

Movimientos psicoterapéuticos atendiendo al proceso del cáncer infantil: Una mirada constructivista narrativa

Rosa Isabel García Ledesma⁹ Adrián Mellado Cabrera¹⁰

Cintha Illarramendi Hernández¹¹ María Belén Pérez Cequera¹²

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Este artículo se basa en una investigación bibliográfica acerca de los acontecimientos psicosociales presentes en el proceso del cáncer infantil a través de sus fases, para que, desde una mirada constructivista narrativa, se identifiquen los componentes afectivo-subjetivos que los pacientes reportan. Se reconoce que para su abordaje terapéutico, la función del psicólogo consiste en facilitar, contener y acompañar en la expresión emocional, modificar cogniciones, facilitar soporte mutuo entre la familia y el niño e identificar recursos de afrontamiento. Se concluye que a través de los medios narrativos de escritura, lectura y dibujo, como una expresión de contenidos simbólicos, se puede lograr que el niño otorgue orden y secuencia a su experiencia emotiva ante su proceso de salud-enfermedad.

⁹ Profesora asociada de la carrera de Psicología, FES-Iztacala. UNAM. Correo-e: rosa_isabel_garcia@hotmail.com.

¹⁰ Profesor de la carrera de Psicología, FES-Iztacala. UNAM. Correo-e: adrianromirosas@prodigy.net.mx

¹¹ Licenciada en Psicología, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: chinthya11@hotmail.com

¹² Licenciada en Psicología, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: cequera.ma.bel@gmail.com

Palabras clave: psicoterapia, cáncer infantil, constructivismo narrativo, medios narrativos.

Abstract

This article is based on bibliographical research on the psychosocial events that take place in the stages of the process of child cancer, in order to identify the affective-subjective components reported by patients using a narrative constructivist focus. It recognizes that the psychologist's role in therapy consists of facilitating, containing and providing support to emotional expression, modifying cognitions, facilitating mutual support between the family and the child and identifying ways of coping. It concludes that the use of narrative media -- writing, reading and drawing-- as a means of expressing symbolic content can help the child to provide order and sequence to his/her emotional experience in the health-illness process.

Keywords: Psychotherapy, child cancer, narrative constructivism, narrative media.

Introducción

En investigaciones anteriores sobre duelo infantil, adolescente y familiar, alrededor de pérdidas definidas o ambiguas, se puntuó en la relevancia de atender a las especificidades de carácter idiosincrático y del proceso de las personas afectadas o sufrientes. Este artículo teórico, en particular, versará sobre el cáncer infantil abordado bajo la mirada de pérdida de salud.

El objetivo general es dar cuenta, a través de la revisión bibliográfica, de los acontecimientos psicosociales presentes en el proceso del

cáncer infantil a través de sus fases, para que, desde una mirada constructivista narrativa, se identifiquen los componentes afectivo-subjetivos que los pacientes o clientes reportan y con ello plantear lineamientos generales para su abordaje terapéutico.

Cáncer infantil

El cáncer infantil, representa la segunda causa de muerte, después de los accidentes (INCan, 2011). Al año, se presentan un promedio de 8 000 casos en niños de 1 a 19 años (Rivera, 2007). En la actualidad, la supervivencia del paciente pediátrico con padecimiento oncológico

gico es de un 70% siempre y cuando exista un diagnóstico oportuno, correcto y el tratamiento se efectúe en un centro hospitalario de alta especialidad (Rivera, 2002).

Existen diversos tipos de cáncer infantil que incluyen tumores cerebrales, leucemias y sarcomas. Entre los síntomas relacionados con un tumor está el dolor óseo persistente, presentándose con mayor frecuencia síntomas inespecíficos entre los que se incluyen la pérdida de peso, diarrea, fiebre, expresiones reumatológicas y escasa ganancia de peso. La sintomatología inicial de la leucemia suele ser fiebre, palidez y dolor; en casos extremos fiebre elevada, postración intensa, anemia, dolor sordo inespecífico e incluso generalizado y presencia de hemorragias en la piel, infección generalizada, cefaleas, dolor en extremidades, lesiones ulcerosas en la boca y agrandamiento del bazo. Cuando se ha establecido la enfermedad de forma clara se presenta palidez, fiebre, dolor osteoarticular, agrandamiento del hígado e inflamaciones crónicas de los ganglios linfáticos (Ancha y García, 2001). Puede mostrar diversas causas, relacionándose las mutaciones somáticas con un 85% y sólo el 15% es transmitido genéticamente (Rivera, 2007).

