresión con

respecto al desarrollo o también, inconformidad o irritabilidad al momento de separarse o encontrarse con otros seres queridos (American Psychiatric Association, 2014).

Para entender cómo reconocer esta patología en los más pequeños, existen síntomas comunes para el diagnóstico, que se mencionarán a continuación:

- Presencia de añoranza, o constante anhelo, por volver a tener en su vida a la persona fallecida (American Psychiatric Association, 2014).
- Manifestación del dolor, por medio de sufrimiento constante y llanto periódico (American Psychiatric Association, 2014).
- Gran preocupación por la persona fallecida y por entender la manera en que falleció (American Psychiatric Association, 2014).
- Dificultad para comprender y aceptar que el ser querido ha muerto. Esto lleva a que muchos presenten incredulidad ante la muerte y sigan haciendo cosas por la persona que ya no está presente (American Psychiatric Association, 2014).
- Por otro lado, se ven constantemente agobiados de recuerdos construidos con el fallecido (American Psychiatric Association, 2014).
- Es común que se presente sentimientos de rabia y enojo relacionados a la muerte. (American Psychiatric Association, 2014). Llevando a que el afectado haga valoraciones y juicios desadaptativos sobre su propia persona en temas relacionados a la persona que falleció (American Psychiatric Association, 2014).
- Su mente después de la pérdida es invadida con tantos recuerdos, uno de los que aparecen que más aparece e intentan reprimir, es el recuerdo de la forma en que murió el ser querido (American Psychiatric Association, 2014).
- Hay deseos latentes por estar muerto y de esta manera, estar junto a la persona fallecida (American Psychiatric Association, 2014).

Todos estos síntomas comunes llevan al niño afectado, a portarse con el resto de personas: con desconfianza, se retraen socialmente, pierden el sentido de la vida sin su ser querido o su sentido de identidad y tienen dificultades para desempeñarse en sus actividades cotidianas o para comenzar relaciones o metas a futuro (American Psychiatric Association, 2014).

Semejanza del duelo complicado persistente con otros trastornos

Trastornos Depresivos

Cabe destacar que el trastorno de depresión mayor, el trastorno de depresión persistente (distimia) y el trastorno de duelo complejo persistente, comparten síntomas como el llanto, tristeza, aislamiento social, pensamientos desalentados, pérdida del sentido de la vida y pérdida en el funcionamiento diario (American Psychiatric Association, 2014).

Trastorno de ansiedad por separación

El trastorno de duelo complejo persistente y el trastorno de ansiedad por separación tienen en común la ansiedad producida al separarse de las figuras cercanas de apego. No obstante, en el trastorno de duelo complicado persistente involucra un malestar por la separación excesiva con una de las figuras cercanas (American Psychiatric Association, 2014).

Además, otro factor que estrecha la relación entre el duelo complicado persistente con la depresión y ansiedad es la presencia de pensamientos caracterizados por ser repetitivos o intrusivos, a esto se le conoce como “rumiación” (Bratman et al, 2015). Estas semejanzas entre trastornos permiten entender el beneficio que puede tener la terapia hortícola en el duelo complicado persistente en infantes, considerando que este enfoque terapéutico ha

tenido resultados significativos en el campo de trastornos depresivos y ansiedad (Routray, 2017).

Ante el conocimiento de esta patología y al saber que la muerte es un evento inherente, no está de más decir que es necesario encontrar las herramientas necesarias para ayudar a cada persona. “Los que aprendieron a conocer la muerte en lugar de temerle y luchar contra ella, se convierten en nuestros maestros acerca de la vida” (Kubler-Ross, 1983, citado en Aranda, 2014). Con este importante bagaje del duelo, es donde la terapia hortícola podría resultar una herramienta beneficiosa para proyectar externamente sentimientos, pensamientos y experiencias internas de la persona afectada por una pérdida (Aranda, 2014). Cabe destacar que, la terapia hortícola ha tenido una efectividad de 51% y 52% en adultos con ansiedad y depresión (Hui Lin, 2013; Peña, 2011 & Jordan, 2015). Además del importante efecto de esta terapia sobre la regulación a nivel emocional y, por ende, la sensación de bienestar que da el trabajo con plantas (Bratman et al, 2015). De esta manera, se puede manifestar que es una herramienta que puede ser útil en la elaboración del duelo infantil al trabajar en los síntomas de depresión y ansiedad inherentes a la pérdida.

Terapia Hortícola

Es importante mencionar que, el ser humano tiene una conexión particular con la naturaleza. Se habla mucho de la ansiedad que producen los problemas ambientales, pérdida de recursos, los desastres naturales, la sobrepoblación y el cambio climático que está enfrentando el mundo. Otros hablan de depresión estacional a causa del cambio de estación. Esta relación ha sido explicada por medio de diferentes teorías. Existen 2 teorías que explican el efecto de la naturaleza, como terapia, en las personas desde un aspecto científico y plasmado con sus respectivas evidencias (Annerstedt & Währborg, 2011).

La primera teoría tiene el nombre de Hipótesis de Biofilia creada por Edward Osborne Wilson, quien dedicó su trabajo al estudio de la evolución y la sociobiología de los seres humanos (Annerstedt & Währborg, 2011). La Hipótesis de la Biofilia hace referencia a la conexión emocional natural, e innata, entre el ser humano y otros seres u organismos vivientes que comparten aspectos o procesos semejantes a la vida (Annerstedt & Währborg, 2011; Jordan, 2015). Es decir, el ser humano tiende a buscar lazos o conexiones con los aspectos que se parecen a su naturaleza interna, que ayudan a construir quien es la persona (Jordan, 2015). De esta manera, la teoría explica que la relación de la naturaleza con el ser humano no es únicamente por efecto de la biología, sino que está asociada a los componentes psicológicos de la persona (Jordan, 2015). Al afectar la conexión entre la naturaleza y la persona, la salud psicológica y física es afectada (Annerstedt & Währborg, 2011). Por eso la biofilia posee ventajas terapéuticas potenciales al establecer la conexión e interacción entre los diferentes elementos pertenecientes a la naturaleza y el ser humano (Annerstedt & Währborg, 2011).

La segunda teoría tiene el nombre de Restauración de la Atención o Teoría de Kaplan, esta teoría explica el impacto que tiene el ambiente sobre los seres humanos al alejar a las personas de los pensamientos y las rutinas diarias, mientras se les expone a diferentes estímulos de la naturaleza (Annerstedt & Währborg, 2011). Causando que se involucre el funcionamiento cognitivo de la persona, porque existe especialmente atención y concentración indirecta (Jordan, 2015). Al hablar de atención indirecta se hace referencia a una fascinación suave o no forzada de la persona que es mantenida y es sostenida por medio de un contacto con la naturaleza, por medio de los sentidos (Jordan, 2015). Hace que la persona esté atenta por interés a lo que está percibiendo a su alrededor (Jordan, 2015). Esta focalización de la atención se logra porque con las actividades al aire libre es posible salir de

la rutina diaria y de la monotonía de la persona (Rivero & Schulmeyer, 2018). De esta forma, se encuentra gran fascinación al percibir árboles, animales, plantas, aves y pasajes del ambiente (Rivero & Schulmeyer, 2018). Beneficiando al ser humano al restaurarlo mentalmente del cansancio, pensamientos negativos y preocupaciones que tienen diariamente por los problemas diarios (Rivero & Schulmeyer, 2018).

La horticultura, este término viene de "hortus" que significa huerto o jardín y "cultura" que es cultivo o cultura (Peña, 2011). La horticultura es un término que hace referencia a la ciencia y sobre todo al arte de cultivar y cuidar diferentes especies vegetales como: vegetales, frutas, flores, arbustos, plantas decorativas u ornamentales (Peña, 2011). Trae beneficios en el desarrollo de la mente, trabajo de emociones y favorece en la salud del ser humano (Peña, 2011; Roberts & Bradley, 2011).

Desde la antigüedad ha sido común que el ser humano utilice la naturaleza para poder sobrevivir, al domesticar plantas que dio origen a la agricultura, en la preparación de medicinas naturales y su empleo terapéutico al aprovechar el vínculo directo con la naturaleza (Peña, 2011). Edward Osborne Wilson fue un reconocido biólogo, con importantes aportes en la sociobiología y en la evolución; además profesor líder en la Universidad De Harvard, que dio importantes fundamentos al inicio de esta ciencia. De esta forma, consideraba que la oportunidad de observar cómo las semillas son capaces de cambiar y desarrollarse en plantas con diversidad de flores y frutos, es apreciar el ciclo de la vida, pero realizado por las manos del ser humano (Peña, 2011).

Para entender el origen de esta terapia, es importante hablar de su historia. En el año 1795, en Viena, el Doctor Frank incluyó en su centro de salud un jardín como un momento de descanso y como un cambio de ambiente para los pacientes (Peña, 2011). Tres años después en Pensilvania, el primer psiquiatra, el Doctor Rush compartió las secuelas curativas que

puede traer trabajar y pasar tiempo en el campo en beneficio de enfermedades mentales (Peña, 2011). Fue Benjamín Rush, quien mencionó algo importante sobre la horticultura: “Excavar la tierra con las manos tiene un efecto curativo en los enfermos mentales” (citado en Lescano 2017, p. 36). En el año 1806, la propuesta de Doctor Benjamín Rush llegó a España y permitió que se incluyera a la horticultura en programas de pacientes con enfermedades mentales por parte de personal de hospitales y por eso, la mayor parte de psiquiátricos se construyeron en áreas rurales, tenían grandes jardines y actividades realizadas en la tierra (Peña, 2011; Lescano, 2017).

