

# El diagnóstico y manejo del

E l d i a g n ó s t i c o y m a n e j o d e l

# duelo en niños y adolescentes

d u e l o e n n i ñ o s y a d o l e s c e n t e s

# en la práctica pediátrica

e n l a p r á c t i c a p e d i á t r i c a

# Reconocimiento y manejo

R e c o n o c i m i e n t o y m a n e j o

Lyda Marcela Lozano Cortés

Médica psiquiatra  
Universidad Militar Nueva Granada

Roberto Chaskel

Coordinador  
Psiquiatría infantil y adolescencia  
Hospital Militar Central  
Profesor asociado  
Universidad Militar Nueva Granada  
Universidad El Bosque

## Resumen

El módulo tiene como objetivo ilustrar el diagnóstico y el manejo del duelo y las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de los duelos mal elaborados, todo esto a la luz de los diferentes momentos del desarrollo. Usted encontrará nueve ilustraciones de casos vistos en la consulta del Hospital Militar Central durante el año 2008.

## Duelo en niños y adolescentes tras la muerte de un ser amado

El fallecimiento de un ser querido es una experiencia muy dolorosa y los niños no están exentos de vivir esta situación.

Según estadísticas mundiales, el 4% de los niños pierde un padre antes de los 15 años de edad<sup>1</sup>. En los Estados Unidos se estima que

el 3,5% (aproximadamente 2,5 millones) ha experimentado la muerte de un padre antes de los 18 años<sup>2</sup>. La muerte de un padre es una pérdida traumática que puede poner en riesgo el sentido de seguridad del niño y tener efectos adversos tales como quejas somáticas y accidentes, problemas en el rendimiento académico, conflictos sociales por aislamiento y expresiones psicológicas como depresión, ansiedad, síntomas de estrés postraumático, duelo traumático y autoestima baja. Estas son señales de un duelo en elaboración o un duelo mal elaborado<sup>3</sup>.

Los niños expresan inicialmente temor, confusión y escepticismo al referirse a la muerte. Luego experimentan sentimientos de tristeza, un anhelo por que la persona regrese, dificultades en la concentración, el sueño, y cambios en la alimentación<sup>4</sup>. No todos los niños se expresan de

la misma forma, ya que según su comprensión de la muerte y su nivel de desarrollo pueden tener manifestaciones distintas.

## Presentación de casos

A manera de ilustración se presenta una serie de casos atendidos en los servicios de pediatría y psiquiatría infantil del Hospital Militar Central. Dentro de los casos hay dos parejas de hermanos cuya descripción no se encuentra adyacente (a lo cual se hace alusión), puesto que esta se hizo por edades de menor a mayor:

- **Caso 1:** paciente femenina de tres años de edad que acude a consulta traída por su madre, quien relata que la menor hace un mes presenta llanto inmotivado, conductas agresivas en el colegio, desobedece en casa y en el colegio, se ha tornado aislada y “retraída”.

Hace dos semanas presentó enuresis nocturna en dos ocasiones, después de haber controlado esfínter vesical a los dos años de edad. Antecedente de muerte paterna en combate hace un mes, secundaria a explosión de mina. Posterior a este evento, el núcleo familiar queda conformado por la madre de 29 años, quien trabaja como auxiliar contable y estudia administración de empresas, y la menor, quien asiste al jardín infantil en las mañanas y en las tardes está al cuidado de una tía que no vive con ellas.

- **Caso 2:** paciente masculino de tres años de edad traído a consulta como parte de evaluación familiar. Su padre murió a los 40 años en casa tras un evento coronario agudo, presenciado por la madre y la hermana mayor, quienes hicieron angustiantes intentos por reanimarlo.

Respecto a él, la madre afirma: “Dice que también quiere ir al cielo”; sus juegos consisten en buscar aviones para ir por su padre al cielo y traerlo, llora al ver a su madre triste,

reclama y pregunta cuándo volverá su padre del cielo: “Ya lleva mucho tiempo allí”. Asiste al jardín, de donde no han informado cambios en el comportamiento. Juega con sus pares, come y duerme bien. Es hermano de la paciente del caso 5.

- **Caso 3:** paciente de cuatro años de edad de género femenino remitida de pediatría por presentar irritabilidad y conductas heteroagresivas.

Muerte materna hace tres meses luego de sufrir un accidente cerebro-vascular (ACV) hemorrágico en el marco de una leucemia diagnosticada pocas semanas antes. El núcleo familiar estaba conformado por sus padres, una hermana media y ella. Luego de la muerte de la madre, la familia se cambia de casa, la hermana media se va a vivir con su tía materna. La abuela paterna, con quien hasta entonces tuvo poco contacto, ya que su residencia habitual era en otra ciudad, viene a vivir con ella y su padre. La abuela comenta: “... el otro día estaba con un collar al cuello y apretándolo, no era en juego” y recalca: “... Mi hijo está muy mal pero a toda hora se muestra fuerte”.

- **Caso 4:** paciente de siete años de edad, hijo único, género masculino; conocido por psiquiatría desde los cuatro años cuando es traído a consulta por presentar enuresis y encopresis, que son manejadas con psicoterapia y farmacoterapia.

