

## REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

**La muerte de un ser querido del paciente con leucemia y su relación con el desarrollo de la enfermedad**

**Autor: Mariana Canales Barriga**

**Tesis presentada para obtener el título de:  
Lic. En Psicología**

**Nombre del asesor:  
Hermelinda Mendoza García**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





“La muerte de un ser querido del paciente con leucemia y su relación  
con el desarrollo de la enfermedad”

TESIS

Que para obtener el Título de  
Licenciada en Psicología

Presenta:

Mariana Canales Barriga

Asesora:

M.P.F. Hermelinda Mendoza García

Acuerdo: LIC100404260410

Clave: 16PSU004J

Morelia Michoacán; Mayo 2016

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
JUSTIFICACIÓN .....	2
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.....	4
1. LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA).....	4
1.1 Definición de leucemia.....	4
1.2 Etiología.....	5
1.3 Tipos de leucemia.....	9
1.4 La leucemia y el duelo .....	10
2. FAMILIA.....	12
2.1 Definición de familia.....	12
2.3 Dinámica familiar .....	22
2.4 Funcionalidad familiar .....	24
2.5 La familia y el duelo .....	26
3. DUELO.....	28
3.1 Definición de duelo .....	28
3.2 Etapas del duelo .....	31
3.3 Tipos de duelo .....	33
3.4 El duelo ante la pérdida de un ser querido .....	37
4. ADULTO TEMPRANO .....	39
4.1 Definición de adulto temprano .....	39
4.2 Área psicológica .....	39
4.3 Área biológica .....	41
4.4 Área social .....	45
4.5 Área cognoscitiva.....	46
4.6 Área espiritual.....	48
CAPITULO II. METODOLOGÍA.....	50
2.1 Enfoque: Cualitativo .....	50
2.2 Alcance: Descriptivo.....	50

2.3 Objetivo general .....	50
2.3.1 Objetivos particulares: .....	50
2.4 Planteamiento del problema .....	51
2.4.1 Preguntas de investigación .....	51
2.5 Supuestos teóricos.....	52
2. 6 Ejes temáticos.....	52
1 Leucemia .....	52
2 Familia .....	52
3 Duelo .....	53
4 Adulto temprano .....	53
2.7 Técnicas de recolección de datos .....	53
2.8 Participantes .....	55
2.9 Escenario .....	56
2.10 Procedimiento .....	57
CAPITULO III. RESULTADOS .....	58
3.1 Presentación de casos .....	58
3.2 Análisis por eje.....	79
3.3 Integraciones por sujeto .....	81
CAPITULO IV. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES .....	86
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS .....	90
ANEXOS .....	96

## **AGRADECIMIENTOS**

Si bien ahora estoy por culminar una etapa muy importante de mi vida, ésta no la viví de manera aislada ni fue sólo mérito mío. Sin la ayuda de las personas que estuvieron a mi alrededor para apoyarme durante este camino, posiblemente hubiera sido más difícil, es por eso que ahora les agradezco a:

Mi mamá: Que siempre estuviste ahí con tu apoyo incondicional sosteniéndome en todo, para que pudiera desarrollarme y para que ahora sea la persona profesional que estoy siendo. Gracias siempre por todo.

Mis abuelos: Sin ustedes sin duda, esto no hubiera podido ser lo mismo. Gracias por permitirme realizarme como profesionista.

Mis tíos y tías: Formaron parte de la red de apoyo que siempre estuvo al pendiente de cualquier cosa, ya fuera de una manera o de otra. Nunca sentí lejano su apoyo.

Mis primos: A pesar de ser la mayor, ustedes me ayudaron de una manera especial a darme cuenta que tenía que esforzarme y sacar los proyectos adelante y siempre supe que cualquier cosa que se me dificultara, ustedes estarían dispuestos a ayudarme. Ahora estoy yo para apoyarlos siempre en lo que necesiten.

Actualmente después de 4 años de estudiar la licenciatura me doy cuenta que ese sólo fue el primer paso, apenas el comienzo de todo.

“Estoy orgullosa de mis logros, pero eso ya lo experimenté. Necesito continuar moviéndome para aprender. Lo que hice ya está hecho, lo que voy a hacer lo voy a hacer”. John Grinder

## **RESUMEN**

Esta tesis fue realizada con la intención de identificar la relación entre un paciente adulto temprano con leucemia a partir de la pérdida reciente de un ser querido, para ubicar si existe relación entre la muerte del familiar y la enfermedad que padece, fortaleciendo esta pérdida el desarrollo de la misma en un periodo de 1 a 10 años de haber sucedido la pérdida y el diagnóstico entre 6 meses y 3 años posteriores a la pérdida.

Para ello se contó con la participación de 3 sujetos, siendo una muestra limitada debido a la dificultad para encontrar sujetos dispuestos a colaborar con la investigación.

Se investigó acerca de los cambios que se producen en la dinámica familiar a partir del diagnóstico de la leucemia y durante la enfermedad, así como la percepción que tienen los pacientes respecto a su enfermedad y la manera en que la han afrontado.

**PALABRAS CLAVES:** Leucemia, Pérdida, Adulto temprano, Relación muerte – enfermedad.

## **INTRODUCCIÓN**

La presente tesis es una investigación que tiene por objetivo identificar la relación entre el desarrollo de la leucemia y la pérdida de un ser querido.

Los datos se obtuvieron de personas que padecieran leucemia linfoblástica aguda (LLA) y que hubieran experimentado la pérdida de un ser querido con un rango de 1 a 10 años de haber sucedido la pérdida del ser querido y de 6 meses a 3 años de que se generó su diagnóstico. Cabe mencionar que 2 de 3 sujetos fueron muestra en un ambiente hospitalario, mientras que el restante se conoció en condiciones normales.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

El Capítulo I contiene el marco teórico de la investigación, abarcando 4 ejes: Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), Familia, Duelo y Adulto temprano

Posteriormente el Capítulo II presenta lo referente a la metodología empleada en dicha investigación, como el enfoque y alcance que se utilizó, los objetivos tanto general como particulares, el planteamiento del problema, preguntas de investigación, así como las técnicas de recolección de datos, características participantes, escenarios empleados y el procedimiento para llevar a cabo la investigación.

En el Capítulo III se encuentran los resultados obtenidos, estos desplegados en resultados por casos, un análisis por eje temático y finalmente una integración de las pruebas aplicadas por sujeto.

El Capítulo IV despliega la discusión y conclusiones de los resultados obtenidos.

Finalmente se exhiben las limitaciones que se tuvieron para la realización de esta investigación y de igual manera se proponen una serie de sugerencias para el tratamiento del paciente.

## **JUSTIFICACIÓN**

La investigación nació de la inquietud por conocer más a fondo la relación que existe entre lo que implica padecer una enfermedad crónica, que está claramente ligada al tema de la muerte con la parte de las pérdidas, de manera específica con la pérdida de un ser querido, el proceso de la propia enfermedad y muerte futura por leucemia.

Esta intención se dio mientras estaba en un ambiente hospitalario, en donde las pérdidas son una cuestión constante y no sólo refiriéndose al tema de la pérdida de la salud, o de la misma vida; también la pérdida de todo aquello que conlleva el padecer esa enfermedad, el aspecto económico que se pierde al intentar mejorar la salud, la pérdida de una vida como la de las demás personas por los cuidados que esa enfermedad implica, hasta en algunos casos el aislamiento de parte de la familia y amigos por la condición que atraviesan o en el peor de los casos, el abandono.

Aunado a esto como ya se mencionó, se encontró que la leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la neoplasia más común diagnosticada en pacientes menores de 15 años, constituye la cuarta parte de las neoplasias diagnosticadas en este grupo de edad y 76% de todas las leucemias.

La incidencia de leucemia linfoblástica aguda en adultos mayores es de 1/100,000 habitantes al año, es más frecuente en varones que en mujeres, así como en personas de raza caucásica que en personas de raza negra.

Respecto de las zonas geográficas, hay prueba de mayor incidencia de LLA en la población del norte y occidente de Europa, norte de África y Oceanía.

En México, en el año 2000 se informó de 1,926 casos nuevos, con tasa de 2/100,000 habitantes. De éstos, 53% fueron hombres, con dos picos de manifestación, el primero en edad escolar y el segundo por arriba de 65 años de edad. Las entidades federativas con mayor morbilidad fueron: Distrito Federal, Chiapas y Jalisco (el Distrito Federal con 238 casos nuevos en el 2000).

En el mismo año 2000 se informa de 3,301 muertes por leucemia, con tasa de 3/100,000 habitantes y cociente hombre-mujer de 4/3. Con mayor mortalidad en personas de más de 65 años (Ortega, Osnaya y Rosas, 2007).

De todo esto, nace la importancia de poder tratar de entender que pasa con la percepción que tienen las personas que padecen esta enfermedad respecto a las pérdidas, como lo han o están viviendo y la manera de afrontarlo para así poder generar opciones de ayuda a este sector muchas veces excluido.

## **CAPITULO I. MARCO TEÓRICO**

### **1. LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA)**

#### **1.1 Definición de leucemia**

Enfermedad consistente en la acumulación o proliferación irregular, en la médula ósea, de un grupo de un grupo de células de una de las series leucocitarias de la sangre, progresiva, irregular, invasiva y de causa desconocida (Llistosella Ma. et. al, 2004).

Nuevo diccionario médico Larousse citado por Acuña y Mostalac, (2005), la define como una enfermedad maligna progresiva, caracterizada por un gran número de glóbulos inmaduros semejantes a los linfoblastos que se pueden encontrar en la sangre, la médula ósea, los ganglios linfáticos, el bazo y otros órganos.

También se le conoce como LLA a la Leucemia Linfoblástica Aguda.

Los síntomas que se pueden presentar son palidez, fatiga, cefalea, vómitos, artralgias, fiebre de elevación rápida, hemorragias múltiples, púrpura, angina simple o membranosa, estomatitis ulceronecrosica, hipertrofia del bazo y del hígado, tumefacción de los ganglios cervicales y sub axilares. Además el examen de sangre muestra una anemia marcada.

La Leucemia Linfoblástica Aguda se trata con la combinación de medicamentos anticancerosos (quimioterapia), y puede ser necesaria la hospitalización durante un periodo de 3 a 6 semanas para iniciar la quimioterapia.

La quimioterapia consiste típicamente en la combinación de 3 a 8 medicamentos, entre los que se pueden mencionar la prednisona, vincristina, metrotexato y ciclofosfamida. Pueden llegar a ser necesarios también productos sanguíneos, tales como glóbulos rojos y/o plaquetas, para tratar la anemia y los bajos niveles de plaquetas que presentan estos pacientes; así como, terapia antibiótica para atender posibles infecciones generadas a partir de la enfermedad principal.

La terapia posterior al logro de la remisión de la enfermedad radica en la prevención de la recaída y en mantener la quimioterapia por más de un año. El

trasplante de médula ósea después de grandes dosis de quimioterapia, es una opción de tratamiento para casos que no responden al tratamiento ordinario.

En cuanto al pronóstico de pacientes con leucemia se dice que probablemente, el resultado es mejor en niños que en adultos, mostrando una remisión completa de aproximadamente 95% con un promedio de curación del 50% al 60%, mientras que para los adultos los números marcan que el 80% de éstos alcanza una remisión completa y del 30% al 50% se curan.

En el lado contrario de este panorama, las personas que no reciben tratamiento tienen una expectativa de vida de 3 meses aproximadamente.

Esta gran discrepancia entre las tasas de curación en adultos y en niños, posiblemente se deba a las diferencias en cuanto a la capacidad de tolerancia de un tratamiento quimioterápico intensivo en adultos, así como a una elevada incidencia de anomalías citogenéticas de mal pronóstico en éstos.

## **1.2 Etiología**

La leucemia es un cáncer que comienza en el tejido que forma la sangre. Para entender el cáncer, es útil saber cómo se forman los glóbulos normales de la sangre.

Glóbulos sanguíneos normales:

La mayoría de los glóbulos de la sangre se forman a partir de células llamadas células madre en la médula ósea. La médula ósea es el material blando que está en el centro de la mayoría de los huesos. Al madurar, las células madre se convierten en diferentes tipos de células sanguíneas. Cada tipo tiene una función especial.

- Los glóbulos blancos ayudan a combatir infecciones. Hay varios tipos de glóbulos blancos.
- Los glóbulos rojos transportan oxígeno a los tejidos de todo el cuerpo.
- Las plaquetas ayudan a formar coágulos de sangre que controlan el sangrado.

Los glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas se forman de las células madre a medida que el cuerpo los necesita. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y células nuevas las reemplazan (National Cancer Institute, 2009).

Primero, una célula madre madura hasta convertirse en una célula madre mieloide o una célula madre linfoide.

- Una célula madre mieloide se convierte en blastocito mieloide. El blastocito puede formar un glóbulo rojo, una plaqueta o uno de los varios tipos de glóbulos blancos.
- Una célula madre linfoide se convierte en blastocito linfoide. El blastocito puede formar uno de los varios tipos de glóbulos blancos, como las células B (linfocitos B) o las células T (linfocitos T).

Los glóbulos blancos que se forman de los blastocitos mieloides son diferentes de los glóbulos blancos que se forman de los blastocitos linfoides.

Células leucémicas:

En una persona con leucemia, la médula ósea produce glóbulos blancos (leucocitos) anormales. Las células anormales son células leucémicas.

A diferencia de las células sanguíneas normales, las células leucémicas no mueren cuando deberían morir. Éstas se aglomeran alrededor de los leucocitos, de los glóbulos rojos (eritrocitos) y plaquetas. Esto dificulta el funcionamiento de las células sanguíneas normales (National Cancer Institute, 2009).

La leucemia es un cáncer de las células sanguíneas. La mayoría de las células de la sangre se forman en la médula ósea. En el caso de la leucemia, las células sanguíneas inmaduras se vuelven cancerosas. Estas células no funcionan como deberían y congestionan a las células sanguíneas sanas en la médula ósea.

Los diferentes tipos de leucemia dependen del tipo de célula sanguínea que se vuelve cancerosa. Por ejemplo, la leucemia linfoblástica es un cáncer de los linfoblastos (glóbulos blancos que combaten las infecciones). Los glóbulos blancos son el tipo más común de célula sanguínea que se vuelve cancerosa. Sin embargo, los glóbulos rojos (células que transportan oxígeno desde los pulmones

al resto del cuerpo) y las plaquetas (células que coagulan la sangre) también se pueden convertir en cáncer.

La leucemia es más frecuente en los adultos mayores de 55 años, pero también es el cáncer más común en los niños menores de 15 años.

La leucemia puede ser aguda o crónica. La leucemia aguda es un cáncer de crecimiento rápido que generalmente empeora de prisa. La leucemia crónica es un cáncer de crecimiento lento que empeora despacio con el tiempo. El tratamiento y el pronóstico de la leucemia dependen del tipo de célula sanguínea afectada y de que la leucemia sea aguda o crónica (National Cancer Institute, 2009).

Enfermedad consistente en la acumulación o proliferación irregular, en la médula ósea, de un grupo de un grupo de células de una de las series leucocitarias de la sangre, progresiva, irregular, invasiva y de causa desconocida.

La leucemia produce una sustitución de la celularidad normal de la médula ósea por células neoplásicas, que pueden extenderse a otras estructuras extramedulares como bazo, hígado y sistema reticuloendotelial, así como riñón, piel, tracto digestivo, etc., en algunas ocasiones.

Aun cuando la causa de las leucemias es desconocida, existen factores etiológicos que pueden estar implicados, tales como virus, radiaciones, algunos agentes químicos, factores cromosómicos y genéticos (presencia de cromosoma 22 pequeño o cromosoma Philadelphia en algunas leucemias, mayor riesgo en mongólicos, etc), alteraciones inmunológicas, etc (Llistosella Ma. et. al, 2004).

Cancer.org (2006) citado por Alfaro y Rizo (2008) nos dice que algunos de los posibles factores que podrían fomentar el desarrollo de la leucemia pudieran ser los siguientes:

- a) Herencia: Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. En algunos trastornos hereditarios,

los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

- b) Sustancias químicas: El alquitrán de hulla y sus derivados se consideran altamente cancerígenos. Sus vapores en algunas industrias se asocian con la elevada incidencia de cáncer de pulmón entre los trabajadores. Hoy en día se sabe que el benzopireno, sustancia química presente en el carbón, provoca cáncer de piel en las personas cuyos trabajos tienen relación con la combustión del carbón. El arsénico se asocia con cáncer del pulmón, pues los trabajadores de las minas de cobre y cobalto, fundiciones y fábricas de insecticidas presentan una incidencia mayor en este tipo de cáncer. En los trabajadores de las industrias relacionadas con el asbesto, la incidencia es de hasta 10 veces más de lo normal. Una sustancia producida por el hongo *Aspergillus flavus*, (aflatoxina), y que contamina alimentos mal conservados, ocasiona cáncer de hígado en algunos animales. Se ha encontrado que en países donde la contaminación de alimentos por mohos es frecuente, la incidencia de cáncer de hígado y de estómago es alta. El cigarrillo es otro agente cancerígeno, se ha determinado que la muerte por cáncer del pulmón es 6 veces mayor entre fumadores que entre no fumadores. El cigarrillo es tan pernicioso debido a las sustancias que contiene; nicotina, ácidos y óxidos de carbono y alquitrán. El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes.
  
- c) Radiaciones: Las radiaciones ionizantes son uno de los factores casuales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un periodo de latencia de varios años. Los rayos ultravioletas del sol y los rayos X aumentan la propensión a

adquirir cáncer de la piel y leucemia. La excesiva exposición a los rayos solares por parte de personas de piel blanca aumenta el riesgo.

- d) Infecciones o virus: Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres de estómago, hígado, cérvix y con el sarcoma de Kaposi (un tipo especial de cáncer que aparece en enfermos con SIDA). Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago.
- e) Traumas: Se considera perjudicial la irritación mecánica producida sobre una porción de la piel y la fricción ejercida sobre lunares. El cáncer de labio en los fumadores de pipa se asocia con la irritación crónica producida por la pipa sobre un grupo de células en el labio.

### **1.3 Tipos de leucemia**

Para Llistosella Ma. et. Al (2004) los tipos de leucemia se clasifican de la siguiente manera:

- Según el tipo celular proliferado, las leucemias serán: granulocíticas, linfocíticas o monocíticas.
- Según el predominio de afección (medular o linfático) se clasificarán en mieloides o linfoides.
- Según la evolución y grado de madurez celular, se dividirán en agudas (células muy jóvenes) o crónicas (células más diferenciadas).

Hay cuatro tipos comunes de leucemia:

1. Leucemia linfocítica crónica (LLC). Afecta a las células linfoides y es por lo general de crecimiento lento. Hay más de 15 000 casos nuevos de

leucemia cada año. A menudo, las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad son mayores de 55 años. Casi nunca afecta a niños.

2. Leucemia mieloide crónica (LMC). Afecta a células mieloides y por lo general es de crecimiento lento al principio. Hay aproximadamente 5 000 casos nuevos de leucemia cada año. Afecta principalmente a adultos.
3. Leucemia linfocítica (linfoblástica) aguda (LLA). Afecta a células linfoides y es de crecimiento rápido. Hay más de 5 000 casos nuevos de leucemia cada año. La LLA es el tipo de leucemia más común entre niños pequeños. También afecta a adultos.
4. Leucemia mieloide aguda (LMA). Afecta a células mieloides y es de crecimiento rápido. Hay más de 13 000 casos nuevos de leucemia cada año. Afecta tanto a adultos como a niños.

La leucemia de células pilosas es un tipo poco común de leucemia crónica (Llistosella Ma. et. Al, 2004).

#### **1.4 La leucemia y el duelo**

El duelo de un hijo es uno de los más prolongados y difíciles de vivir, debido a que los padres tienen el papel de amar, proteger y cuidar de su hijo, por lo que cuando el hijo muere sienten que no hicieron bien su trabajo. Obligándolos a confrontar su comprensión sobre el significado de la muerte.

Cuando se les anticipa la muerte de un hijo por enfermedad se puede elaborar parte del dolor de su separación y pérdida antes del suceso.

Cuando exista por consecuencia del tratamiento un cambio físico el enfermo pasará por un proceso de duelo separado, ya que observa que no puede realizar las actividades que un niño sano hace debido a que su cuerpo no le responde.

Cuando el hijo ha fallecido, la recuperación y el duelo serán más fáciles si se logró la elaboración de los sentimientos durante la enfermedad (O'connor, 2007 citado por Acuña y Mostalac, 2005).

Cuando se sabe del fallecimiento de un hijo, algunos padres debilitan su fe, en un intento de culpar a otros por lo sucedido y sobrellevar el dolor. Los primeros meses después de la muerte estarán llenos de reproches, así como sentimientos entremezclados y confusos.

El padre puede presentar dificultades al expresar su dolor por cuestiones culturales y algunos de los medios para hacerlo puede ser el alcohol y evitar estar en su casa.

Es común que uno de los padres piense que su pareja es la responsable de la muerte del hijo (Giacchi, 2000; citado por Acuña y Mostalac, 2005).

Otra parte importante de la familia; los abuelos sufren este tipo de pérdida en dos niveles: el primero cuando muere el nieto y ven a sus hijos muy lastimados y no pueden hacer mucho al respecto y por el otro lado la pérdida como tal de su nieto.

Una de las posiciones más difíciles en que los padres ponen a los hijos sobrevivientes es la de sustitutos del hijo perdido, es decir, darle al hijo sobreviviente las cualidades y responsabilidades del hijo fallecido.

El impacto de la muerte de un hermano depende de la edad, cercanía y resolución de rivalidades fraternales. Entre hermanos existe el potencial para la relación más prolongada en la vida del ser humano. Perder a un hermano de niño, puede acarrear fuertes sentimientos de culpa o de no haber hecho algo heroico para evitar el fallecimiento.

Se dice que en adultos el impacto es menor, ya que la intensidad de la relación se va debilitando, se pierde el pasado, los recuerdos, las travesuras, los lugares; aunque no en todos los casos es de la misma manera.

La muerte trae consigo una identificación que obliga a pensar en la propia vida o muerte, además de lo que muere junto con el hermano fallecido.

Cuando fallece un hermano es posible que se sientan responsables y que surja en ellos el temor a su propia muerte (O'connor, 2007 citado por Acuña y Mostalac, 2005).

Es importante que durante la fase aguda del duelo la persona exprese lo que siente, trabaje con la emoción más que con la razón y se centre en la resolución de problemas prácticos derivados de la muerte del ser querido.

No es el momento de reconstruir, sino de sentir, de llorar, de recordar, de amar lo que ya no se tiene, es importante igualmente que la persona se recupere a sí misma cuidando su propio cuerpo alimentándose bien y disfrutando de la comida, haciendo ejercicio, durmiendo y descansando las horas necesarias, saliendo a la naturaleza.

Asimismo resulta fundamental estructurar el día y la semana con actividades diversas que permitan a la persona retomar nuevamente las relaciones sociales y planificar los fines de semana en compañía de familiares y amigos.

A las personas que aún con el paso de los años se niegan a aceptar la pérdida y se apegan al recuerdo del ser querido, encerrándose en sí mismas puede resultarles de gran ayuda acudir a un psicólogo, que aparte de tenderle una mano y comprenderle qué le ocurre, la orientará sobre aquellas cosas que puede hacer para transformar esos sentimientos que le impiden liberarse y superar su dolor (Alfaro y Rizo, 2008).

## **2. FAMILIA**

### **2.1 Definición de familia**

La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Éstas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales (Minuchin, 1974).

Los sistemas vivos son básicamente sistemas. Un sistema abierto es definido como sistema que intercambia materia con el medio circundante, que exhibe importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes materiales (Von Bertalanffy, 1986).

La familia es una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes. Es

justamente la sustancia vida que conecta al adolescente con el mundo y transforma al niño en adulto.

La familia puede ser en sí, un elemento de salud o de origen y causa del problema.

La familia como organismo vivo, tiene una historia, un nacimiento y un desarrollo. Confronta diferentes tareas en cada uno de estos pasos: la unión de dos seres con una meta en común: el advenimiento de los hijos, el educarlos en sus funciones sexuales y sociales, el soltarlos a tiempo para la formación de nuevas unidades y el quedar la pareja sola nuevamente. Si la familia cumple con estas funciones, será una familia sana, y si en alguna de ellas fracasa o se detiene, será un sistema enfermo (Estrada, 1997).

A través de dos mecanismos principales regula su funcionamiento:

- a) Control homeostático
- b) Red de comunicaciones

Como resultado de ambos mecanismos se da la aparición de roles en la familia, lo cual determina igualmente que marchen bien las cosas o que el sistema se enferme. La ausencia de una función clásica como la del padre o la madre, o bien el que un miembro tome el papel del otro, determinará que todos sufran las consecuencias. Pareciera ser que son necesarios tres subsistemas: el marital, el de padres-hijos y el de los hermanos, y que cada quien esté ubicado en su propio nivel y cumpla con las funciones que su sexo y edad determinan.