La psicología de la salud en el abordaje terapéutico del cáncer

La intervención de nuevas disciplinas como la oncología médica, la bioética y la psicología de la salud, entre otras, han permitido ampliar los campos de investigación en el área médica. Como resultado, la psicooncología se vio impulsada por las aportaciones de la rama de la psicología de la salud y el modelo biopsicosocial con referencia a los avances en los estudios del estrés, la personalidad, sobre la relación entre las emociones y el cáncer y la psiconeuroinmunología (los procesos psicológicos, la inmunología y el sistema neuroendocrino). Con ello se exige a la oncología clínica el reconocimiento explícito que, para lograr el óptimo nivel de calidad en la atención del paciente con cáncer, se ha de proporcionar una adecuada asistencia psicológica (Cruzado, 2003).

Reynoso y Seligson (2005) señalan que para el psicólogo de la salud resulta esencial enfocar el problema del cáncer desde una perspectiva integral, lo cual implica reconocer la importancia de la dimensión biológica en la etiología de la enfermedad, la rehabilitación y la adaptación psicológica, además de aceptar que existe una interacción entre los factores biológicos y psicológicos.

Cruzado (2003) enfatiza como necesidades clínicas y preventivas el reconocimiento de la importancia sanitaria y social del cáncer; del paciente y sus familiares quienes están afectados por la enfermedad crónica que causa inestabilidad por los cambios que se producen en las diversas etapas de la misma; del sistema sanitario que deberá atender los procesos de curación pero también los procesos de alivio (como lo es la atención de cuidados paliativos); del paciente como un agente activo, teniendo conocimiento del diagnóstico y participando en las decisiones terapéuticas y; del mejoramiento de las competencias y habilidades de los profesionales sanitarios.

Font (2003) argumenta que los pacientes con cáncer y sus familiares requieren tener una intervención psicológica debido a los diversos momentos por los cuales atraviesa (las exploraciones médicas, la espera de resultados, la confirmación del diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos de cirugía, la quimio o radioterapia) ya que suponen importantes situaciones de estrés. Ésta puede orientarse al tratamiento psicopatológico propio de la psicología clínica y de la psiquiatría o bien a restablecer la calidad de vida que está siendo alterada por la enfermedad y/o su tratamiento al ayudar a los pacientes en el proceso de afrontamiento y adaptación a la enfermedad.

Objetivos de la intervención psicológica

Los objetivos psicológicos (componentes afectivo-subjetivos) atendiendo a cada fase en el proceso salud-enfermedad de este padecimiento son que el paciente y la familia afronten mejor el diagnóstico y el tratamiento, y disminuir las sensaciones de alineación, aislamiento, indefensión y abandono; reducir la ansiedad producida por los tratamientos y clarificar la información y percepción de la enfermedad (Font, 2003) y; mantener el bienestar psicológico (Folkman y Greer, 2000; citados en Font, 2003). A continuación se describen los propósitos para cada fase en específico:

Fase diagnóstica

Debido a que muchas veces existe una elevada ansiedad que interfiere en la toma de decisiones, es importante proporcionar información, anticipar las situaciones y la forma en cómo se deberán afrontar (Font, 2003).

Palacios (2003) sugiere que, ante la vulnerabilidad del paciente, se debe buscar el enganche y proporcionar primeros auxilios psicológicos ante la negación con la que generalmente reacciona, la cual será la manera de afrontar

su realidad, evaluar cuál es el costo-beneficio de esta actitud y determinar cómo se puede intervenir para mantener y optimizar cada vez más su calidad de vida y la de su familia.

En el servicio de hematología del Hospital Universitario de la Paz se desarrolló un protocolo de comunicación del diagnóstico llamado *Aco-gida*, el cual se lleva a cabo dentro de las primeras 48 hrs.; se dirige al paciente y a las personas con las que él quiera compartir el diagnóstico; consta de los siguientes pasos:

- Proporcionar un entorno confidencial.
- Familia y paciente, en una reunión interdisciplinar (médico de referencia, enfermera y psicólogo), abordan los posibles temores o resistencias en el paciente, familiares y allegados.
- Presentación del personal, de los objetivos de la reunión y abrir un espacio para hablar de lo que el paciente necesite, identificar lo que sabe de su situación y lo que ha entendido, qué es lo que quiere saber, facilitar la información requerida y aclarar dudas.
- Proporcionar el manejo y soporte de las reacciones emocionales, donde es fundamental que el personal muestre empatía, escucha activa, así como res-

petar los silencios, el llanto y la proximidad física.