Presenta conductas oposicionales, desobedece, la madre manifiesta que es “estigmatizado” y “no tiene amigos”. Durante sus primeros dos años de vida el menor estuvo a cargo de una cuidadora de quien fue separado abruptamente, debido a una sospecha de la madre quien expresó: “Me quería robar el amor de mi hijo”. Cuando ingresa al colegio, se detectan dificultades en la interacción con sus pares. Es agresivo con los demás niños y solo se relaciona bien con niños menores

que él. Tiene gran imaginación y sus juegos son en solitario. Su desempeño escolar es regular, requiriendo ayuda y supervisión constante para las labores del colegio. El paciente afirma: *“Nadie me quiere porque soy feíto”, “Yo debería tener un hermanito para que juegue conmigo y me defienda”, “... pero mi hermanito murió el mismo instante en el que yo toqué la faz de esta tierra”*.

El grupo familiar está compuesto por los padres y el niño. Los padres siempre habían ocultado el fallecimiento del primer hijo como se evidencia en repetidos genogramas dibujados en consultas. Una vez se comienza a elaborar el duelo, la sintomatología desaparece.

- **Caso 5:** paciente femenina de ocho años de edad. Traída por su madre a consulta, porque *“ha dicho que se quiere morir”*. Hace cuatro meses, desde la muerte de su padre, ha cambiado su manera de ser, *“ahora es agresiva y callada”*. Ha disminuido su rendimiento escolar, lo que ha sido muy notorio, ya que antes era la mejor estudiante del curso y ahora se ha presentado una marcada tendencia al aislamiento social.

La madre expresa: *“No permite que le mencionen a su padre, ni nada que tenga que ver con lo ocurrido”*. El padre fallece luego de sufrir un evento coronario que se presenta en casa mientras dormía con su familia. La madre y la niña intentan maniobras de reanimación en casa. Actualmente el núcleo familiar está conformado por la madre, la abuela materna y los dos menores. La madre perdió a su padre a los siete años luego de un accidente automovilístico.

La paciente es la mayor de dos hermanos. Su hermano menor tiene tres años (caso 2). Manifiesta que ha tenido dificultades escolares, afirma no poder concentrarse y ser víctima de la burla de sus compañeras. Ha presentado dificultades en la relación con

su madre, sus tíos y sus primos; se refugia en su abuelo paterno. Expresa angustia por su futuro y el de su hermano. Es reacia a la consulta inicialmente e intenta irse del consultorio, pero finalmente decide quedarse. Su afecto es contenido de fondo triste, sin llanto. Al referirse a la pérdida de su padre, expresa: *“Es que al morir mi papá yo perdí el respeto y el amor”*.

- **Caso 6:** paciente de 11 años, de género masculino, quien llega a consulta por presentar conductas de cuatro meses de evolución de carácter oposicional y agresivo, sentimientos de tristeza e ira, irritabilidad y aislamiento social asociado a dificultades en la interacción con pares.

Su hermano fallece hace dos años a los 10 días de nacido, y poco después su hermana, en ese entonces de 11 años, realiza un intento de suicidio (caso 9).

- **Caso 7:** paciente femenina de 11 años de edad, ocupa el tercer lugar entre cuatro hermanos. Conocida por psiquiatría infantil hace seis años, por episodios depresivos a repetición que han requerido manejo psicoterapéutico y psicofarmacológico. Actualmente en manejo psicoterapéutico que se retoma por bajo rendimiento académico y actitudes adolescentes tempranas. Oposicional y desafiante con sus padres, despreocupada por sus labores escolares y por la casa.

Manifiesta que con su madre las relaciones son buenas, pero con el padre, distantes. Antecedente de suicidio de su hermano de 11 años cuando ella tenía un año y medio, de lo cual comenta: *“Yo vi que mi hermano se ahorcó con una corbata, porque se le corrió la silla por accidente”* y *“Mi mamá le había dicho que con tanto problema que daba lo mejor era que se muriera”*.

- **Caso 8:** paciente masculino de 12 años con diagnóstico de retardo mental leve. Acude

remitido de neuropsiquiatría por presentar conductas inadecuadas, desobediencia e irritabilidad de un año de evolución. Su rendimiento académico ha empeorado y hace seis meses empieza a manifestar deseos de morir.

El paciente pertenece a una familia conformada por la madre y tres hermanos mayores. Su padre muere hace un año en combate. El padre había establecido una relación paralela de pareja y tenía un hijo con esta nueva persona. El funeral se realiza a dos horas de vuelo del hogar del paciente y por razones económicas la familia no puede desplazarse, pues el sustento económico hasta ese momento había dependido del padre y, al morir, el dinero destinado para los sobrevivientes pasa a manos de la segunda pareja.

En consulta el menor manifiesta: “*Mi mamá y mis hermanos están tristes y lloran mucho a escondidas, pero yo sé que están llorando*”, “*Yo me quería morir, pero ya no*”. Un mes después de haber ingresado a tratamiento con psiquiatría, muere su tío materno por un ACV, quien era la persona de género masculino que se encontraba más cerca de él. Ahora, refiere la mamá, está muy temeroso y no quiere dormir solo.

- **Caso 9:** paciente femenina de 13 años de edad, cursa noveno grado, asiste a consulta por psiquiatría hace un año y medio luego de realizar intento suicida, con ingesta de múltiples medicamentos. Desde entonces en manejo psicoterapéutico con buena adherencia.

Dos años antes su hermano de 10 días de edad muere y su madre se muestra altamente culpabilizada. La menor evoca frases de su madre como: “*Yo era quien debería haber muerto, no soy una buena madre, no vale la pena seguir viviendo*”. La familia cambia de ciudad de domicilio y con ello viene también el cambio de colegio y de amistades de los menores.