La familia a manera de pequeña sociedad, es la arena donde se permite toda suerte de ensayos y fracasos en un ambiente de protección, de tolerancia, de firmeza y de cariño. Es la línea de continuidad entre el niño y el adulto y el mejor medio de comunicación entre dos o más generaciones. También es el organismo liberador que se encarga de soltar al adolescente maduro que se encuentra listo ya para la formación de otra unidad (Estrada, 1997).

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo “abierto” al estar ligado e intercomunicado con otros sistemas, como el biológico, el psicológico. El social y el ecológico (Von Bertalanffy, 1968 citado por Estrada, 1997).

Según Diet (1989), citado por Acuña y Mostalac (2005), dice que la familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.

## **2.2 Tipos de familia**

De acuerdo con Minuchin (1974) existe la siguiente clasificación de tipos de familia, según el tipo de límites que se ejerce en ella.

- Funcionales.- Las familias funcionales son aquellas que tienen los límites claros o flexibles; éstos se manifiestan cuando cada integrante de la familia cumple con las normas y reglas establecidas.

- Desligadas.- Las familias desligadas son aquellas que tienen los límites rígidos, que existen cuando la comunicación entre subsistemas es difícil y no se llevan a cabo las funciones protectoras de la familia.

- Caóticas.- Las familias caóticas son aquellas que tienen los límites difusos o porosos en este caso, un elemento del sistema invade el espacio del otro integrante y no se cumplen las reglas en la familia.

Minuchin y Fishman (2004), menciona los siguientes subsistemas que se generan dentro de la familia.

Se denomina holón a una parte de un sistema, que a su vez, es tan complejo que merece considerarse un todo en sí mismo. La palabra deriva de Holos = totalidad On = parte.

El holón individual incluye el concepto de sí mismo en contexto. Contiene los determinantes personales e históricos del individuo. Pero va más allá, hasta abarcar los aportes actuales del contexto social. Las interacciones específicas con los demás dan la luz y refuerzan aspectos de la personalidad individual que son apropiados al contexto.

En el holón conyugal una de las más vitales tareas del sistema de los cónyuges es la fijación de límites que los protejan procurándoles un ámbito para la satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos u otras personas. El tino con que estén trazadas estas fronteras es uno de los aspectos más importantes que determinan la viabilidad de la estructura familiar.

El subsistema de los cónyuges puede ofrecer a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar y proporcionarles un refugio ante las tensiones de fuera.

Este subsistema es vital para el crecimiento de los hijos. Si existe una disfunción importante dentro de éste, repercutirá en toda la familia.

En el holón parental se incluyen interacciones como la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Los adultos tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y socializarlos; pero también poseen derechos. Los padres tienen el derecho de tomar decisiones que atañen a la supervivencia del sistema total en asuntos de cambio de domicilio, escuela y fijación de reglas.

Tienen el derecho y aún más el deber de proteger la privacidad del subsistema de los cónyuges y de fijar el papel que los niños habrán de desempeñar en el funcionamiento de la familia.

Por su parte, el holón de los hermanos constituye para el niño el primer grupo de iguales en que participa. En conjunto van tomando diferentes posiciones en el constante toma y daca; este proceso promueve tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo como su individualidad vivenciada en el acto de elegir y optar por una alternativa dentro de un sistema.

Minuchin y Fishman (2004), señala que existen diferentes tipos de familia según la configuración que se maneja en cada una de ellas, entre estas se encuentran las siguientes:

#### - Familia de pas de deux

Familia compuesta de dos personas solamente. Si se trata de madre e hijo, es posible que éste pase mucho tiempo en compañía de adultos. Puede estar adelantado en su capacidad verbal; y como en un elevado porcentaje sus interacciones son con adultos, se interesará por los temas de éstos y parecerá más maduro.

Quizá pase menos tiempo de lo esperado con los niños de su edad, por lo que tendrá menos cosas en común y quizás esté en desventaja en los juegos físicos.

Esta estructura formada por solo dos personas es propensa a la formación de una recíproca dependencia casi simbiótica.

Otro ejemplo de este tipo de familia podría ser la pareja anciana cuyos hijos ya han dejado el hogar.

#### - Familia de 3 generaciones

Es posiblemente la configuración más típica en todo el mundo.

La configuración de la familia extensa aloja en la multiplicidad de sus generaciones la posibilidad de una especialización funcional. Este tipo de organización requiere de un contexto en que la familia y el medio extrafamiliar se encuentren en armonía continua.

En ciertas familias extensas desorganizadas, es posible que los adultos funcionen de un modo desapegado. En estos casos determinadas funciones ejecutivas, incluidas la crianza de los hijos, pueden quedar mal definidas y caer en los huecos de la estructura.

#### - Familias con soporte

Cuando la familia crece es preciso delegar autoridad. Cuando son muchos niños en un hogar, por lo general uno de ellos, y a veces varios de los mayores, reciben responsabilidades parentales. Estos niños parentales toman sobre sí funciones de crianza de los demás niños, como representantes de los padres.

Este ordenamiento funciona sin tropiezos mientras las responsabilidades del niño parental estén definidas con claridad por los padres y no sobrepasen su capacidad, considerando su nivel de madurez. El niño parental es puesto en una situación que lo excluye del subsistema de los hermanos y lo eleva hasta el subsistema parental. Tienen dificultades para participar en el importante contexto de socialización que es el subsistema de los hermanos, además, el niño parental puede bloquear el ejercicio de los cuidados tiernos que los más pequeños necesitan de sus padres.

#### - Familias acordeón

Son familias en donde uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados. Cuando uno de los cónyuges se ausenta, el que permanece en el lugar tiene que asumir funciones adicionales de cuidado de los niños, ejecutivas y de guía, pues de otro modo quedarían privados. Los niños pueden obrar en el sentido de promover la separación de los padres, y aun de cristalizarlos en los papeles de “padre bueno y madre mala, abandonadora” en una organización que tiende a expulsar al progenitor periférico.

Cuando el progenitor viajero se convierte en figura permanente dentro de la organización familiar es el momento justo para organizar las funciones de la familia. El progenitor periférico debe ser reinsertado en una posición provista de sentido. La familia tiene que comprender que, en efecto, se forma una familia “nueva”.

#### - Familias cambiantes

Son aquellas familias que cambian constantemente de domicilio, esto genera una pérdida de sistemas de apoyo, tanto familiares como de la comunidad. La familia queda aislada. Los niños que han perdido su red de compañeros y deben ingresar en un contexto escolar nuevo pueden desarrollar disfuncionalidad. Si la familia se convierte en el único contexto de apoyo en un mundo cambiante, es posible que se afecte su capacidad para entrar en contacto con el medio extrafamiliar.

#### - Familias huéspedes

Un niño huésped es por definición aquel miembro de una familia temporaria. La familia no debe apegarse al niño, es preciso evitar una relación padre-hijo. No obstante, estos lazos padre-hijo se crean a menudo, sólo para quebrarse cuando el niño deba mudarse a un nuevo hogar huésped o sea devuelto a su familia de origen, siendo un problema potencial en esta configuración familiar el que la familia se organiza como si no fuera un huésped, éste es incorporado al sistema familiar.

#### - Familias con padrastro o madrastra

Cuando un padre adoptivo se agrega a la unidad familiar, tiene que pasar por un proceso de integración que puede ser más o menos logrado. El nuevo padre puede no entregarse a la nueva familia con un compromiso pleno, o la unidad originaria puede mantenerlo en una posición periférica. Es posible que los hijos redoblen sus demandas dirigidas al padre natural, exacerbando así el problema que a éste le plantea la división de lealtades. En los casos en que los niños vivieron alejados de su padre natural hasta el nuevo casamiento de éste tendrán que acomodarse tanto a su padre natural como postizo.

En esta configuración familiar, las crisis son comparables a los problemas que surgen en un organismo reciente; se las debe considerar normales. En ciertos casos puede ser conveniente para los miembros de las dos familias originales mantener al comienzo sus fronteras funcionales y relacionarse como dos mitades que cooperan para resolver problemas mientras se llega a una configuración de un solo organismo.

#### - Familias con un miembro fantasma

La familia que ha sufrido muerte puede tropezar con problemas para reasignar las tareas del miembro que falta. A veces la familia se colocará en la postura de decir que, si la madre y/o el padre vivieran, sabría qué hacer. Apropiarse de las funciones de la madre y/o el padre se convierte entonces en un acto de deslealtad a su memoria. Es posible que se respeten antiguas coaliciones como si la madre y/o el padre siguieran con vida.

Los miembros de estas familias pueden vivir sus problemas como la consecuencia de un duelo incompleto. Desde el punto de vista terapéutico, se trata de una familia en transición. Las configuraciones anteriores estorban en el desarrollo de nuevas estructuras.

#### - Familias descontroladas

En familias en que uno de sus miembros presenta síntomas en el área de control el terapeuta supone la existencia de problemas en uno o varios campos: la organización jerárquica de la familia, la puesta en práctica de las funciones ejecutivas dentro del subsistema parental y la proximidad entre los miembros de la familia.

El tipo de problemas de control varía según el estadio de desarrollo de los miembros de la familia. En las familias con hijos pequeños, uno de los problemas más comunes que se presenta, es el niño en edad preescolar a quien sus padres definen como un “monstruo” que no quiere admitir regla alguna.

En familias con adolescentes es posible que los problemas de control se ligen con la incapacidad de los progenitores para pasar del estadio de padres solícitos de niños pequeños al de padres respetuosos de adolescentes.

En familias con hijos delincuentes, el control de los progenitores depende de su presencia. Las reglas existen sólo mientras ellos están ahí para imponer su vigencia. El hijo aprende que en un contexto hay determinadas reglas, que sin embargo no rigen en otros contextos. Las pautas de comunicación tienden a ser caóticas en estas familias.

En familias en que los niños son maltratados, el sistema no puede controlar las respuestas destructivas de los padres hacia los hijos. Por lo general los progenitores carecen de sistemas de apoyo. Responden a sus hijos como si fueran una continuación de ellos mismos. Cada acción del hijo es vivenciada por el padre como una respuesta personal. Los progenitores que se encuentran en esta situación carecen de un contexto adulto en el que se pudieran desenvolver competentemente. La familia se convierte en el único campo en que el que puede desplegar poder y capacidad, y esta restricción excesiva aflora como agresión.

#### - Familias psicósomáticas

Cuando la queja que motiva la demanda es un problema psicósomático de alguno de los miembros de la familia, la estructura de ésta incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia; la incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema.

Según Espejel (1997), citado por Ledesma (2010), dice que la familia se clasifica dependiendo de los sujetos que la integran.

- Familia primaria nuclear: Integrada por padre, madre e hijos.

- Familia primaria semiextensa: Es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.

- Familia primaria extensa: Es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges, o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal.

-Familia reestructurada: Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos cónyuges ha tenido una unión previa con hijos independientemente de los hijos que conciban juntos.

- Familia reestructurada semiextensa: Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos y que incluye bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.

- Familia reestructurada extensa: Familia formada por la pareja donde uno de ellos ha tenido hijos y ahora viven con la familia de origen de él o de ella.

-Familia uniparental nuclear: Es una familia integrada por padre, madre con uno o más hijos.

- Familia uniparental semiextensa: Es una familia integrada por padre, madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.
- Familia uniparental extensa: Una familia integrada por padre, madre con uno o más hijos que viven con su familia de origen.

Satir (2002), citado por Ledesma (2010), habla de que cada familia tiene su propio movimiento fisiológico, crecimiento y estilo de cambio, de modo que siempre aparece la misma identidad del individuo.

De acuerdo con el estilo de cambio existen los siguientes 3 tipos de familia:

- Familia estática: Dentro de esta familia se puede observar que los cambios que puedan existir en ella son difíciles, pues normalmente piensan en su pasado cuando existe tal modificación y tienden a volver al modelo antiguo.
- Familia respondiente: Este tipo de familia es más fácil y rápida, pero así con la misma rapidez puede volver a la posición en la que se encontraba en un principio. La otra variante que se presenta es el comienzo difícil, en esta familia se necesita la ayuda para poder realizar los cambios necesarios de una manera adecuada y funcional dentro de la familia.
- Familia neutral: Se mueve de una manera nueva, y ese sistema nuevo que ha desarrollado la familia es un reflejo de la ayuda recibida.

Según Boszormenyi – Nagy citado por Alfaro y Rizo (2008), la familia se clasifica según la forma en que se relacionan los integrantes de la misma como:

- Familia resbaladiza: En esta familia cada uno de los miembros parecen no estar separados entre sí, pues su manera de referirse a sí mismos es con un “nosotros” y en sus acciones siempre involucran al otro y evitan llamarse por su nombre, generalmente utilizan apodos.

- Familia ruda: Se percibe un ambiente de hostilidad dentro de estas familias, pues existe un conflicto fuerte entre los miembros de esta. No existe una vinculación entre sí durante un diálogo, su sistema es rígido y con grandes diferencias individuales.

-Familia ideal – sana: Existe un diálogo genuino ente los miembros de la misma familia, interactúan frente a frente, reconociendo a sí mismo su propia identidad.

Gerald Zuk citado por Alfaro y Rizo (2008), divide a la familia de acuerdo al manejo de los problemas en:

-Familia exponente: Es aquella familia que expone sus problemas ante otros sin ninguna restricción o reservas ante los demás.

- Familia refractaria: Es aquella que niega un problema existente dentro de la familia.

-Familia centrada en el pasado: Es aquella que evita los problemas y trata de rehuir de los problemas actuales que se presentan en la familia.

-Familia centrada en el miembro ausente: Esta familia solo piensa en el miembro que no se encuentra presente en ellos y los problemas se basan en ese miembro y no permite objetivar el conflicto.

### **2.3 Dinámica familiar**

Espejel (1997) citado por Ledesma (2010), menciona que la familia es un sistema, por lo cual siempre hay una interacción constante entre padres e hijos.

La dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que esté atravesando la familia.

El funcionamiento familiar es comprendido tomando en cuenta el contexto histórico, social, económico, político, cultural y educativo del grupo familiar, así como, el estadio del ciclo vital en el que se encuentra.

Entre las definiciones existentes en torno a este concepto se encuentra la de (Minuchin y cols., citados por Ledesma, 2010), quienes lo distinguen como la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a jerarquías, alianzas, límites y territorios, así como, el conjunto de pautas transaccionales que establece la manera, cuando y con quien cada miembro de la familia se relaciona en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital que se está atravesando.

Así mismo, considera que es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesan relacionados con las habilidades que en general posee el grupo familiar.

De acuerdo a la dinámica que se presente en cada familia, así van a ser los roles, la expresión e involucramiento afectivo dentro de los miembros.

Según Servín (citado por Rentería, 2003 y Ledesma 2010), dentro de la dinámica familiar se presentan algunos aspectos los cuales proporcionan los parámetros para determinar qué tan funcional o disfuncional es una familia, los factores son:

- La expresión de afectos y sentimientos: La familia funcional es capaz de expresar tanto sentimientos positivos como negativos de manera libre y clara, la familia disfuncional tiene la incapacidad para dar o pedir afecto y manifestar su enojo y frustración.
- Comunicación: La comunicación verbal, instrumental y afectiva funcional deber ser clara, directa, congruente, retroalimentada y la disfuncional es cuando se envían mensajes indirectos, enmascarados y desplazados.
- Funciones y papeles familiares: El rol funcional deber ser flexible, aceptado, claro, complementario, satisfecho e intercambiable en condiciones de crisis y en uno disfuncional se dan elementos de ambigüedad, rivalidad o competencia, no aceptación, rigidez e inversión.
- Límite: Se deben marcar las diferencias necesarias entre los individuos, los subsistemas y su claridad para el buen funcionamiento de la familia.
- Autonomía: Las diferencias individuales son estimuladas para favorecer el crecimiento individual de cada miembro y del grupo familiar.

## **2.4 Funcionalidad familiar**

Para autores como Atri (citado por Arroyo, 2009 y Ledesma, 2010), el funcionamiento familiar está mucho más relacionado con los aspectos transaccionales y sistémicos que con las características intrapsíquicas de cada uno de los individuos de la familia.

Considera que las áreas o dimensiones que arroja de manera completa datos significativos respecto del funcionamiento de la familia son los siguientes:

- Involucramiento afectivo.
- Comunicación.
- Resolución de problemas.
- Patrones de control de conducta.

Dentro del funcionamiento familiar se mide la funcionalidad o disfuncionalidad de una familia, esto de acuerdo a que tanto estén bien establecidas sus funciones y estructura.

Herrera (1997 citado por Ledesma (2010), considera diversos indicadores para medir el funcionamiento familiar:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones: Económicas, biológicas, culturales y espirituales.
- Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de reglas y roles para la solución de los conflictos.
- Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.
- Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios.

No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estar reajustando constantemente.

Es importante hacer la distinción entre familias funcionales y familias disfuncionales tal como se presenta a continuación:

### **2.4.1 Familia funcional**

La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías, límites, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y la capacidad de adaptación al cambio.

Es importante para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, así como que exista flexibilidad o complementariedad de rol, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.

En las familias funcionales predominan patrones comunicativos directos y claros, sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto los sentimientos positivos como los negativos, sus iras y temores, angustias y afectos.

Si la familia no establece estrategias funcionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de conflictos, por lo tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros Atri, citado por (Arroyo, 2009 y Ledesma, 2010),

### **2.4.2 Familia disfuncional**

Las familias disfuncionales, no promueven un desarrollo favorable para sus miembros, por lo cual presentan algunas de las siguientes características (Velasco y Sinibaldi, 2001 citado por Ledesma, 2010):

- Niegan que exista un problema en su seno, y responden de manera agresiva a todo intento de ayuda.
- La mentira es empleada como forma de ocultamiento de la realidad, para mantener una fachada aparentemente normal.
- La desesperanza y la frustración, contribuyen a desarrollar una incapacidad para afrontar los problemas.
- Se dan manifestaciones de violencia física y emocional.
- No se comparten actividades colectivas positivas, tan sólo las crisis.

- El relacionamiento afectivo se da con base en el autoritarismo y el miedo, con ausencia del cariño y la tolerancia.

La familia se hace disfuncional cuando se invierte la jerarquía (la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar), cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

## **2.5 La familia y el duelo**

Los padres reaccionan al diagnóstico con shock, ansiedad, pena, ira, hostilidad, culpa e incredulidad, por lo tanto, es importante orientar a los padres acerca de la enfermedad y tratamiento para darles una esperanza real del futuro.

El anuncio del diagnóstico puede ser el momento más doloroso, y las reacciones emocionales de los padres son habitualmente sentimientos de:

1. Culpabilidad: El cáncer puede ser vivido como un castigo.
2. Soledad, fracaso, desesperación.
3. Temor en cuanto a la reacción del niño y a la perspectiva de afrontar la muerte de éste.
4. Coraje y hostilidad contra la enfermedad, los otros niños, el mundo, Dios, y contra la enfermedad incluso.

Otras reacciones que son comunes durante las primeras semanas siguientes al diagnóstico, están las reacciones ansiosas como la tensión y pánico, así mismo las reacciones depresivas que incluyen la tristeza, disminución de energía, problemas de concentración, de apetito y de sueño; éstas pueden ser de intensidad variable.

En cuanto a la crianza del niño, se aconseja que sea tratado de forma tan normal como sea posible.

El tratamiento médico del niño implica cargas emocionales y prácticas para los padres, además de la amenaza de la pérdida. Deben aceptar los rigores del tratamiento sin ninguna garantía de que se curará de la enfermedad. Tiene que dar consentimiento para tratamientos con el sufrimiento del niño, las

hospitalizaciones, visitas clínicas repetidas; tienen que afrontar gastos económicos considerables y la ruptura de rutinas familiares.

El cambio en la dinámica familiar se considera que es una crisis el estar con un niño enfermo.

La integridad y estabilidad familiar se ve amenazada porque la homeostasis interactiva existente será redefinida por la enfermedad. La tarea para la familia es recuperar un estado de equilibrio.

Las familias en esta situación normalmente se encuentran perturbadas por el hecho de que las condiciones del tratamiento o estado de salud separan al niño de ciertas actividades normales, por los efectos secundarios y por las reacciones del niño al tratamiento.

La estabilidad de la familia es a menudo evaluada por lo intacto del matrimonio de los padres. Se ha notado que el cáncer en la niñez agrava fricciones ya existentes y causa problemas matrimoniales. La valoración de la calidad de la relación matrimonial revela que los padres de pacientes con cáncer experimentan más desarmonía en su matrimonio. Generalmente, el índice de divorcios es alto en estas parejas.

Las reacciones de los padres y las madres no son en todos los puntos idénticas, lo que probablemente se debe a la influencia de los estereotipos culturales concernientes a los roles masculinos y femeninos.

Las madres, se centran más en el niño enfermo debido a la necesidad de sobreprotección, así mismo manifiestan más ansiedad y peligro psicológico que los padres y a veces que el paciente mismo.

Los padres utilizan como mecanismos de defensa la negación ante el diagnóstico teniendo como resultado más optimismo en cuanto a la evolución de la enfermedad del niño.

Los padres demuestran que en los momentos críticos de diagnóstico y muerte en particular tienen una actitud más activa.

Los problemas que las madres perciben como los más pesados son la desesperación, la pérdida de confianza en la capacidad de ser una buena madre, las dificultades financieras, el hecho de ser evitadas por los otros, de ser separadas de su marido y lo peor, de ser incapaces de reaccionar si el niño muere. Por su parte los hermanos se dan cuenta de que los padres tratan al niño enfermo de forma diferente y se encuentran a ellos mismos abandonados, dentro de la familia, las necesidades de los hermanos son las menos conocidas.

Los hermanos y hermanas, sobre todo los más cercanos en edad al niño con cáncer sufren de la atmósfera que reina en la familia.

La ausencia de los padres y la presencia de sustitutos son fuentes de dificultades, esto ocasiona en muchas situaciones una difícil adaptación y concentración dentro de la escuela, así como también la pérdida de ésta.

Los hermanos y hermanas comparten la ansiedad, los sentimientos de vulnerabilidad del enfermo, sufren de diversos males e imitan a veces la patología del canceroso.

Generalmente la madre permanece al lado del niño enfermo abandonando temporal o definitivamente su puesto de trabajo, o sus actividades en el hogar; teniendo que ceder el cuidado de sus otros hijos a los abuelos u otros familiares.

Los cambios en los roles familiares no son nunca fáciles pero sí necesarios, y puede que sea el padre ahora, quien deba asumir mayores responsabilidades en el hogar.

### **3. DUELO**

#### **3.1 Definición de duelo**

Duelo: Reacción de pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente. El término "duelo" viene del latín *dolus* (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación o a cualquier tipo de pérdida. El término

“luto” del latín *lugere* (llorar) es la aflicción por la muerte de alguna persona querida; Se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos.

El duelo es la matriz que reúne la respuesta a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores afectivos, lazos afectivos, la salud y la separación de las personas queridas ya sea por muerte o separación física (Pangrazzi, 2005; citado por Díaz, 2012).

La elaboración del duelo de una pérdida es un proceso largo, lento y doloroso cuya magnitud dependerá en gran parte de la dimensión de lo perdido y de las características peculiares de cada persona y tiende a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y experimentar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia y se termina cuando ya somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin lo que ya no está, cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en nuestro presente y en lo que tenemos a nuestro alrededor (Bucay, 2011 citado por Díaz, 2012).

El duelo es una experiencia común y dolorosa. Tarde o temprano todos experimentamos la pérdida de algún ser querido. Sin embargo, actualmente pensamos y hablamos muy poco sobre la muerte, quizás porque nos enfrentamos a la misma menos frecuentemente de lo que lo hacían nuestros antepasados. A pesar de ello no nos queda más remedio que afrontar el fallecimiento de nuestros seres queridos cuando éste finalmente se produce.

Elaborar un duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que conlleva.

La intensidad y duración del duelo depende de muchos factores: tipo de muerte (esperada o repentina, apacible o violenta), de la intensidad de la unión con el

fallecido, de las características de la relación con la persona pérdida (dependencia, conflictos, ambivalencia, etc.), de la edad, entre más factores.

La duración del duelo por la muerte de una persona muy querida puede durar entre 1 y 3 años (Dagdug, 1994 citado por Alfaro y Rizo, 2008).

Conforme la agitación disminuye, los periodos de depresión se hacen más frecuentes y alcanzan su máxima intensidad a las 4 o 6 semanas del fallecimiento. Los momentos de mayor aflicción o pena pueden ocurrir en cualquier momento, desencadenados por personas, lugares o cosas que recuerdan a la persona fallecida. Lo cierto es que la persona en duelo generalmente piensa en esos momentos en el fallecido, recordando una y otra vez tanto los buenos como malos momentos pasados juntos. Ésta es una parte tranquila aunque esencial del afrontamiento (Kübler Ross, 1989; citado por Alfaro y Rizo, 2008).