Más tarde para la década de 1900, se usó la horticultura para discapacidades físicas y fue reconocida por la *Asociación de Terapeutas Ocupacionales* como tratamiento para discapacidades a nivel física y mentales (Lescano, 2017). Oficialmente en el año 1940, se utilizó como enfoque de terapia a la horticultura con el objetivo de rehabilitar a los sobrevivientes de la guerra y personas con discapacidades, porque se encontró beneficios en lo físico, social y psicológico (Lescano, 2017).

En el año 1948, Ruth Mosher Place amante de la jardinería en Nueva York acuñó la palabra Terapia Hortícola y en 1955, abrió la licenciatura en Terapia Hortícola en la Universidad Estatal de Michigan (Lescano, 2017). Años más tarde, en 1973, se fundó la *Asociación Americana de Terapia Hortícola* que logró promover la horticultura a nivel internacional como una terapia rehabilitadora, llegando al Reino Unido, Australia, Alemania y otras partes del mundo (Peña, 2011).

A través de esta acogida que ha tenido la terapia hortícola en diferentes partes del mundo, ha permitido que se implemente su uso en más lugares e incluso para otras condiciones además de las enfermedades mentales. En la actualidad se hace uso de la terapia hortícola en situaciones de estrés, problemas emocionales, cognitivos o físicos (Peña, 2011).

Esta secuencia y crecimiento de la terapia hortícola ha logrado establecer protocolos y procedimientos secuenciales para alcanzar el poder terapéutico de este modelo de terapia (Peña, 2011).

El protocolo terapéutico es secuencial y sigue el procedimiento que mencionará a continuación. En primer lugar, surge se deriva al paciente desde un servicio sanitario o asistencia social. Una vez hecho el contacto, sigue el segundo paso, que es la evaluación del terapeuta hortícola al paciente y a su vez continúa con el tercer paso, al establecer los objetivos de la horticultura como medio terapéutico (Peña, 2011). Como cuarto paso, se selecciona las actividades adecuadas para alcanzar los objetivos propuestos de acuerdo con el caso del individuo. El quinto paso, consiste en aplicar las actividades para revisar que se cumplan las metas fijadas y como sexto paso, se busca evaluar continuamente al paciente para lograr lo deseado (Peña, 2011). Esta terapia enfatiza en la relevancia de individualidad en el proceso de terapia hortícola, si bien se realiza a modo de terapia en grupo, la terapia da espacio necesario para la evaluación individual inicial (Peña, 2011). Permite establecer los objetivos de la terapia que se adapte a las necesidades particulares del individuo y las evaluaciones continuas también se hacen individualmente (Peña, 2011).

La terapia hortícola puede ser puesta en contexto con los diversos enfoques teóricos de terapia, cada modelo tiene su metodología y beneficios, que pueden potenciarse en conjunto con la terapia hortícola (Peña, 2011).

Los beneficios que proporciona la terapia hortícola a un individuo pueden diferenciarse a nivel cognitivo, psicológico, social y físico.

A nivel cognitivo los beneficios encontrados son los siguientes: estimula la capacidad de la memoria, aumenta la concentración, mejora la atención por la fascinación involuntaria hacia las plantas, beneficia la creatividad y planificación, y facilita la resolución de

problemas gracias a que la memoria está ejercitándose (Hui Lin, 2013; Spencer & Blades, 2006; Peña, 2011).

A nivel psicológico beneficia: el estado de ánimo; atenúa la depresión, ansiedad, estrés y reduce comportamientos problemáticos; reduce frustración; fomenta el autoestima, paciencia, sentimiento de logro y desarrolla satisfacción; mejora la regulación emocional y aumenta la percepción de bienestar (Annerstedt & Währborg, 2011; Hui Lin, 2013; Spencer & Blades, 2006; Peña, 2011).

A nivel físico, mejora: la respuesta del sistema inmunológico, motricidad fina, motricidad gruesa, coordinación habilidad ojo-mano, aumenta endorfinas, estimula sentidos, aprendizaje de hábitos saludables que reduce consecuentemente la obesidad y, disminuye: la agresividad, la presión sanguínea, frecuencia cardiaca, depresión, estrés (Annerstedt & Währborg, 2011; Hui Lin, 2013; Peña, 2011).

A nivel social mejora: el trabajo en grupo, la conversación con otros, participación y vinculación social y enseña el funcionamiento social saludable (Annerstedt & Währborg, 2011; Hui Lin, 2013; Peña, 2011).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental de Inglaterra, la terapia hortícola es de gran ayuda para aquellos niños que tienen ataques de ira (Hui Lin, 2013). Considerando que al pasar tiempo en la naturaleza realizando actividades con plantas, gastan gran energía y pasan un buen tiempo en el jardín que les contribuye con la reducción de estrés, ira y frustración (Hui Lin, 2013).

En adicciones ha sido tomado en cuanto como alternativa de tratamiento considerando que les ayuda a desarrollar habilidades cognitivas para focalizar su atención, estar en el aquí y el ahora y meditar (Hui Lin, 2013). Además, por todos los logros alcanzados en las actividades hortícolas desarrollan sentimientos de logro y satisfacción con ellos mismos (Hui

Lin, 2013). Les ayuda a recuperarse para estrechar la brecha que existe entre los amigos perdidos por dejar el mundo de las drogas y el poder recuperarse para salir de ese mundo (Hui Lin, 2013).

Por otro lado, un gran beneficio de la terapia hortícola es que toma en cuenta el estigma de la terapia que sigue aún latente en la sociedad, porque que no todos los individuos acceden a ir a terapia. Debe mencionarse que el uso de un jardín, patio o espacio verde ayuda a que la persona acceda con mayor facilidad y existan menos resistencias a la terapia hortícola (Annerstedt & Währborg, 2011; Peña, 2011). De este modo se transfiere la idea de que una terapia puede ser únicamente realizada en el ámbito clínico como centro sanitarios u hospitales, a poder ver a la terapia en lugares más familiares, cotidianos e incluso relajantes (Annerstedt & Währborg, 2011; Peña, 2011).

Esta sin duda es una gran ventaja al trabajar con niños por muchos miedos y temores que pueden surgir al ver lugares similares a hospitales o clínicas (Annerstedt & Währborg, 2011; Peña, 2011). Facilitando que se sientan más cómodos con los jardines que en muchos casos, son lugares de juego. Al trabajar con plantas en espacios verdes es tal el contraste que existe con el entorno urbanizado, que es evidente la tranquilidad, seguridad y acogida que se percibe (Annerstedt & Währborg, 2011; Peña, 2011)

Otra ventaja de esta terapia es que ofrece actividades atractivas para los pacientes, lo que hace que puedan construir propósitos para ir más allá de una terapia tradicional (Peña, 2011). Es decir, muchos van motivados para plantar una flor, poner semillas en tierra, cosechar tomates, arreglar su pequeño jardín u otros propósitos que se establezcan (Peña, 2011). Mientras cumplen con estos propósitos y tareas de la horticultura, van realizando actividades terapéuticas, sin ser totalmente conscientes de ello (Peña, 2011). De esta manera,

asistir a terapia hortícola da un valor añadido de motivación, disfrute, aprendizaje y satisfacción mientras se trabaja una problemática particular en el individuo (Peña, 2011).

Sempik, Aldridge y Becker, investigadores de la Universidad de Loughborough en Reino Unido, analizaron 131 escritos acerca de lo que ha alcanzado la horticultura en diversos proyectos con planes terapéuticos (Peña, 2011). Se observó que, la conexión con la naturaleza por medio de la horticultura benefició en la atención y concentración de chicos diagnosticados con trastorno generalizado de desarrollo y trastorno de espectro autista (Jordan, 2015; Peña, 2011). En niños con el trastorno de espectro autista, las plantas sirven como una fuente alternativa de afecto considerando que tienen problemas en la socialización (Jordan, 2015; Peña, 2011). Asimismo, en adultos mayores, la horticultura ayudó en una reducción significativa del riesgo de las enfermedades coronarias (citado en Peña, 2011).