- Identificar las preocupaciones y abordarlas.
- Hacer referencia al seguimiento y planes a futuro (Arranz y Coca, 2003).

Fase de tratamiento

Para Méndez, Orgilés, López y Espada (2004) el psicooncólogo deberá estar preparado para averiguar los conocimientos que el niño tiene acerca de la enfermedad y cuáles son sus principales temores por ello, se debe ser sensible a sus demandas ya que algunos solicitarán mucha información para calmar su ansiedad y otros simplemente la van a rechazar, mostrando ansiedad cuando se les explica algún procedimiento médico; es necesario crear la situación adecuada para hablar con ellos, estar preparado para responder a las preguntas que posiblemente hagan “¿por qué me pasa esto a mí?”, “¿me voy a curar?” y proporcionarles la información que solicite.

La información deberá considerar la edad psicológica del niño; los menores de 2 años no tienen la capacidad para comprender qué significa la enfermedad, sienten miedo y ansiedad al separarse de sus padres durante el transcurso de los procedimientos médicos. De los 2 a los 7 años comprenden mejor qué es

una enfermedad, pero pueden vincularla con algún hecho concreto ya que consideran que las enfermedades ocurren por una razón muy determinada, como por ejemplo, su mal comportamiento; por ello, se les debe aclarar que no son culpables de la enfermedad, que ésta no es un castigo, que es normal que experimenten emociones como miedo, ansiedad y tristeza.

A partir de los 7 años la comprensión sobre la enfermedad y el tratamiento es mayor por lo que se les puede proporcionar una explicación más detallada, disipar sus dudas y preocupaciones sobre cómo les va a afectar el cáncer. De los 12 años en adelante logran comprender la complejidad de la enfermedad y los efectos de los tratamientos. Es muy recomendable que una vez que se haya proporcionado la información se le dé al niño un tiempo para ser escuchado y que pueda expresar sus sentimientos. "Es frecuente observar una importante variabilidad individual, lo que sugiere que la capacidad de adaptación y los estilos de afrontamiento sean factores psicológicos moduladores a tener en cuenta" (Font, 2003; p. 59). El apoyo psicológico debe orientarse a mejorar el control de los síntomas, analizar la información que el paciente está asimilando y aumentar la percepción beneficiosa de los tratamientos.

Para mejorar el control de los síntomas en el caso del dolor, náuseas y vómito y el cansancio, se sugiere implementar diversas técnicas:

- Para controlar el dolor, sin la necesidad de recurrir en todo momento a fármacos, se hace una valoración de su magnitud y de su sensación subjetiva usando una escala de rostros que muestra caras sonrientes y tristes, de las cuales, el niño debe escoger una, dependiendo de cuánto dolor está experimentando. En seguida se puede recurrir al uso de la técnica de la distracción que consiste en retirar la atención de la fuente de dolor y dirigirla a otro tipo de estimulación, utilizando distractores externos como por ejemplo, videojuegos, juguetes, muñecos o cuentos, y distractores internos como las imágenes emotivas, donde se pretende que el niño se concentre en las imágenes mentales, de la manera más vívida posible, que le sugiere el terapeuta para lograr evocar las sensaciones asociadas a esas imágenes. La distracción suele ser una técnica muy eficaz dado que en la naturaleza del niño está ser fantasioso y permite que concentre su atención en una actividad atractiva.

Mediante las técnicas de relajación y respiración se pretende reducir la ansiedad y tensión muscular que frecuentemente acompañan al dolor. Cuando el niño se encuentra relajado, los procedimientos médicos los percibe como menos dolorosos. En niños pequeños se puede reducir la ansiedad indicándoles que hagan pompas de jabón mientras se someten a los procedimientos que les resultan dolorosos, facilitando la respiración profunda y consiguiendo a su vez distraerles de las sensaciones dolorosas.