No es un sentimiento único. El duelo es el conjunto de sentimientos, emociones, pensamientos y comportamientos que aparecen tras la muerte de un ser querido.

A pesar del sufrimiento que provoca, el duelo y el dolor por la pérdida de un ser querido es algo normal y le llevará un tiempo volver a vivir sin la presencia de esta persona tan importante en su vida.

El duelo implica un proceso de adaptación, es decir, poco a poco y de forma gradual irse estableciendo un equilibrio entre la tristeza por la pérdida de tu ser querido y la necesaria continuidad de su vida cotidiana (AECC, 2008).

Freud (1917) citado por Loitegui (2008), define el duelo como la reacción a la pérdida de una persona amada o la reacción a la pérdida de algo físico o simbólico de importancia significativa para el sujeto

Describe el duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga, contiene un talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior, en todo lo que no recuerde al muerto, la pérdida de la capacidad para escoger algún nuevo objeto de amor y el extrañamiento frente a cualquier trabajo productivo.

Es decir, que la pérdida de una persona amada entraña una de las experiencias más penosas y disruptivas para el ser humano. El intenso dolor que esto genera, desborda al deudo y lo sumerge en un estado de perplejidad, en el que toda su energía se vuelca sobre el objeto que perdió.

### **3.2 Etapas del duelo**

Kübler-Ross (1975) hace una descripción de 5 etapas por la que transitan los pacientes con enfermedad avanzada, y también cuales son las respuestas más adecuadas para acompañar a estos pacientes.

- Negación o Aislamiento

La negación no solamente es usada durante las primeras etapas de la enfermedad, sino que también suele aparecer más tarde y a veces de vez en cuando. Su función es servir de amortiguador después de recibir una grave noticia no esperada. Es una defensa temporal que pronto es reemplazada por una aceptación parcial. Una vez superada ésta, el paciente será capaz de hablar de su salud, de su enfermedad, de su mortalidad e inmortalidad.

- Enojo

Cuando la etapa de negación no puede seguir manteniéndose por más tiempo, se reemplaza por sentimientos de envidia, coraje, rabia, resentimiento y enojo. Entonces el sujeto se pregunta: ¿Por qué a mí? Lo trágico es darse cuenta de las razones que llevan al paciente a ser tan agresivo y entonces la persona agredida lo toma como una agresión personal. Quizá si nos detuviéramos a pensar en esto, nos daríamos cuenta que nosotros experimentaríamos los mismos sentimientos si de pronto nuestras actividades se vieran coartadas. En esta etapa es muy importante, el entendimiento, el respeto y la buena atención del paciente.

- Negociación o Regateo

Esta etapa es menos conocida pero no por eso de menos ayuda para el paciente. Suele presentarse en intervalos pequeños. Es característico de ésta el tratar de llegar a un acuerdo casi siempre con “Dios”. El regateo tiene como fin el intentar posponer lo inevitable, para lo cual hay que pagar un precio determinado.

- Depresión

Cuando ya no es posible que los pacientes terminales nieguen su enfermedad debido a las múltiples intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones constantes, baja de peso y debilidad, entonces los sentimientos de agresión y hostilidad desaparecen y a cambio existe un profundo sentimiento de pérdida. La depresión es un arma que puede ayudar a la preparación de la pérdida inminente de todos los objetos amados. Esta etapa facilita el paso a la siguiente etapa, la etapa de aceptación, por lo que de nada sirve tratar de levantarle el ánimo al paciente, ya que esto no permitiría al paciente ver su muerte inevitable. Si se le permite expresar su tristeza encontrará una aceptación final en una forma más fácil y estará realmente agradecido con las personas que compartan esta etapa de su enfermedad sin que constantemente tengan que pedirle que no esté triste.

Kübler-Ross, citada por Alfaro y Rizo (2008), plantea tres tipos de depresión:

- a) Depresión reactiva

Se da como respuesta a la enfermedad, tratamientos y cambios de estilo de vida.

- b) Depresión anticipatoria a la muerte

En los pacientes terminales o en agonía, generalmente es silenciosa, a diferencia de la primera, durante la cual el paciente tiene mucho que compartir y necesita de la comunicación verbal y a menudo de la interacción activa.

- c) Depresión ansiosa

Cuadro clínico, en el que ocurren la depresión y la angustia, es decir, además de que el paciente se siente deprimido, surge de una fuerte ansiedad; teme que algo malo está por ocurrir, lo cual le preocupa seriamente. Hasta sus actividades habituales, le causan miedo.

- Aceptación

Ésta se presenta cuando el paciente ha tenido el tiempo necesario para elaborar su muerte durante cada una de las etapas ya mencionadas con ayuda del

personal o de algún familiar o amigo. Entonces el paciente ya no estará deprimido, ni enojado por su destino ya que ha sido capaz de expresar sus sentimientos anteriores, ahora esperará el próximo fin de su vida con cierta expectativa. En la mayoría de los casos el paciente que atraviesa por esta etapa estará débil y cansado, por lo que tendrá la necesidad de estar sentado o de dormir durante pequeños intervalos. Esta necesidad de dormir tiene como finalidad el aumentar los periodos de sueño.

Es importante no confundir esta etapa con una de felicidad. Ésta está casi vacía de sentimientos; es como si el dolor se hubiera ido, como si la lucha hubiera terminado y ahora viniera el tiempo para un último descanso. Esta etapa suele ser la más difícil para los familiares y por lo tanto es cuando más apoyo necesitan. El paciente logra encontrar algo de paz y aceptación, disminuyen sus intereses, frecuentemente desea que lo dejen a solas y cuando hay visitas no desea entablar largas conversaciones. La comunicación suele ser no verbal.

Las etapas anteriormente descritas con frecuencia se superponen y se muestran de diversas formas en diferentes personas. La mayoría de las personas en duelo suele recuperarse en el primer o segundo año tras el fallecimiento. La fase final del proceso de duelo es la desvinculación de la persona fallecida y el comienzo de un nuevo tipo de vida. La depresión desaparece por completo, el sueño mejora y el nivel de energía retorna a la normalidad.

### **3.3 Tipos de duelo**

- Duelo anticipado

El duelo anticipatorio no comienza en el momento del fallecimiento, sino bastante antes, generalmente en el instante en el que se da un diagnóstico y pronóstico irreversible de las expectativas de vida del paciente, lo cual culmina en la sentencia a una muerte próxima. Este término lo utilizó por primera vez Lindemann (1944), citado por García, (2013), para indicar aquellas fases anticipatorias del duelo que facilitan el desapego emotivo antes de que ocurra la pérdida, dicho proceso ayuda a tomar conciencia de cuanto está sucediendo, a

liberar los propios estados de ánimo y a programar el tiempo en vista de la inevitable muerte.

En este tipo de duelo se encuentra implicado el saber y el poder prepararse para ello y comenzar a sentir lo que deparará la falta del ser amado. El tiempo que se pase con el ser querido ayudará a aceptar con el dolor del alma la realidad de que el enfermo morirá; sin embargo, la elaboración del duelo se desarrollará mejor o peor, dependiendo de los eventos sucedidos durante la última fase de la enfermedad del paciente.

Es un periodo emotivamente agudo y rico de significaciones que permite a los familiares rescatar el ligamento afectivo que tal vez se había enfriado y encontrar el ánimo para rehacer las relaciones o intentar resolver los conflictos precedentes.

La comunicación de un evento tan doloroso al que se tendrá que enfrentar el familiar del que se encuentra sentenciado a muerte genera dos situaciones inmediatas en quien recibe la noticia: por un lado la invasión de la *tristeza infinita* por la noticia escuchada y por otro el surgimiento de una *adaptación* más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear (Gómez Sancho, 2007 citado por García, 2013).

Cuando los allegados reciben la comunicación de un diagnóstico fatal, la reacción de shock emocional suele ser similar a la que ocurre cuando la muerte ya ha sobrevenido y a la de cualquier otro duelo. El hecho de que la muerte o la pérdida no hayan ocurrido aún permite una evolución más contrastada con la realidad, con más posibilidad de conexión con la misma que en un duelo sin este período previo. De forma que la turbulencia afectiva suele ser menor en el duelo anticipatorio, debido a que el familiar todavía no ha fallecido, y también menor luego, cuando el deceso ya ha tenido lugar, porque se ha ido preparando. El sufrimiento, la ansiedad y el cansancio dan la posibilidad de amortiguar el impacto de la pérdida y esto constituye una primera respuesta de adaptación (Tizón y Sforza, 2008 citado por García, 2013).

- Duelo súbito o de urgencia

Las muertes súbitas son aquellas que se producen sin aviso y requieren intervención y comprensión especial (Worden, 2004 citado por García, 2013).

Este tipo de muerte deja al sobreviviente con la sensación de que la pérdida no es real y dicha sensación puede durar un largo tiempo (Cobo, 1999 citado por García, 2013).

La muerte inesperada deja inerme, es un ataque directo al poder y a la capacidad de control del que aún sigue vivo. Las consecuencias psicológicas son las mismas que en cualquier otro duelo, y conlleva complicaciones debido a la imprevisibilidad del evento. La calidad repentina, fulminante, rápida, de esta pérdida suma estupor, shock, incompreensión. La vulnerabilidad se vuelve intensa. Las pesadillas forman parte de esta etapa, y la aparición de imágenes de la muerte, aunque no se hubiese estado presente. Entre los muchos pesares que deja una muerte inesperada, los remordimientos suelen tener un lugar especial. La culpa, fiel compañera después de una pérdida significativa, ataca con preguntas y supuestos acerca de acciones u omisiones. Invade la sensación de impotencia, la cual se encuentra ligada a una increíble sensación de rabia, y es desahogada con alguien, ya sea personal hospitalario, policial, familiar o amigo. Personas devotas en su necesidad de comprensión se enojan también con Dios. La furia es el escudo que aparece más asequible, vano intento de defensa y protección ante tanto dolor, tanta tristeza, tanta impotencia.

La expresión de la rabia y el enojo ayudan a contrarrestar los sentimientos de impotencia que se experimentan. Surge la preocupación por los asuntos no resueltos, la muerte deja muchos remordimientos por cosas que no se dijeron o que faltaron de hacer con el fallecido. Si quedan aspectos legales inconclusos es más difícil comenzar el duelo, especialmente en casos de accidentes u homicidios: al fuerte sentimiento de víctima que padecen los que sobreviven se le suma la falta de conclusión del caso, que puede complicar el duelo. Las heridas continúan abiertas durante años (Lieberman, 2007 citado por García, 2013).

Aunque una característica fundamental de todo proceso de duelo es la necesidad de entender lo que ha sucedido, en el caso de la muerte súbita ocurre especial interés de encontrar un significado a este tipo de pérdida, lo cual se relaciona con la necesidad de dominio cuando una muerte ha sido de calidad traumática. Quien se enfrente a esta situación sentirá que su presente ha sido alterado y su futuro es incierto y peligroso. También en estos casos la vida sigue, la vida supera a la muerte y, aunque al principio parezca imposible, tarde o temprano se podrán recuperar las capacidades elaborativas y realizar las fases normales del duelo (Tizón & Sforza, 2008 citados por García, 2013).

- Duelo complicado

Este tipo de duelo se manifiesta de varias formas y se le han puesto diversas etiquetas. A veces se le llama patológico, no resuelto complicado, etcétera.

Para Cobo (1999) citado por García (2013), lo que denomina síndrome de duelo complicado no es sino la exacerbación de un duelo normal. Considera que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad y características no cuadran con la personalidad previa del deudo; cuando impide o dificulta amar a otras personas o interesarse por ella y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, siendo incapaz de hacer frente a sus responsabilidades, y vive retraído, sin más interés que el de recordar al muerto.

De este tipo de duelo se desprenden a su vez más subtipos de duelo, como son:

- Duelo crónico o cronificado

Este tipo de duelo es aquel que tiene duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactorio, es fácil de diagnosticar porque la persona que lo sufre está consciente de que no consigue acabarlo; existe la intención más o menos confesada de mantenerlo. En tales casos es un duelo cultivado, en donde el sujeto se opone voluntariamente a liquidarlo.

En este duelo se observa que existen personas que conservan un mechón de cabello del muerto, objetos personales o característicos del fallecido. Antiguamente se acostumbraba dejar intacta la habitación o el despacho del que había perecido. Actualmente algo de esto existe en la conservación en casa de la urna fúnebre con las cenizas del fallecido (Cobo, 1999 citado por García, 2013).

- Duelo negado o negación del duelo

Este duelo debió producirse pero no fue así. Llama la atención la ausencia del duelo en el doliente, no se encuentra una breve o mínima reacción de aflicción en el sujeto (Cobo, 1999 citado por García, 2013).

- Duelo retenido o diferido

Gómez Sancho (2007) citado por García (2013), dice que en el duelo retenido, el sujeto es consciente de hallarse dominado por la pena de la pérdida, pero realiza voluntariamente un esfuerzo por no demostrarlo, ya sea para evitar entristecer a sus allegados o bien porque se da cuenta de que la gente de su alrededor no comprendería e incluso descalificaría su aflicción.

Las denomina como “reacciones diferidas”, ya que se muestran en aquellas personas que en las fases iniciales del duelo parecen mantener el control de la situación sin dar signos de sufrimiento. En algunos casos es la preocupación de ayudar a los familiares y de atender las diversas diligencias exigidas por las circunstancias, las que no les dejan tiempo para ocuparse de sí mismas.

### **3.4 El duelo ante la pérdida de un ser querido**

La muerte de un ser querido es una de las situaciones más dolorosas que se pueden vivir. Cuando se pierde a una persona querida, es como si muriera una parte de nosotros. A partir de ese momento, se inicia un proceso llamado “duelo”. Hace algunos años, nuestra sociedad apoyaba claramente a la persona en duelo.

Existía el luto, la demostración externa del dolor por la pérdida y ello permitía a los demás identificar mejor al que estaba sufriendo, aceptar su situación y darle el apoyo necesario.

Sin embargo, cada vez es más habitual que nuestra sociedad esconda todo lo relacionado con la muerte y el duelo. Se oculta el sufrimiento por la pérdida de un ser querido, se aparenta estar bien y se suele alejar a los niños de estas vivencias que les permiten madurar como personas, aceptar la muerte como una parte de la vida y ser más humanos (AECC, 2008).

Ante la ausencia de un ser querido por muerte, se presenta una situación dolorosa, clara, definida –ya no está-; pero cuando se pierde una parte de él, ya sea la física o la psicológica la pérdida se torna ambigua, hay incertidumbre para definir una relación.

Transitar por algún tipo de pérdida contrae una serie de síntomas físicos, emocionales, de relaciones o comportamientos y cognitivos (García y Suárez, 2007).

Cuando el proceso de duelo es por fallecimiento de un ser querido, los rituales que favorecen el desprendimiento son como un bálsamo que ayuda a cerrar las heridas. Sin embargo cuando el duelo se prolonga en una etapa puede traer diferentes consecuencias, según Depreitzen (2001), citado por García y Suárez (2007), el tiempo se detiene, los miembros de la familia son incapaces de comprometerse en sus relaciones, temen sufrir nuevamente pérdidas, otros en cambio, intentan llenar el vacío por la pérdida con nuevas relaciones construidas de manera superficial, para escapar al dolor.

Las relaciones se hacen rígidas, la familia puede cerrarse en la incapacidad de establecer lazos de apego con otros, si los sobrevivientes esperan de otros miembros de la familia que reemplace al ser querido ausente, sus relaciones pueden parecer estables aunque rígidas (mientras el reemplazante no demuestre que no es el muerto).

La familia utiliza la negación o escapa hacia actividades frenéticas, las drogas, el alcohol, las fantasías, los mitos. Es posible que se deje de pronunciar el nombre

del muerto, como si la consecuencia de ello fuese la supresión del dolor (Goldbeter, 2003 citado por García y Suárez, 2007).

## **4. ADULTO TEMPRANO**

### **4.1 Definición de adulto temprano**

Se trata de una etapa exploratoria, una época de posibilidades, una oportunidad para probar nuevas y diferentes formas de vida, un momento en que los jóvenes ya no son adolescentes pero todavía no se han asentado en los roles adultos (Arnett, 2000, 2004,2006; Furstenberg et al., 2005, citado por Papalia, y cols, 2010).

La edad adulta temprana abarca un espacio de tiempo prolongado, posterior a la adolescencia, ubicándose entre los 20 y 40 años, se considera, por lo tanto, una de las etapas de mayor plenitud en el ser humano (Jiménez, 2012).

Aquella en que el organismo humano alcanza su completo desarrollo, entre la niñez y la edad viril (Llistosella Ma. et. al, 2004).

### **4.2 Área psicológica**

Para la mayor parte de los adultos jóvenes, la salud mental y el bienestar mejoran y los problemas de conducta disminuyen. Sin embargo, al mismo tiempo se incrementa la incidencia de trastornos psicológicos como la depresión mayor, la esquizofrenia y los trastornos bipolares. La transición a la adultez temprana pone fin a los años relativamente estructurados de la preparatoria. La posibilidad de tomar decisiones importantes y elegir trayectorias diversas suele ser liberadora, pero la responsabilidad de no depender de otra persona y de mantenerse por sí solo puede ser abrumadora.

La adolescencia y la adultez temprana parecen ser periodos sensibles para el inicio de los trastornos depresivos, cuya incidencia se incrementa de manera gradual entre las edades de 15 y 22 años.

Los adolescentes deprimidos, cuya depresión se transfiere a la adultez, suelen haber estado expuestos a factores de riesgo importantes en la niñez, como trastornos neurológicos o del desarrollo, familias disfuncionales o inestables y trastornos conductuales (Schulenberg y Zarrett, 2006, citado por Papalia, y cols, 2010).

➤ Desarrollo de la personalidad

A pesar de los cambios que se van experimentando con el paso de los años, existen rasgos de personalidad que se mantienen relativamente estables, pues son rasgos básicos característicos de todas las etapas de la vida, de tal forma que quien es simpático en la adolescencia, probablemente sea agradable a los 40 años o si alguien es de carácter abierto a los 20 años, probablemente sea abierto 10 años después.

Lo anterior no significa que la personalidad sea estática, ya que existen aspectos que evidencian cambios importantes, como la autoestima, la autorregulación y la estabilidad emocional.

Un cambio habitual durante la madurez es la tendencia a expresar aspectos de la personalidad que se habían reprimido durante la adolescencia o juventud; en el caso de las mujeres pueden cambiar su modelo estereotipado, pasando a ser más enérgicas, competitivas e independientes.

Algunos varones se permiten ser pasivos y dependientes; esto como consecuencia del aumento de confianza en sí mismos y de la placidez propia de la edad (Jiménez, 2012).

Otra característica es la introspección, ya que mientras los jóvenes tienden más a la acción, las personas adultas hacia el acto de pensar sobre sí mismas, analizando lo que han hecho, por qué lo han realizado y lo que les falta por llevar a cabo.

En esta etapa culmina el proceso de separación-individuación que se inicia en la infancia con la primera individuación (con ella se establece la sensación de estabilidad y capacidad para relacionarse con otros) y se continúa con la segunda

individuación, o separación psicológica de los padres en la adolescencia, lo cual se evidencia con la capacidad de tomar decisiones.

La tercera individuación conduce a una nueva definición interna de sí mismo como sujeto competente y en “soledad confortable”, capaz de cuidarse real e intrapsíquicamente, acercándose cada vez a lo que Maslow considera una persona madura con algunas características de personalidad, como la tolerancia, la espontaneidad, la aceptación de sí mismo y los demás, la integridad, la no superficialidad, el sentido del humor y la autonomía, “en quien las potencialidades del hombre se han realizado y desarrollado” (Jiménez, 2012).

### **4.3 Área biológica**

Casi toda la gente que se encuentra en esta edad se halla en la cumbre de la salud, la fuerza, la energía, la resistencia y el funcionamiento sensorial y motor. Durante este periodo, se establece el cimiento del funcionamiento físico de por vida (Papalia, y cols, 2010).

Factores que influyen en la salud y la condición física:

- Dieta y nutrición:

El consumo excesivo de grasa, en especial de grasas saturadas, aumenta los riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares, en particular elevados niveles de colesterol (Ervin et al., 2004, citado por Papalia, y cols, 2010), los cuales se relacionan directamente con el riesgo de muerte por enfermedad coronaria (Verschuren et al., 1995, citado por Papalia, y cols, 2010).

Varios estudios recientes sugieren que la dieta también parece proteger contra ciertos tipos de cáncer (Papalia, y cols, 2010).

- Obesidad/sobrepeso:

La obesidad puede conducir a la depresión y viceversa (Markowitz, Friedman y Arent, 2008, citado por Papalia, y cols, 2010). También implica riesgos de hipertensión, cardiopatía, apoplejía, diabetes, cálculos biliares, artritis y otros

trastornos musculares y esqueléticos, y algunos tipos de cáncer, además de disminuir la calidad y duración de la vida (Gregg et al., 2005; Harvard Medical School, 2004c; Hu et al., 2001, 2004; Mokdad, Bowman et al., 2001; Modkad, Ford et al., 2003; NCHS, 2004; Ogden et al., 2007; Pereira et al., 2005; Peeters et al., 2003; Sturm, 2002, citado por Papalia, y cols, 2010).

- Actividad física:

Las personas que son físicamente activas obtienen muchos beneficios. Además de ayudar a mantener un peso deseable, la actividad física construye músculos, fortalece el corazón y los pulmones, disminuye la presión sanguínea, protege contra las enfermedades del corazón, apoplejías, diabetes, distintos tipos de cáncer y osteoporosis; alivia la ansiedad y la depresión, y alarga la vida (Barnes y Schoenborn, 2003; Bernstein et al., 2005; Boulé, Haddad, Kenny, Wells y Sigal, 2001; NCHS, 2004; Pan, Ugnat, Mao y Canadian Cancer Registries, Epidemiology Research Group, 2005; Pratt, 1999; OMS, 2002, citado por Papalia, y cols, 2010).

- Sueño:

La época entre los veinte y treinta años es de mucha actividad, por lo que no sorprende que muchos adultos jóvenes a menudo no duerman lo suficiente (Monk, 2000, citado por Papalia, y cols, 2010).

La privación del sueño no sólo afecta la salud, sino también el funcionamiento cognoscitivo, emocional y social.

La falta de sueño tiende a dañar el aprendizaje verbal (Horne, 2000, citado por Papalia, y cols, 2010), algunos aspectos de la memoria (Harrison y Horne, 2000b, citado por Papalia, y cols, 2010), la toma de decisiones de alto nivel (Harrison y Horne, 2000a, citado por Papalia, y cols, 2010) y la articulación del habla (Harrison y Horne, 1997, citado por Papalia, y cols, 2010), así como a incrementar las distracciones (Blagrove, Alexander y Horne, 1995, citado por Papalia, y cols, 2010).

La privación crónica del sueño (menos de seis horas de sueño cada noche durante tres o más noches) puede afectar gravemente el desempeño cognoscitivo (Van Dongen, Maislin, Mullington y Dinges, 2003, citado por Papalia, y cols, 2010).

Un sueño adecuado mejora el aprendizaje de habilidades motoras complejas (Walker, Brakefield, Morgan, Hobson y Stickgold, 2002, citado por Papalia, y cols, 2010) y consolida el aprendizaje previo. Incluso una siesta corta puede prevenir el agotamiento, es decir, la saturación excesiva de los sistemas de procesamiento perceptual del cerebro (Mednick et al., 2002, citado por Papalia, Wendkos, Duskin, 2010).

- Tabaquismo

Fumar, la principal causa evitable de muerte entre los adultos estadounidenses, no sólo está ligada con el cáncer de pulmón, sino también con mayores riesgos de cardiopatía, apoplejía y enfermedad pulmonar crónica (NCHS, 2004, citado por Papalia, y cols, 2010). Se ha demostrado que la exposición pasiva al humo de segunda mano ocasiona problemas circulatorios e incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular (Otsaka et al., 2001, citado por Papalia, Wendkos, Duskin, 2010) y puede aumentar el riesgo de cáncer cervical (Trimble et al., 2005 citado por Papalia, y cols, 2010).

- Consumo de alcohol:

El consumo de bebidas alcohólicas alcanza su punto más alto en esta etapa, pues alrededor de 70% de las personas de 21 a 25 años reportan que consumieron alcohol el mes pasado, u casi 48% de los jóvenes de 21 años beben en exceso e ingieren cinco o más tragos de una vez (SAMHSA, 2004b, citado por Papalia, y cols, 2010).

El consumo de alcohol de leve a moderado parece reducir el riesgo de una cardiopatía fatal y de apoplejía, así como de demencia a una edad avanzada (Ruitenberg et al., 2002, citado por Papalia, Wendkos, Duskin, 2010). Sin embargo, el consumo excesivo de alcohol puede producir cirrosis hepática, otras enfermedades gastrointestinales (incluyendo úlceras), pancreáticas, ciertos tipos

de cáncer, insuficiencia cardiaca, apoplejía, daño al sistema nervioso, psicosis y otros problemas médicos (AHA, 1995; Fuchs et al., 1995, citado por Papalia, y cols, 2010).