Por otra parte, la Universidad de Kansas en el Departamento de horticultura, recreación y forestal realizó un estudio en el año 2008, dirigido por los investigadores Park y Mattson, donde constataron el beneficio del contacto con la naturaleza en pacientes hospitalizados. Estos pacientes presentaban gran estrés vinculado con la futura cirugía a la que se iban a someter; consecuentemente, esto causaba un dolor más intenso y un tiempo de recuperación prolongado (citado en Peña, 2011). Gracias a la horticultura, en las salas de recuperación, hubo menor ingesta de medicamentos, las reacciones fisiológicas tendían a ser más positivas reduciendo la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea y mayor satisfacción positiva (Peña, 2011). Estos resultados fueron contrastados con un grupo control, quienes presentaron una recuperación alargada y mayor dolor (Peña, 2011). De este modo, la horticultura ayudó en el estrés presentado en pacientes por la cirugía. Con todos estos estudios y conocimiento sobre la horticultura, se plantea que puede servir como mecanismo utilizado ante una pérdida por los beneficios que consigue (Peña, 2011).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

El presente proyecto de investigación propone el uso de una metodología cuantitativa con el fin de conocer el impacto que tiene el empleo de la naturaleza como mediador terapéutico en la elaboración de duelo en niños. Esta metodología es objetiva y permite obtener resultados que puedan generalizarse, se basa en la recolección y análisis de datos que pueden ser medidos o cuantificados de diferentes variables, previamente determinadas y operacionalizables por medio de técnicas estructuradas (Hueso & Cascant, 2012; López & Sandoval, 2013). El objetivo de este tipo de investigación es poder explicar, interpretar y predecir situaciones o fenómenos a través de la recopilación de datos de carácter numérico (Pelekais, 2000).

Por medio de la metodología cuantitativa será posible explicar cómo y en qué medida la naturaleza usada como mediador terapéutico puede influir positivamente en el proceso de duelo en los niños. A través de un contraste en la administración previa y posterior de instrumentos descritos en la metodología que podrá ayudar a obtener los resultados para cuantificar su beneficio.

Se usará las actividades de Terapia Hortícola propuestas por Mary Predny y Diane Relf en el año 2004, integrado al duelo por medio de las 4 tareas propuestas por William Worden (2009). Con el fin de conseguir su elaboración, por medio de la horticultura. Por lo tanto, se espera como resultado una propuesta de protocolo de aplicación de la terapia hortícola como alternativa de tratamiento para niños que atraviesen un duelo complicado persistente.

Se usará las actividades de la terapia hortícola considerando que son actividades que consiguieron resultados eficaces y cumplieron con los objetivos planteados de manera inicial para cada participante (Predny & Relf, 2004). El beneficio de estas actividades de terapia hortícola es que se pueden adaptar en niños de edad preescolar, adultos mayores y grupos de personas intergeneracionales (Predny & Relf, 2004). Lo importante del estudio es que la efectividad de la terapia está en el establecimiento de objetivos previo a su inicio y la elección de materiales e indicaciones apropiadas de acuerdo con la edad del cliente (Predny & Relf, 2004).

Participantes

El número de participantes se obtuvo de acuerdo con las condiciones experimentales del estudio con niños de Predny y Relf (2004) y los principios de Sharon Simson y Martha Straus, quienes plantean el trabajo de la terapia hortícola en niños en su libro "Horticultura como Terapia" (Simson & Straus, 2003). El número de participantes será un total de 30 niños, divididos en 3 grupos de 10 integrantes, la intervención para los infantes estará fundamentada en el objetivo de guiar, enseñar, facilitar el proceso de duelo y garantizar los beneficios de la terapia hortícola en la elaboración de una pérdida (Simson & Straus, 2003). Las edades de los participantes que se requieren para la aplicación de la investigación, serán niños de ambos géneros, con un rango de edad entre 3 y 7 años de edad, que presenten síntomas del duelo complicado persistente durante al menos 6 meses o más, luego de haber enfrentado una pérdida de un ser querido (Predny & Relf, 2004).

Para definir las edades de los niños se tomó en cuenta el estudio original de Predny y Relf (2004), incluye niños de 3 a 5 años; no obstante se ampliará el rango de edad para

aprovechar de la etapa preoperacional de desarrollo cognitivo en la que se encuentran, los niños de 3 a 7 años (Papalia et al., 2012).

Todos los niños tendrán las mismas actividades, pero con pequeñas variaciones de acuerdo a las habilidades motrices o del lenguaje de cada uno, que serán observadas y medidas por el terapeuta previo a la intervención (Predny & Relf, 2004). Para la atención apropiada de todo el grupo, es necesario la presencia de dos o más terapeutas, que tengan conocimiento en horticultura o jardinería (Predny & Relf, 2004). Cada una de las actividades serán realizadas durante 1 vez a la semana, durante 9 semanas (Predny & Relf, 2004).

Se tomó en cuenta las actividades 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 y 10 del trabajo de Predny y Relf (2004), porque permiten aplicar y trabajar la temática del duelo en niños. Las demás actividades no fueron tomadas en cuenta para el presente protocolo, porque están enfocadas a desarrollar la motricidad, trabajar en coordinación ojo-mano y mejorar técnica de la horticultura, objetivos que no tienen el mismo propósito que el presente trabajo. De esta manera, algunas actividades han sido reemplazadas por las actividades propuestas del libro "Horticultura como Terapia" de Sharon Simson y Martha Straus (2003).

Herramientas de Investigación Utilizadas

Las herramientas de investigación utilizadas para probar la hipótesis en el estudio fueron las siguientes.

Inventario de Desarrollo Battelle

En primer lugar, con el objetivo de evidenciar que los niños se encuentran en un periodo de desarrollo óptimo con respecto a su edad; se aplicará una prueba de screening del *Inventario de Desarrollo Battelle* a la muestra recopilada de niños (Newborg, Stock, Wnek,

2001). Para evaluar y confirmar que el periodo de desarrollo de cada niño vaya acorde a su edad y también, descartar que no existan daños neurológicos (Newborg, Stock, Wnek, 2001).

La prueba de screening consta de diferentes áreas de desarrollo para evaluación, estos niveles son: nivel de desarrollo personal, social, de adaptación, motriz, de lenguaje y cognitivo (Newborg, Stock, Wnek, 2001). Esto permitirá controlar que no existan otras variables que afecten el trabajo terapéutico (Newborg, Stock, Wnek, 2001). Al confirmar que tienen un correcto desarrollo, será posible evidenciar si la terapia ayudó a los niños o no, en la elaboración del duelo.

Inventario de duelo complicado para niños

Para esta investigación se utilizará el *Inventario de duelo complicado para niños, versión en español, aplicada en Colombia* por Gamba-Collazos y Navia (2017). La forma inicial es un cuestionario en inglés; no obstante, por los beneficios de validez y confiabilidad que ha tenido este instrumento se han realizado diversas modificaciones para aplicar a diferentes culturas (Gamba-Collazos & Navia, 2017). Una de estas adaptaciones es este inventario modificado a la población colombiana y al considerar, la cercanía y semejanzas culturales en Ecuador y Colombia, será posible hacer uso del mismo (Gamba-Collazos & Navia, 2017).

Es un cuestionario muy utilizado en el duelo infantil, la versión original fue realizado por Prigerson en el año 1999 (Gómez, 2015). Es un instrumento compuesto por 24 indicadores o ítems y cada uno con una escala de respuesta que va del 1 al 5 (Gómez, 2015). Los ítems contienen preguntas sobre los pensamientos, sentimientos y los comportamientos del niño con respecto a la pérdida que enfrenta (Gómez, 2015). Por el beneficio del contenido, será posible evaluar en niños la presencia de duelo complicado y al finalizar la terapia hortícola, ayudará a observar el efecto de la terapia.

CDI: Inventario de Depresión infantil

Considerando la estrecha correlación en sintomatología que tiene el trastorno de depresión y el de ansiedad con el duelo complicado, se procederá a aplicar el *Inventario de Depresión Infantil* que es una herramienta representativa para la depresión en niños (Gómez, 2015). Es una herramienta que fue creada por Kovacs y Beck en el año 1977 y contiene un total de 27 ítems con un rango de respuestas del 1 al 33 (Gómez, 2015).

STAIC: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños

Es un cuestionario creado por Spielberger, compuesto por 2 evaluaciones con 20 ítems cada uno. Permite entender el grado de ansiedad del niño y la propensión del niño en general (Gómez, 2015).

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

Primero se realizará la entrevista a padres o cuidadores principales de los niños, para determinar la frecuencia de síntomas del duelo y el tipo de pérdida. También, se aplicará la prueba screening del *Inventario de Desarrollo Battelle* para determinar que los participantes tengan un nivel de desarrollo acorde a su edad y se evaluará que no tengan daños a nivel neurológico o retrasos en el crecimiento a causa del duelo u otros factores (Newborg, Stock, Wnek, 2001). Por lo tanto, se evaluará por medio del inventario el nivel de desarrollo en las siguientes áreas: cognitivo, de lenguaje, cognitivo, de adaptación, motriz, personal y social (Newborg, Stock, Wnek, 2001).

Para determinar el efecto de la Terapia Hortícola sobre los síntomas de duelo complicado se hará una medida pre y post del *Inventario de duelo complicado para niños adaptada al español versión* (Gamba-Collazos & Navia, 2017). Este inventario se utilizará de manera inicial para evaluar la presencia del duelo complicado en el niño y posteriormente,

servirá para medir los resultados de la aplicación de la terapia hortícola a niños en duelo complicado persistente. Dicho inventario será completado por medio de los cuidadores principales o padres de familia. Este modo de respuesta será aplicado de igual manera a los siguientes 2 inventarios, considerando que se tratan de menores de edad.