Actualmente presenta síntomas de ansiedad dados por temor a salir sola de su casa, miedo a que sus padres salgan o a que algo malo le pase a su hermano de 11 años. Pensamientos intrusivos de autoagresión: “*Cuando veo un cuchillo pienso en cortarme*” o “*Cuando estoy en un lugar alto, en lanzarme*”. Refiere tristeza, “*falta de energía*” y pesadillas ocasionales hace dos semanas. Al pasar por un callejón oscuro, piensa: “*Me van a coger*”. Dificultades en la relación con su hermano y sus compañeros de colegio.

## Nomenclatura, conceptos y términos

La revisión bibliográfica muestra tres términos íntimamente relacionados, que no tienen una traducción exacta o un equivalente en español. Sin embargo, cada uno de ellos hace referencia a un aspecto específico vinculado con los procesos de pérdida y duelo. Estos son:

- **Bereavement:** se refiere a la separación física del difunto. “El desamparo”<sup>5</sup>.
- **Grief:** indica el dolor emocional o angustia que una persona siente después de la pérdida de un ser amado<sup>6</sup>.
- **Mourning:** está relacionado con los rituales familiares, religiosos y culturales a través de los cuales se expresa el duelo<sup>6</sup>.

## Definiciones prácticas de duelo

- **Duelo no complicado:** proceso por el cual niños y adultos se ajustan a la pérdida de lo amado. Tiene mucho en común con la depresión (tristeza, dificultades de sueño, pérdida del apetito, ausencia de interés en las actividades normales y falta de concentración)<sup>7</sup>.
- **Duelo complicado:**
  - a) Estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte.

- b) Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte.
  - c) Sintomatología presente, aun seis meses después del deceso.
  - d) Importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo<sup>7</sup>.
- **Duelo anticipatorio:** dolor emocional que puede ocurrir ante una muerte inminente. Este puede ser experimentado frente a una pérdida esperada de un ser amado por una enfermedad terminal como el cáncer.

## Duelo y desarrollo

El entendimiento sobre la muerte y la forma de afrontarlo varían de acuerdo con el nivel de desarrollo del niño y el adolescente<sup>8,9,10,11</sup>.

- **Menores de 3 años:** no existe un concepto de muerte debido a las limitaciones en la percepción del tiempo y el espacio. A esta edad la muerte equivale a la separación en un sentido concreto debido a la percepción de que falta alguien. La separación es vivida como un abandono y representa una amenaza a la seguridad<sup>12</sup>.
- **Entre los 3 y 5 años:** el niño ve la muerte como un sueño o una larga jornada. La vida y la muerte aparecen aún como procesos intercambiables, aunque el niño puede percibir la diferencia entre estar vivo y estar muerto. Hacia los cinco años puede comprender que la muerte significa no funcionalidad, irreversibilidad, pero todavía no comprende su universalidad.
- **Entre los 6 y 8 años:** la muerte se personifica y aparece como algo externo, con causas determinadas, aunque al niño le resulta difícil imaginar su muerte o la de sus padres.
- **Entre los 9 y 10 años:** los niños saben que la muerte es inevitable y que puede sucederles a ellos. Presentan sentimientos de fragilidad<sup>13</sup>.

- **De los 11 años en adelante:** los niños desarrollan su propia filosofía de la vida y, en consecuencia, cambian su actitud frente a la muerte. El adolescente ya comprende lo que significa la muerte para su vida futura, pero puede angustiarse y obsesionarlo, provocando conductas agresivas e inadaptadas en un intento de negación de la realidad.

Por lo tanto, debe quedar claro que en un niño la reacción emocional a la muerte depende de su madurez emocional y su cognición<sup>14</sup>.

Teniendo en cuenta esto, se puede comprender más fácilmente que cada niño tenga diferente expresión del duelo.

## Manifestaciones del duelo según la edad

### Menores de 3 años

Estos niños aún no son capaces de interpretar nociones más abstractas como la permanencia o universalidad de la muerte y, aunque su entendimiento cognitivo es limitado, a esta edad ya reaccionan ante la muerte de una persona importante en sus vidas con emociones fuertes y confusión.

Dentro de las emociones más dolorosas cabe destacar la ansiedad de la separación, la ambivalencia, la incertidumbre de llegar a apegarse a alguien y nuevamente perderlo, sentimientos de culpa y hostilidad, temor de haber sido causante de la separación (muerte) o de la infelicidad en la familia<sup>12</sup>.

El estudio del tema del duelo dentro del ámbito de los cuidados paliativos desde hace más de 30 años muestra que en los niños más jóvenes este se da alrededor de tres preguntas:

1. ¿Qué es la muerte?
2. ¿Puede sucederme?
3. ¿Puede sucederte?<sup>15</sup>.

En cuanto a las respuestas que han de proporcionárseles a los niños, se debe considerar que para el niño de esta edad los padres son omnipotentes. Si se niega o se intenta cubrir la ocurrencia de la muerte y se es incapaz de hablar acerca de ello, los niños llegan a ser conscientes de que esto es un asunto que “*no debe ser tocado*”, convirtiéndolo en un tema tabú y, como consecuencia, no preguntará por la persona fallecida y no podrá aclarar las dudas que tiene al respecto<sup>16</sup>.