Los adultos jóvenes constituyen la parte más sana de la población, en razón de que en general los órganos, tejidos y sistemas se encuentran funcionando de manera eficiente y porque se encuentran en la cúspide de la curva de desarrollo normal (Jiménez, 2012).

Los sentidos considerados como básicos, es decir, la vista (fotorreceptor) y el oído (fonorreceptor), tienen la capacidad de percibir de manera más nítida entre los 20 y 25 años, perdiéndola gradualmente conforme pasan los años.

La agudeza visual empieza a disminuir aproximadamente alrededor de los 40 años, en tanto que en el oído, la capacidad para percibir los tonos más agudos presenta una pérdida gradual a partir de los 25 años.

Los sentidos quimiorreceptores como el gusto y olfato, así como el mecanorreceptor, es decir, el tacto y en particular de dolor y temperatura, van a permanecer constantes y estables aproximadamente hasta los 45 años (Jiménez, 2012).

De los 25 a 30 años, el ser humano se encuentra en el punto máximo de su fortaleza muscular y destreza manual, por lo que sus habilidades laborales, artísticas y deportivas son utilizadas para la adquisición y beneficio de un trabajo, oficio o arte.

La fuerza muscular, rapidez de movimiento, flexión, movimiento de las manos y extensión de los dedos, alcanza su punto máximo entre los

25 y 30 años, lo que permite la realización y ejecución eficiente de deportes o actividades lúdicas.

Las actividades realizadas en la edad adulta temprana, como bordar, tejer o pintar, por mencionar algunas, son típicas en algunas mujeres, relacionadas todas ellas con la coordinación motriz fina, en tanto que algunos hombres pueden elegir deportes como el golf, el billar o el ensamblado de objetos a escala, que muestran

una tendencia mayor hacia actividades que implican coordinación motriz gruesa; en general, la natación, escalada o ciclismo, reflejan no sólo una buena psicomotricidad, sino una condición física adecuada a la edad.

Posterior a esta edad, la destreza manual y agilidad de los dedos empieza a disminuir; el debilitamiento ocurre en la espalda y en los músculos de las piernas y un poco menos en los músculos de los brazos, lo que lleva a elegir otro tipo de actividades (Jiménez, 2012).

#### **4.4 Área social**

La madurez alcanzada gracias al desarrollo cognoscitivo y moral, faculta al adulto joven para experimentar relaciones sociales basadas cada vez más en el compromiso y responsabilidad. Estas relaciones parten de una aceptación y reconocimiento en primer lugar de un “yo” sano y diferenciado, capaz de abrir sus fronteras en búsqueda de nuevas y diferentes experiencias.

Se destaca la vivencia de amor universal, hacia los amigos; el conyugal, hacia la pareja; el filial, hacia los hijos, y en general hacia todo lo que merezca ser amado: la naturaleza, el trabajo, Dios.

En la etapa adulta temprana, establecer nuevas relaciones y concluir las en el momento adecuado, sin dolor, apego o culpa, al igual que hacerse responsable de las consecuencias al término –hijos, pensión, trabajo-, es muestra inequívoca de una personalidad madura, estable y en movimiento.

Vivir en sociedad es una condición necesaria para el desarrollo integral del ser humano, aprender de las experiencias que aporte, es la principal tarea de todo ser humano (Jiménez, 2012).

Jean Piaget, citado por Jiménez (2012), define la moralidad como un sistema de reglas, donde se encuentra la esencia de la moralidad en el respeto que los individuos adquieren por las reglas, el cual se obtiene mediante un proceso evolutivo de construcción de significados de la relación entre sí mismo y los

demás; por lo tanto, la moral depende del tipo de relación social que el individuo sostiene con los demás.

#### **4.5 Área cognoscitiva**

K. Warner Schaie, citado por Jiménez (2012), propuso un modelo de desarrollo cognoscitivo durante todo el ciclo vital, en etapas que marcan las formas de adquisición del conocimiento.

##### 1. Etapa de adquisición:

Abarca la niñez y adolescencia, adquiriendo información y habilidades por sí mismo o como preparación para participar en la sociedad. Es el momento de la asimilación de todos los conocimientos impartidos tanto por la escuela como por la familia y la sociedad en general.

##### 2. Etapa de logros:

Se inicia a partir de los 19 o 20 años hasta principios de los 30 años. Corresponde al momento del término de la educación media superior, por lo que algunos alumnos darán continuidad a sus estudios, en tanto que otros se incorporarán a la vida laboral, razón por la que harán uso de lo que saben para obtener competencia e independencia, en estas dos áreas de la vida.

##### 3. Etapa de responsabilidad:

Se ubica a finales de los 30 años e inicio de los 60 años. Las personas de mediana edad generalmente están preocupadas por cumplir con metas de largo alcance y problemas prácticos asociados con la responsabilidad para con otras personas, como la familia, los subordinados en el trabajo o la comunidad.

##### 4. Etapa ejecutiva:

El adulto joven es responsable de sistemas sociales, en los que no sólo asume la responsabilidad como en la etapa anterior, sino que promueve cambios y los ejecuta con base en las necesidades, en general, trata con relaciones complejas

en varios niveles (va de 30 o 40 años de edad hasta final de la edad mediana, 65 años).

#### 5. Etapa reorganizadora:

Para muchas personas esta etapa coincide con la jubilación, por lo que tendrán que reorganizar sus vidas alrededor de actividades muchas veces no relacionadas con el trabajo; donde existe la posibilidad de realizar actividades en las que apliquen su experiencia y conocimientos adquiridos durante la época laboral (de 65 años en adelante).

#### 6. Etapa reintegradora:

Corresponde a la edad adulta tardía, es decir, 70 años o más. Los adultos mayores deciden concentrar su limitada energía en tareas que tienen significado para ellos, siendo éstas más de tipo familiar y espiritual.

#### 7. Etapa de creación del legado:

Se considera esta etapa en la vejez avanzada, es decir, de 80 u 85 años en adelante. La gente mayor se prepara para morir, documentando las historias de su vida, desapegándose de las cosas materiales y distribuyendo sus posesiones a personas que sabrán valorar y cuidar de ellas.

Jean Piaget, citado por Jiménez (2012), considera que el desarrollo cognoscitivo es resultado de la maduración del sistema nervioso y la adaptación al medio, en donde la mente tiene una participación activa en el proceso de aprendizaje.

Corresponde a la edad adulta temprana, el estadio de operaciones formales, la cual da inicio desde los 12 años, tiempo en el que se pasa de las experiencias concretas reales a los términos lógicos propositivos. “Las operaciones formales aportan al pensamiento un poder completamente nuevo, que equivale a desligarlo y liberarlo de lo real para permitirle edificar a voluntad reflexiones y teorías”.

Al trascender el mundo de lo concreto, el adulto joven se orienta cada vez más hacia el mundo de las ideas, los valores y la creación, lo cual posibilita una actitud más realista y amplia del mundo, abarcando no sólo lo externo y concreto, sino también la realidad psíquica interna (Jiménez, 2012).

#### **4.6 Área espiritual**

Desde la perspectiva de Kübler-Ross (1987) citado por Avilés (2012), en cuanto a la muerte, ésta experiencia es general, independiente del hecho de que sea aborigen de Australia, Indú, Musulmán, creyente o ateo. Es independiente también del nivel socioeconómico, puesto que se trata de un acontecimiento puramente humano, de la misma manera que lo es el proceso natural de un nacimiento. La experiencia de la muerte es casi idéntica a la del nacimiento. Es un nacimiento a otra existencia.

Por lo que hace referencia sobre lo que es el proceso de la muerte menciona, la muerte física del hombre es idéntica al abandono del capullo de seda por la mariposa. Un cuerpo humano transitorio.

Son como una casa ocupada de modo provisional, morir significa simplemente, mudarse a una casa más bella.

Desde el momento en que el capullo de seda se deteriora irreversiblemente, va a liberar a la mariposa, es decir, el alma.

De esta manera considera Kübler-Ross (1987) citado por Avilés (2012), que en esta segunda etapa, cuando la mariposa ha abandonado el cuerpo, se vivirán importantes acontecimientos que es útil que se conozcan anticipadamente para no sentir jamás temor ante la muerte.

Cuando el capullo de seda está deteriorado al extremo de que ya no se pueda respirar y que las pulsaciones cardíacas y ondas cerebrales no admitan más mediciones, la mariposa se encontrará fuera del capullo que la contenía. Al liberarse de ese capullo de seda se llega a la segunda etapa, la de la energía psíquica. La energía física y la energía psíquica son las únicas dos energías que al hombre le es posible manipular.

Para Kübler-Ross (1987) citado por Avilés (2012), el mayor regalo que Dios haya hecho a los hombres es el del libre albedrío. Por lo que todos tienen la posibilidad de elegir la forma de utilizar esas energías, sea de modo positivo o negativo, y por eso menciona que: “Desde el momento en que ya se es una mariposa liberada”,

es decir, desde que el alma abandona el cuerpo, advertimos enseguida que se está dotados de capacidad para ver todo lo que ocurre en el lugar de la muerte, en la habitación del enfermo, en el lugar del accidente o allí donde se ha dejado el cuerpo.

En su opinión las personas fallecidas siguen oyendo pues Kübler-Ross 1987 citado por Avilés (2012), dice que incluso en ese mismo momento se pueden arreglar “asuntos pendientes”.

Para Kübler-Ross (1987), citado por Avilés (2012), menciona que “Cuando uno muere este contacto entre el capullo de seda y la mariposa podría compararse al cordón umbilical que se rompe, después ya no es posible volver al cuerpo terrestre, pero de cualquier manera cuando se ha visto la luz ya no se quiere volver. Pues se vive la comprensión sin juicio, un amor incondicional, indescriptible. Y en esa presencia que muchos llaman Cristo o Dios, amor o luz, la persona se puede dar cuenta de que todo el tiempo de vida que se tuvo no es más que una escuela en la que se aprenden ciertas cosas y pasan ciertos exámenes.

Aponte-Jolly, (2005); citado por Avilés (2012), observó que a las personas se les hace más fácil morir cuando saben que su gente entiende por lo que están pasando.

Menciona Zubiria (2003) citado por Avilés (2012), que el hombre sufre con el dolor y con la disposición progresiva del cuerpo, pero su máximo tormento es el temor por la desaparición perpetua. También aporta que el hombre no cree en su propia muerte, todos saben que van a morir, pero no creen que pueda suceder por lo que la enfermedad será siempre para todos, un mal que se deba combatir.

Desde la perspectiva de O’ Connor (2004), citado por Avilés (2012), menciona que muchas personas tienen miedo a morir solas o entre extraños sin amor y sin cuidados. Así mismo, los atemoriza el sentirse dependientes o el sufrir dolores intolerables. Con la negación de la muerte, estos temores son muy razonables especialmente entre los residentes solitarios en los asilos, o para la persona seriamente enferma, en una cama de hospital que se pregunta cuándo será la próxima visita de sus seres queridos.

## **CAPITULO II. METODOLOGÍA**

### **2.1 Enfoque: Cualitativo**

Por lo común, se utiliza para descubrir y refinar preguntas de investigación. A veces, pero no necesariamente, se prueban las hipótesis. Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, sin conteo. Utiliza las descripciones y las observaciones. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad, tal y cómo la observan los actores de un sistema social previamente definido. A menudo se llama “holístico”, porque se precia de considerar del “todo”, sin reducirlo al estudio meramente numérico de sus partes (Gómez, 2006).

### **2.2 Alcance: Descriptivo**

El objetivo del investigador es describir situaciones, eventos y hechos, es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y los aspectos importantes del fenómeno que se somete a análisis (Gómez, 2006).

### **2.3 Objetivo general**

Identificar la relación entre el desarrollo de la leucemia y la pérdida de un ser querido.

#### **2.3.1 Objetivos particulares:**

- Analizar la dinámica familiar que se produjo a partir del diagnóstico de la leucemia.
- Conocer cómo concibe su enfermedad.
- Ubicar si existe relación entre la muerte del familiar y el desarrollo de la enfermedad.

## **2.4 Planteamiento del problema**

Se decidió realizar el servicio social en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” con la intención de conocer cómo se llevaba a cabo la labor de un psicólogo en un ambiente hospitalario.

Nunca fue la intención buscar o encontrar ahí alguna propuesta para realizar la investigación de tesis,, sin embargo durante el primer bimestre de la estancia en el hospital en el servicio de medicina interna, la adscrita le daba prioridad a personas con enfermedades crónicas o bien de gravedad, razón por la cual se comenzó a estar en constante contacto con personas que luchaban por su vida día a día, como lo eran personas enfermas de SIDA y cáncer en general. Pero también toco estar del otro lado, compartiendo con los familiares los momentos más difíciles de la enfermedad.

A partir de ahí comenzó el interés de conocer más a fondo la vivencia de estas personas no sólo en cuanto a su enfermedad como tal, también todo aquello que estaba alrededor y que no se le daba la importancia que me parecía se merecía. Aunado a esto, con el paso de los días fue posible darse cuenta que la mayoría de los pacientes que estaban en el hospital con leucemia compartían la característica de haber tenido la pérdida de algún ser querido en su pasado, lo que llevó a la siguiente pregunta, será que ¿Existe relación entre los pacientes con leucemia y la pérdida de un ser querido?

### **2.4.1 Preguntas de investigación**

- ¿De qué forma se modifica el sistema familiar?
- ¿El paciente con leucemia se identifica con el dolor de uno de sus progenitores?
- ¿Cómo se vive la pérdida de un ser querido?
- ¿En qué etapa del duelo queda el enfermo con leucemia?
- ¿Qué parentesco tenía la persona fallecida con el enfermo?
- ¿Cómo concibe su enfermedad?

## **2.5 Supuestos teóricos**

- El paciente con leucemia se identifica con el dolor de la pérdida de un ser querido, situación que favorece el desarrollo de la enfermedad.

## **2. 6 Ejes temáticos**

### **1 Leucemia**

La leucemia aguda se caracteriza por la proliferación neoplásica de cualquier célula del tejido hematopoyético. Es una enfermedad muy grave que puede causar la muerte en un lapso corto, si no se trata de manera adecuada (Jaime y Gómez, 2005).

La leucemia es un cáncer que comienza en el tejido que forma la sangre.

La leucemia es un cáncer de las células sanguíneas. La mayoría de las células de la sangre se forman en la médula ósea. En el caso de la leucemia, las células sanguíneas inmaduras se vuelven cancerosas. Estas células no funcionan como deberían y congestionan a las células sanguíneas sanas en la médula ósea (National Cancer Institute, 2009).

Es una enfermedad maligna progresiva, caracterizada por un gran número de glóbulos inmaduros semejantes a los linfoblastos que se pueden encontrar en la sangre, la médula ósea, los ganglios linfáticos, el bazo y otros órganos (Nuevo diccionario médico Larousse)

### **2 Familia**

La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Éstas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales (Minuchin, 1974).

La familia a manera de pequeña sociedad, es la arena donde se permite toda suerte de ensayos y fracasos en un ambiente de protección, de tolerancia, de firmeza y de cariño (Estrada, 1997).

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo “abierto” al estar ligado e intercomunicado con otros sistemas, como el biológico, el psicológico. El social y el ecológico (Von Bertalanffy, 1968 citado por Estrada, 1997).

### **3 Duelo**

Reacción de pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente. El término “duelo” viene del latín dolus (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo (Pangrazzi, 2005; citado por Díaz, 2012).

Freud (1917), citado por Loitegui (2008), define el duelo como la reacción a la pérdida de una persona amada o la reacción a la pérdida de algo físico o simbólico de importancia significativa para el sujeto.

El duelo es el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad (Bucay,2011).

### **4 Adulto temprano**

Se trata de una etapa exploratoria, una época de posibilidades, una oportunidad para probar nuevas y diferentes formas de vida, un momento en que los jóvenes ya no son adolescentes pero todavía no se han asentado en los roles adultos (Arnett, 2000, 2004,2006; Furstenberg et al., 2005, citado por Papalia, y cols, 2010).

La edad adulta temprana abarca un espacio de tiempo prolongado, posterior a la adolescencia, ubicándose entre los 20 y 40 años, se considera, por lo tanto, una de las etapas de mayor plenitud en el ser humano (Jiménez, 2012).

Aquella en que el organismo humano alcanza su completo desarrollo, entre la niñez y la edad viril (Llistosella Ma. et. al, 2004).

## **2.7 Técnicas de recolección de datos**

- Entrevista a profundidad Entrevista a profundidad: En completo contraste con la entrevista estructurada, las entrevistas cualitativas son flexibles y

dinámicas. Las entrevistas cualitativas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Se utiliza la expresión "entrevistas en profundidad" para referirse a este método de investigación cualitativo. Por entrevistas cualitativas en profundidad se entienden reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Centro de Investigación y Docencia, 2009).

- Figura humana: A través del dibujo de la figura humana, la personalidad proyecta toda una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico, tanto psicodinámico como nosológico (Portuondo, 1979).
  
- Redes Semánticas: Se basa en la teoría de que existen 2 tipos de memoria, la episódica que recibe y almacena datos sobre sucesos y las relaciones temporales que se dan entre dichos sucesos; y la memoria semántica, encargada de la organización del conocimiento acerca de las palabras y símbolos verbales, sus significados, sus referentes y las relaciones entre ellos (Valdez, 2000)
  
- Familiograma: Es una representación esquemática de la familia, la cual provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios o de aparición familiar), psicológico (tendencias a tener una funcionalidad familiar inadecuada) o social (familia numerosa y/o sin recursos,hacinamiento, etc.) (Alegre y Suárez, 2006).

- Test de Lusher: Este test puede describir el estado emocional de las personas. A través de éste se puede determinar la capacidad que el individuo tiene para gozar de la vida, ser feliz con su pareja y sobre cuáles son sus expectativas para el futuro. También ayuda a reconocer las causas internas que afectan al inconsciente para encontrar el equilibrio (Arias, 2012).
- Test del Árbol: Jung dice algo acerca de la simbología del árbol, haciendo reflexionar sobre éste como símbolo de vida, de crecimiento, de desarrollo. Jung postuló que, “en el contenido vivo del inconsciente, los árboles se parecen a los peces en el agua”. Simbólicamente por lo tanto, los árboles están asociados con la persona interior del hombre y pueden describir exactamente su desarrollo y estado emocional (Masuello, 1998)
- Test de la Familia: Es una herramienta necesaria y de base para explorar las dinámicas familiares, entornos, modalidades vinculares, alianzas, identificaciones, sentimientos de inclusión o exclusión respecto a la vida familiar, tales como las percibe desde su realidad psíquica la persona a quien se le administra esta técnica. El "Test del dibujo de la familia" es un test proyectivo que evalúa fundamentalmente el estado emocional de una persona, con respecto a su adaptación al medio familiar (Corman, 1961 citado por Farías y Poloniolli, 2011).

## **2.8 Participantes**

Para esta investigación se tuvo que hacer una reducción de participantes debido a la complejidad para encontrar la muestra requerida principalmente. Se optó por una muestra de 3 participantes en edad adulta temprana, de los cuales fueron 2 mujeres y 1 hombre, que presentaran leucemia linfoblástica aguda (LLA) y tuvieran la pérdida de algún familiar, con un rango de 1 a 10 años de haber sucedido la pérdida del ser querido y de 6 meses a 3 años de que se generó su diagnóstico.

Se comenzó por ir a preguntar sobre el permiso para realizar la investigación en el “Hospital General Dr. Miguel Silva”, pero a falta de respuesta positiva, se decidió buscar otras alternativas no hospitalarias.

Fue así como se llegó a entablar contacto con 2 instituciones que brindan apoyo a pacientes con leucemia, así como a sus familiares; de las cuales sólo en la segunda fue posible obtener ayuda para la realización de la investigación. La aplicación de pruebas se realizó en la casa de la persona, ya que debido a las circunstancias no había otro lugar disponible.

Posteriormente, a través de un psicólogo del “Hospital General Dr. Miguel Silva” se pudo realizar al resto de los sujetos necesarios para la investigación, los cuales me fueron asignados según la disponibilidad de pacientes presentes en el hospital con las características que se buscaban. Uno de ellos estaba casi recién ingresado en el área de hospitalización donde se realizaron las pruebas en su espacio de estancia y el último me fue asignado en el área de hematología ya que estaba en tratamiento de quimioterapia, ahí se me dio la oportunidad de trabajar con un poco más de espacio y privacidad.

Al terminar con la aplicación de pruebas, se procedió a la interpretación de las mismas y a generar los resultados.

## **2.9 Escenario**

La investigación se llevó a cabo en 2 escenarios:

El primero fue en “Manitas la pulsera de la Leucemia, A.C”, una institución en la Ciudad de Morelia, Michoacán formada por un grupo de pacientes con leucemia que junto a familiares y amigos se dedica a mantener un espacio donde pacientes y familiares encuentren información médica, apoyo emocional, un espacio de contención, un espacio para compartir con personas que pasan o pasaron por lo mismo. Se encuentra ubicada en Antonio Ferrer #47, Fraccionamiento Arcos San José, en la Ciudad de Morelia, Michoacán.

El segundo escenario fue el “Hospital General Dr. Miguel Silva” ubicado en la calle Samuel Ramos S/N, colonia centro en la ciudad de Morelia, Michoacán.

## **2.10 Procedimiento**

Se comienzo por aplicar entrevista a profundidad a todos los participantes, en la cual se abordaron datos personales, familiares, aspectos de la enfermedad, su desarrollo, así como sus relaciones afectivas y finalmente las pérdidas sufridas.

A continuación se aplicaron las siguientes pruebas:

- El test de la figura humana (Machover), prueba proyectiva que analiza la personalidad proyectada en una gama de rasgos significativos para un mejor diagnostico tanto psicodinámico como nosológico.
- Redes semánticas, permiten analizar los procesos de manipulación de la información manteniendo una relación con las experiencias de cada individuo. En esta técnica las palabras estímulo que se utilizaron fueron:
  - Leucemia
  - Familia
  - Hospital
  - Muerte
  - Pérdida
- Familiograma, una representación esquemática de la familia la cual provee información sobre sus integrantes en cuanto a estructura y relaciones.
- Test de Lusher, a través de éste se puede describir el estado emocional de las personas, expectativas, capacidad de gozo, así como causas internas que afectan al inconsciente para encontrar equilibrio.
- Dibujo del Árbol, útil para analizar el desarrollo y estado emocional.
- Dibujo de Familia, herramienta para explorar dinámicas familiares.

De todo lo anterior se obtuvieron los resultados y conclusiones de la presente investigación.

### CAPITULO III. RESULTADOS

Se dan a conocer los resultados por caso clínico, para fines éticos se elige numerarlos.

#### 3.1 Presentación de casos

La presentación de resultados se hará de acuerdo a las técnicas de recolección de datos aplicadas.

➤ Sujeto 1 (F36)

Padece la enfermedad desde hace 9 años, siendo diagnosticada a los 27 años.

Ha sufrido la pérdida de su abuelo paterno, hace 10 años a causa de que le reventara la vesícula biliar.