- Con frecuencia, los niños presentan náuseas y vómito al entrar al hospital, antes de comenzar el tratamiento o incluso al pensar en el procedimiento. Se trata de respuestas aprendidas de experiencias anteriores desagradables con la quimioterapia que les llevan a anticipar que, como la primera vez, se presentarán. Son, por tanto, el resultado de un proceso de aprendizaje de una asociación entre los efectos aversivos de la administración del fármaco y algunos estímulos ambientales como permanecer en la sala de espera, ver a la enfermera, un olor determinado, pensar en el procedimiento.

Algunos de los tratamientos que se recomienda para controlarlos incluye la relajación muscular progresiva con imágenes guiadas que se aplica antes y durante la infusión de quimioterapia, donde se enseña al niño a relajarse tensando y relajando gradualmente los grupos musculares; la hipnosis que se apoya con sugerencias de relajación profunda y la visualización de escenas placenteras y; la desensibilización sistemática apoyada con la imaginación desviando la atención de la sensación de vómitos y náuseas.

- Los tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia y los trasplantes de médula ósea, destruyen las células cancerígenas pero también las sanas, provocando un bajo nivel en los glóbulos rojos que llevan al niño a experimentar cansancio. Con el objetivo de reducirlo se emplean técnicas como la distracción que pretende desviar la atención de la sensación de fatiga dirigiéndola hacia otros estímulos como la lectura de un libro, la música o el juego por lo que es recomendable enseñar al niño a planificar las actividades que debe realizar, según su prioridad, a fin de conservar sus energías y

reducir su cansancio; el programa de educación emocional, el cual pretende ayudar a controlar los estados de ánimo drásticos que llegan a sufrir los pacientes, fomenta que el niño aprenda a detectar y evaluar la intensidad de sus emociones, así como identificar las situaciones que las desencadena.

Fase de hospitalización

El hospital suele ser desconocido para los niños lo que puede repercutir de forma negativa durante la intervención quirúrgica; las técnicas psicológicas empleadas ayudan a ambientarlos a la situación novedosa proporcionándoles información del personal sanitario y de los procedimientos a los que va a ser sometido, usando lenguaje adecuado al nivel de desarrollo del niño y buscando no proporcionar información contradictoria para evitar que pierda la confianza en sus padres o en el personal médico.

Algunas actividades recomendadas consisten en invitarlo a que lleve fotos, dibujos u objetos de su casa para permitir que cree en el hospital un ambiente familiar, esto puede ayudar a que se sienta seguro y potencie su participación; llevar a cabo el *"juego de los médicos"*, donde el niño simula ser un médico o enfermero que, por ejemplo, debe poner una in-

yección a un muñeco de trapo; utilizar cuentos para ayudar a la comprensión de la enfermedad y el tratamiento y; mostrarles estrategias para afrontar el cáncer y los cambios que se han producido en su vida mediante actividades como leer, colorear y completar las actividades del libro, resaltando cómo se siente en cada momento, quién es su médico o enfermero favorito, qué es lo mejor o peor de permanecer en el hospital, etc.

Mediante el entrenamiento en habilidades de afrontamiento se pretende que el paciente adquiera y practique las conductas adecuadas para afrontar la ansiedad y el temor, fomentando su participación activa. Las estrategias que con mayor frecuencia se emplean son el entrenamiento en relajación y respiración el cual se lleva a cabo en niños pequeños mediante el procedimiento *"robot-muñeco de trapo"*, indicando al niño que camine como si fuera un robot, rígido y tenso y, posteriormente, como un muñeco flexible y relajado para que pueda identificar la sensación de tensión y relajación; la imaginación de escenas agradables donde se impide que el niño centre su atención en estímulos que evocan ansiedad; el empleo de autoverbalizaciones para infundirse valor, como por ejemplo *"todo irá bien"*; las autoinstrucciones que suponen mensajes mediadores de la conducta, por ejemplo el

niño se indica a sí mismo “voy a mirar hacia otro lado” durante una extracción de sangre. Una vez aprendidas dichas estrategias se le informa que debe aplicarlas durante los procedimientos médicos y en aquellas situaciones en que sienta ansiedad (Méndez, Orgilés, López y Espada, 2004).