Por la estrecha relación sintomática que tiene el duelo complicado persistente con patologías como la depresión y la ansiedad, se evaluará los síntomas previamente a la aplicación de la terapia hortícola y posteriormente a la aplicación del protocolo de intervención de la terapia. Se utilizará el inventario de ansiedad *STAIC: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños* y el *Inventario de Depresión infantil*, considerando que son constructos vinculados al duelo patológico y los resultados de estos inventarios permitirán evaluar el grado de afección al estado de ánimo del niño.

Luego, se dividirán los 30 participantes en 10 grupos de 3 cada uno. Cada grupo asistirá 1 vez por semana hasta completar 9 semanas de intervención, cada sesión tendrá una duración de 60 minutos (Predny & Relf, 2004). Para la intervención se aplicará el siguiente protocolo.

Protocolo: Terapia Hortícola como modalidad terapéutica para la elaboración de duelo en niños de 3 a 7 años.

El terapeuta debe tener las siguientes características al trabajar con los niños: saber dar las instrucciones de manera clara y concreta para que sea fácil el entendimiento de los niños, saber guiar en el proceso las actividades y evaluar la necesidad individual en el trabajo grupal de los niños en la terapia hortícola (Predny & Relf, 2004).

Actividad # 1: Desarrollar habilidades sociales al hacer grupos de 3 niños para la realización de carteles con los nombres de los integrantes y de su equipo.

- Instrucción: Hacer un cartel eligiendo un dibujo de una planta que represente al equipo de los 3 integrantes, el cual permitirá cada niño pueda sentirse parte de un nuevo grupo social (Predny & Relf, 2004). En caso de que los niños sepan escribir, pueden escribir también su nombre en el cartel y si no aprenden aún, podrán hacer dibujos que identifique a cada miembro como parte del grupo. Cada niño decorará el cartel de su grupo y al finalizar se presentarán como parte de un grupo ante los demás y los demás, deberán hacerles preguntas para fomentar la socialización de todo el grupo (Predny & Relf, 2004).
- Planificación/Preparación: Tener disponibles los materiales necesarios para los carteles sobre una mesa y tener disponible el número de dibujos de plantas necesarias para todos los niños (Predny & Relf, 2004).
- Materiales: Cartulinas, marcadores, tijeras, gomas, revistas y dibujos de flores (Predny & Relf, 2004).
- Meta grupal: Con esta actividad se busca que los niños aprendan habilidades sociales y se establezcan metas interpersonales, que sirvan como recursos o municiones amortiguadoras ante el dolor demandante de la pérdida. Además, los nuevos amigos servirán como guías o ayudantes en las actividades de las siguientes semanas y apoyo ante lo experimentado (Simson & Straus, 2003).
- Beneficios: Incrementa la autonomía, autoconfianza y autoestima al lograr establecer amistades (Predny & Relf, 2004). Además al hacer amigos, disminuye la falta de seguridad y desconocimiento del niño ante las personas nuevas y el lugar inusual en el que se encuentra (Predny & Relf, 2004)

Actividad # 2: Diseñar el jardín

- Instrucción: Cada niño debe recolectar materiales que permitan evocar por medio de la simbolización, las emociones que ha traído la muerte del ser querido. Esto permitirá trabajar la tarea #2, respecto al duelo, lo que implica la elaboración del dolor que ha traído la muerte (Worden, 2009).
- Planificación: Traer una variedad de materiales para que los niños puedan escoger.
- Materiales: Como posibles ejemplos pueden escoger hojas de árboles, papeles de diferentes texturas, marcadores de diferentes colores o revistas, entre otras cosas.
- Meta grupal: Lograr que cada niño diseñe por sí solo su jardín y escoja su planta (Predny & Relf, 2004).
- Beneficios: Aumento de autonomía, sentimiento de logro y sentido de pertenencia a través de la elección y cuidado de la planta, considerando que han sido facultades afectadas por la pérdida (Predny & Relf, 2004).

Actividad # 3: Escoger semilla y sembrarla

- Instrucción: Aprender el ciclo de vida de los seres vivos tanto de los seres humanos como de las plantas, con el objetivo de que se pueda representar la vida al sembrar. Este trabajo permitirá trabajar la tarea #1 de Worden que plantea la aceptación del pérdida, representar a la vida y la muerte (Worden, 2009). Cada participante seguirá las siguientes instrucciones: elegirá la mejor opción de semillas que vaya acorde a su diseño, seleccionará el mejor espacio para sembrar, introducirá las semillas en la tierra, las cubrirá y las regará con agua (Worden, 2009).
- Planificación: Recolectar las diferentes semillas y materiales, y evaluar los diseños de cada participante para escoger las semillas que vayan con ellos.

- *Materiales:* Bolsa con diferentes especies de semillas, tierra, palas, maseteros o espacios verdes para plantar de acuerdo con lo diseñado (Predny & Relf, 2004).
- *Meta grupal:* Conocer el ciclo de vida de la planta (Predny & Relf, 2004).
- *Beneficios:* Aprendizaje del ciclo de la vida de los seres vivos. Aceptación de la muerte como parte del ciclo de la vida de los seres vivos. Usar semilla para simbolizar el proceso de la vida.

Actividad # 4: Cuidado de una planta

- *Instrucción:* Poner un nombre a la planta que se ha sembrado, se cuidará y responsabilizará a cada niño. Una vez listo, ponerle abono con ayuda de una pala y regarle agua (Simson & Straus, 2003).
- *Planificación:* Conseguir regaderas pequeñas y fáciles de usar para los niños, palas para el abono y adornos que puedan poner en la tierra.
- *Materiales:* Abono, agua, regaderas, palas, cartulinas, marcadores
- *Meta grupal:* Dar un nombre, cuidar y nutrir al fruto que está creciendo (Predny & Relf, 2004).
- *Beneficios:* Ayuda a entender que somos personas que podemos encariñarnos al formar vínculos con los seres vivos (Predny & Relf, 2004). Facilitando el aprendizaje de la responsabilidad en el cuidado de un ser viviente y considerar que hay condiciones externas que también influyen (Simson & Straus, 2003).

Actividad # 5: Cortar hojas, cambiar de lugar de siembra de la planta

- *Instrucción:* Elige la planta para cortar las hojas o elige aquellas plantas que deben ser cambiadas de lugar, las cuales ya están cortadas las raíces. Poner planta en una funda plástica y cambiarle de lugar. A un espacio donde tenga mejor luz, nutrientes y pueda tener lugar para crecer. Inmediatamente, hacer un hueco en el lugar elegido,

sacar la funda, poner en el hueco la planta, cubrir la raíz con tierra y regar agua sobre la planta (Predny & Relf, 2004).

- Planificación: Identificar las plantas que requieren ser cortadas sus hojas y también buscar lugares adecuados para las plantas cortadas a raíz, a estas plantas poner un listón para diferenciarlas. El terapeuta puede elegir incluir a una persona significativa del entorno del niño para que lo ayude a trasplantar la planta.
- Materiales: Tijeras para podar hojas, bolsas de plástico, regadera de agua y palas. (Predny & Relf, 2004).
- Meta grupal: Capacidad de percibir que la vida se mantiene en otro espacio.
- Beneficios: Compresión de la capacidad que tiene una planta para moverse de un lugar a otro (Predny & Relf, 2004). La planta que está creciendo, que fue sembrada por ellos mismos y que está viva dentro de la tierra, tiene la posibilidad al momento de tomar sus raíces de la manera adecuada y con cuidado, d pasar a vivir en otro lugar. Esta actividad sirve como un mecanismo esperanzador para el niño, en la adaptación al nuevo ambiente en que está viviendo después de la muerte, que corresponde a la Tarea # 3 de la elaboración del duelo (Worden, 2009).

Actividad # 6: Desarrollar habilidades

- Instrucción: Tomar una botella plástica cortada en la mitad, poner dentro de la botella una capa de pequeñas piedras en el fondo, poner como segunda capa tierra, hacer un hueco en la tierra para poner la planta en el centro. La otra mitad de la botella poner como tapa para completar el terrario y llevarlo a casa (Worden, 2009). Esto permitirá trabajar la tarea #4 de Worden (2009) que establece la importancia de encontrar un vínculo perdurable con la persona fallecida que permita recordarlo, sin que impida seguir con la vida de la persona sobreviviente.

- Planificación: Tener sobre la mesa de los niños los materiales necesarios para hacer un terrario.
- Materiales: Botellas plásticas, piedras pequeñas, tierra.
- Meta grupal: Aprender a seguir instrucciones, permanecer en una actividad y aceptar de la mejor manera la retroalimentación o *feedback* (Simson & Straus, 2003).
- Beneficios: Beneficia en la atención, concentración al seguir en una tarea y acatamiento de instrucciones (Simson & Straus, 2003).

Actividad # 7: Hacer un marco de fotos con los pétalos secos de la planta

- Instrucción: Los niños eligen un marco, ponen goma en los pétalos para pegarlos en el marco y una vez listo el marco, pegar la foto.
- Planificación: Preparar y recolectar pétalos y hojas secas, con anterioridad solicitar a los pacientes y sus padres que traigan una foto con aquella persona significativa perdida. De manera que sirva como un recuerdo para mantener un vínculo continuo con la persona (Worden, 2009).
- Materiales: Cartulinas previamente cortadas con molde de marco, goma, pétalos y hojas secas y foto.
- Meta grupal: Presenciar los ciclos de vida de la planta (Predny & Relf, 2004).
- Beneficios: Entender que todo cambia, crece, desarrolla, envejece e incluso muere, pero es posible mantener presente al ser vivo por medio de los recuerdos (Predny & Relf, 2004). Se retomaría la tarea #4 de la elaboración de duelo, trabajando en mantener vínculos perdurables con las personas significativas (Worden, 2009).