Entrevista	<p>Fecha de nacimiento: 6/Diciembre/1978 Lugar de residencia: Morelia, Michoacán Estado civil: Separada Escolaridad: Primaria trunca</p> <p>Refiere ser testigo de Jehová, e ir alrededor de 2 días a la semana a la Iglesia, entre sus pasatiempos se encuentran el tocar el piano, el cual antes era más seguido que lo practicara, pero ahora lo ha dejado un poco de lado por las ocupaciones, correr es otra de las cosas que le gusta hacer, aunque ahora sólo sale a caminar.</p> <p>Vive con sus 2 hijos (H15 Y M11).</p> <p>La relación de sus padres la describe como agua y aceite pero manteniendo estabilidad a pesar de todo, mientras tanto la relación de ella con sus padres por cuestiones de distancia no es tan cercana pero trata de comunicarse con su mamá en la semana.</p> <p>En la familia menciona que ha habido divorcio de 2 de 3 hermanas, además de 1 hermano que radica en Estados Unidos quien tuvo problemas con su esposa debido a la adaptación económica.</p> <p>A su familia nuclear, la define como estable y unida ya que dicen van juntos a todos lados.</p> <p>En la familia se dieron varios fenómenos cuando se descubrió su enfermedad, entre esos están que los hermanos dejaron de visitarla, sintiéndose culpable por causar dolor en la familia, su hermano comenzó a tomar, sus hermanas según refiere estaban deprimidas y a ella no la dejaban hacer nada.</p> <p>En cuanto a la historia del embarazo de su madre</p>
------------	--

	<p>cuando ella iba a nacer, sólo refiere que antes que ella existieron 3 abortos. Respecto a su infancia, menciona haberla vivido con su mamá nada más ya que su papá las dejó cuando se dio el 3er embarazo; prácticamente no volvió a saber de él, hasta una vez que se lo encontró en un camión.</p> <p>Padece de Leucemia linfocítica aguda (LLA), desde hace 9 años. A la edad de 25 años, al nacer su hija fue cuando sintió que algo estaba mal en su cuerpo y el médico que la atendió le dijo que tenía algo en su sangre, pero no fue hasta los 27 años de edad cuando tuvo como tal la sintomatología y se descubrió su enfermedad; empezando ese mismo día su tratamiento por la gravedad en la que se encontraba. Tuvo 18 días de quimioterapia intensiva.</p> <p>Como posibles factores de desencadenamiento de su enfermedad encuentra las infecciones que presentó, así como el nacimiento de su hija, en donde hubo complicaciones, como anemia, aparecieron moretones y la sintomatología se hizo más marcada.</p> <p>Para sobrellevar la enfermedad, comenta que ha cambiado de mentalidad, cambiar el llorar por el luchar por sus hijos, aceptando la enfermedad adaptándose a ella y apoyándose en la religión.</p> <p>No refiere tener familiares con el mismo padecimiento, pero si con antecedentes de cáncer (prima hermana), y otros padecimientos más como hipertensión, diabetes, quistes en el seno (mamá).</p> <p>En lo que respecta a sus estudios, tiene la primaria trunca, comenta que la razón fueron en parte los pensamientos de su padrastro respecto al asistir a la escuela, además de que dice era muy enfermiza. Sin embargo, si le hubiera gustado tener una carrera, siendo médico forense o ginecóloga. Trabaja en una asociación dedicada a apoyar a personas que padecen leucemia, llegó a ser modelo y edecán pero lo que desea es lograr tener bien estructurada la organización para ayudar a más personas.</p> <p>Comenta que la relación afectiva con su familia es buena, no hay alejamiento de parte de la familia hacia ella, al contrario ella es la que evita un acercamiento de más para no causar más dolor. Fuera de su familia, se puede relacionar más pero a través de la asociación.</p> <p>Ha sufrido la pérdida de su abuelo paterno, hace 10 años a causa de que le reventara la vesícula biliar.</p>
--	---

<p>Machover</p>	<p>Esta persona presenta dificultades con el manejo de sus impulsos, esto debido a que pudiera verse como el centro de atención ante su condición, llegando a tener pensamientos o actitudes negativas que lleguen a irritarla y provocando así, que se relacione con los demás de manera un tanto agresiva.</p> <p>Existe una aparente resignación, sin embargo, detrás de ello puede estar una inseguridad manifestada en su rechazo social, así como en la introversión y cautela al momento de relacionarse. Pudiera buscar así, compensar posiblemente la fuerza física de la que pudiera carecer en ocasiones y a su vez exaltar una sofisticación femenina, que la coloca un lugar superior a los demás.</p> <p>Se identifica también una depresión latente que trata de ser evadida y reprimida, pero al no ser posible, ésta es exteriorizada con un ensimismamiento, lo que le ocasiona un discernimiento entre la realidad y la fantasía, prefiriendo la canalización de la depresión hacia la fantasía, como forma de compensación a los sentimientos de inferioridad que experimenta.</p>
<p>Familiograma</p>	
<p>Lusher</p>	<p>La ansiedad y la insatisfacción desasosegada, ya sea por las circunstancias o por necesidades sentimentales irrealizadas, le han producido tensión.</p> <p>Reacciona ocultando esto ante la falta total de comprensión por parte de los demás y adoptando una actitud desdeñada y desafiante.</p>

Test del Árbol	<p>Persona emotiva, sensible y deseosa de comunicarse con los demás, haciendo un gran esfuerzo y empeñándose en causar buena impresión ante los demás.</p> <p>Es extrovertida por lo que tiene una facilidad para los contactos interpersonales, simpatía, carácter abierto, buena disposición para adaptarse.</p> <p>Suele ser de una personalidad formal, por lo que intenta mantener un gran control de todo lo que tenga relación con la espontaneidad de las emociones y de los sentimientos. Cuidan de su imagen y filtran todo lo que vayan a exteriorizar.</p> <p>Sin embargo se puede experimentar cierta inseguridad, esto pudiera deberse al sentimiento de la pérdida de algún apoyo afectivo importante, lo que la lleva a presentar un doble deseo de protección. Existe también una necesidad de independencia pero dentro de un ambiente o medio en el cual se sienta protegida.</p>
Dibujo de la Familia	<p>Es una persona inhibida, que se vive apegada a las reglas, posiblemente con algunos rasgos de carácter obsesivo.</p> <p>Presenta delicadeza en sus sentimientos, puede ser tímida; puede tener la incapacidad para afirmarse o manifestar sentimientos de fracaso y/o de inferioridad e inseguridad.</p> <p>Hay pérdida de la espontaneidad, así como de los instintos primordiales de conservación de la vida, razón por la cual pudiera estar presente depresión y apatía.</p> <p>Aunque igualmente se puede ver una orientación hacia el cumplimiento de metas en relación con el futuro.</p> <p>Se observa una organización jerárquica adecuada, con un vínculo estable; sin embargo, está presente una valorización hacia el padre, aun cuando existe una separación emocional un poco mayor que con el resto de los integrantes de la familia; también hay una desvalorización hacia la hija, dándosele mayor importancia al hijo mayor.</p>

Tabla 1. Resultados por casos sujeto 1

Este sujeto puede presentar actitudes desafiantes que lo llevan a que se relacione con los demás de manera un tanto agresiva. Existe una depresión latente la cual canaliza hacia la fantasía, busca compensar los sentimientos de inferioridad que experimenta, pudiendo presentar dificultades para afirmarse o manifestar

sentimientos de fracaso. Por otro lado, llega a ser socialmente extrovertida, facilitándosele los contactos interpersonales, siempre y cuando sean dentro de un ambiente seguro.

➤ Sujeto 2 (F39)

Se le diagnosticó la enfermedad desde el 27 de mayo de 2015, después de 4 años de sintomatología sin diagnosticar.

Ha sufrido la pérdida de su padre hace 28 años a causa de un accidente con la luz eléctrica, su madre padeció cáncer falleciendo hace 33 años y su hermana solo se sabe que por un dolor de cabeza cuando tenía 13 años, teniendo 34 años de fallecida.

<p>Entrevista</p>	<p>Fecha de nacimiento: 20/Julio/1975  Lugar de residencia: Morelia, Michoacán  Estado civil: Casada  Escolaridad: Secundaria</p> <p>Es católica, asiste a misa de manera ocasional y en su casa se dedica a leer la biblia en las noches.  Su manera de entretenerse es viendo televisión o películas; no realiza algún deporte.  Dice tener mucha facilidad para relacionarse, mencionando que “una sonrisa abre cualquier puerta”.  En su casa viven su esposo, sus hijos (H16, M11), su suegro y ella.  La relación de sus padres la describe como una buena relación, en donde no vio problemas familiares, y ella con sus papás mantenía una relación armoniosa, aunque convivió más con su papá después del fallecimiento de su mamá. En el resto de la familia se menciona que han existido separaciones de parte de 2 hermanas, así como problemas de alcoholismo.  La relación con su familia dice es muy buena, teniendo 17 años de casados con su esposo y con sus hijos refiere que no son hijos que le den problemas.  No hay datos de la historia de embarazo de su madre, cuando ella iba a nacer y sobre su infancia solo recuerda que fue una infancia feliz y tranquila porque en el rancho en donde vivían no había mucho que hacer, se divertía corriendo y subiéndose a los árboles.  Actualmente padece de Leucemia linfocítica aguda (LLA), la cual le fue diagnosticada el 25 de Mayo de 2015</p>
-------------------	--

	<p>cuando acudió al hospital para revisar la sintomatología que ya desde hace 4 años padecía (dolores de cuerpo, hemoglobina baja) pero no habían encontrado el diagnóstico. A partir de esto comenzó su tratamiento de manera inmediata (27 de Mayo 2015) con quimioterapias.</p> <p>Identifica como posible factor desencadenante de la enfermedad, el tiempo de calor ya que menciona que fue el mismo periodo de cuando empezó a sentirse mal a cuando fue diagnosticada.</p> <p>No refiere tener familiares que hayan padecido lo mismo que ella, pero sí hay antecedentes de cáncer en la familia.</p> <p>Ante su enfermedad, dice estarla afrontando a través de la conciencia de enfermedad y las consecuencias de la misma, además de contar con el apoyo de su familia y la familia de su esposo.</p> <p>Su escolaridad llega hasta la secundaria, comentando que se decidió a no seguir estudiando porque era algo que no le gustaba y se encontraba satisfecha con el nivel de estudios que logró. Se dedica a trabajar en casas y de igual manera está satisfecha con su trabajo.</p> <p>No refiere haber notado cambios en sus relaciones afectivas a partir del diagnóstico de su enfermedad, la relación con su pareja es un factor de mucho apoyo ya que es muy consentidor y protector con ella, aunque a veces cree que lo es de más.</p> <p>Ha sufrido la pérdida de sus papás y una hermana. Su padre murió de un accidente con la luz eléctrica hace 28 años, su madre padeció cáncer falleciendo hace 33 años y su hermana solo se sabe que por un dolor de cabeza cuando tenía 13 años, teniendo 34 años de fallecida.</p>
Machover	<p>Esta persona presenta dificultad para controlar sus impulsos, teniendo arranques temperamentales que pudieran desencadenar agresión.</p> <p>Existe una preocupación somática, teniendo una sensibilidad corporal que la exhibe con una vivencia femenina del cuerpo como amenaza, esto a su vez desencadena sentimientos de inferioridad e inseguridad, retraimiento, introversión; así como ensimismamiento a causa de una profunda tristeza que llega a la depresión.</p> <p>Por otro lado, experimenta un rechazo ambiental, sintiéndose sin apoyo o sostén que la ayude a sobrellevar las adversidades que se le presenten, lo que conduce a que revele un contacto social débil, y con las personas que logra entablar relaciones afectivas puede</p>

	<p>haber una relación de sumisión y dependencia. Posiblemente debido a los sentimientos de deficiencia que demuestra acompañado de la falta de apoyo, pudiera haber un desajuste con la realidad en algún momento de vida manifestando algún intento de no querer seguir más con su vida.</p>
<p>Familiograma</p>	<p>The diagram is a family tree (familiograma) showing a nuclear family. At the top, a male (square) labeled '1945 - 1987' and a female (circle) labeled '1961 - 1982' are connected by a horizontal line. Below them, a vertical line descends to a horizontal line representing their children. From left to right, the children are: a male (square) labeled '1974', a female (circle) labeled '1975', a female (circle) labeled '1975' (highlighted in yellow), a male (square) labeled '1981' (with an 'X' through it), and a male (square) labeled '1983'. Below the highlighted female, another vertical line descends to a horizontal line representing her children: a male (square) labeled '1999' and a female (circle) labeled '2004'.</p>
<p>Lusher</p>	<p>Su vitalidad agotada ha producido intolerancia hacia cualquier nueva estimulación o demanda sobre sus recursos. Este sentimiento de impotencia lo somete a agitación y grave angustia. Reacciona considerando que ha sido convertido en víctima e insiste con indignación, resentimiento y actitud desafiante que le permita seguir su propio camino.</p>
<p>Dibujo del Árbol</p>	<p>En esta persona se observa una sensación de opresión, pudiera también haber un sentimiento de culpa que oprime al sujeto, y por consiguiente inhibe su capacidad de reacción. Pudiera ser alguien vulnerable, existiendo así, un doble deseo de protección. Existe también una necesidad de independencia pero dentro de un ambiente o medio en el cual se sientan protegidos ya que hay una influencia de la figura materna y de su pasado personal, individual. Pudiera ser terca, de carácter difícil u obstinada, lo que a su vez le causa dificultades en la adaptación, y llevándola posiblemente a ciertas actitudes de agresividad, siendo irritable y con tendencias a la crítica.</p>
<p>Dibujo de la Familia</p>	<p>Es una persona con posibles rasgos de carácter obsesivo, que se guía por las reglas. Hay pasiones poderosas y audacia, aunque posiblemente controladas ya que se muestra como alguien inhibida, incluso podría vivir sentimientos de inferioridad e inseguridad. Se observa una pérdida de la espontaneidad, teniendo</p>

	<p>como salida el mundo de las fantasías, ideas y tendencias espirituales, pudiendo presentar una personalidad imaginativa, soñadora e idealista, con posibles tendencias regresivas.</p> <p>Se observa una organización jerárquica adecuada, con un vínculo fuerte entre los padres, estando presente una valorización hacia el padre y una desvalorización hacia la hija. Hay un vínculo fuerte entre hermanos, mostrando mayor cercanía entre el bloque de los hermanos que en el de los padres.</p>
--	---

Tabla 2. Resultados por casos sujeto 2

Existe en este sujeto una preocupación somática, acompañada de una sensibilidad corporal que la exhibe con una vivencia femenina del cuerpo como amenaza. Hay sentimientos de inferioridad e inseguridad, siendo retraída, posiblemente a causa de sentir rechazo social. Se sitúa en el mundo de la fantasía, con posibles tendencias regresivas.

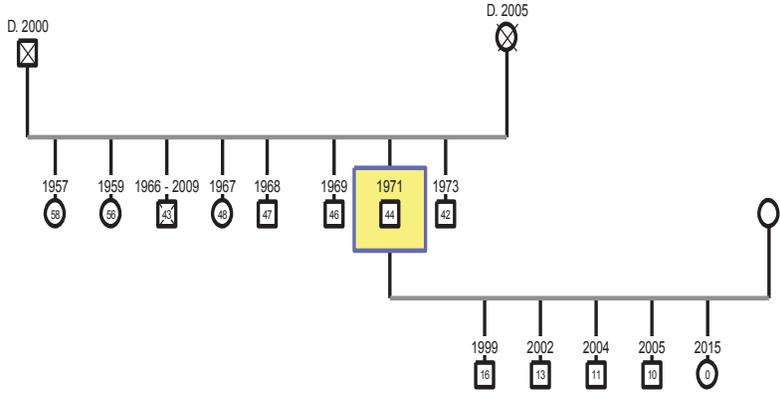
➤ Sujeto 3 (M44)

Padece la enfermedad desde el 22 de abril de 2015.

Ha sufrido las pérdidas de su padre quién falleció a causa de una embolia hace 15 años, su madre hace 10 años debido a la diabetes que padecía y su hermano tiene 6 años de fallecido, a causa de haber sido atropellado.

<p>Entrevista</p>	<p>Fecha de nacimiento: 5 /Diciembre/1970  Lugar de residencia: Zitácuaro, Michoacán  Estado civil: Casado  Escolaridad: Primaria</p> <p>Es católico creyente, menciona que cuando le es posible asistir a misas entre semana, lo hace porque a veces se le complica con su trabajo (chofer de servicio público). Debido al lugar en donde radica, su manera de dispersarse es salir a caminar por el cerro. Antes de enfermarse refiere que le gustaba practicar deporte, como el fútbol y el basquetbol.</p> <p>Es una persona que no le cuesta trabajo el relacionarse con las personas, tanto de su trabajo como con vecinos y amigos, dice ser una persona que transmite alegría.</p> <p>En su vivienda habitan sus 5 hijos (H 16, H13, H11, H10,</p>
-------------------	--

	<p>M 3días), su esposa y él.</p> <p>Comenta que la relación de sus padres fue estable, ya que era una pareja que creía en estar juntos “hasta que la muerte los separe”, en “aguantar”, no hubo conflictos graves. Por otra parte, su relación la califica como buena fuera de algunas discusiones propias de la relación como se refiere por la persona. En el resto de la familia sí se han presentado problemas familiares (divorcios, separaciones), pero no en hermanos.</p> <p>Él describe la relación con su esposa como buena y estable.</p> <p>Sobre la historia del embarazo de su mamá al nacer él, no recuerda datos, más que el parto fue por vía natural; y en su infancia los recuerdos que tiene es que una parte la vivió en Cd. de México, hasta que regresaron a Zitácuaro en donde estudió la primaria. En cuanto a recreaciones, por la situación económica no había mucha oportunidad de comprar juguetes.</p> <p>Actualmente padece de Leucemia linfocítica aguda (LLA), la cual le fue descubierta el 22 de abril de 2015 cuando acudió a una revisión médica debido a malestares que presentaba como lo fue la pérdida de fuerzas al caminar. Empezó el tratamiento para su enfermedad en mayo del mismo año.</p> <p>Como posibles factores desencadenantes para su enfermedad encuentra los químicos, abonos de las huertas en los campos que llegó a trabajar.</p> <p>No refiere más familiares que presenten su misma enfermedad o alguna similar, sólo la diabetes.</p> <p>Se encuentra resignado (menciona que “en algún momento todos vamos a morir”) ante su enfermedad, con una actitud positiva para “ponerle ganas” a su tratamiento y salir adelante.</p> <p>A partir de la detección de su enfermedad, la relación familiar ha cambiado, uniéndose más la familia, sobre todo entre hermanas en donde había cierto distanciamiento.</p> <p>Sus estudios se remontan a la primaria, debido a que ya no quiso seguir estudiando más, aunque ahora refiere no estar tan satisfecho con eso, le hubiera gustado tener más oportunidades.</p> <p>Ha trabajado en el campo, de albañil y de chofer, teniendo como aspiraciones el escalar en el trabajo de chofer.</p> <p>Ha sufrido las pérdidas de sus padres y de un hermano. Su padre falleció a causa de una embolia (“por gordito”) hace 15 años, su madre hace 10 años debido a la</p>
--	--

	diabetes que padecía y su hermano tiene 6 años de fallecido, a causa de haber sido atropellado.
Machover	<p>Esta persona presenta un yo disminuido, que conduce a tener sentimientos de inferioridad, inhibición, así como ser retraído o ensimismado; y un bajo nivel de energía que se refleja en una latente depresión.</p> <p>Debido a estos sentimientos, puede llegar a utilizar como forma de defensa el expresar un mal humor o un disgusto manifiesto que se puede transformar en una agresividad exteriorizada, la cual en ocasiones puede ser expresada con una actitud inmadura que llega a ser infantil.</p> <p>Existe preocupación con respecto a la superioridad física que los demás pudieran tener sobre ella, sintiendo impotencia y buscando compensar con características histéricas, como el mostrarse como centro de atención, la vanidad, ostentación, llegando a mostrar desdén y arrogancia.</p> <p>Existe una aparente estabilidad y serenidad, sin embargo detrás de ello puede estar una opresión representada en la introversión, que le causa dificultades a nivel social; experimentando rechazo ambiental.</p>
Familiograma	 <p>The family diagram shows a family structure. At the top left, a square with an 'X' represents a deceased individual (D. 2000). A horizontal line connects this to another square with an 'X' at the top right (D. 2005). Below this line, several vertical lines lead to circles representing children, each with a birth year and an age in a circle: 1957 (69), 1959 (66), 1966-2009 (28), 1967 (68), 1968 (47), 1969 (46), 1971 (44) - highlighted with a yellow box, and 1973 (42). From the 1971 node, a vertical line leads to another horizontal line with five circles representing children: 1999 (18), 2002 (15), 2004 (11), 2005 (10), and 2015 (0). A small circle is also present on the right side of the diagram.</p>
Lusher	<p>Se opone con todas sus fuerzas a cualquier influencia externa o interferencia en la libertad de tomar sus propias decisiones y hacer sus planes.</p> <p>Trabaja para establecer y fortalecer su propia posición.</p>

<p>Dibujo del Árbol</p>	<p>Puede ser alguien reservado, obstinado, sistemático en su actuar, con una personalidad cerrada que pudiera llevarlo a tener horizontes limitados y también con cierto grado de infantilismo e inmadurez. Esta actitud infantil se adopta ante aquello que está oculto para la persona.</p> <p>Hay en la persona una habilidad para ocultar aquello que le desagrada o que no desea que se sepa, o en su defecto deja las cosas a medio decir. Cuando no se logra esto, se manifiesta una actitud defensiva acompañada de diplomacia y seducción en la forma de exteriorizarla. Además de presentar una forma más o menos huidiza de enfrentar los problemas.</p> <p>De igual manera muestra un doble deseo de protección. Teniendo una necesidad de independencia pero dentro de un ambiente o medio en el cual se sienta protegido.</p>
<p>Dibujo de Familia</p>	<p>Es una persona que se vive inhibido en la expansión vital y una fuerte tendencia a replegarse en sí mismo, perdiendo en ocasiones la espontaneidad y estando apegado a las reglas. Con rasgos de carácter obsesivo.</p> <p>Cuando no es así, suele tener un dinamismo de vida apropiado, siendo sensible al ambiente.</p> <p>Hay una buena expansión imaginativa, siendo soñador e idealista, pero también enfocado en el cumplimiento de las metas en relación con el futuro.</p> <p>Se muestra una organización jerárquica adecuada, aunque hay omisión de personas en la jerarquía de hermanos. Está presente un vínculo fuerte entre los padres, y de igual manera entre los hermanos, existiendo mayor cercanía en estos últimos, habiendo una posible dificultad de la jerarquía de hermanos para establecer buenas relaciones con el bloque parental.</p> <p>Es evidente una valorización hacia la figura paterna, mientras que una desvalorización hacia los hijos al no estar presentes todos.</p>

Tabla 3. Resultados por casos sujeto 3

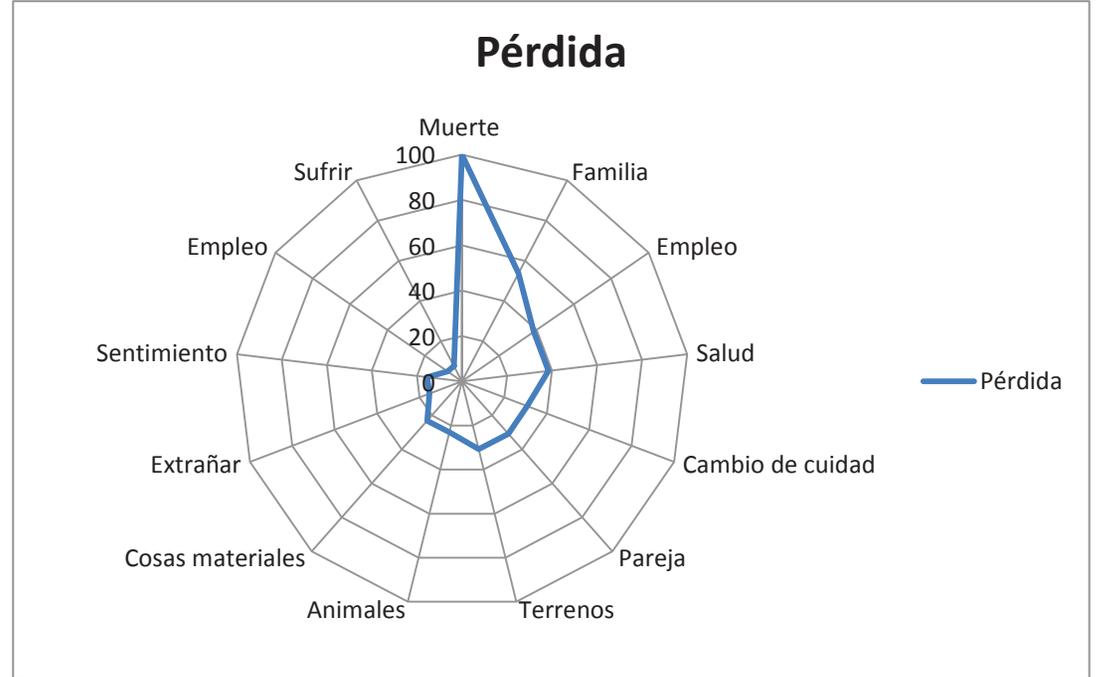
Está presente un yo disminuido, habiendo preocupación por la superioridad física que pudieran presentar los demás frente a él, llega a utilizar como forma de defensa el expresar un mal humor o un disgusto manifiesto que se puede transformar en una agresividad exteriorizada, la cual en ocasiones puede ser expresada con una actitud inmadura que llega a ser i

PÉRDIDA					
Sujeto	1	2	3	4	5
1	Muerte	Pareja	Cosas materiales	Familia	Empleo
2	Muertos	Cambio de ciudad	Muerte	Extrañar	Sufrir
3	Familia	Terrenos	Animales	Sentimiento	Salud

VALORES SEMÁNTICOS	5	OP	T	4	OP	T	3	OP	T	2	OP	T	1	OP	T	VALOR MVT
JERÁRQUICAS DEFINIDORAS	1			2			3			4			5			
Animales							1	1x3	3							3
Cambio de ciudad				1	1x4	4										4
Cosas materiales							1	1x3	3							3
Empleo													1	1x1	1	1
Extrañar										1	1x2	2				2
Muerte	2	2x5	10				1	1x3	3							13
Familia	1	1x5	5							1	1x2	2				7
Pareja				1	1x4	4										4
Salud	1	1x5	5													5
Sentimiento										1	1x2	2				2
Sufrir													1	1x1	1	1
Terrenos				1	1x4	4										4

Tabla 4. Vaciado de valores semánticos. Palabra estímulo "Pérdida"

<b>CONJUNTO SAM PARA PÉRDIDA</b>		
Conjunto SAM	Valor M	Valor FMG
Muerte	13	100 %
Familia	7	54%
Empleo	5	38%
Salud	5	38%
Cambio de cuidad	4	31%
Pareja	4	31%
Terrenos	4	31%
Animales	3	23%
Cosas materiales	3	23%
Extrañar	2	15%
Sentimiento	2	15%
Empleo	1	8%
Sufrir	1	8%



Gráfica 1. Análisis de resultados de la palabra estímulo “Pérdida”

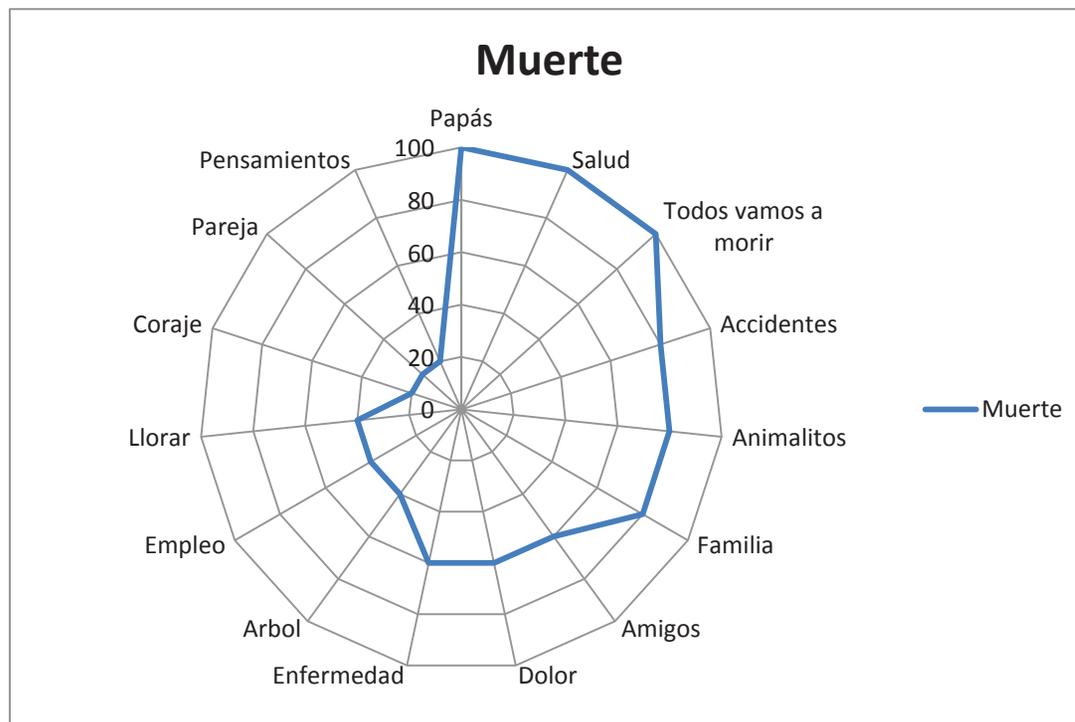
Los resultados obtenidos para la palabra estímulo “pérdida” revelan que las personas con leucemia relacionan en su mayoría la pérdida con muerte, pero también ven la pérdida en la familia y en las cosas materiales.