Fase intervalo libre de enfermedad o remisión

En este periodo los pacientes deben reincorporarse a su vida cotidiana, volver a la escuela u otras responsabilidades, a pesar de que la energía, la motivación y los valores ya no son los mismos. La ayuda psicológica puede orientarse a reducir las secuelas subjetivas de la enfermedad y mejorar la readaptación; el tener contacto con otros pacientes afectados ha demostrado ser útil para disminuir emociones negativas (Font, 2003).

Para Méndez, Orgilés, López y Espada (2004) el papel que juegan los padres del niño con cáncer es fundamental, ya que ellos deberán apoyarlo y animarlo para regresar a la escuela; reconocer, junto con los profesores, las necesidades académicas y diseñar el plan de intervención; con ayuda del psicooncólogo, los padres y los maestros, habrán de realizar actividades preliminares para preparar al niño en su regreso a clases mediante, por ejemplo, conferencias con el personal de la escuela

para clarificar la enfermedad y sus tratamientos. Los autores señalan que el trabajo entre la familia, el equipo médico y la escuela permite que aumente su competencia social y disminuyan los rasgos depresivos.

Fase recidiva

El diagnóstico de recidiva, que consiste en el resurgimiento de la enfermedad después de un tiempo aparentemente saludable, comparado con el inicial, suele elevar todavía más los niveles de ansiedad ya que presentan mayor preocupación por el futuro inmediato, temor de que la vida se esté acabando y, por ende, sentimientos de tristeza y depresión, por lo que se puede presentar nuevamente la pérdida de control sobre la situación; en este caso, el psicooncólogo tendría que proporcionarles de nuevo las opciones de tratamiento. A pesar de que algunos pacientes creen que si ya han superado una vez la enfermedad lo volverán a conseguir, en ocasiones el tratamiento suele incrementar aún más el desgaste físico y emocional por lo que la intervención psicológica debe ser enfocada primordialmente a potenciar la comunicación con el médico y encontrar salida a los problemas emocionales de miedo y frustración (Font, 2003).

Fase enfermedad avanzada

Los pacientes presentan necesidades diferentes dependiendo de la información que tengan o intuyan respecto al pronóstico. Algunos, esperan la muerte de manera pasiva; otros sienten la necesidad de despedirse de lugares, personas y actividades; en otros se activan reproches contra el sistema sanitario o ellos mismos por no haber evitado la situación; otros más, acompañados de sus familiares, buscan desesperadamente algún nuevo tratamiento como puede ser algún tipo de medicina alternativa. Esta fase debe dirigirse a ayudar a que el paciente valore el sentido de su propia vida, exprese sus miedos y mantenga la esperanza de controlar el sufrimiento; también el apoyo psicológico va a orientar a que el paciente acepte la dependencia de los demás sin verse como una carga para quien lo cuide (Font, 2003).

Fase terminal

Se sabe que los enfermos en fase terminal no vivirán más tiempo, sin embargo, la labor del personal de salud es procurar que exista cierta calidad de vida la cual, para la medicina paliativa, es la parte central de su atención y está presente cuando las esperanzas, planes o expectativas de los pacientes son satisfechos por su experiencia (Aresca, 2004). En esta fase, la psicooncología interviene con el área de

cuidados paliativos mediante medicamentos que controlarán los síntomas y el dolor causados por los mismos; en este momento el paciente puede decidir si se queda en el hospital o desea irse a su casa. Muchas veces se recomienda la segunda opción ya que el paciente permanece en el entorno familiar rodeado de sus seres queridos (Behar, 2002).

Font (2003) recalca poner énfasis en los detalles que aun provocan confort o satisfacción emocional, implicando a los familiares en la medida de lo posible. Por otra parte, los miedos que llega a tener el paciente son asociados más al sufrimiento que a la muerte por lo que el psicólogo deberá proporcionar señales de seguridad clara y concisa de que se va a controlar cualquier contratiempo. Por su parte, los familiares también pueden necesitar de apoyo psicológico porque en esta fase suelen sentirse emocionalmente agotados y, a veces, con sentimientos contradictorios ante el duelo anticipado, generando pensamientos como “lo importante es que no sufra”, “que se acabe cuanto antes”, “que no se entere”.