Respuestas de tipo eufemismo, tales como: “*Está en un largo viaje...*”, “*Descansa en paz*”, “*Está con Dios*”, “*Está durmiendo un largo sueño*”, generan solo dudas y falsas expectativas. Por ejemplo, el menor podría llegar a tener miedo de dormir, ya que puede que no despierte. La sugerencia de los investigadores en este tema es que se deben dar respuestas cortas y honestas y que la comunicación debe generarse en un ambiente de apertura donde el niño se sienta libre de hacer preguntas<sup>17</sup>.

#### *Entre los 3 y 5 años*

Ya existe un sentido de pérdida y pueden buscar a la persona fallecida activamente. Pueden darse cambios mayores en la rutina, mostrar regresión en las etapas del desarrollo, y ruptura en las relaciones con los demás por expresiones inesperadas de enojo y agresión<sup>18</sup>.

#### *Entre los 6 y 8 años*

A esta edad es común la expresión a través de temores o miedos, por ir a dormir o a estar solo. Los niños pueden presentar con frecuencia pesadillas, por lo tanto buscan dormir con sus padres, manifiestan más síntomas somáticos, cefaleas, dolores abdominales, problemas para concentrarse<sup>17</sup>.

#### *Entre los 9 y 10 años*

Las preguntas acerca de la muerte pueden reflejar curiosidad o señalar ansiedades acerca de

“responsabilidad” por la muerte de la persona cercana. La muerte de un padre o un hermano a esta edad cambia las creencias de que la muerte es una manifestación de la edad mayor. Puede presentarse ansiedad por separación y preocupaciones acerca de la vulnerabilidad de los otros miembros de la familia<sup>18</sup>.

#### *De los 11 años en adelante*

Los adolescentes pueden aislarse de las actividades familiares y buscar soporte en sus pares. La muerte permite al adolescente en duelo preguntarse sobre el significado de la vida<sup>19</sup>. Algo cambia en el concepto de su propia mortalidad, con riesgo de desarrollar comportamientos tales como beber o ingerir drogas. Los adolescentes tienen la capacidad cognitiva de revisar el pasado y contemplar las consecuencias de la muerte a largo plazo. El recuerdo de la persona fallecida puede generar incomodidad o culpa.

La muerte de un padre o un hermano puede cargar al adolescente de nuevos roles familiares, responsabilidades y expectativas de que se comporte como un adulto. Su sentido de responsabilidad y el deseo de proteger a los adultos afligidos resulta en una mezcla de mensajes<sup>20</sup>.

Es en este período cuando se adquiere la conceptualización “adulta” de la muerte como un evento con cinco características:

1. Universalidad.
2. Irreversibilidad.
3. No funcionalidad.
4. Causalidad.
5. Continuación no corpórea<sup>21</sup>.

## **Aportes teóricos clásicos a la conceptualización del duelo**

### **John Bowlby (1960)**

Este psicoanalista inglés analizó las conductas de apego infantil normales y los efectos de



la ruptura por una pérdida severa como una separación por largo tiempo, particularmente del cuidador primario<sup>12</sup>.

También describió la secuencia de reacciones en los niños pequeños ante la separación de su madre, denominadas como “protesta, desesperanza y desapego”<sup>22</sup>.

Bowlby notó que es habitual que después de una pérdida los niños se manifiesten con ansiedad y estallidos de cólera. La ansiedad se debe a que el niño teme sufrir una nueva pérdida, lo que lo hace más sensible a toda separación de la figura que desempeña las funciones maternas<sup>23</sup>. Por esto, destacó la importancia de asesorar a los padres con el fin de que puedan ayudar a sus hijos en la elaboración del duelo, ya que solo cuando se da una información verdadera, con empatía y apoyo, puede esperarse que el niño responda a la pérdida con cierto grado de realismo<sup>23</sup>.

### Margaret Mahler (1961)

Mahler consideró el proceso del duelo como una parte integral del desarrollo del “yo”, concibiéndolo como una “reacción básica” y explicando que el “yo” emerge desde la fase indiferenciada a la de diferenciación.

Así mismo, planteó la dificultad que surge cuando la separación se da en edades muy tempranas, puesto que, si esto sucede, el proceso de separación que normalmente debe realizarse no tendría cabida en el niño<sup>12</sup>.

### Jean Piaget (1950)

El psicólogo suizo Piaget, con la teoría cognitiva, ayudó a entender cómo piensan los niños de tres años y menores. En esta edad, el estadio de pensamiento primario se denomina de “pensamiento preoperacional”, es decir, que se usan procesos de pensamiento concretos y, por lo tanto, solo se entiende la muerte como inmovilidad<sup>12</sup>.

## Factores involucrados en el proceso de duelo

### 1. Factores del niño

Es importante dentro de la evaluación del niño en duelo contextualizar la situación de cómo se enteró del fallecimiento de un ser querido, su experiencia particular, su momento vital, sus mecanismos de afrontamiento, su habilidad para adaptarse a los cambios y su historia de vida. Entonces se deben identificar:

- Experiencias.
- Personalidad.
  - Estilo de vida.
  - Respuesta al estrés.
  - Género.
  - Capacidad de adaptación.
  - Relaciones estrechas<sup>24</sup>.

### 2. Factores de la familia

Cada familia, como unidad funcional, tiene su manera de entender, vivir y enfrentar los momentos de crisis. El caso de la muerte no es una excepción, por esto se debe evaluar:

- Afrontamiento familiar.
  - Magnitud de la crisis.
  - Comportamiento colectivo.
  - Estilo de comunicación.
  - Alianzas.
  - Recursos<sup>24</sup>.