MUERTE					
Sujeto	1	2	3	4	5
1	Salud	Familia	Amigos	Empleo	Pareja
2	Todos vamos a morir	Accidentes	Dolor	Llorar	Coraje
3	Papás	Animalitos	Enfermedad	Arbol	Pensamientos

VALORES SEMÁNTICOS	5	OP	T	4	OP	T	3	OP	T	2	OP	T	1	OP	T	VALOR MVT
JERARQUICAS DEFINIDORAS	1			2			3			4			5			
Accidentes				1	1x4	4										4
Amigos							1	1x3	3							3
Animalitos				1	1x4	4										4
Arbol										1	1x2	2				2
Coraje													1	1x1	1	1
Dolor							1	1x3	3							3
Empleo										1	1x2	2				2
Enfermedad							1	1x3	3							3
Familia				1	1x4	4										4
Llorar										1	1x2	2				2
Papás	1	1x5	5													5
Pareja													1	1x1	1	1
Pensamientos													1	1x1	1	1
Salud	1	1x5	5													5
Todos vamos a morir	1	1x5	5													5

Tabla 5. Vaciado de valores semánticos. Palabra estímulo "Muerte"

CONJUNTO SAM PARA MUERTE		
Conjunto SAM	Valor M	Valor FMG
Papás	5	100%
Salud	5	100%
Todos vamos a morir	5	100%
Accidentes	4	80%
Animalitos	4	80%
Familia	4	80%
Amigos	3	60%
Dolor	3	60%
Enfermedad	3	60%
Árbol	2	40%
Empleo	2	40%
Llorar	2	40%
Coraje	1	20%
Pareja	1	20%
Pensamientos	1	20%



Gráfica 2. Análisis de resultados de la palabra estímulo "Muerte"

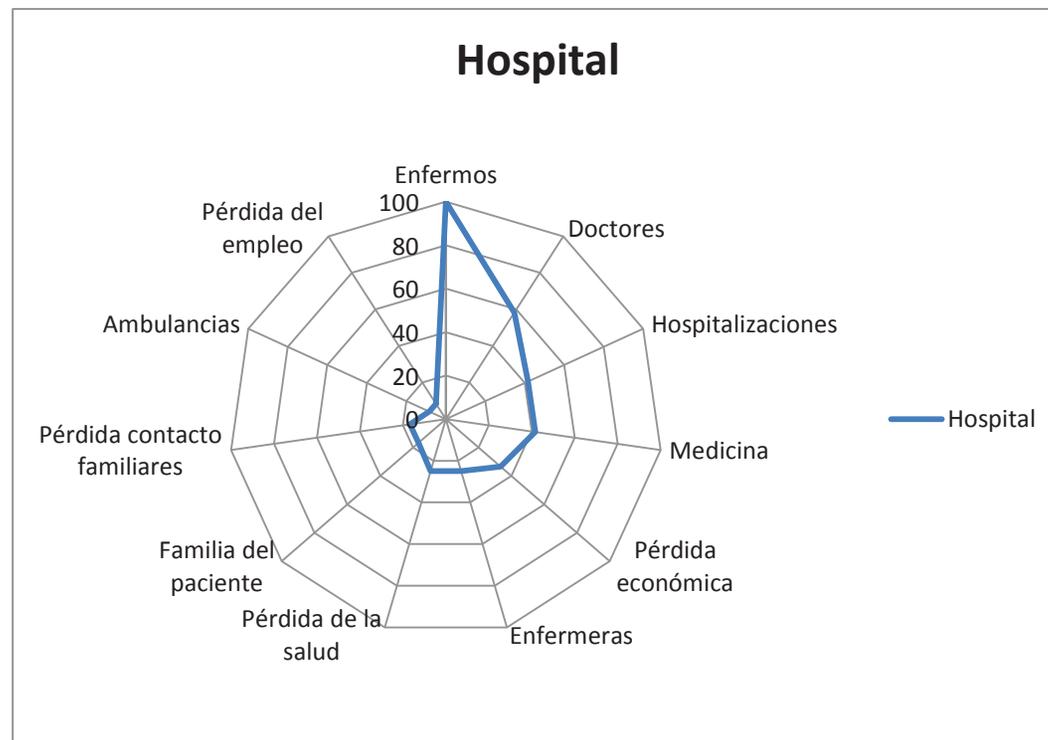
Los resultados obtenidos para la palabra estímulo "muerte" muestran que las personas con leucemia hacen la correspondencia con la familia, en especial los padres y con la pérdida de salud.

HOSPITAL					
Sujeto	1	2	3	4	5
1	Hospitalizaciones	Pérdida económica	Pérdida de la salud	Pérdida contacto familiares	Pérdida de empleo
2	Enfermos	Medicina	Doctores	Enfermos	Ambulancias
3	Enfermos	Doctores	Enfermeras	Familia del paciente	Medicina

VALORES SEMÁNTICOS JERÁRQUICAS DEFINIDORAS	5	OP	T	4	OP	T	3	OP	T	2	OP	T	1	OP	T	VALOR MVT
Ambulancias													1	1x1	1	1
Doctores				1	1x4	4	1	1x3	3							7
Enfermeras							1	1x3	3							3
Enfermos	2	2x5	10							1	1x2	2				12
Familia del paciente										1	1x2	2				2
Hospitalizaciones	1	1x5	5													5
Medicina				1	1x4	4							1	1x1	1	5
Pérdida contacto familiares										1	1x2	2				2
Pérdida de empleo													1	1x1	1	1
Pérdida de la salud							1	1x3	3							3
Pérdida económica				1	1x4	4										4

Tabla 6. Vaciado de valores semánticos. Palabra estímulo "Hospital"

CONJUNTO SAM PARA HOSPITAL		
Conjunto SAM	Valor M	Valor FMG
Enfermos	12	100%
Doctores	7	58%
Hospitalizaciones	5	42%
Medicina	5	42%
Pérdida económica	4	33%
Enfermeras	3	25%
Pérdida de la salud	3	25%
Familia del paciente	2	17%
Pérdida contacto familiares	2	17%
Ambulancias	1	8%
Pérdida del empleo	1	8%



Gráfica 3. Análisis de resultados de la palabra estímulo “Hospital”

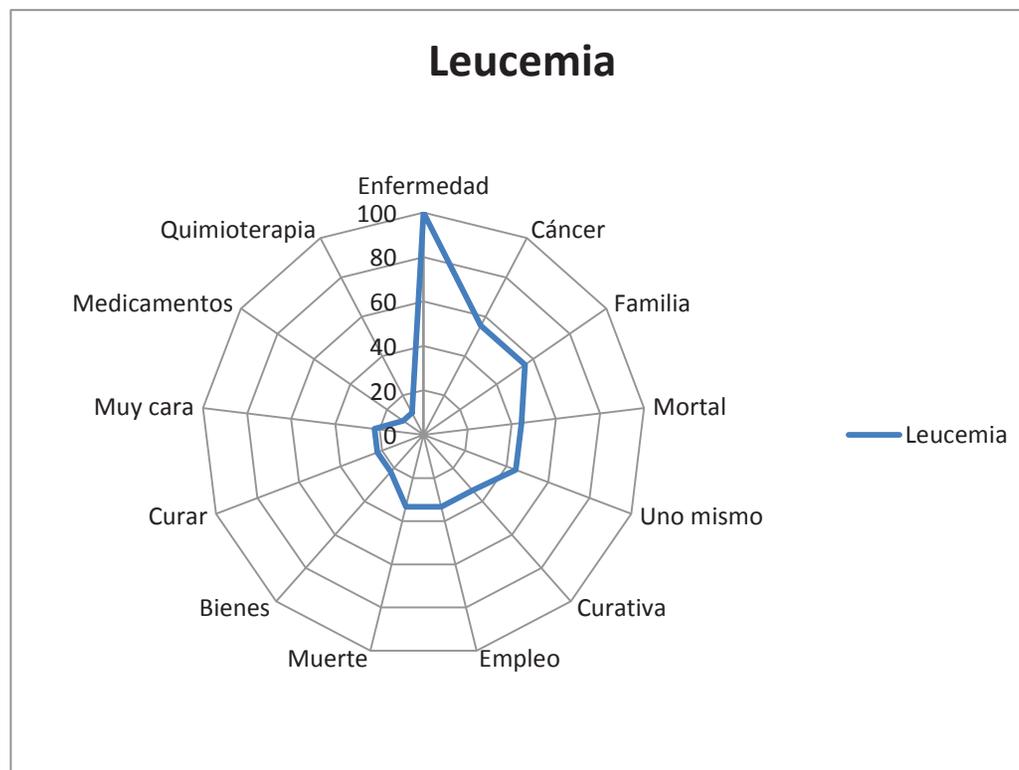
Los resultados obtenidos para la palabra estímulo “Hospital” exponen que ésta implica pensamientos relacionados con la institución, además de pérdidas en varios aspectos.

LEUCEMIA					
Sujeto	1	2	3	4	5
1	Familia	Uno mismo	Empleo	Bienes	Medicamentos
2	Cáncer	Enfermedad	Muerte	Curar	Quimioterapias
3	Enfermedad	Mortal	Curativa	Muy cara	

VALORES SEMÁNTICOS	5	OP	T	4	OP	T	3	OP	T	2	OP	T	1	OP	T	VALOR MVT
<b>JERÁRQUICAS DEFINIDORAS</b>	<b>1</b>			<b>2</b>			<b>3</b>			<b>4</b>			<b>5</b>			
Bienes										1	1x2	2				2
Cáncer	1	1x5	5													5
Curar										1	1x2	2				2
Curativa							1	1x3	3							3
Empleo							1	1x3	3							3
Enfermedad	1	1x5	5	1	1x4	4										9
Familia	1	1x5	5													5
Medicamentos													1	1x1	1	1
Mortal				1	1x4	4										4
Muerte							1	1x3	3							3
Muy cara										1	1x2	2				2
Quimioterapias													1	1x1	1	1
Uno mismo				1	1x4	4										4

Tabla 7. Vaciado de valores semánticos. Palabra estímulo "Leucemia"

CONJUNTO SAM PARA LEUCEMIA		
Conjunto SAM	Valor M	Valor FMG
Enfermedad	9	100%
Cáncer	5	56%
Familia	5	56%
Mortal	4	44%
Uno mismo	4	44%
Curativa	3	33%
Empleo	3	33%
Muerte	3	33%
Bienes	2	22%
Curar	2	22%
Muy cara	2	22%
Medicamentos	1	11%
Quimioterapia	1	11%



Gráfica 4. Análisis de resultados de la palabra estímulo "Hospital"

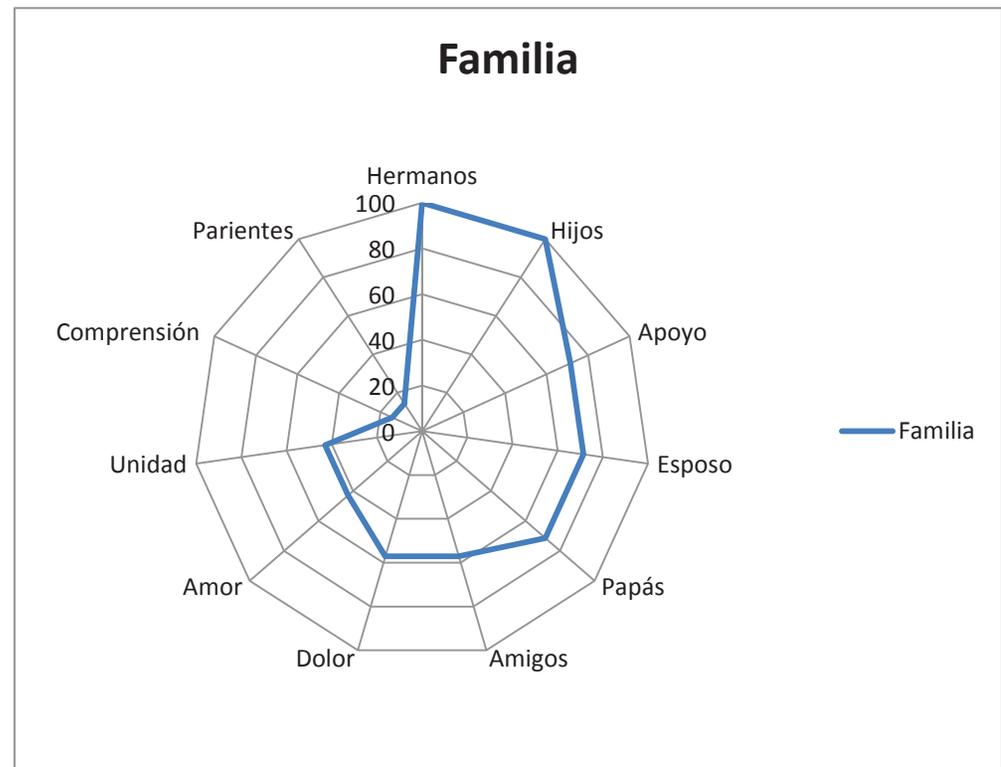
Los resultados obtenidos para esta palabra estímulo exhiben que las personas ven esta enfermedad como algo mortal, sin embargo curable, aunque con un gasto económico considerable.

FAMILIA					
Sujeto	1	2	3	4	5
1	Apoyo	Dolor	Hijos	Amigos	Amor
2	Esposo	Hijos	Hermanos	Amigos	Parientes
3	Papás	Hermanos	Unidad	Amor	Comprensión

VALORES SEMÁNTICOS JERÁRQUICAS DEFINIDORAS	5	OP	T	4	OP	T	3	OP	T	2	OP	T	1	OP	T	VALOR MVT
Amigos										2	2x2	4				4
Amor										1	1x2	2	1	1x1	1	3
Apoyo	1	1x5	5													5
Comprensión													1	1x1	1	1
Dolor				1	1x4	4										4
Esposo	1	1x5	5													5
Hermanos				1	1x4	4	1	1x3	3							7
Hijos				1	1x4	4	1	1x3	3							7
Papás	1	1x5	5													5
Parientes													1	1x1	1	1
Unidad							1	1x3	3							3

Tabla 8. Vaciado de valores semánticos. Palabra estímulo "Familia"

CONJUNTO SAM PARA FAMILIA		
Conjunto SAM	Valor M	Valor FMG
Hermanos	7	100
Hijos	7	100
Apoyo	5	71
Esposo	5	71
Papás	5	71
Amigos	4	57
Dolor	4	57
Amor	3	43
Unidad	3	43
Comprensión	1	14
Parientes	1	14



Gráfica 5. Análisis de resultados de la palabra estímulo "Hospital"

Los resultados obtenidos para la esta palabra estímulo "familia" ponen a la vista que las personas relacionan la familia con el apoyo de los integrantes de la misma, lo que conlleva sentimientos de amor, unión y comprensión.

### **3.2 Análisis por eje**

#### **– Leucemia**

En el eje de leucemia se encontraron en común en los 3 sujetos rasgos de depresión como aspecto principal, acompañado de sentimientos de fracaso, sentimientos de inferioridad, retraimiento y/o introversión, así como signos de dificultad para controlar impulsos lo que puede expresarse en actitudes sociales agresivas. Se comparte en todos los sujetos una necesidad de protección.

De manera específica en el sujeto 2 se presenta un posible intento de suicidio, el cual habrá de repetirse en el eje de familia y duelo.

En ningún caso se refieren antecedentes de leucemia en la familia; sin embargo, en 2 de ellos si hay presencia de algún otro tipo de cáncer (cáncer de mama).

#### **– Familia**

En el eje de familia se observa una vez más en común en los 3 sujetos la presencia de rasgos de depresión, existiendo en 2 sujetos una interrelación defensiva con los demás, siendo ésta evasiva y/o superficial o en su defecto habiendo ausencia de contacto, mientras que el tercer sujeto permanece con una buena interrelación; sin embargo, en general se halla cierto rechazo ambiental.

En los 3 sujetos se presenta la característica de ser personas que se viven apegados y guiados por las reglas.

En cuanto al tema familiar, sólo 1 se encuentra separada de su pareja y 2 de los 3 sujetos mencionan antecedentes de separaciones y/o divorcios en sus hermanas. La relación con la familia nuclear de los 3 sujetos es descrita como buena o estable.

De nueva cuenta esta la presencia de un posible intento de suicidio en el sujeto 2 en este eje.

– Duelo

En el eje de duelo los 3 sujetos comparten en común sentimientos de inferioridad, inseguridad, retraimiento y/o introversión. También aparecen actitudes agresivas, desde mal humor o un disgusto manifiesto hasta una agresión exteriorizada y de igual manera la presencia de rasgos depresivos. Se encuentra en 2 de 3 sujetos la presencia de rasgos paranoides. Se comparte en todos los sujetos un deseo de protección.

En lo que respecta a las pérdidas de sus seres queridos, 2 sujetos han perdido a miembros de su familia nuclear (padres y hermanos/as).

Nuevamente está la presencia de un posible intento de suicidio en el sujeto 2 en este eje.

– Adulto temprano

En el eje de adulto temprano hay una inmadurez emocional en común en los 3 sujetos, rasgos marcados de narcisismo, egocentrismo y arrogancia; así como rasgos de carácter obsesivo, tienden a ser sistemáticos, convencionales, obstinados y rígidos.

Se indican rasgos esquizoides en todos los sujetos; características histéricas en 2 de los 3 sujetos y se percibe una acentuada preocupación sexual.

Se comparte en los 3 sujetos una necesidad de independencia pero dentro de un ambiente en el que se sientan protegidos.

También se refiere que a partir de la presencia de su enfermedad los 3 sujetos dejaron de hacer realizar actividades recreativas de su agrado.

### 3.3 Integraciones por sujeto

#### ➤ SUJETO 1

Esta persona presenta dificultades con el manejo de sus impulsos, esto debido a que pudiera verse como el centro de atención ante su condición, llegando a tener pensamientos o actitudes negativas que lleguen a irritarla provocando así, que se relacione con los demás de manera un tanto agresiva.

Existe una aparente resignación; detrás de la cual puede estar oculta una inseguridad al rechazo social, así como en la introversión y cautela al momento de relacionarse; sin embargo pudiera deberse al sentimiento de la pérdida de algún apoyo afectivo importante, lo que la lleva a presentar un doble deseo de protección, se observa una necesidad de independencia dentro de un ambiente o medio en el cual se sienta protegida lo que la lleva a la búsqueda de la compensación de la fuerza física.

Presenta delicadeza en sus sentimientos, tiende a ser tímida; puede tener la incapacidad para afirmarse o manifestar sentimientos de fracaso.

Es una persona con tendencia a la inhibición y al apego a normas o reglas impuestas por el entorno en el que se desenvuelve.

Su experiencia a partir de las vivencias le ha llevado a la pérdida de la espontaneidad, así como de los instintos primordiales de conservación de la vida, razón por la cual pudiera estar presente una depresión y apatía latente que trata de ser evadida y reprimida, pero al no ser posible, ésta es exteriorizada con un ensimismamiento, lo que le ocasiona un discernimiento entre la realidad y la fantasía, prefiriendo la canalización de la depresión hacia la fantasía, como forma de compensación a los sentimientos de inferioridad que experimenta. Sin embargo, ha logrado orientar su vida a elaborar metas a futuro.

Se observa una organización jerárquica adecuada, con un vínculo estable, sin embargo está presente una valorización hacia el padre, aun cuando existe una separación emocional un poco mayor que con el resto de los integrantes de la

familia; así como una desvalorización hacia la hija, dándosele mayor importancia al hijo mayor.

Persona emotiva, sensible y deseosa de comunicarse con los demás, haciendo un gran esfuerzo y empeñándose en causar buena impresión ante los demás.

Es extrovertida, por lo que tiene una facilidad para los contactos interpersonales, simpatía, carácter abierto, buena disposición para adaptarse.

Suele ser de una personalidad formal, por lo que intenta mantener un gran control de todo lo que tenga relación con la espontaneidad de las emociones y de los sentimientos. Cuida de su imagen y filtra todo lo que vaya a exteriorizar.

#### ➤ SUJETO 2

Esta persona presenta dificultad para controlar sus impulsos, ocasionalmente tiene arranques temperamentales que pueden desencadenar agresión. Hay pasiones poderosas y audacia, aunque posiblemente controladas ya que se muestra como alguien inhibida, incluso podría vivir sentimientos de inferioridad e inseguridad.

Existe una preocupación somática, teniendo una sensibilidad corporal que la exhibe con una vivencia femenina del cuerpo como amenaza, esto a su vez desencadena sentimientos de inferioridad e inseguridad, retraimiento, introversión; así como ensimismamiento a causa de una profunda tristeza que llega a la depresión.

Por otro lado, experimenta un rechazo ambiental, sintiéndose sin apoyo o sostén que la ayude a sobrellevar las adversidades que se le presenten, lo que conduce a que revele un contacto social débil, y con las personas que logra entablar relaciones afectivas puede haber una relación de sumisión y dependencia.

Existe una necesidad de independencia pero dentro de un ambiente o medio en el cual se sientan protegidos ya que hay una influencia de la figura materna y de su pasado personal, individual.

Posiblemente debido a los sentimientos de deficiencia que demuestra acompañado de la falta de apoyo, pudiera haber un desajuste con la realidad en algún momento de vida manifestando algún intento de no querer seguir más con su vida.

Se percibe una aparente opresión, acompañada de un sentimiento de culpa que afecta a la persona, y por consiguiente inhibe su capacidad de reacción. Pudiera ser alguien vulnerable, existiendo así, un doble deseo de protección.