Es recomendable que el psicólogo y los familiares digan la *verdad* al paciente, lo que gradualmente pueda soportar y se conozca acerca de su estado; asimismo, se debe aportar información relacionada con la gravedad clíni-

ca procurando no dar plazos a su vida (Behar, 2002). Para ayudar a las familias y al personal médico a afrontar la muerte del niño enfermo de cáncer se han desarrollado diversos programas hospitalarios. Se pretende apoyar a la familia antes y después de la muerte del niño, facilitar el duelo tras la pérdida y hacer más llevadera su pena. Al personal sanitario se les proporciona apoyo y se procura promover su habilidad para asistir a las familias en duelo.

El psicooncólogo puede recurrir al uso de materiales como la obra de Kübler-Ross (1992) *Carta para un niño con cáncer*, que suele ser una guía ilustrativa para acercar a los menores al tema de la muerte; se puede consultar *Edd, el grillito y la fuente hablan de la vida y la muerte*, cuento de Mortera (2009) que, apoyándose en la mitología griega, permite que el personaje principal, quien está enfermo de cáncer, conozca a algunos dioses y sus principales historias y, a través de éstas entenderá cuál es el proceso de la vida y la muerte.

Lineamientos generales para el abordaje terapéutico

A través de esta revisión bibliográfica se reconoce que la función del psicólogo en el abordaje terapéutico del cáncer infantil consiste en facilitar, recoger, contener y acompañar en la

expresión emocional; modificar cogniciones; facilitar claves de soporte mutuo entre la familia y el niño a través de una comunicación directa, clara y honesta; así como identificar recursos de afrontamiento de modo que puedan ser usados durante las diversas etapas de la enfermedad, planteándose que el apoyo psicológico debe orientarse a mejorar el control de los síntomas, analizar la información que el niño está asimilando y aumentar la percepción beneficiosa de los tratamientos.

Desde la mirada constructivista narrativa, para White y Epston (1997), Webb (2002) y Payne (2003), la narrativa es un vehículo idóneo de contenidos simbólicos que le permiten al niño secuenciar y especificar su experiencia emotiva en temas de su vida personal y social. La práctica de crear narrativas para aferrar la experiencia y de aferrar la experiencia por medio de la experiencia comienza desde muy pequeños, ya que los niños poseen una capacidad especial para la organización y los discursos narrativos. A lo largo de su desarrollo juegan con los materiales psicógenos que le proporciona la interacción con sus mayores y transforman su historia de acuerdo a los acontecimientos que van sucediéndose en su entorno; asimila contenidos, sentimientos, pensamientos y significados que incorpora en su experiencia a manera de narrativa.

Muestra de lo anterior son las investigaciones realizadas por White y Epston (1997) con sus relatos del trabajo con niños y sus familias en una diversidad de problemáticas infantiles (ecopresis, terrores nocturnos, enfermedades orgánicas, abuso sexual, muerte y duelo) en los que se cocrea o coescribe, teniendo en cuenta las percepciones y conocimientos del niño. Smith y Nylund (1977) utilizaron la externalización y el juego, donde a través del uso de objetos, títeres, muñecos, máscaras y otros materiales creativos ofrecen oportunidades para analizar historias, ejercitar opciones, crear una separación entre el niño y el problema, abriendo un espacio para adoptar formas preferidas de relacionarse con un problema al explorar historias alternativas. Por ejemplo, un niño que crea su propio mundo en una caja de arena, externaliza su experiencia y se convierte en autor de ese mundo.

Los terapeutas narrativos se valen de diversos recursos cuando los niños no han desarrollado las habilidades verbales para describir sus experiencias, tales como las artes expresivas que incluyen la pintura, dibujo, escultura, creación de máscaras, música, danza, teatro con títeres, drama o personificación, o bien, el contar historias. Todo ello ayuda a los niños a expresar sus experiencias, separar los pro-

blemas de ellos mismos y, crear y ejecutar su historia preferida.

Las historias con los niños son usadas en muchas formas. Cuando se eligen con fines terapéuticos se tiene en cuenta que éstas contienen elementos intelectuales, emocionales, espirituales; que los niños poseen una habilidad natural para contar, escuchar historias y responder en consecuencia; que las historias sugieren cambio, presentan opciones, estimulan la imaginación y proporcionan una toma gradual de conciencia. Las historias hacen el mundo del niño más familiar y seguro.