Actividad # 9: Plantar flores

- Instrucción: Tomar las plantas necesarias para terminar el diseño de jardín planteado inicialmente, plantarlas, regarles agua y darles nombre a todas (Worden, 2009).
- Planificación: Encontrar las plantas necesarias para plantar (Predny & Relf, 2004).
- Materiales: Flores, plantas, palas pequeñas y regaderas de agua.
- Meta grupal: Terminar el diseño de jardín propuesto inicialmente, lo que llevará a acabar la discusión del ciclo de la vida de la planta (Predny & Relf, 2004).
Entendiendo que todas en algún punto se podrán marchitar y morir, viendo a la muerte como un suceso inevitable y parte de la vida (Worden, 2009).
- Beneficios: Aumento de motivación, sentimiento de logro, mejora de autoestima y disfrute en áreas naturales (Predny & Relf, 2004).

Al terminar las actividades propuestas en el protocolo y beneficiarse de las estrategias integradas a la terapia hortícola. Se realizará una segunda aplicación de los inventarios de duelo complicado persistente, ansiedad y depresión.

Finalmente, dos semanas después de haber culminado la intervención, se cita al cuidador y al niño para conocer sobre los cambios, a través de una entrevista estructurada (Anexos).

Consideraciones Éticas

En este estudio se respetará todas las consideraciones éticas que competen al trabajo con menores de edad. De este modo, se explicará a los padres de familia o cuidadores legales la finalidad de la investigación y los objetivos que se buscan lograr por medio de él.

Consecuentemente, se procederá a entregar a los padres de familia o representantes legales de

los niños un consentimiento informado que avale la participación de los menores en la investigación y se les entregará el protocolo a ser aplicado. En dicho consentimiento se pondrá en detalle los argumentos en los que se sustentó la investigación, las ventajas, los posibles riesgos y se informará el modo en que se realizará la investigación. Además, se clarificará que la colaboración en el estudio es voluntaria, todos los resultados obtenidos serán confidenciales y en cualquier momento podrían sus hijos abandonar el estudio. De igual manera, se pondrá en conocimiento a los padres de familia que si lo desean pueden obtener los resultados de la investigación. Al finalizar este proceso, frente a los adultos, se explicará a los niños de forma clara y concreta lo que se llevará a cada en las sesiones de terapia mediatizadas por la naturaleza.

RESULTADOS ESPERADOS

Al finalizar la aplicación del protocolo de terapia hortícola en niños de 3 a 7 años de edad, padecientes de un duelo complicado persistente, se esperaría hallar una reducción significativa en los síntomas de ansiedad y depresión del duelo complicado persistente para lograr una mejor adaptación al entorno sin el fallecido. Estas estadísticas se conseguirían al analizar los datos de la aplicación pre y post terapia obtenidos en cada niño del *Inventario de duelo complicado en niños adaptación colombiana*, *CDI: Inventario de depresión infantil* y *STAIC: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo en niños*.

Por medio de artículos académicos revisados, sobre el uso de la terapia hortícola como intervención terapéutica, se ha encontrado resultados satisfactorios y representativos en condiciones patológicas que tienen los mismos síntomas que presenta el duelo complicado persistente.

En un estudio llevado a cabo en 44 adultos mayores, se buscó analizar el efecto de la terapia hortícola en personas con depresión (Moshfeghi, Rezabakhsh, & Danesh, 2014). Para esta investigación, se dividió la mitad de la muestra en un grupo experimental que fueron intervenidos con terapia hortícola y la otra mitad, fue parte del grupo control (Moshfeghi, Rezabakhsh, & Danesh, 2014). Los datos estadísticos resultantes se obtuvieron con medidas pre y post de la terapia, recabados mediante un inventario de depresión que medía constructos de ansiedad, estrés y depresión (Moshfeghi, Rezabakhsh, & Danesh, 2014). Demostrando que la terapia hortícola reduce síntomas de la depresión en el grupo experimental, porque se encontró una diferencia significativa entre la condición experimental y control con un $p < 0.01$ (Moshfeghi, Rezabakhsh, & Danesh, 2014). Como conclusión se pudo encontrar que la terapia hortícola mejora en el estado afectivo de los adultos mayores, porque reduce los efectos del envejecimiento como la depresión (Moshfeghi, Rezabakhsh, & Danesh, 2014).

En otro estudio, se pudo evidenciar el efecto de la terapia hortícola en otras patologías. La investigación realizada por Michael Kam y Andrew Siu, reclutó a 24 participantes padecientes de patologías mentales, los diagnósticos incluían: trastorno del espectro de la esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión mayor (Kam & Siu, 2010). Doce participantes elegidos aleatoriamente, participaron en un programa terapéutico de horticultura que incluía 10 sesiones; mientras que el resto por el mismo tiempo participaron a un taller de formación convencional. Los participantes fueron medidos antes y después del programa por la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS21), los resultados manifestaron una diferencia significativa ($p=0.01$) en los puntajes entre la condición experimental y control (Kam & Siu, 2010). Como conclusión, la terapia hortícola es efectiva en reducir síntomas de ansiedad, depresión y estrés (Kam & Siu, 2010).

La terapia hortícola puede ayudar en afecciones de la salud mental como situaciones traumáticas, en el caso de veteranos de guerra (Stowell, Owens & Burnett, 2018). A 18 veteranos se les aplicó un programa de terapia hortícola por 5 semanas y los resultados demostraron depresión menor ($p=0.1$) y disminución en las escalas de ansiedad, estrés y depresión ($p=0.001$) (Stowell, Owens & Burnett, 2018).

En Taiwán, se hizo un experimento en 10 hombres y 15 mujeres voluntarios que se dedicaban a ser "grief caregivers", en otras palabras, acompañantes de personas en duelo (Yeh-Jen, Chi & Yu-Chan, 2014). Se aplicó un programa de terapia hortícola y los resultados fueron los siguientes: los participantes encontraron una conexión con las plantas que les permite expresar dolor ante la pérdida; encontraron el trabajo con plantas como un tiempo de cuidado personal porque al cultivar plantas les hizo sentir necesarios y motivados; mejoró salud psicológica del paciente porque sintieron apoyo de otros compañeros del programa y de los terapeutas, y se confirmó la teoría de Baker (Yeh-Jen, Chi & Yu-Chan, 2014). Esta teoría

menciona que el autocuidado se logra con la autorregulación de emociones, autoconciencia y equilibrio en el vínculo con uno mismo, los demás y el entorno en general (Yeh-Jen et al., 2014).

Por otra parte, en base a los resultados obtenidos de las investigaciones realizadas por la Universidad de Loughborough, en jóvenes diagnosticados en la infancia con trastorno de espectro autista y trastorno generalizado de desarrollo, se pudo ver la mejora de la atención y concentración de un 32% a un 62,5% (Peña, 2011).

Asimismo, el uso de la terapia hortícola también ha sido posible evidenciarlo en adultos mayores asiáticos, al reportar efectividad en mejorar el bienestar mental y modular marcadores biológicos de la salud del cuerpo. De acuerdo con un metaanálisis realizado por Annerstedt & Währborg, (2011), donde se buscó demostrar la efectividad de la terapia hortícola, como un mediador o recurso importante en la salud de las personas, se encontró lo siguiente. Se reportaron mejoras significativas en los síntomas depresivos y ansiosos en personas con diversos diagnósticos, entre los cuales estaban enfermedades físicas como: obesidad, discapacidad auditiva y otras diversas; y además, trastornos mentales como: abuso de sustancias, demencia, trastornos de comportamiento y hasta enfermedades como la esquizofrenia (Annerstedt & Währborg, 2011).

En base a los efectos de las investigaciones sobre la terapia hortícola, es posible destacar los resultados esperados al usar la terapia hortícola en niños con duelo complicado en edades de 3 a 7 años. Se evidenciaría beneficios en la disminución de síntomas de estrés, ansiedad y depresión, que son síntomas que se encuentran dentro del duelo complicado en infantes. Consecuentemente, la reducción de estos síntomas patológicos, permitiría que el niño pueda adaptarse de mejor manera al entorno sin el fallecido, al haber disminuido la ansiedad y depresión que surge con la pérdida e impiden la elaboración del duelo normal

(American Psychological Association, 2014). Al ser un duelo complicado persistente, la terapia hortícola es un tipo de terapia que se puede realizar por varias semanas y, además, se puede ver cambios tangibles en elementos de la naturaleza durante el tiempo de intervención con la terapia (Peña, 2011). Por lo tanto, esto permitiría que el niño pueda transpolar a nivel externo los síntomas que ha mantenido internamente durante 6 meses o más, como es característico del duelo complicado (American Psychological Association, 2014). Al poder expresar fuera de sí, lo que vive en su interior y la naturaleza será el medio que permita testiguarlo (Peña, 2011).