Se observa una pérdida de la espontaneidad, teniendo como salida el mundo de las fantasías, ideas y tendencias espirituales, pudiendo presentar una personalidad imaginativa, soñadora e idealista, con posibles tendencias regresivas.

Pudiera ser terca, de carácter difícil u obstinada, lo que a su vez le causa dificultades en la adaptación, y llevándola posiblemente a ciertas actitudes de agresividad, siendo irritable y con tendencias a la crítica, debido a posibles rasgos de carácter obsesivo, que la hacen guiarse por las reglas.

Hay una organización jerárquica adecuada, con un vínculo fuerte entre los padres, estando presente una valorización hacia el padre y una desvalorización hacia la hija. Hay un vínculo fuerte entre hermanos, mostrando mayor cercanía entre el bloque de los hermanos que en el de los padres.

### ➤ SUJETO 3

Esta persona presenta un yo disminuido, que conduce a tener sentimientos de inferioridad, inhibición, así como ser retraído o ensimismado; y un bajo nivel de energía que se refleja en una latente depresión.

Se vive inhibido en la expansión vital y una fuerte tendencia a replegarse en sí mismo, perdiendo en ocasiones la espontaneidad y estando apegado a las reglas. Con rasgos de carácter obsesivo.

Cuando no es así, suele tener un dinamismo de vida apropiado, siendo sensible al ambiente.

Debido a estos sentimientos, puede llegar a utilizar como forma de defensa el expresar un mal humor o un disgusto manifiesto que se puede transformar en una agresividad exteriorizada, la cual en ocasiones puede ser expresada con una actitud inmadura que llega a ser infantil. Esta actitud infantil se adopta ante aquello que está oculto para la persona.

Existe preocupación con respecto a la superioridad física que los demás pudieran tener, sintiendo impotencia y buscando compensar con características histéricas, tales como; necesidad de ser el centro de atención, la vanidad, ostentación, desdén y arrogancia.

Existe una aparente estabilidad y serenidad, sin embargo detrás de ello puede estar una opresión representada en la introversión, que le causa dificultades a nivel social; experimentando rechazo ambiental.

Puede ser alguien reservado, obstinado, sistemático en su actuar, con una personalidad cerrada que pudiera llevarlo a tener horizontes limitados.

Hay una buena expansión imaginativa, siendo soñador e idealista, pero también enfocado en el cumplimiento de las metas en relación con el futuro.

Se muestra una organización jerárquica adecuada, aunque hay omisión de personas en la jerarquía de hermanos. Está presente un vínculo fuerte entre los padres, y de igual manera entre los hermanos, existiendo mayor cercanía en estos últimos, habiendo una posible dificultad de la jerarquía de hermanos para establecer buenas relaciones con el bloque parental.

Es evidente una valorización hacia la figura paterna, mientras que una desvalorización hacia los hijos al no estar presentes todos.

Hay en la persona una habilidad para ocultar aquello que le desagrade o que no desea que se sepa, o en su defecto deja las cosas a medio decir. Cuando no se logra esto, se manifiesta una actitud defensiva acompañada de diplomacia y seducción en la forma de exteriorizarla. Además de presentar una forma más o menos huidiza de enfrentar los problemas.

De igual manera muestra un doble deseo de protección. Teniendo una necesidad de independencia pero dentro de un ambiente o medio en el cual se sienta protegido.

## CAPITULO IV. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

A continuación se presentan algunos de los hallazgos que se encontraron en esta investigación contrastados con la parte teórica consultada, para posteriormente llegar a las conclusiones de la misma, integrando la teoría en la que se basó la misma metodología utilizada, objetivos y preguntas de investigación planteados.

- Al revisar los resultados de las palabras estímulo presentadas, podemos darnos cuenta que las personas que padecen leucemia, de manera general encuentran pérdida en todas las palabras, ya sea de manera física o material.
- Hay una correlación entre leucemia (enfermedad) y muerte, viendo la leucemia como una enfermedad mortal, que si bien puede curarse, genera muchas pérdidas. O'connor (2007) citado por Acuña y Mostalac (2005), menciona que "La muerte trae consigo una identificación que obliga a pensar en la propia vida o muerte..." por esto es que la persona con leucemia puede hacer una identificación con la pérdida sufrida y que ahora él experimenta en su propia enfermedad.
- La familia puede ser percibida como fuente de apoyo, sin embargo también está involucrada en las demás palabras estímulo: "Pérdida", "Hospital", "Leucemia" y "Muerte", como una latente pérdida. Retomando a Estrada (1997), menciona que "La familia es una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes. La familia puede ser en sí, un elemento de salud o de origen y causa del problema". Lo que nos contrasta con la percepción de los sujetos, es que posiblemente no existe un apoyo completo y en ocasiones llegan a ser excluidos ya sea familiar o socialmente por su enfermedad.

- Se observa en los sujetos la presencia de rasgos depresivos, posiblemente a causa de las pérdidas experimentadas, y del momento actual de vida que atraviesan. De manera especial en 1 sujeto se confirma lo mencionado en el presente marco teórico refiriendo las reacciones comunes durante las primeras semanas siguientes al diagnóstico, entre las que se encuentran reacciones ansiosas como la tensión y pánico, así mismo, las reacciones depresivas que incluyen la tristeza, disminución de energía, problemas de concentración, de apetito y de sueño, que pueden ser de intensidad variable.
- Se encontraron diferentes tipos de duelos vividos por los sujetos, entre los que se pueden identificar duelos anticipados, los cuales según Gómez Sancho (2007) citado por García (2013), “No comienza en el momento del fallecimiento, sino bastante antes, generalmente en el instante en el que se da un diagnóstico y pronóstico irreversible de las expectativas de vida del paciente, lo cual culmina en la sentencia a una muerte próxima”, manifestándose a través de diagnósticos de cáncer y diabetes. Por otro lado los duelos súbitos o de urgencia, que son “aquellos que se producen sin aviso y requieren intervención y comprensión especial Worden (2004), citado por García (2013), Ante este tipo de muerte el sobreviviente queda con la sensación de que la pérdida no es real y dicha sensación puede durar un largo tiempo, se presentan principalmente a causa de accidentes o descuidos físicos.

Es así, como en base a lo anterior se concluye que se cumplió con demostrar el objetivo general de esta investigación, ya que se mostró que además de existir una relación marcada entre una persona que padece leucemia y la pérdida de un ser querido, se observa una serie de pérdidas en el sujeto, entre las que destacan, claramente la pérdida de salud, de empleo, de familia, amigos, pareja, así también pérdida económica como lo son bienes y cosas materiales.

- En lo que respecta a los objetivos particulares planteados, se pudieron observar los cambios que genera en la familia el tener un miembro con un padecimiento crónico como lo es la leucemia. Estos se dieron desde el tratar de evitar el contacto con la familia con el fin de no generar mayor dolor en ella; el lado contrario en donde se generó mayor unión aun cuando existía un distanciamiento familiar con la finalidad de ayudar al paciente identificado a salir adelante y el caso en el que no se presentó modificación alguna.
  
- De igual manera se pudo conocer la concepción que tiene los sujetos respecto a su enfermedad y la manera como la están enfrentando. En donde hubo varias reacciones emocionales al respecto; quién se resignó ante su enfermedad con una aparente actitud positiva hacia el futuro, otro más que generó conciencia de enfermedad para actuar en pro de su bienestar y por último, quien aceptó su enfermedad y se volcó totalmente hacia el futuro.
  
- También se pudo ubicar la relación existente entre la muerte del familiar y la enfermedad, fortaleciendo esta pérdida el desarrollo de la enfermedad; esto justificado en una de las preguntas de investigación planteada, que habla sobre la identificación del paciente de leucemia con el dolor de alguno de los progenitores por la pérdida, llevándolo así a ubicarse en una posición similar que implica sufrimiento y pérdida. Esto en 2 de los 3 sujetos de acuerdo al periodo del fallecimiento del ser querido del enfermo con leucemia.
  
- Finalmente el enfoque cualitativo que se decidió para realizar esta investigación, generó los resultados esperados ya que se pretendía estudiar la realidad en su contexto natural y analizar los fenómenos que de ella emanaran. Esto complementándose con el alcance descriptivo que nos

permitió especificar las características de las personas, que fueron sometidas al análisis, a pesar de ser una muestra muy limitada.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

### – LIMITACIONES

Las principales limitaciones encontradas durante la realización de la investigación fueron:

- En primer lugar estuvo la complejidad para encontrar sujetos que encajaran en las especificaciones de la muestra que se estaba buscando. Por lo que se hicieron modificaciones a la misma.
- Cuando se modificó la muestra para darle mayor apertura a la investigación, sobrevino la dificultad para poder encontrar una institución en la que se nos permitiera realizar la investigación. La primera opción en la que se pensó fue el “Hospital General Dr. Miguel Silva”, ya que fue la institución en la que realice mi servicio y esperaba fuera un poco más fácil el acceso, ya que ahí se tendría una muestra cautiva, sin embargo no fue así, ya que se necesitaba de un permiso especial para llevar a cabo la investigación, lo que conllevaría que pudiera haber modificaciones de la misma en base a los requisitos que la institución pedía.
- Se visitaron 2 instituciones, de las cuales en la primera, dedicada a brindar hospedaje, alimentación, acompañamiento emocional y humano a enfermos no contagiosos y familiares de pacientes hospitalizados, se nos ofreció un apoyo total de primer momento pero después el apoyo comenzó a ser retirado ya que no había muchos pacientes registrados en el momento de la aplicación de pruebas. Finalmente en la segunda fundación, conformado por un grupo de pacientes con leucemia que junto a familiares y amigos tratan de mantener un espacio donde pacientes y familiares encuentren información médica, apoyo emocional, un espacio de contención, un espacio para compartir con personas que pasan o pasaron por lo mismo, pude encontrar al primer sujeto para mi investigación.

- A partir de ahí, se pudo contar con el apoyo de un psicólogo del “Hospital General Dr. Miguel Silva”, quién por sus medios me apoyo para conseguir los sujetos restantes.

#### – SUGERENCIAS

Las sugerencias que se plantean con base en lo obtenido en esta investigación son:

- Un adecuado apoyo psicológico durante el periodo de hospitalización de los pacientes.
- Generar conocimiento y conciencia de la enfermedad para provocar un apego al tratamiento.
- Apoyo tanatológico de manera individual para el manejo de la serie de pérdidas sufridas.
- Acompañamiento psicológico para las familias de los pacientes con leucemia, con la finalidad de generar un ambiente familiar óptimo para la mejoría de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acuña, G; Mostalac, V. (2005). *El proceso de duelo anticipatorio de los padres ante la pérdida de su hijo con leucemia de 3 a 6 años*. TESIS DE LICENCIATURA. México: Universidad Vasco de Quiroga.
- Alegre, Y; Suárez, M. (2006). *Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar*. En Fascículos CADEC(48-57). México: RAMPA
- Alfaro, I; Rizo, M. (2008). *Modificación de la dinámica familiar con un integrante enfermo de cáncer*. TESIS DE LICENCIATURA. México: Universidad Vasco de Quiroga.
- Aponte-Jolly, M. (2005). *Consejos para convivir con enfermos de SIDA y otras enfermedades incurables*. México, D.F: Pax México.
- Arias, S. (2012). *Test psicológico de los colores de Lüscher*. 2012, de Psicológicamente hablando Sitio web: <http://www.psicologicamentehablando.com/test-psicologico-de-los-colores-de-luscher/>
- Asociación Española contra el Cáncer (AECC). (2008). *Cómo hacer frente a la pérdida de un ser querido*. Madrid: Asociación Española contra el Cáncer.
- Avilés, Z. (2012). *La aceptación de la enfermedad en personas con VIH-SIDA desde una visión tanatológica*. TESIS DE LICENCIATURA. México: Universidad Vasco de Quiroga.
- Bucay, J. (2011). *El camino de las lágrimas, colección hojas de ruta*. Ed. Océano 3ª.edición.
- Centro de Investigación y Docencia. (2009). *Métodos Cuantitativos Aplicados 2*. Chihuahua: Secretaria de Educación y Cultura.
- Cobo, C. (1999). *El valor de vivir*. Madrid: Ediciones LibertariasGómez Sancho, M. (2007). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Dagdug, C. (1994). *El impacto y desarrollo de una enfermedad terminal en el paciente y su familia*. México,D.F. TESIS UIA

Díaz, E. (2012). *El duelo y su proceso para superarlo*. TESINA DE DIPLOMADO. México: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

Estrada, L. (1997). *El Ciclo Vital de la Familia*. México, DF: Grijalbo.

Farías, N; Poloniolli, G. (2011). “*Test de la Familia y características de la interacción familiar en niños con asma*”. TESIS DE LICENCIATURA. Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano

Freud, S., (1917). *Duelo y Melancolía*. En Standard Editions of Complete Psychological Works of Sigmund Freud (6ta. ed.) editadas y traducidas por James Strachey, Vol. 14. 1917. Reimpresión, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976

García, M. (2013). *El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central de conflicto relacional (ccrt)*. TESIS DE DOCTORADO. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

García, R; Suárez, M. (2007). La pérdida ambigua: una aflicción de la familia. 2007, de Universidad Nacional Autónoma de México Sitio web: [http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Ftuxchi.iztacala.unam.mx%2Fojs%2Findex.php%2Fpys%2Farticle%2Fdownload%2F10%2F8&ei=iviEVPb7IpT-yQTzjIKACQ&usq=AFQjCNET\\_Cqv88brAzobexXo-B6uTsJm8w&bvm=bv.80642063,d.aWw&cad=rja13](http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Ftuxchi.iztacala.unam.mx%2Fojs%2Findex.php%2Fpys%2Farticle%2Fdownload%2F10%2F8&ei=iviEVPb7IpT-yQTzjIKACQ&usq=AFQjCNET_Cqv88brAzobexXo-B6uTsJm8w&bvm=bv.80642063,d.aWw&cad=rja13).

Giacchi. (2000). *Vivir la pérdida*. 10 abril de 2016. Sitio web: <http://www.vivirlaperdida.com/>.

Gómez, M. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. Argentina: Brujas

Herrera, P (1997). *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. 15 abril de 2016. Sitio web: La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud.

Jaime, J.C, Gómez, D. (2005). *Hematología: La sangre y sus enfermedades*. México, D.F.: Mc Graw Hill.

Jiménez, G. (2012). *Teorías del desarrollo III*. México: Red Tercer Milenio S.C.

Kübler Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona, España: Grijalbo, S.A.

Kübler Ross, E. (1987). *La muerte: Un amanecer*. Barcelona, España: Ediciones Luciérnaga

Ledesma, I. (2010). *Funcionamiento familiar en familias con un miembro con insuficiencia renal*. México: TESIS DE LICENCIATURA. Universidad Vasco de Quiroga.

Liberman, D. (2007). *Es hora de hablar de duelo. Del dolor de la muerte al amor a la vida*. Buenos Aires: Atlantida.

Lindemann, E. (1944). *Symptomatology and management of acute grief*. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-149.

Llistosella Ma. et. al. (2004). Leucemia. La Enciclopedia. Colombia: Salvat.

Loitegui, A. (2008). *Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje*. TESINA DE LICENCIATURA. Argentina: Universidad de Belgrano.

Masuello, A. (1998). *Test del Árbol*. Phoenix, AZ: Grafoanalizando.

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Gedisa.

Minuchin, S; Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

National Institutes of Health. (2009). *Lo Que Usted Necesita Saber Sobre La Leucemia*. National Cancer Institute Sitio web: [http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/wyntk\\_leucemia\\_web.pdf](http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/wyntk_leucemia_web.pdf)

Nuevo Diccionario Médico Larousse, tomo II, Larousse

O Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor: La aceptación del duelo*, 2a ed, México: Trillas

Ortega, M; Osnaya, M; Rosas, J. (2007). *Leucemia linfoblástica aguda*. En *Medicina Interna de México* (26-33). México: Medigraphic

Pangrazzi A. *El Duelo*. Ed. Selare. 4a. edición. 2005.

Papalia, E; Wendkos, S; Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México, D.F: Mc Graw Hill.

Portuondo, J. (1979). *La Figura Humana: Test Proyectivo de Karen Machover*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Rosen, G.L. (2016). *Cáncer*. 10 abril de 2016, de American Cancer Society Sitio web: <http://www.cancer.org/>.

Tinajero, M. (2011). *Percepción de la obesidad de madres de niños obesos en edad escolar y su influencia en la autoestima del niño*. TESIS DE LICENCIATURA. México: Universidad Vasco de Quiroga.

Tizón, J.L., & Sforza, M. (2008). *Días de duelo, encontrando salidas*. Madrid, España: Alba.

Valdez M. (2000). *Las redes semánticas naturales*. Toluca, Edo México. Universidad Autónoma del Estado de México.

Von Bertalanffy, L. (1986). *Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México, DF: Fondo de Cultura, S.A de C.V.

Worden, J.W. (2004). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. (Á. Aparicio & G. Sánchez Barberán, Trans.). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. (Original publicado en 2002).

## **ANEXOS**

Anexo 1. Formato de Entrevista a profundidad

Anexo 2. Técnica de Redes Semánticas

Anexo 3. Test de Lusher

Anexo 4. Pruebas de los sujetos

Anexo 1.

**FORMATO DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**

**DATOS DE IDENTIFICACION**

- Nombre: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Sexo: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_
- Lugar de residencia: \_\_\_\_\_
- Estado civil: \_\_\_\_\_
- Escolaridad: \_\_\_\_\_

**DESCRIPCION DE LA PERSONA**

- Descripción del carácter:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Impresión:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

- Religión (¿Cuál y cómo la vive?):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Diversiones y entretenimiento:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Practica algún deporte?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



¿Está satisfecho y seguro de lo que estudio?

¿Trabaja? ¿Qué trabajos ha tenido? ¿Está satisfecho? ¿Qué aspiraciones tiene?

### RELACIONES AFECTIVAS

¿Cómo ha cambiado su relación afectiva con su familia a partir de la enfermedad?

¿Cuánta facilidad tiene para relacionarse? (amigos)

¿Tiene pareja? ¿Cómo es su relación?

### PERDIDA

¿Ha sufrido la pérdida de algún familiar?      Si      No

¿Cuál era el parentesco?

¿Hace cuánto que falleció?

¿Cuál fue la causa?

# Anexo 2. Técnica de Redes Semánticas

Leucemia

---

---

---

---

---

Familia

---

---

---

---

---

Hospital

---

---

---

---

---

Muerte

---

---

---

---

---

Pérdida

---

---

---

---

Anexo 3. TEST DE LUSHER

NOMBRE DEL EXAMINADO \_\_\_\_\_

COMBINACIONES:

+ +      x x      = =      - -      + -  
\_\_\_\_

OBJETIVOS DESEADOS ( ) ( )

---

---

---

---

---

---

---

---

SITUACIÓN PRESENTE ( ) ( )

---

---

---

---

---

---

---

---

CARACTERÍSTICAS COARTADAS ( ) ( )

---

---

---

---

---

---

---

---

**CARACTERISTICAS RECHAZADAS ( ) ( )**

---

---

---

---

---

---

---

---

**PROBLEMA ACTUAL ( ) ( )**

---

---

---

---

---

---

---

---

## **ANEXO 4**

(Pruebas de los sujetos)

# FORMATO DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

## DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: Sujeto 1

Edad: 36

Fecha de nacimiento: 6 / Dic / 78

Sexo: F

Teléfono: 3 82 28 34

Lugar de residencia: Morelia

Estado civil: Separada

Escolaridad: Primaria

## DESCRIPCION DE LA PERSONA

Descripción del carácter:

Persona alta, de tez blanca, cabello rojo, complexión delgada.  
→ Seria, poca bromista, centrada.

Impresión:

Persona muy abierta al diálogo, dispuesto a colaborar con lo que se le pida.

## DATOS PERSONALES

Religión (¿Cuál y cómo la vive?):

Testigo de Jehová  
2 días a la semana iglesia

Diversiones y entretenimiento:

fiesta tocar (más más regular), ahora las ocupaciones no lo permiten

¿Practica algún deporte?

Correr antes Actualmente caminar

## DATOS FAMILIARES

¿Quién vive en la casa?

2 hijas ; 15 y 11  
H M

¿Cómo es la relación de los padres?

Comunicar en la semana (mamá), con su padrastro no tanto

¿Cómo es su relación con sus padres?

Como agua y aceite, mantienen estabilidad a pesar de todo

¿Ha habido problemas en su familia? (divorcios, separaciones, agresión)

Hermanas divorciadas (2) de 3 ; 1 hermana con espasmo en el ojo  
(adaptación económica).

Influencia de su familia en la enfermedad

TODAS LLORANDO

Hermanas deprimidas de visitarla, culpabilidad x cuidar a mamá, hermana  
comenzó a tener, hnos deprimidos. No lo dejaba hacer nada

Familia actual (relación con su pareja e hijos)

Ayas adulescencia, pero estables, un juntos a todo lado

Parentesco	Edad	Ocupación	Nivel de estudio	Relación afectiva con hermanos	Enfermedades
Mamá	53	Voluntaria en la asociación	Primaria Tercero	Mamá Igualitaria	Hipertensión Diabética Corazón grande Distorsión Jern
Papá (Padrastro)	56	Cerrajero	Maestro Inglés Licenciatura	Diferencia con sus hijas	
3ra hermana	33	Cerrajera	Secundaria	Cercana	Biliasa Problemas presión

## HISTORIA DEL DESARROLLO

### Historia del embarazo:

Antes de ella, 3 abortos

### Historia de la infancia:

La vida con la mamá nada más, papá la dejó cuando el 3er embarazo se dio. Plestar de papá.

15 años encuentro con papá en comich.

## ESTADO FISICO

¿Padece alguna enfermedad?  Sí  No

Leucemia (9 años con ella)

¿Desde cuando descubrió su enfermedad?

25 años sabía que estaba mal cuando nació su niña, el doctor le dijo que tenía algo en la sangre.

27 años sintomatología

¿Cuándo comenzó el tratamiento?

El mismo día del dx. 18 días de quimio intensiva.

¿Identifica algún factor que haya desencadenado su enfermedad?

Infecciones / Cambios en las hijas, la última; complicaciones en la memoria, insomnio, síntomas más acentuados.

¿Cómo ha afrontado su enfermedad? (actitud emocional)

Cambio de mentalidad, no llorar y luchar x sus hijas

Aceptando enfermedad, aceptándole a ella. A través de la religión.

¿Algún miembro de su familia ha padecido la misma enfermedad o algo parecido?

Buena hermana - cáncer de mama.

## ANTECEDENTES ESCOLARES Y LABORALES

¿Qué estudio? ¿Hasta qué grado llegó? ¿Por qué?

Primaria tunca por problemas del padre  
Enfermera

¿Está satisfecho y seguro de lo que estudio?

Habría querido ser médico pero se / Generalista

¿Trabaja? ¿Qué trabajos ha tenido? ¿Está satisfecho? ¿Qué aspiraciones tiene?

Modelos y edecán

Aspiración tener la asociación estructurada

Asociación Lejencia

## RELACIONES AFECTIVAS

¿Cómo ha cambiado su relación afectiva con su familia a partir de la enfermedad?

Evitar acercamiento para no hacer dolor.

¿Cuánta facilidad tiene para relacionarse? (amigos)

Actualmente puede relacionarse más pero a través de la asociación

¿Tiene pareja? ¿Cómo es su relación?

No

## PERDIDA

¿Ha sufrido la pérdida de algún familiar?  SI  No

Abuelo y primo (abogado)

revento vesícula biliar

¿Cuál era el parentesco?

Abuelo Paterno

¿Hace cuánto que falleció?

10 años.

¿Cuál fue la causa?

Revento vesícula biliar

# FORMATO DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

## DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: Sujeto 2

Edad: 39 años

Fecha de nacimiento: 20/Julio/1975

Sexo: F

Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: Marlia, Mich

Estado civil: Casada

Escolaridad: Secundaria

## DESCRIPCION DE LA PERSONA

Descripción del carácter:

→ Timida, cansadita, sensible, alegre.

Impresión:

Persona tímida en un principio pero después abrete al diálogo.  
serena, cansadita, con disposición.

## DATOS PERSONALES

Religión (¿Cuál y cómo la vive?):

Católica, Misa ocasional, lee biblia noche

Diversiones y entretenimiento:

Tele, películas

¿Practica algún deporte?

## DATOS FAMILIARES

¿Quién vive en la casa?

Espos, hijos h=16, M=11, suegro

¿Cómo es la relación de los padres?

28 años mamá, 21 años papá

¿Cómo es su relación con sus padres?