Para Rico (2009), la escritura libera emotividad, ofrece excelente material analizable, acelera el *insight*, estimula el desarrollo del proceso terapéutico a través de cuentos, novelas, autobiografías, diarios, reflexiones personales acerca de las sesiones y, a través de la metáfora, distancian al paciente del conflicto lo necesario. Se sugiere la posibilidad de una actividad en el que se mezclen escritura y artes plásticas, dibujos anotados, textos ilustrados, interacción entre texto y fotografía o collage compuestos por una parte de imagen y otra verbal, indagándose después del ejercicio, qué sentimientos, estado de ánimo y perspectivas se tuvieron antes del trabajo,

durante, una hora después y en el transcurso de la semana.

En el cuento se ofrece una actitud realista, es decir, un intento de captar el momento insólito; que interroga, que plantea problemas y conflictos; que está enraizado en la realidad del narrador y que posee un carácter personal e individual del lenguaje. Los cuentos narrados o leídos en voz alta crean vínculos de afectividad que contribuyen a la felicidad personal de los receptores y que, desde el punto de vista psicológico, pueden ayudar a formar personalidades equilibradas (Morote, 2002).

Para Méndez (2008) las posibilidades transformadoras de ciertos textos literarios se deben a su vínculo con la situación de las personas que los leen. Bettelheim (1997) plantea, por ejemplo, que los conflictos que aparecen en los cuentos de hadas están directamente relacionados con la vivencia afectiva de las personas, contemplando al cuento de hadas como un espejo mágico que refleja algunos aspectos de nuestro mundo interno y de las etapas necesarias para pasar de la inmadurez a la madurez total. Según Woloschin y Ungar (2001; citado en Méndez, 2008), uno de los criterios para escoger las historias se basa en que muestren circunstancias familiares a las que la persona enfrenta en su vida cotidiana.

Dolto (1990) alude a la posibilidad de hacer que las situaciones por las que atraviesa el sujeto, principalmente aquellas circunstancias conflictivas, entren en el circuito de conocimientos comunes y ésta pueda hablar sobre ellas.

La identificación con los personajes hace posible que el lector o la lectora relacione los acontecimientos de los relatos con su realidad psíquica: a) se asocia con procesos de conocimiento propio y de curación, ya que externalizan procesos internos de la persona que los lee; b) los relatos capaces de producir transformaciones que influyan en la curación del sujeto son aquellos que tienen final feliz, dado que inyectan esperanza, al presentar un mundo donde las personas pequeñas y aparentemente débiles triunfan frente a lo monstruoso (Bettelheim, 1997); c) ofrecen diferentes vidas posibles a quien los lee, en el caso particular de los cuentos de hadas, resulta fácil que los niños y niñas se identifiquen con los personajes ya que generalmente son personas de corta edad o seres frágiles, quienes salen siempre victoriosos; d) la identificación con el héroe o heroína del cuento posibilita el surgimiento de fuerzas “mágicas” que compensan las débiles fuerzas de quien lee, ayudándole a vencer los obstáculos (Brasey y Debailleul, 2003, en Méndez 2008); e) hay relatos que

exteriorizan, mediante imágenes verbalizadas, los conflictos internos de niñas y niños en situaciones y personajes originales con los cuales la persona puede jugar mentalmente para conocer la realidad emocional; f) es posible aprovechar la identificación de niñas y niños con los héroes y heroínas de los cuentos para desarrollar su inteligencia en la realidad, aprovechando las actividades que realizan para que la persona entre en contacto con el mundo circundante; g) es posible incluir los casos particulares en los casos generales, así, al delimitar el lenguaje tanto las alegrías como las penas, la persona hallará diferentes apoyos a los fantasmas que su situación particular le suscita (Dolto, 1990).

Petit (1999) plantea un necesario "encuentro emocional" ya que la lectura ayuda a reinterpretar, remover, aumentar; de algún modo, a entrelazar el mundo de fuera con el interior, con la experiencia, generando movimientos subjetivos de simbolización, producción de sentido, integración de las historias personales, de las diferencias, de las alteridades; de ir hacia la otredad, de recomponer pertenencias, reacomodar cosas en lo interior, resignificar experiencias o sucesos, y construir el sentido de la vida.