## Mitos y realidades

Dentro de la cultura occidental, ha prevalecido un cierto temor frente a la muerte, y es común que este tema se esconda para minimizar la situación real de desolación que provoca el fallecimiento de un ser amado. En torno a los niños han surgido diferentes “teorías” respecto a cómo enfrentan la muerte, algunas de ellas muy alejadas de la realidad. Aquí se

plantean algunos de los mitos y las realidades al respecto:

## Mitos

1. Los niños no sufren.
2. El duelo en los niños no provoca un sufrimiento tan profundo como en los adultos.
3. Los niños cuentan con suerte, porque son tan jóvenes que no entienden sobre la muerte.
4. Los niños deben ser protegidos del dolor y el sufrimiento que la muerte lleva con el fin de mantener su inocencia infantil.
5. Dada su juventud y resiliencia, son capaces de olvidar fácilmente a la persona cercana fallecida, resolver el duelo rápidamente y seguir con sus vidas.
6. Cuando se consideran como grupo, los niños y adolescentes entienden, experimentan y expresan el duelo de la misma manera<sup>25</sup>.

## Realidades

1. Todos los niños sufren.
2. Los niños y adolescentes expresan su duelo en forma diferente a los adultos y también pueden sufrir.
3. Los niños son vulnerables y pueden tener desventajas cuando están en duelo.
4. Los niños no pueden ser protegidos de la muerte.
5. Algunos niños olvidan y otros recuerdan.
6. El duelo en niños y adolescentes es distinto a las diferentes edades, en cuanto a comprensión, experiencia y expresión<sup>25</sup>.

## Intervenciones en duelo en niños

Antes de intervenir es esencial entender en forma detallada las circunstancias de la muerte, cómo y bajo qué condiciones el niño fue informado, qué explicaciones se han dado al niño, el desarrollo del niño y las variables culturales y religiosas pertinentes. Además,

hay que identificar áreas de dificultad adicionales como las diferencias de opinión dentro de la familia nuclear o con la familia extensa y las que incluyen al colegio o a otras agencias<sup>26</sup>.

Ver a los niños y a los padres juntos es útil. Observar a los padres solos permite conocer qué piensan sobre lo que sabe el niño y si la nueva información puede compartirse, puesto que conversaciones individuales con los niños pueden generar equivocaciones, distorsiones cognoscitivas, autorreproches y culpas. El trabajo conjunto terapeuta-padres y niños tiende a disminuir la exposición de los niños al estrés de los cambios que siguen a la muerte y fortalece los recursos de ambos, el niño y la familia.

## Estrategias según la medicina basada en la evidencia

En medicina basada en la evidencia son pocos los estudios realizados respecto a este tema. En un metaanálisis con 13 estudios controlados, hecho en el 2007, no se encontró evidencia de superioridad de un modelo de psicoterapia sobre otro en duelo en niños. Se hace referencia a factores que pudieron estar implicados en los pobres resultados, en los que se hace alusión al momento de inicio del tratamiento y tiempo desde la muerte del ser querido. Parece que los niños respondieron más favorablemente a la terapia cuanto más cerca estuvo el tratamiento del momento de la pérdida<sup>27</sup>.

Un grupo de investigadores de la Universidad del Estado de Arizona llevó a cabo dos estudios experimentales de la familia dentro del programa de desamparo<sup>2</sup>. Este grupo tomó la evidencia empírica que hasta el momento existía y la implementó como tratamiento a niños privados de sus padres y sus familias. La elección de los pacientes del estudio se efectuó en forma aleatorizada. Los autores describen la existencia de factores modificables y factores no modificables que deben ser



considerados al momento de prestar servicios a niños que experimentan una muerte parental. Los resultados del estudio muestran algunas estrategias que dieron respuestas positivas en sus pacientes.

## Estrategias

### 1. Incrementar la autoestima del niño

La muerte de un padre puede tener un impacto negativo sobre la autoestima del niño. Esto se ha asociado con mayores problemas en la salud mental del niño con duelo parental<sup>28</sup>.

El trabajo en grupo, los reforzamientos positivos que ayudan a los niños a sentirse bien, involucrar a los padres para trabajar fuera del contexto de la terapia y comprometer al niño con actividades donde haya poca posibilidad de fracaso, mejoran la autoestima.

### 2. Aumentar las creencias de control

El niño luego de la experiencia de pérdida puede sentirse desesperanzado y creer que tiene menos control interno sobre los eventos con sus pares que no están en duelo.

### 3. Mejorar las habilidades de afrontamiento del niño

El uso de estrategias de afrontamiento ha sido asociado con adaptación más positiva después de la muerte de un padre. Un afrontamiento eficaz tiene herramientas que pueden ser usadas efectivamente para manejar circunstancias estresantes futuras.

### 4. Facilitar la expresión de emociones

Las observaciones clínicas de los niños han mostrado un rango de emociones que incluye tristeza, culpa y ansiedad. Las intervenciones para reducir la inhibición de la expresión emocional disminuyen los problemas de salud mental.

### 5. Facilitación de una relación positiva padre-hijo

Una relación positiva con el padre sobreviviente es el mayor soporte para el ajuste del niño con un duelo parental. Una relación positiva padre-hijo reflejará la creación de un ambiente estructurado.

### 6. Calor parental

Acompañar al niño mientras lleva a cabo el proceso de aceptación; facilitar las relaciones con otros niños; incrementar reforzamientos positivos, tanto físicos como verbales.