Más con su mamá, después de que falleció mamá

¿Ha habido problemas en su familia? (divorcios, separaciones, agresión)

2 hermanas separadas papá, 1 mayor, 1 menor (alcohólica)

Influencia de su familia en la enfermedad

Apoyo fam de ella y del esposo

Familia actual (relación con su pareja e hijos)

Muy buena (17 años casados), con hijos estable (no dan problemas)

Parentesco	Edad	Ocupación	Nivel de estudio	Relación afectiva con hermanos	Enfermedades
Mamá	33	Hogar	—	Buena (no se acuerda)	Mamá de cáncer
Papá	42	Albanil	—	Cuidador, Buena	Mamá en un accidente de luz eléctrica
Hermana Mayor	41	Trabaja en casa	Primaria		Presión alta del embarazo
Genetrix (PX)	39	Trabaja en casa	Secundaria		Cáncer 3er
Hermana	34	Trabaja en casa	Secundaria		—
Hermano	32	Albanil	Primaria Num		—

## HISTORIA DEL DESARROLLO

### Historia del embarazo:

No tiene datos

### Historia de la infancia:

Rancho, correr, jugar a/bates

## ESTADO FISICO

¿Padece alguna enfermedad? Si No

LLA

¿Desde cuando descubrió su enfermedad?

4 años, dolores cuerpo, iba al dr y medicina. (Vanar)

Amiga en Tucumán (estudiar) y a partir de ahí hemoglobina baja (med x)

Antes dicen el dx LLA.

¿Cuándo comenzó el tratamiento?

Hoy (27/Mayo/15)

¿Identifica algún factor que haya desencadenado su enfermedad?

Tiempo de calor (Misma periodo de hace 4 años)

¿Cómo ha afrontado su enfermedad? (actitud emocional)

Conscencia de enfermedad y conciencia

¿Algún miembro de su familia ha padecido la misma enfermedad o algo parecido?

No, solo otros tipos de cáncer

## ANTECEDENTES ESCOLARES Y LABORALES

¿Qué estudio? ¿Hasta qué grado llegó? ¿Por qué?

Secundaria abierta. (NO le gustaba)

¿Está satisfecho y seguro de lo que estudio?

Satisfecho.

¿Trabaja? ¿Qué trabajos ha tenido? ¿Está satisfecho? ¿Qué aspiraciones tiene?

Trabajo en casa, satisfecho con lo que se tiene.

### RELACIONES AFECTIVAS

¿Cómo ha cambiado su relación afectiva con su familia a partir de la enfermedad?

En anda

¿Cuánta facilidad tiene para relacionarse? (amigos)

Nunca, "dicen que demorados", "una sonrisa abre cualquier puerta",  
es muy simpático.

¿Tiene pareja? ¿Cómo es su relación?

### PERDIDA

¿Ha sufrido la pérdida de algún familiar? SI NO

Papá, hermanas fallecidas (2da)

¿Cuál era el parentesco?

¿Hace cuánto que falleció?

Dos años antes que papá

¿Cuál fue la causa?

Dolor de cabeza (13 años)

# FORMATO DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

## DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: Sujeto 3

Edad: 44 años

Fecha de nacimiento: 5 / Dic / 1970

Sexo: M

Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: Zitácuaron, Mich

Estado civil: Casado

Escolaridad: Primaria

## DESCRIPCION DE LA PERSONA

Descripción del carácter:

Amable, Simpatico

Impresión:

Persona abierta a colaborar con la investigación, facilidad de palabra.

## DATOS PERSONALES

Religión (¿Cuál y cómo la vive?):

Creyente católico, cuando hay misa entre semana va.

Diversiones y entretenimiento:

Salir caminar al cerra

¿Practica algún deporte?

Fútbol / Basquet (antes de la enf.)

## DATOS FAMILIARES

¿Quién vive en la casa?

5 hijos, esposo,

16, 13, 11, 10, 3 días

H H H H M

¿Cómo es la relación de los padres?

Buena relación "hasta que la muerte los separe", "Agustín"

No conflictos graves.

¿Cómo es su relación con sus padres?

Bien, poca de regalos comunes

¿Ha habido problemas en su familia? (divorcios, separaciones, agresión)

No a hermanas

Influencia de su familia en la enfermedad

Apoyo familia nuclear

Familia actual (relación con su pareja e hijos)

Enaja porque hijos no aprovechan escuela (no trabajan)

Relaciones normales con esposa / Buena relación.

Parentesco	Edad	Ocupación	Nivel de estudio	Relación afectiva con hermanos	Enfermedades
Mamá				No escuela	Diabetes
Papá				No escuela	Embolia (cordito)
hermano (4)				Primaria / Secund.	Diabetes

## HISTORIA DEL DESARROLLO

Historia del embarazo:

Parto natural

Historia de la infancia:

Una parte en Mex, otra aquí (Estudio primaria aquí)  
A veces no compraban juguetes

## ESTADO FISICO

¿Padece alguna enfermedad?  Sí  No

LLA

¿Desde cuando descubrió su enfermedad?

~~Desde mayo~~ 22 abril internación y se descubrió  
(Pérdida de fuerza de caminar)

¿Cuándo comenzó el tratamiento?

Empezó en mayo 2015

¿Identifica algún factor que haya desencadenado su enfermedad?

Dolor de huesos / abono

¿Cómo ha afrontado su enfermedad? (actitud emocional)

Resignada (En algún momento todo vamos a morir)  
Actitud positiva "Buenos días"

¿Algún miembro de su familia ha padecido la misma enfermedad o algo parecido?

LLA no, sólo diabetes.

## ANTECEDENTES ESCOLARES Y LABORALES

¿Qué estudio? ¿Hasta qué grado llegó? ¿Por qué?

Primaria, por que ya no quise seguir

¿Está satisfecho y seguro de lo que estudio?

No tanto, le hubiera gustado tener más oportunidades.

¿Trabaja? ¿Qué trabajos ha tenido? ¿Está satisfecho? ¿Qué aspiraciones tiene?

Chofer, campo, albañil

Aspiraciones escolar para ser de chofer.

## RELACIONES AFECTIVAS

¿Cómo ha cambiado su relación afectiva con su familia a partir de la enfermedad?

Mayor unión en la familia / Había distanciamiento entre heras

¿Cuánta facilidad tiene para relacionarse? (amigos)

Buena facilidad en su trabajo con las personas (chofer servicios públicos)

Con sus recursos, transmite alegría.

¿Tiene pareja? ¿Cómo es su relación?

Buena, estable

## PERDIDA

¿Ha sufrido la pérdida de algún familiar?  SI  No

Papá y hermana

¿Cuál era el parentesco?

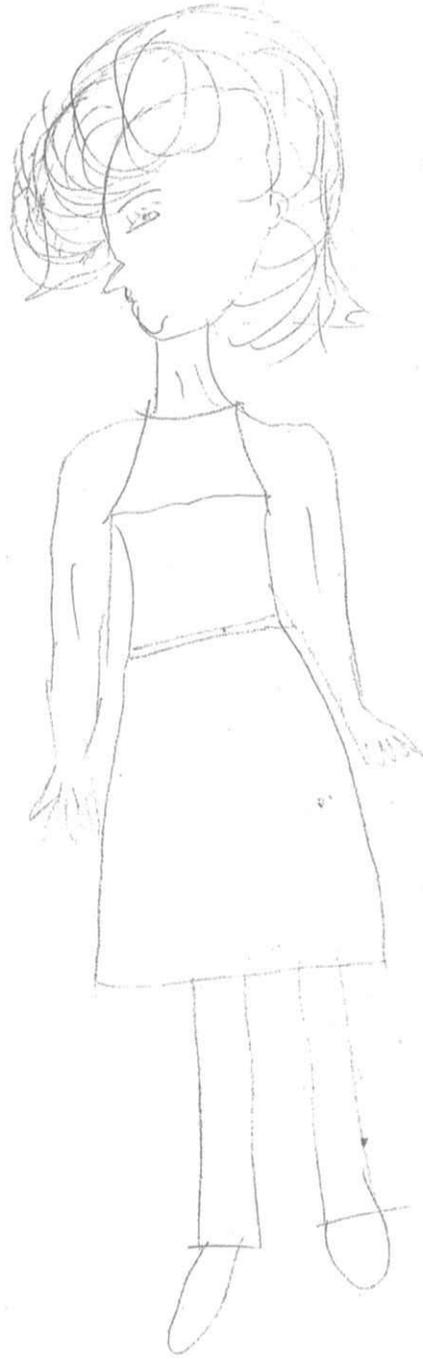
¿Hace cuánto que falleció?

Papá (200), Mamá (2005), Hna (2019)

¿Cuál fue la causa?

Papá embolia, Mamá diabetes, hna atropellado

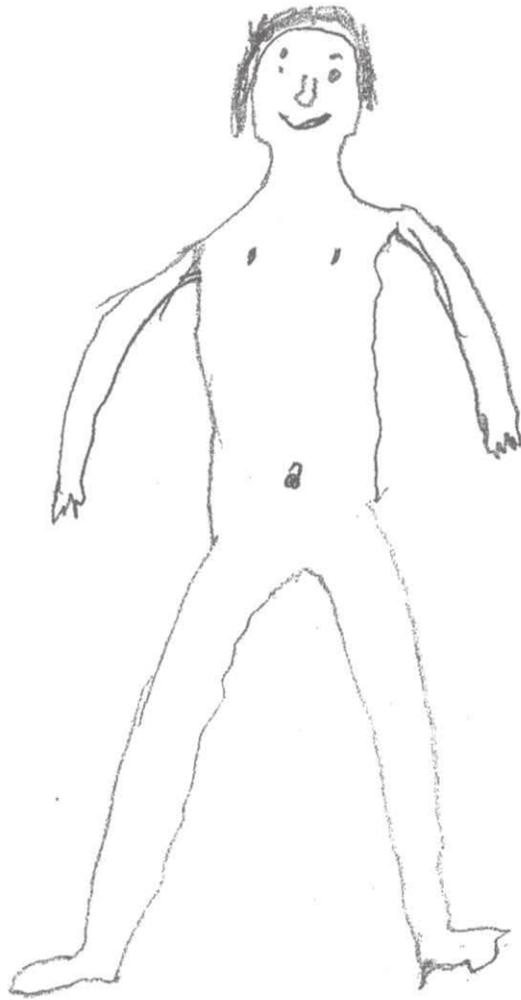
Machover  
Sujeito 1.



Machover  
Sujeto 2.



Mocharar  
Sujeto 3.



Familia

Sujeto 1.

Leucemia

Apoyo

Dolor

Hijos

Amigos

Amor

Familia

Uno mismo

Empleado

Bienes

Medicamentos

Muerte

Hospital

Salud

Familia

Amigos

Empleado

Pareja

Hospitalizaciones

Pérdida económica

Pérdida de la salud

Pérdida contacto familiares

Pérdida de empleo

Pérdida

Muerte

Pareja

Cosas materiales

Familia

Empleo

**Familia**

Sujeto 2.

**Leucemia**

España

Cóche

Hijos

Enfermedad

Hermanas

Muerte

Amigos

Curar

Parientes

Quimioterapia

**Muerte**

Todos vamos a morir

Accidentes

Dolor

Llorar

Cocche

**Hospital**

Enfermas

Medicina

Doctores

Enfermeras

Ambulancias

**Pérdida**

Muertos

Cambio de ciudad

Muerte

Extrañar

Sufrir

Familia

Sujeto 3.

Leucemia

papas

hermanos

unidad

amor

comprensión

enfermedad

mortal

curativa

muy cara

Muerte

papas

animalitos

enfermedad

arbol

pensamientos

Hospital

enfermas

doctores

enfermeras

Familia del paciente

medicina

Pérdida

Familia

terrenos

animales

sentimiento

salud

## TEST DE LUSHER

NOMBRE DEL EXAMINADO Supeto #1

COMBINACIONES:

+	+	x	x	=	=	-	-	+	-
$\frac{7}{3}$	$\frac{6}{6}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{3}{7}$	$\frac{5}{4}$	$\frac{4}{5}$	$\frac{2}{2}$	$\frac{1}{1}$	$\frac{7}{3}$	$\frac{1}{1}$

OBJETIVOS DESEADOS (7) (6)

Se plantea objetivos idealistas e ilusorios. Se ha decepcionado amargamente, y se vuelve de espaldas a la vida con un tedioso desajuste de sí. Quiere olvidarse de todo y recuperarse en una situación cómoda y sin problemas.

SITUACIÓN PRESENTE (0) (3)

Tiene dificultades para progresar. A pesar del intento de ocultar su impulsividad, sus acciones le acarrearán problemas e incertidumbres, volviéndolo tenso e irritable.

CARACTERÍSTICAS COARTADAS (5) (4)

Insiste en que sus esperanzas e ideas son realistas, pero necesita reafirmación y ánimo. Es egocéntrico y, por lo tanto, fácilmente se siente ofendido.

## CARACTERISTICAS RECHAZADAS (2) (1)

Ha perdido la resistencia y la fuerza de voluntad necesarias para luchar contra las dificultades presentes que se le aparecen como una oposición deliberada. Permanece firme, pero está sometido a una intolerable presión. Necesita colaboración y realización sentimental; cree que con esa carencia le es imposible mejorar dicha situación. Quiere "escapar de todo" pronto.

## PROBLEMA ACTUAL (7) (1)

La ansiedad y la insatisfacción desasosegada, ya sea por las circunstancias o por necesidades sentimentales irrealizables, le han producido tensión. Reacciona aceptando esto ante la falta total de comprensión por parte de los demás y adoptando una actitud desdenada y desafiadora.

## TEST DE LUSHER

NOMBRE DEL EXAMINADO Sujeto #2

COMBINACIONES:

+	+	x	x	=	=	-	-	+	-
<u>7</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>3</u>	<u>7</u>	<u>3</u>
6	5	3	0	4	2	1	7	6	7

OBJETIVOS DESEADOS (7) (2)

Se opone desafiadamente a cualquier clase de restricción u oposición. Mantiene con obstinación sus propios puntos de vista, en la creencia de que esto prueba su independencia y autodeterminación.

SITUACIÓN PRESENTE (0) (1)

Es relativamente inactivo y de condición estática, pero cuando conflictos le impiden obtener tranquilidad de espíritu; incapaz de lograr amistades en un nivel aceptable y de mostrar afecto y comprensión.

CARACTERÍSTICAS COARTADAS (4) (5)

Insiste en que sus esperanzas e ideas son realistas, pero necesita reafirmación y ánimo. Es egocéntrico y, por lo tanto, fácilmente se siente ofendido.

## TEST DE LUSHER

NOMBRE DEL EXAMINADO Sujeto #3

COMBINACIONES:

+	+	x	x	=	=	-	-	+	-
$\frac{2}{0}$	$\frac{6}{2}$	$\frac{5}{3}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{3}{1}$	$\frac{0}{6}$	$\frac{4}{5}$	$\frac{7}{7}$	$\frac{2}{0}$	$\frac{7}{7}$

OBJETIVOS DESEADOS (2) (6)

Tiene la impresión de que le exige demasiado y esto lo hastia; sin embargo, todavía quiere superar sus dificultades y establecer su propia personalidad a pesar de las consecuencias que le sobrevendrán de tales propósitos. Es orgulloso, pero condescendiente en su actitud. Necesita reconocimiento, seguridad y desenvolverse con menos problemas.

SITUACIÓN PRESENTE (5) (1)

Busca compartir una unión íntima y comprensiva en una atmósfera estética de paz y ternura.

CARACTERÍSTICAS COARTADAS (3) (0)

Está preocupada con los obstáculos que enfrenta y sin humor para todo tipo de actitud o pretensión que se le solicite. Necesita paz, tranquilidad y evitar todo lo que pueda procurarle mayores problemas.

#### CARACTERISTICAS RECHAZADAS (4) (7)

Esperanzas irrealizadas lo han llevado a una inseguridad y a una tenaz vigilancia. Insiste en la libertad de acción y se resiente de cualquier tipo de control que no sea el que el mismo se imponga. Reticente a irse sin algo o a abandonar; exige seguridad como protección contra posteriores contrariedades o pérdidas de posición y prestigio. Duda que las cosas mejoren en el futuro y esa actitud negativa lo lleva a exigir demasiado; rechaza comprometerse en algo razonable.

#### PROBLEMA ACTUAL (2) (7)

Se opone con todas sus fuerzas a cualquier influencia externa o interferencia en la libertad de tomar sus propias decisiones y hacer sus planes. Trabajo para establecer y fortalecer su propia posición.

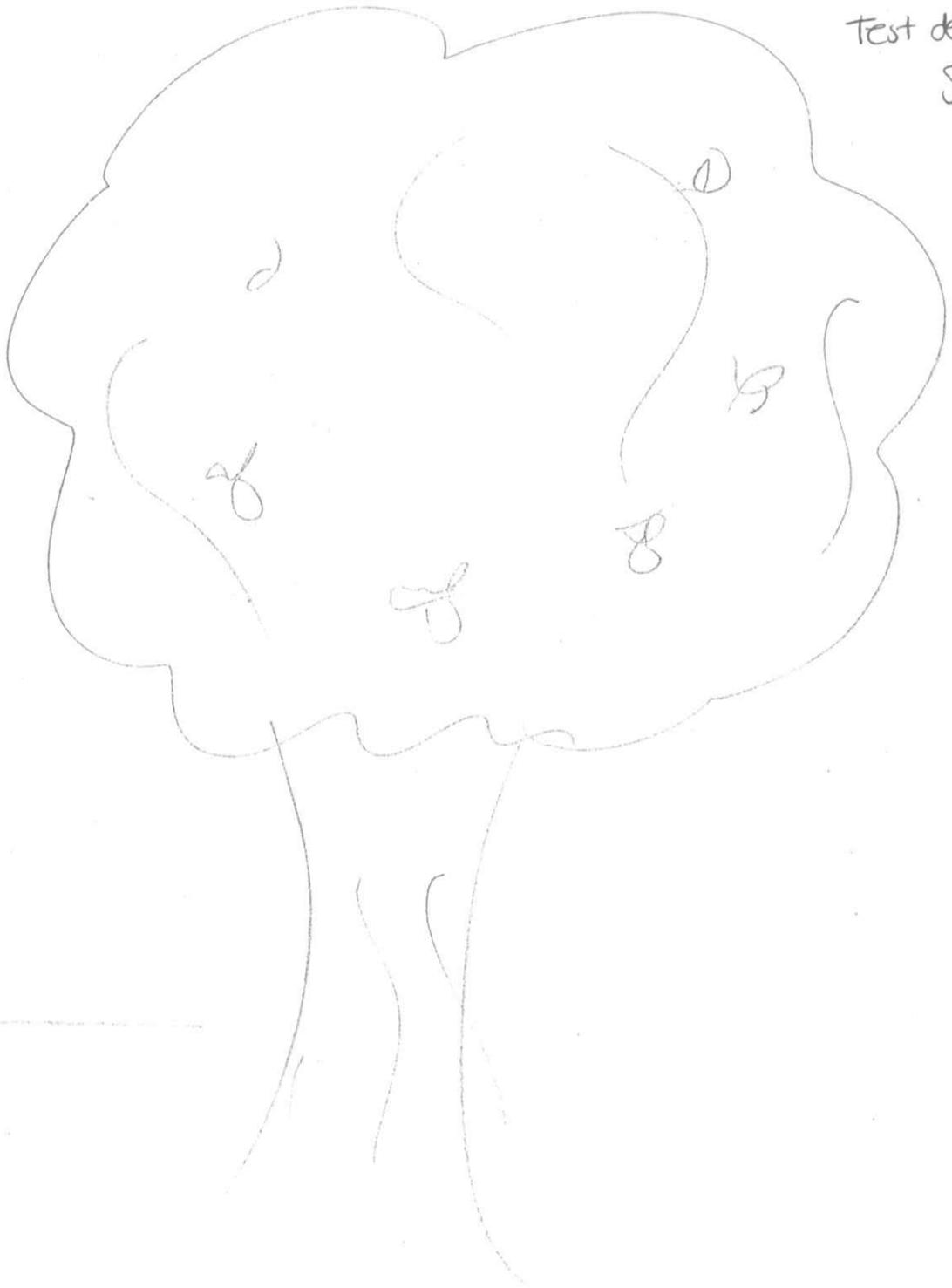
---

---

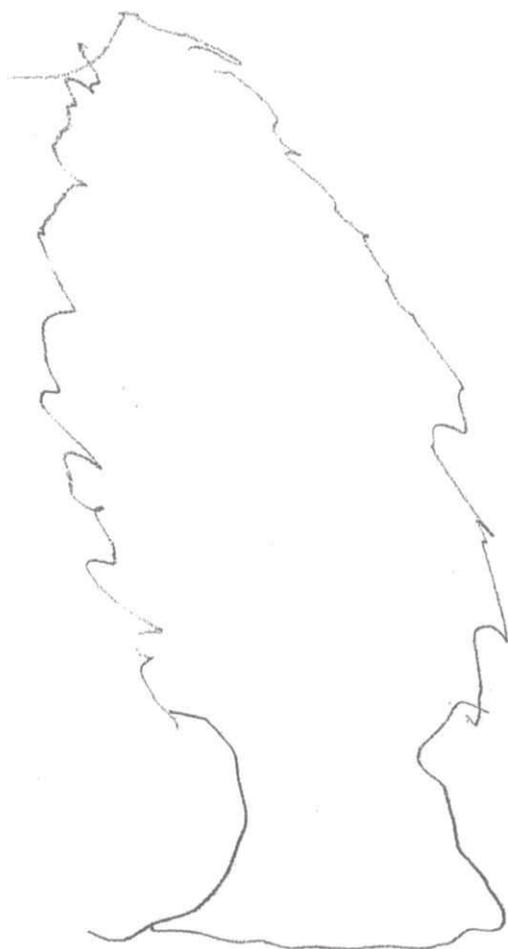
---

---

Test del Árbol  
Sujeto 1.



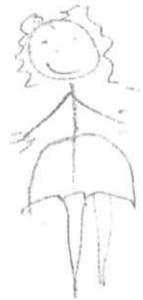
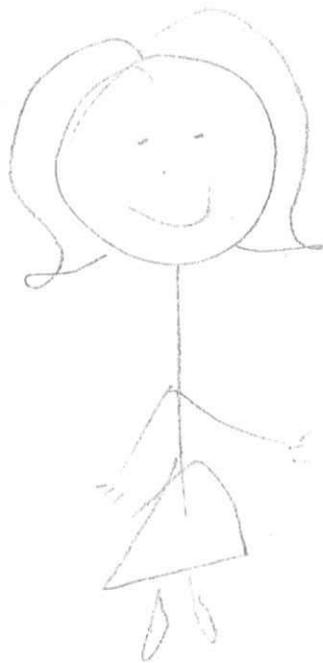
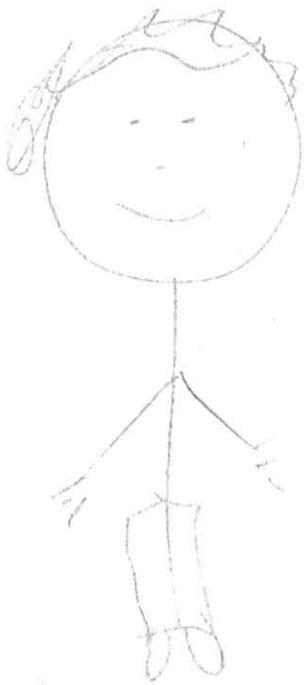
Test del Árbol  
Sujeto 2.



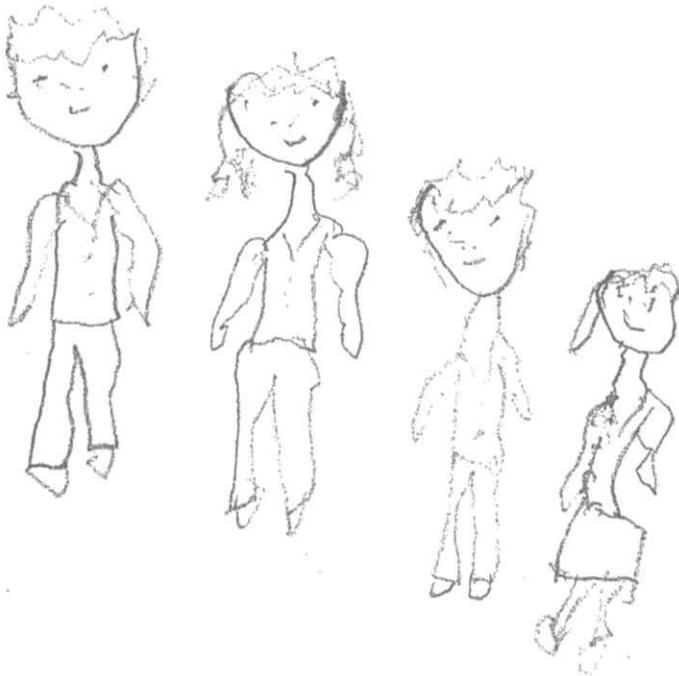
Test del Árbol  
Sujeto 3.



Test de la Familia  
Sujeto 1.



Test de la Familia  
Sujeto 2.



Test de la Familia  
Sujeto 3.