DISCUSIÓN

Recordando que el presente trabajo tiene como objetivo responder a la pregunta: ¿Cómo y hasta qué punto la naturaleza como mediador terapéutico en la terapia hortícola, puede influir de forma positiva en la reducción de síntomas del duelo complicado persistente, en niños de 3 a 7 años de edad para promover mejor adaptación en el sistema?. Por medio de la revisión de literatura y los resultados de varios investigadores, se conoció que la terapia hortícola tiene importantes beneficios en diferentes trastornos de la salud mental, especialmente disminuye los síntomas de trastornos de ansiedad y depresión, los cuales son síntomas compartidos con la patología de duelo complicado persistente en infantes (American Psychiatric Association, 2014; Annerstedt & Währborg, 2011; Jordan, 2015; Hui Lin, 2013; Peña, 2011; Routray, 2017; Spencer & Blades, 2006). De esta manera, se puede afirmar que la terapia hortícola puede reducir los síntomas del duelo complicado persistente en niños, los cuales han permanecido durante al menos 6 meses, o más (American Psychiatric Association, 2014). Por esta razón, se reducirían los síntomas compartidos por los trastornos de depresión y el duelo patológico, como: la tristeza, llanto, pensamientos de desesperanza, retraimiento social, pérdida del valor de la vida y la disfuncionalidad en los diversos ámbitos de interacción (American Psychiatric Association, 2014; Annerstedt & Währborg, 2011; Jordan, 2015; Hui Lin, 2013; Peña, 2011; Routray, 2017; Spencer & Blades, 2006). Estos permiten que el ser humano afectado por la pérdida, pueda continuar con la funcionalidad de su vida.

En cuanto a los síntomas compartidos, entre el duelo complicado persistente y los trastornos de ansiedad, es posible concebir a la muerte como un paso dentro del ciclo de la vida (Osborne citado en Peña, 2011). Existe una estrecha relación en el ciclo de la vida entre el ser humano y las plantas; por lo tanto, este enfoque de terapia funciona como mecanismo

para que los niños puedan entender la noción de impermanencia de la vida y el constante cambio al que están sujetos los seres vivos, lo cual ayuda a reducir los síntomas de ansiedad (Osborne citado en Peña, 2011).

Además de la reducción de síntomas de ansiedad y depresión que presenta el duelo patológico, presenta otros beneficios. Tomando en cuenta que el protocolo de terapia hortícola fue construido en base a 4 tareas establecidas por Worden (2009) necesarias en el trabajo terapéutico del duelo, se esperaría que una vez que se aplique el protocolo, comprendido por 9 sesiones de 60 minutos, se obtenga un efecto positivo en los participantes. Worden (2009) proponía que una vez que se hayan realizado las 4 tareas es posible indicar que el duelo ha llegado a su fin, porque el dolor por una pérdida siempre existirá. No obstante, no volverá a ser un dolor desgarrador, debilitador e incapacitante en el día a día de la persona. El trabajo en el duelo mediante la terapia hortícola permite que la persona recobre el interés por la vida, la esperanza, encuentre gratificaciones de lo que hace y puede continuar con la vida diaria (Worden, 2009).

Conclusiones

En conclusión, la muerte es uno de los mayores miedos del ser humano por ser un evento traumático, porque rompe vínculos de apego y afecta la estabilidad en el tiempo y el entorno del sobreviviente (Worden, 2009). Son diversas las reacciones que se producen tras la muerte, afectando de forma física, cognitiva y social (Worden, 2009). El problema surge cuando estas reacciones se intensifican en el tiempo y son prolongadas; afectando los diversos ámbitos en donde el sobreviviente se desenvuelve. Al tratarse de una disfuncionalidad en la persona se habla de una patología, en el caso de los niños, la persistencia de los síntomas del duelo por 6 meses o más, desencadena el trastorno de duelo

complicado persistente en infantes (American Psychiatric Association, 2014). De esta manera, se considera a la terapia hortícola como recurso terapéutico para tratar este desorden, ante la fuerte conexión que existe entre el ser humano y la naturaleza. Se propuso como población objetivo de la investigación a niños de 3 a 7 años de edad, puesto que se encuentran en un periodo cognitivo de desarrollo llamado etapa preoperacional, en la cual usan a los juguetes, dibujos o juegos, como recursos de representación simbólica (Papalia, et al., 2012). Por lo tanto, usar terapia mediatizada por la naturaleza contribuye que se pueda materializar, expresar y atribuir formas a vivencias de la persona que muchas veces son difíciles de comunicar, especialmente en los niños. La capacidad de hacer un trabajo que da origen a la simbolización por medio de las plantas, da la oportunidad de reinterpretar los acontecimientos que vivió la persona y que generaron problemas, permitiendo que la terapia sea el espacio para reactivar las situaciones que pueden originar el cambio en la persona (Brun, 2009). Además, la terapia hortícola llega a traer beneficios en diferentes áreas afectadas por el duelo. Es capaz de traer beneficios a nivel social al brindar al sobreviviente un espacio de apoyo, en el cual se puede apoyar en este periodo de dolor (Annerstedt & Währborg, 2011; Hui Lin, 2013; Peña, 2011). A nivel cognitivo, beneficia en áreas de memoria, atención, creatividad y otras funciones cognitivas. De igual manera, en lo físico beneficia trayendo mayor bienestar en el sobreviviente (Annerstedt & Währborg, 2011; Hui Lin, 2013; Peña, 2011).

Limitaciones del Estudio

Las limitaciones que se pueden encontrar en el proyecto de investigación es el número de participantes que conforman la muestra, considerando que en el país resulta difícil recolectar a más de 30 niños que presenten el trastorno de duelo complicado persistente. Al

tener una muestra más grande será posible realizar generalizaciones que resulten significativas a partir de los resultados obtenidos de la muestra. Con el objetivo de asegurar una distribución que resulte representativa con respecto al efecto de la terapia hortícola sobre niños de 3 a 7 años padecientes de duelo complicado persistente. Además, puede resultar difícil el acceso que tengan los investigadores a reclutar niños que presenten un duelo patológico.

Se puede encontrar otra limitación al no tener una muestra variada y representativa, considerando que muchos niños de escasos recursos o niños que residen en zonas rurales, no pueden acceder a servicios de salud mental, por razones de costo o por la falta de servicios cercanos al lugar donde viven. Por lo tanto, no podrían recibir el diagnóstico ni la intervención apropiada a su caso.

Otra limitación es la falta de investigaciones previas, con respecto al uso de terapia hortícola en el duelo infantil en el Ecuador, lo que impide tener herramientas para contrastar los resultados que se obtendrán de la investigación. Por otro lado, puede existir limitaciones culturales que surgen al minimizar el beneficio del trabajo terapéutico, por medio de plantas.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Con el propósito de profundizar la investigación sobre la terapia mediada por la naturaleza en el duelo complicado persistente en infantes, es importante considerar otros enfoques, además de la terapia hortícola, como estrategia terapéutica de intervención. Durante la investigación de literatura fue posible encontrar diversos beneficios que tienen otros recursos de la naturaleza como el uso de agua o animales en la terapia, que mediante la profunda investigación podrían tener encontrarse importantes beneficios en el duelo patológico en niños. Esto permitiría dejar a un lado, los espacios tradicionales de los

consultorios para beneficiarse del uso del espacio terapéutico en espacios informales, familiares y dinámicos para el ser humano, con el objetivo de tener mayores beneficios del proceso terapéutico.

Asimismo, para futuros estudios es recomendable que puedan investigar la terapia hortícola en otros rangos de edad e incluso en diferentes generaciones que presenten duelo patológico, esto permitiría probar a la terapia hortícola como estrategia de intervención de manera general en diversos casos de duelo complicado persistente.

Para futuros estudios, también se puede recomendar que exista un adecuado seguimiento sobre los participantes a los que se les aplicó la terapia hortícola, con el objetivo de observar los beneficios de la terapia a largo plazo. Se podría aplicar nuevamente los cuestionarios siguientes: Inventario de ansiedad STAIC: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños, Inventario de Depresión infantil y el Inventario de Duelo Complicado en niños. Esto permitiría comprobar la reducción de sintomatología que estos trastornos comparten e incluso, comprobar el bienestar a largo plazo.

Por otra parte, podría haber una metodología diferente para probar la terapia hortícola, en la cual pueda existir un grupo control (terapia tradicional en consultorio) en 30 participantes diferentes, con el objetivo de contrastar los efectos de la condición experimental (terapia hortícola) sobre el grupo control. De este modo se podría contrastar la diferencia que existe en la disminución de síntomas del duelo patológico persistente con cada modelo de terapia.

Finalmente, el pensamiento de Irvin Yalom es la manera más acertada para culminar este proyecto de investigación. Irwin Yalom proclama lo siguiente:

“I believe that we should confront death as we confront our other fears. We should confront our ultimate end, familiarize ourselves with it, dissect and analyze it, and discard terrifying childhood death distortions.” (2009, p.146.).