### 7. Comunicación padre-hijo

Estrategias que incluyan mensajes que enfoquen la interacción padre-hijo alrededor de las experiencias actuales del niño pueden ser efectivas y fortalecen las habilidades de escucha en los padres.

### 8. Disciplina efectiva

Elementos de disciplina efectivos entre los que está la comunicación clara de expectativas. En casa se debe continuar con el mantenimiento de las reglas, incrementar el uso de reforzamientos positivos, ser claros, consistentes, calmados en la comunicación y seleccionar e implementar las posibles consecuencias ante conductas inadecuadas.

### 9. Reducir los factores parentales de estrés

Altos niveles de problemas en la salud mental del padre como consecuencia del duelo han sido asociados con consecuencias negativas para el niño y, en estos casos, las intervenciones que incluyen soporte a padres son útiles.

### 10. Incrementar las interacciones positivas en las familias

Se ha demostrado que en familias estables y cohesivas se reduce el riesgo de problemas

mentales en los niños con duelos. Aceptar la nueva identidad de familia, un horario regular y actividades positivas pueden mejorar el afecto de ambos niños y padres.

### 11. Reducción de la exposición de los niños a eventos vitales negativos

Es indispensable mantener la seguridad de todos en casa, y, al evitar la exposición a riesgos para los menores, se aumenta la confianza y la estabilidad en el grupo familiar.

## Duelo y familia

El sistema familiar es una unidad psíquica, que incluye a cada individuo sin desvirtuar la condición autónoma e independiente de sus integrantes.

En el duelo se observa al individuo sumergido en otro nivel, sin perder su integración a la familia. En este sentido, se evidencia la emergencia de la interacción, conexión o vínculo de los diferentes miembros<sup>29</sup>.

La unidad psíquica (familia) usa a sus componentes de forma diversa, y es esa manera particular en la que cada persona es utilizada y el modo en el que está inscrita en la historia actual y transgeneracional lo determinante en la resolución del fenómeno de la separación, la muerte y el duelo. La muerte de un miembro de la familia rompe la unidad psíquica del grupo, por lo tanto se pierde parte de la estructura del sistema para siempre y se alteran los elementos que la caracterizan, la corporalidad, las relaciones, los vínculos, los nexos, las conexiones y las pautas.

El sistema familiar como tal ya no existe, ahora es “otro” y así debe estructurarse a partir de un nuevo espacio y un tiempo vaciados. Esto exige una nueva organización, un nuevo estilo de conectarse y de relacionarse entre los miembros sobrevivientes<sup>30</sup>.

El equilibrio homeostático original se altera y en el desequilibrio deben encontrarse las soluciones para volver a organizarse. Esto puede lograrse a través de un proceso de duelo normal. El duelo normal en la familia, al igual que en el proceso de duelo individual, supone un cambio, y, si este no se asume, comenzarán las dificultades al interior de esta. Si bien lo más común es que los duelos se resuelvan de modo satisfactorio, existen posibilidades de que este proceso se altere<sup>31</sup>.

## Duelo funcional

Una familia cuyo funcionamiento es normal habitualmente permite que cada uno de los miembros viva el proceso de duelo a su propio ritmo. Cada individuo está en un ciclo vital particular y, por lo tanto, la representación de la muerte será asumida y resuelta de acuerdo con su momento existencial. Un duelo en una familia es resuelto cuando todos sus integrantes lo han resuelto. Si esto no sucede, ocurre la disfuncionalidad, la patología y/o los trastornos.

Según el terapeuta de familia Luigi Boscolo, *“cuando ocurre una muerte dentro de un sistema, la manera en que se le vive, en que se la percibe y se la experimenta, guarda relación con una ‘premisa’ establecida con anterioridad a esa muerte, y la forma en que se la experimente en el futuro también se ajustará a esa ‘premisa’.* Algunas ‘premisas’ sobre la muerte afirman que la persona en cuestión no debería haber fallecido, entonces se la mantiene viva de algún modo”<sup>30</sup>.

## Duelo traumático complicado

Se ha descrito como una condición en la cual los niños pierden al ser amado bajo circunstancias traumáticas, desarrollando síntomas que chocan con su habilidad normal para negociar el proceso normal de duelo.

Típicamente estas muertes son el resultado de eventos súbitos inesperados, como homicidios, accidentes de tránsito, suicidio, sobredosis

de drogas, desastres, muertes “naturales”. Los síntomas asociados son similares a los que se ven en el trastorno de estrés posttraumático (reexperimentación de muerte traumática, recuerdos intrusivos, evitación de los recuerdos del trauma y/o hiperalertamiento fisiológico y psicológico).

En cuanto al tratamiento, se han planteado dos enfoques que han mostrado resultados similares en la práctica:

### Intervención enfocada en el trauma

En la que se busca fortalecer:

- Habilidades en expresión afectiva.
- Habilidades en el manejo del estrés.
- Control de la modulación afectiva.
- Habilidades sociales y en resolución de problemas.
- Creación de una narrativa del trauma.
- Procesamiento cognitivo y en sesiones padre-hijo.
- Optimizar las habilidades en expresión afectiva de los niños y sus padres.

### Intervención enfocada en el duelo

Consistente en:

- Psicoeducación.
- Redireccionar sentimientos ambivalentes respecto al fallecido.
- Preservar memorias positivas.
- Redefinir las relaciones.
- Sesiones padres-hijos.