Conclusiones

Ante estos hallazgos resalta la necesidad de implementar estrategias de intervención de carácter psicoterapéutico donde se considere abrir y poner en movimiento aquellas emociones, sentimientos, pensamientos y formas de relacionarse con el otro que puedan verse atrapadas dada la confusión y falta de certidumbre que puede dejar el proceso del cáncer infantil, particularmente la fase en que se curse. Los medios terapéuticos ofrecen la oportunidad de abrir y poner en movimiento los espacios subjetivos y afectivos que sólo en el interior de cada niño y cada familia se construyen.

Atender a los aconteceres cuando el cáncer infantil llega a la familia resulta relevante ya que habrá que dilucidar cómo afecta y qué tipo de relatos o historias se cuenta la familia una vez que la enfermedad se ve instalado en su vida para intervenir terapéuticamente a través de los medios narrativos con el fin de co-crear nuevas y alternativas historias: escritura, lectura y dibujo como una expresión de contenidos simbólicos dirigidos a que el niño otorgue orden y secuencia a su experiencia emotiva ante su proceso de salud-enfermedad.

Referencias

Ancha, García. (2001). Aspectos generales del cáncer en la infancia. En Muñoz, A., Del Moral, E. y Uberos, J. (Coord.). *Oncología infantil*, 31, 17-39. España: Alcalá.

Aresca, L. (2004). Cuidados Paliativos: Calidad de vida hasta el final de la vida. En: Aresca, L., Birgin, D., Blum, S., et al. (Cols.). *Psicooncología: diferentes miradas* (pp. 15-26). Buenos Aires: Lugar.

Arranz, P. y Coca, C. (2003). Intervención psicológica en un servicio de Hematología. En: Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, pp. 641-678. España: Desclée de Brouwer.

Behar, D. (2002). *Un buen morir: encontrando sentido al proceso de la muerte*. México: Pax.

Bettelheim, B. (1997). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona: Editorial Crítica. Colección Ares y Mares.

Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 1 (0), pp. 9-19. URL disponible en:

<http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0303110009A.PDF>.

Dolto, F. (2004). *La causa de los adolescentes*. (R. M. Bassols, trad.). Barcelona: Paidós.

Font, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos específicos en el cáncer. En: Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (Comp.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*, pp. 57-87. Madrid: Pirámide.

Instituto Nacional de Cancerología. (INCan). URL disponible en: <http://www.incan.edu.mx>.

Kubler-Röss, E. (1992). *Carta para un niño con cáncer*. Barcelona: Luciérnaga.

Méndez, A. (2008). El ratoncito que murió ahogado y las pérdidas en la adolescencia. *Revista Electrónica Actualidades investigativas en educación*, 8 (001). Universidad de Costa Rica. URL disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/447/44780109.pdf>

Méndez, X., Orgilés, M., López, S. y Espada, J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1 (1), pp. 139-154.

- Mortera, A. (2009). *Edd, el grillito y la fuente hablan de la vida y la muerte*. México: Trillas.
- Morote, M. (2002). El cuento de tradición oral y el cuento literario: de la narración a la lectura. *Biblioteca virtual Miguel Cervantes de Saavedra*. URL disponible en: [http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/02483818656726722976613/p000001.htm](http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/02483818656726722976613/p0000001.htm)
- Palacios, X. (2003). El rol del Psicólogo en Oncología. Breves consideraciones introductorias. Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento (ABA Colombia). URL disponible en: www.abacolombia.org.com
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Petit, M. (1999). *Nuevos Acercamientos a los jóvenes y a la lectura*. (R. Segovia y D. L. Sánchez. Trad.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rico, C. (2009). Terapia a través de la expresión literaria: ¿escritura terapéutica? Publicado en "Encuentros con la Expresión" *Revista de Arte-terapia y Artes*. Vol.II.1-14, Valle Ricote Universidad de Murcia. URL disponible en: <http://www.psicologiyterapias.com/2009/11/269/>
- Rivera, R. (2002). Conceptos generales del cáncer infantil en México: la investigación en oncología. En: Rivera, R. (Edit.). *Oncología Pediátrica: conceptos básicos y clínicos*, pp. 1-13. México: Intersistemas.
- Rivera R. (2007). Generalidades del cáncer. En: Rivera R. (Comp.). *El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes para el médico no especialista*, pp.1-20. México, DF: ETM.
- Smith, C. y Nylund, D. (1977). *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Webb, B. (2002). *Helping bereaved children a handbook for practitioners*. New York: Guilford.
- White, M. y Epston, D. (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.