La manera más apropiada para ayudar al ser humano a aceptar la muerte es hallando los mecanismos de afrontamiento eficaces, que permitan al ser humano adaptarse al entorno, en ausencia del ser querido. Por lo tanto, queda un gran área por investigar con el objetivo de encontrar más terapias que sean apropiadas y eficaces de acuerdo con los intereses y necesidades de las personas afectadas, esto permitirá reducir síntomas del duelo patológico y promover la adaptación del sobreviviente al nuevo entorno que ha sido afectado.

REFERENCIAS

- Alberola, V., Adsuara, L., & Reina, N. (s.f). *Intervención individual en duelo*. [Documento PDF]. Recuperado de:
<https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo11.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM- 5* (5ta. ed.). Washington, DC: Editorial Médica Panamericana
- Annerstedt, M., & Währborg, P. (2011). Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 371-388.
- Aranda, C. (2014). *El duelo infantil en la escuela: protocolo de intervención* (Tesis de grado). Universidad de la Rioja, España.
- Berger, R., & McLeod, J. (2006). Incorporating Nature into Therapy: A Framework for Practice. *Journal of Systemic Therapies*, 25(2), 80-94.
- Bratman, G.N., Hamilton, J.P., Hahn, K.S., Daily, G.C., & Gross, J. J. (2015). Nature experience reduces rumination and subgenual prefrontal cortex activation. *Proceedings of the National Academy of Science*, 112 (28), 8567-8572.
- Brun, A. (2009). *Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil*. Barcelona: Herder Editorial
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176.
- Central Intelligence Agency. (2017). *The World Fact Book: birth and death rate*. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/xx.html>
- Cifuentes, F. M. (2011). Desde el jardín de Freud. *Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura, Revista de Psicoanálisis*, 11, 229-248.
- De Hoyos López, M.C. (2015). ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños?. *Acta Pediátrica Española*, 73(2), 27-32.
- Feldman, R. (2008). *Desarrollo en la infancia*. México: Pearson Educación.
- Gamba-Collazos, H. A., & Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista colombiana de Psicología*, 26(1), 15-30.

- García-Viniegras, C. R.V., Grau, J. A., & Infante, O. E. (2013). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 121-131.
- Gismero, E. (2014). El largo camino del duelo: una oportunidad de aprender de la pérdida. *Sal Terrae*, 102, 771-783.
- Gómez, C. (2015). *Duelo en la infancia: elaboración, intervención y relación con la depresión* (Tesis de grado). Universidad de Cádiz, España.
- Harper, N. J. (2017). Wilderness therapy, therapeutic camping and adventure education in child and youth care literature: A scoping review. *Children and Youth Services Review*, 83, 68-69.
- Hueso, A., & Cascant, M. J. (2012). *Metodología y técnicas cuantitativas de investigación*. Valencia, España: Editorial Universitat Politècnica de València.
- Yalom, I.D. (2009). *Staring at the sun: Overcoming the terror or death*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jordan, M. (2015). *Nature and Therapy: Understanding counselling and psychotherapy in outdoor spaces*. New York, NY: Routledge.
- Kam, M. C. Y., & Siu, M. H. (2010). Evaluation of horticultural activity program for persons with psychiatric illness. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 80-86.
- Lescano, L. V. (2017). *Eficacia de la terapia hortícola como alternativa terapéutica para disminuir la depresión en pacientes que presentan accidente cerebro vascular, en edades comprendidas de 30 a 50 años, que acuden al servicio de Terapia Ocupacional en la Fundación Hermano Miguel de Quito en el Periodo Marzo - Agosto 2017* (Tesis de grado). Universidad de Central, Ecuador.
- López, N., & Sandoval, I. (2013). *Métodos y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa*. [Documento PDF]. Recuperado de http://www.pics.uson.mx/wp-content/uploads/2013/10/1_Metodos_y_tecnicas_cuantitativa_y_cualitativa.pdf
- Miaja, M., & Moral, J. (2013). EL significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130.
- Montuori, E. M. (s.f). *El duelo visto desde la Teoría del Apego*. [Documento PDF]. Recuperado de <https://www.apra.org.ar/pdf/mayo/montouri.pdf>
- Moshfeghi, G., Rezaabakhsh, H., & Danesh, E. (2014). Effectiveness of Horticultural Therapy on Depression among older adults in nursing homes. *Journal of nursing and midwifery faculty*, 24(86), 17 - 25.

- Muriá, I. (s.f). La concepción de la muerte en niños. *Revista Digital Universitaria- UNAM*, 1(1). Recuperado de http://muerte.bioetica.org/clas/muerte4.htm#_Toc51229650
- Newborg, J., Stock, J. R., Wnek, L. (2001). *Inventario de Desarrollo Battelle*. Madrid, España, TEA.
- Papalia, D., Duskin, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México D.F, México: McGraw Hill Education.
- Pearlman, M. Y., D'Angelo, K., & Cloitre, M. (2010). *Grief in Childhood: Fundamentals of treatment in clinical practice*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Pelekais, C. (2000). Métodos cuantitativos y cualitativos: diferencias y tendencias. *Telos*, 2(2), 347-352.
- Predny, M. L., & Relf, D. (2004). Horticulture Therapy activities for preschool children, elderly adults and intergenerational groups. *Activities, Adaptation & Aging*, 28(3), 1-18.
- Rivero, T., & Schulmeyer, M. K. (2018). El impacto del medio ambiente en estudiantes universitarios: Percepción del efecto restaurador de imágenes naturales y urbanas. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 16(1), 150-171.
- Routray, D. (2017). Eco-Psychology and Literature. En S. Das (Ed.), *En Re-Thinking Environment: Literature, Ethics and Praxis* (pp. 313-344). Shahdara: Krishna Offset.
- Simson, S. P., & Straus, M. C. (2003). *Horticulture as Therapy: Principles and Practice*. New York, NY: CRC Press.
- Spencer, C., & Blades, M. (2006). *Children and their environments: Learning using and designing spaces*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Spitz, R. (1972). *El primer año de vida del niño*. Madrid, España: Ediciones Aguilar.
- Stowell, D., Owens, G., & Burnett, A. (2018). A pilot horticultural therapy program serving veterans with mental health issues: Feasibility and outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32, 74-78.
- Tudor, K. (2013). Person-Centered psychology and therapy, ecopsychology and ecotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12(4), 315-329.
- Windhorst, E. (2017). Uniting inner nature and outer nature: gifted adult development and ecotherapy. *Advanced Development*, 16, 54-69.
- Worden, W. J. (2009). *Grief counselling and grief therapy: a handbook for the mental healthier practioner*. New York, NY: Spring Publishing.

Yeh-Jen, L., Chi, Y.L., & Yu-Chan, L. (2014). Planting Hope in Loss and Grief: Self-Care Applications of Horticultural Therapy for Grief Caregivers in Taiwan. *Death Studies*, 38, 603-611.

Zanartu, C., Krämer, C., & Wietstruck, M. A. (2008). La muerte y los niños. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(4), 393-397.

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA

Leer con atención el acuerdo del consentimiento previamente a tomar una decisión de la participación de su hijo en la investigación. Con el título “Uso de la Terapia Hortícola como estrategia terapéutica para reducir los síntomas del duelo complicado persistente en niños de 3 a 7 años y promover la adaptación”.

El objetivo de la investigación es probar la eficacia de la terapia hortícola en niños de 3 a 7 años de edad que tengan complicaciones en sobrellevar el duelo ante una pérdida, tratándose de duelo complicado persistente.

El rol del niño en la investigación será someterse como participante al protocolo de aplicación de la terapia hortícola durante 60 minutos a la semana, durante 9 semanas de intervención. Para seguridad de los padres o cuidadores legales, se entregará una copia a los padres de familia como respaldo del procedimiento que establece el protocolo. Además se aplicará diferentes evaluaciones psicológicas como el Inventario de Desarrollo Battelle para valorar el desarrollo, el Inventario de duelo complicado para niños adaptada al español versión para evidenciar la presencia del duelo patológico, el Inventario de ansiedad STAIC: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños para valorar síntomas de ansiedad y el Inventario de Depresión infantil con el objetivo de valorar los síntomas de depresión. Todos estas evaluaciones serán aplicadas al niño previamente a la aplicación del protocolo y posterior a su aplicación, para analizar el efecto de la terapia hortícola en el niño.

Dos semanas después de finalizar el protocolo de intervención, se requiere de la asistencia de los padres y el niño a una entrevista estructurada con el propósito de comprender los cambios que trajo la terapia sobre el niño.

Al intervenir en espacios verdes, existen mínimos riesgos de que el niño pueda lastimarse, porque existirá un mínimo de 2 terapeutas o más, para que cada grupo de 10 niños tenga la atención e intervención adecuada. Por lo tanto, el nombre del menor de edad o de los padres no se usará en ningún documento.

Los datos del participante y la información obtenida del mismo se mantendrán en confidencialidad. Se recuerda que la participación del menor es voluntaria, por lo tanto, podrá abandonar la investigación si así lo considera el niño y los padres de familia.

Yo (Nombre del padre)_____ con cédula de identidad

_____, padre de familia del/la menor (Nombre del niño/a)

_____ acepto lo mencionado en el consentimiento informado.

Yo (Nombre de la madre)_____ con cédula de identidad

_____, padre de familia del/la menor (Nombre del niño/a)

_____ acepto lo mencionado en el consentimiento informado.

Usted obtendrá una copia del acuerdo del consentimiento, para respaldar su decisión.