### Aspectos centrales en la elaboración del duelo en familia

- **La lealtad:** es un sentimiento de solidaridad y compromiso que unifica las necesidades y expectativas de una unidad social con los pensamientos, sentimientos y motivaciones de cada miembro.

Implica el vínculo y tiene una dimensión ética. Este concepto hace comprensibles la continuidad de la familia a lo largo de generaciones, trascendiendo el ciclo vital individual.

Esta lealtad lleva consigo un proceso de identificación con el grupo, relaciones, confianza, fiabilidad, responsabilidad, compromiso, fidelidad y devoción. Este concepto es clave para comprender la influencia de la muerte en un sistema familiar.

- **La delegación:** se sustenta en la imposibilidad o en la dificultad de la elaboración del duelo. En este caso alguien de la familia es el delegado que debe cumplir la misión que el grupo familiar inconscientemente le ha encomendado<sup>29</sup>.
- **La onda de choque emocional:** consiste en acontecimientos como accidentes, patologías físicas u otras circunstancias. Esto sucede en familias en las que no se hace explícita la dependencia emocional recíproca entre los miembros<sup>32</sup>.
- **Reacción de aniversario:** ocurre como una reacción transitoria en las cercanías de la fecha de la muerte de un ser cercano. La mayoría de las veces surgen síntomas depresivos.
- **Secretos familiares:** el dolor y la pena son inseparables de la pérdida. Los secretos de la familia muchas veces son intentos de evitar culpas y el dolor de la pérdida. La necesidad de mantener tales sistemas de secretos puede crear inflexibilidad, impidiendo la adaptación a los múltiples desafíos y cambios en la vida<sup>33</sup>.

### Técnicas en familia

Las técnicas de intervención con las familias durante el duelo son muy variadas. Los cambios en los límites o jerarquía de la estructura familiar permitirán un ajuste novedoso. El empleo

de paradojas o innovaciones en las normas impedirán la autoperpetuación del duelo. Los rituales para romper este círculo vicioso, el uso de narrativas o la creación de un pasado nuevo para ofrecer una perspectiva inédita de la experiencia actual sanarán a la familia<sup>31</sup>.

Karl Tomm (1997) se refiere a “la conversación con otro internalizado”: en esta técnica, el terapeuta habla, conversa, dialoga con el ausente a quien cada miembro de la familia le presta su voz durante la conversación. La persona sobreviviente asume las respuestas como si el muerto viviera en él. Es de gran ayuda en el caso de duelos estancados o patológicos y el objetivo es poner al paciente y/o al sistema en contacto íntimo y personal con la persona perdida y con lo que queda de esta dentro de sí.

J. B. Burnham (1995) plantea hacer preguntas sobre los aspectos importantes para el sobreviviente que el muerto se llevó a la tumba, los aprendizajes que le dejó y qué aspectos le gustaría conservar. Con esto se logra esbozar la posibilidad de establecer un proceso de separación en el cual, además de la pérdida, la separación reporte aspectos positivos que compensen los sentimientos de vacío.

W. Barnett Pearce (1980) desarrolló un constructo teórico, el Manejo Coordinado del Significado (CMM, por su sigla en inglés), mediante el cual pueden abordarse los diferentes niveles de contexto implicados en un evento y sus circunstancias. Puede ser usado eficazmente en las situaciones de duelo y busca verbalizar aspectos como:

- Las conversaciones.
- El episodio de la muerte y su impacto dentro del sistema.
- La definición de la relación antes de la muerte.
- El guión de la vida.
- Los roles dentro y fuera del sistema familiar.
- El significado de esta muerte con el contexto cultural.

Esto ayuda en la comprensión del significado y en el sentido de la muerte.

Haley, Minuchin y el grupo de Milán utilizan la prescripción de rituales funerarios para consolidar la despedida y la separación definitiva. Además la repetición ritual, durante algún tiempo, de costumbres familiares en las que el fallecido participaba favorece el reencuentro en la cotidianidad con el ausente y facilitan la vuelta a la vida cotidiana<sup>34</sup>.

Virginia Satir usa la técnica de la escultura, la cual consiste en la puesta en escena de situaciones escogidas por la familia, en las que, mediante una representación de corte psicodramático, se ventilan culpas, se favorecen procesos de expiación y se logran aliviar los procesos internos dolorosos que provocan el estancamiento del duelo.

En cuanto a la participación en los ritos sociales, que hasta hace poco formaban parte de nuestra cultura y cumplían una valiosa labor para la elaboración del duelo, y los cuales han sido desplazados por la modernidad, se han propiciado situaciones poco favorecedoras para el doliente al momento de la muerte de sus allegados. Si se llevan a cabo, son útiles para la unidad de la familia en un momento en el que requieren sentir apoyo de los demás, quieren despedirse y rendir honores a su difunto<sup>35</sup>.

## Conclusión

Se han revisado los conceptos, nomenclatura y términos del duelo en niños y adolescentes a la luz de los diferentes momentos del desarrollo, contemplando cómo y por qué se produce cierta sintomatología en las diferentes edades.

Se han revisado los aportes conceptuales del cómo de los duelos bien y mal elaborados y se han cubierto las recomendaciones para que el pediatra pueda guiar a su paciente de tal manera que no presente psicopatología que intervenga en su sano desarrollo como consecuencia de un duelo.