ANEXO B: INVENTARIO DE ANSIEDAD STAIC: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO EN NIÑOS

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

11	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12	Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16	Me preocupa lo que los otros piensen de mi	1	2	3
17	Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18	Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19	Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20	Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

ANEXO 2.

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) (adaptación colombiana).

Nombres y Apellidos _____ Edad _____ Fecha _____

PARTE ÚNICA

1	Me siento angustiado	1	2	3
2	Me encuentro confuso	1	2	3
3	Me siento molesto	1	2	3
4	Tengo miedo	1	2	3
5	Me encuentro descansado	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Me siento calmado	1	2	3
8	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
9	Me preocupan cosas que puedan ocurrir	1	2	3
10	Me preocupo demasiado	1	2	3
11	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
12	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
13	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
14	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
17	Me encuentro molesto	1	2	3
18	Siento ganas de llorar	1	2	3

Calificación: se suman los resultados de cada factor de manera independiente y esta puntuación bruta se convierte en centiles en la tabla percentilar. Los factores son reconocibles porque las preguntas que los componen están juntas y tienen o no negrilla.

ANEXO 3.
 Tabla percentilar para el Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo
 (Spielberger, 1973) con población colombiana.

Percentil	Factor 1: temor	Factor 2: tranquilidad	Factor 3: preocupación	Factor 4: evitación	Factor 5: somatización	Factor 6: ira -tristeza
1	4	3	3	3	3	2
2	4	4	3	3	3	2
3	4	4	4	3	3	2
4	4	4	4	3	3	2
5	4	4	4	3	3	2
6	4	4	4	4	3	2
7	4	5	4	4	3	2
8	4	5	4	4	4	2
9	4	5	4	4	4	2
10	4	5	5	4	4	2
15	4	5	5	4	4	2
20	4	6	5	5	4	2
25	5	6	5	5	4	3
30	5	6	6	5	5	3
35	5	6	6	5	5	3
40	6	7	6	5	5	3
45	6	7	6	6	5	3
50	6	7	7	6	6	3
55	6	7	7	6	6	4
60	7	8	7	6	6	4
65	7	8	7	6	6	4
70	7	8	7	6,7	6	4
75	8	8	8	7	7	4
80	8	9	8	7	7	4
85	9	9	8	7	7	5
90	9	9	8	8	8	5
91	9	9	8,61	8	8	5
92	10	9	9	8	8	5
93	10	9	9	8	8	5
94	10	9	9	8	8	5
95	10	9	9	8	8	5
96	10	9	9	8	8	5,16
97	11	9	9	9	8	6
98	11	9	9	9	9	6
99	12	9	9	9	9	6
100	12	9	9	9	9	6

Para la conversión de puntuaciones brutas en percentiles, se tendrá en cuenta que de 1 a 15 y de 85 a 100, son considerados clínicamente significativos.

ANEXO C: CDI INVENTARIO DE DEPRESION INFANTIL

CUESTIONARIO CDI (CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL)

Escuela _____ Grado _____

Edad: _____ Sexo: M F

INSTRUCCIONES

Los niños y niñas como tú tienen diferentes ideas y sentimientos, en este cuestionario se escogen algunos de ellos. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** como te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo señala la frase que mejor describa **CÓMO TE HAS SENTIDO**. De las tres frases que se presentan en cada pregunta **ESCOGE SOLO UNA**. La que más se acerque a cómo eres o te sientes. Pon una equis (X) en tu respuesta.

1. Pocas veces estoy triste.
 Muchas veces estoy triste.
 Siempre estoy triste.

2. Nunca me va a salir nada bien.
 No estoy seguro si las cosas me van a salir bien.
 Las cosas me van a salir bien.

3. La mayoría de las cosas hago bien.
 Muchas cosas las hago mal.
 Todo lo hago mal.

4. Muchas cosas me divierten.
 Algunas cosas me divierten.
 Nada me divierte.

5. Siempre soy malo o mala.
 Muchas veces soy malo o mala.
 Pocas veces soy malo o mala.
6. A veces pienso que me pueden pasar cosas malas.
 Me preocupa que me pasen cosas malas.
 Estoy seguro que me pasarán cosas muy malas.
7. Me odio
 No me gusta como soy.
 Me gusta como soy.
8. Todas las cosas malas son por mi culpa.
 Muchas cosas malas son por mi culpa.
 Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9. No pienso en matarme.
 Pienso en matarme pero no lo haría.
 Quiero matarme.
10. Todos los días tengo ganas de llorar.
 Muchos días tengo ganas de llorar.
 Pocos días tengo ganas de llorar.
11. Siempre me preocupan las cosas.
 Muchas veces me preocupan las cosas.
 Pocas veces me preocupan las cosas.
12. Me gusta estar con gente.
 Muchas veces NO me gusta estar con gente.
 Nunca me gusta estar con gente.

13. No puedo decidirme.
 Me cuesta decidirme.
 Me decido muy fácilmente.
14. Soy bonito o bonita.
 Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
 Soy feo o fea.
15. Siempre me cuesta hacer los deberes.
 Muchas veces me cuesta hacer los deberes.
 No me cuesta hacer los deberes.
16. Todas las noches me cuesta dormir.
 Muchas veces me cuesta dormir.
 Duermo muy bien.
17. Pocos días estoy cansado o cansada.
 Muchos días estoy cansado o cansada.
 Todos los días estoy cansado o cansada.
18. La mayoría de días NO tengo ganas de comer.
 Algunos días NO tengo ganas de comer.
 Como muy bien.
19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.
20. Nunca me siento solo.
 Muchas veces me siento solo.
 Siempre me siento solo.

21. Nunca me divierto en la escuela.
 Solo a veces me divierto en la escuela.
 Muchas veces me divierto en la escuela.
22. Tengo muchos amigos.
 Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
 No tengo amigos.
23. Mi trabajo en la escuela es bueno.
 Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes.
 Me va muy mal en las materias que antes me iban bien.
24. Nunca podré ser tan bueno o buena como otros niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno o buena como otros niños.
 Soy tan bueno o buena como otros niños.
25. Nadie me quiere.
 No estoy seguro de que alguien me quiera.
 Todos me quieren.
26. Siempre hago lo que me dicen.
 Muchas veces hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen.
27. Me llevo bien con la gente.
 Muchas veces me peleo.
 Siempre me peleo.

ANEXO D: INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO EN NIÑOS

Apéndice

Inventario de Duelo Complicado

Adaptación a población Colombiana

Sexo: M ___ F ___ Edad: _____ Parentesco de la persona fallecida: _____

El siguiente cuestionario tiene como propósito evaluar algunas de las reacciones que en el presente usted experimenta en relación con el fallecimiento de un ser querido. Por favor, para cada afirmación de la siguiente tabla marque con una equis (X) la opción que más se adapte a su experiencia.

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
Los recuerdos de la persona que murió me agobian.	0	1	2	3	4
Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
Anhelo a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Me siento atraído/a por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
No puedo evitar sentirme enfadado/a con su muerte.	0	1	2	3	4
No puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme por la gente.	0	1	2	3	4
Desde que él/ella murió me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
Siento dolores en la misma zona del cuerpo que le dolía la persona que murió.	0	1	2	3	4
Tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
Me desvío de mi camino para evitar los lugares que me recuerdan a la persona que murió.	0	1	2	3	4
Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4

ANEXO E: ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA PADRES DE FAMILIA AL FINALIZAR TERAPIA HORTICOLA

Después de dos semanas de haber culminado la intervención de Terapia Hortícola, se realizará la siguiente entrevista estructurada dirigida a los padres de familia o cuidadores legales de los niños participantes.

1. Cuéntenme: ¿Cómo está su hijo/a ahora?
2. Califique del 1 al 10, la mejora que ha tenido su hijo/a después de la intervención
3. Me puede indicar ¿Cuáles son los cambios encontrados desde que su hijo/a llegó a terapia hasta ahora, considerando que ya han pasado dos semanas después de haber finalizado la intervención de terapia hortícola?
4. ¿Cómo es su comportamiento en el hogar?
5. Coméntenme ¿Cuál es el reporte de comportamiento de la escuela?
6. ¿Su hijo/a ha tenido situaciones en las que se siente mal? Si ha sucedido, comente la causa.
7. Pueden comentar si:¿Hay aceptación de la muerte por parte de su hijo/a, en otras palabras, el niño/a es capaz de explicar lo que sucedió con la persona fallecida?
8. ¿Consideran que su hijo/a habla de la persona fallecida sin un dolor desgarrador? Es decir, ¿es capaz de recordar al fallecido sin un sufrimiento constante o llanto periódico?
9. ¿El niño parece que se encuentra conectado con la realidad y ya no está invadido la mayor parte del tiempo por recuerdos del fallecido que llevaban de ansiedad al niño y no le permiten interactuar con su entorno?
10. ¿Han evidenciado rabia o enojo vinculados con el fallecimiento? Esto es necesario considerar porque los sentimientos de rabia o enojo demuestran cuestiones de duelo por resolver.
11. ¿Cómo ven la dinámica de su familia en la actualidad?