## Referencias

1. Lewis M. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Philadelphia, EUA: Editorial Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
2. Haines R, Ayers T. Evidence based practices for parentally bereaved children and their families. *Professional Psychology: Research and Practice* 2008;39(2):113-21.
3. Cohen J, Mannarino A, Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 2006.
4. Dowdney L. *Children bereaved by parent or sibling death*. The Medicine Publishing Company; 2005.
5. Black D. Childhood bereavement. *BMJ* 1996; 312(7045):1496.
6. Cohen JA, Mannarino AP. Treatment of childhood traumatic grief. *J Clin Child Adolescent Psychol* 2004;33(4):819-31.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. 4th ed. Text revision. 2000.
8. Black D. Coping with loss. Bereavement in childhood. *BMJ* 1998;316(7135):931-3.
9. Brown E, Handel S, Cohen J. *Children's information on the death and parent's information on the death*. Unpublished manuscript. National Chile. Traumatic Stress Network, Traumatic Grief Task Force; 2003.
10. Emswiler MA, Emswiler JP. *Guiding your child through grief*. New York: Bantam; 2000.
11. Grollman E. *Bereaved children and teens: a support guide for parents and professionals*. Boston: Beacon; 1995.
12. Norris-Shortle C, Young PA, Williams MA. Understanding death and grief for children three and younger. *Soc Work* 1993;38(6):736-42.
13. Sipos L, Solano C. Duelo en los niños. Centro Salud Mental Vallecas. *Interpsiquis* 2001;2.
14. Leighton S. Bereavement therapy with adolescents: facilitating a process of spiritual growth. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2008;21(1):24-34.
15. Furman E. Helping children cope with death. *Young Children* 1978;33(4):25-32.
16. Grollman EA. Explaining death to children. *J Sch Health* 1977;47(6):336-9.
17. Deitrick R, Armstrong-Dailey A. *Approaching grief*. Children's Hospice International. 1101 King Street, Suite 131, Alexandria. VA 22314.
18. Black D. Coping with loss. Bereavement in childhood. *BMJ* 1998;316(7135):931-3.
19. Balk D. *Bereavement during adolescence: a review of research. Handbook of bereavement research consequences, coping and care*. Washington D.C.: American Psychological Association.
20. Cupit I, Noppe LI. Adolescent experiences with death: letting go of immortality. *Journal of Mental Health Counseling* 2004;26:2.
21. Brent S, Speece MW. "Adult" conceptualization of irreversibility: implications for the development of the concept of death. *Death Studies* 1993;17(3):203-24.
22. Bowlby J. *La separación afectiva*. Barcelona: Editorial Paidós; 1993.
23. Bowlby J. *La pérdida afectiva*. Barcelona: Editorial Paidós; 1997.
24. Fleming S. *Grief in children and teenagers*. Child and Youth Health website.
25. Adams D, Corr Ch, Daves B, Deveau E. Children, adolescents, and death. Myths, realities and changes. *Death Studies* 1999;23:5.
26. Kaffman M, Gluckson E. Bereavement reactive in children; therapeutics implications. *Journal of Psychiatry*;24(1-2);65-70.
27. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2007;36(2):253-9.
28. Worden JW, Silverman PR. Parental death and the adjustment of school-age children. *Journal of Death and Dying* 1996;29:219-30.
29. Stierlin H. *El individuo en el sistema*. Barcelona: Editorial Herder; 1997.
30. Boscolo L, Chechin G, Hoffman L, Peggy P. *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1989.
31. Del Pino JI, Pérez J, Ortega F. *Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica*.
32. Bowen M. Family reaction to death. En: Philip J, Guerin Jr, comps. *Family therapy. Theory and practice*. Florida: Gardner Press; 1976.
33. Pincus L. *Secretos en la familia*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos; 1982.
34. White M. *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Editorial Gedisa; 1994.
35. Cohen JA, Mannarino AP. Treatment of childhood traumatic grief. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004;33(4):819-31.

# examen consultado

6. De las siguientes características no hace parte de la conceptualización adolescente de la muerte:

- A. universalidad
- B. reversibilidad
- C. no funcionalidad
- D. continuación no corpórea

7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es un mito respecto al duelo en los niños?

- A. los niños y adolescentes no pueden ser protegidos de la muerte
- B. el duelo en niños y adolescentes es distinto en las diferentes edades, en cuanto a comprensión, experiencia y expresión
- C. los niños cuentan con suerte, porque son tan jóvenes que no entienden sobre la muerte
- D. los niños son vulnerables y pueden tener desventajas cuando están en duelo

8. Respecto a la manera de hablar con los niños más pequeños sobre el tema de la muerte, se debe tener en cuenta:

- A. evitar el uso de eufemismos
- B. dar respuestas cortas y honestas
- C. la comunicación debe darse en un ambiente de apertura donde el niño se sienta libre de hacer preguntas
- D. todas las anteriores

9. Son estrategias útiles para el manejo del duelo en los niños según la Medicina Basada en la Evidencia, excepto:

- A. incrementar la autoestima del niño
- B. negar o cubrir la existencia de la muerte
- C. facilitar la expresión de emociones
- D. mejorar las habilidades de afrontamiento del niño

10. Son cambios que se producen al interior de una familia con la muerte de uno de ellos:

- A. se rompe la unidad psíquica del grupo
- B. se alteran las relaciones, los vínculos, los nexos, la corporalidad, las conexiones y las pautas
- C. el sistema debe estructurarse a partir de un nuevo espacio y tiempo
- D. todas las anteriores