

Carmen Villanueva Suárez\*, Josefa García Sanz\*

\*Psicóloga, S. Salud Mental de Parla. Madrid

### Resumen

El objetivo de este trabajo es profundizar en la especificidad del duelo en la infancia, tanto en las situaciones que lo generan, como en el proceso de elaboración del mismo y en el tipo de intervenciones psicoterapéuticas que requieren.

Hemos encontrado 124 casos que cumplían los requisitos para el estudio.

La situación de duelo se hace patológica cuando ha habido pérdidas significativas precoces, situaciones vitales estresantes y/o antecedentes psiquiátricos de algún progenitor.

**Palabras clave:** Duelo, Pérdidas en la infancia, Psicopatología, Tratamiento.

### Summary

The objective of study is a comprehensive approach to childhood and adolescent bereavement, experiences of loss, normal grief and complicated grief process and therapeutic intervention. We found 124 cases that fulfilled the criterious for the research.

Bereavement is complicated in children who have significant early separation, inadequate parenting care and parental mental illness.

**Key words:** Bereavement, Childhood, Pathology, Therapeutic approaches.

### Introducción

El objetivo de este trabajo es profundizar en la especificidad del duelo en la infancia, tanto en las situaciones que lo generan, como en el proceso de elaboración del mismo y en el tipo

de intervenciones psicoterapéuticas que requieren.

Nuestro interés se suscitó a raíz del aumento de la demanda relacionada con esta problemática.

Una de las peculiaridades de la infancia a tener en cuenta es la dependencia del adulto para su desarrollo y maduración, así como para resolver y elaborar sus dificultades, otra es que los niños están en proceso de formación.

El duelo es el proceso mental de elaboración de las separaciones y pérdidas, retirada de la libido puesta en ese objeto y dirigirla a otro<sup>1</sup>.

Los niños, a diferencia de los adultos, tienen mecanismos de defensa distintos a los adultos, utilizan más la negación, mantienen la capacidad de disfrutar con situaciones agradables, y no pierden la autoestima<sup>2,3,4</sup>.

La edad en la que se puede empezar a hablar de duelo crea discrepancias entre diferentes autores y corrientes teóricas. Para Bowlby<sup>5,6</sup> desde los 6 meses se pueden observar manifestaciones de duelo hasta Wolfenstein y Najera, que coinciden en que no se puede hablar de duelo hasta la adolescencia<sup>7</sup>.

Kranzler presenta un estudio de preescolares cuyo padre-madre ha muerto, y constata síntomas de depresión y ansiedad, para ratificar la idea de que el duelo en niños pequeños es posible<sup>7</sup>.

Según Black<sup>8</sup> los niños desde los 5 años pueden entender la diferencia entre una separación temporal y la muerte.

Ya Bowlby comentaba que un duelo no se resuelve definitivamente y crea una vulnerabilidad para futuras pérdidas<sup>5,6,9</sup>.

Stone afirma que la pérdida temprana de los padres dobla la posibilidad de padecer depresión posteriormente. La calidad del cuidado recibido tras la muerte de un padre es el mayor determinante de riesgo de psicopatología en el adulto<sup>7</sup>.

En esta misma línea, Parker<sup>10</sup> constata que cuando hay experiencias precoces de pérdidas es más difícil la elaboración del duelo y generan el desarrollo de una personalidad suspicaz, rumiación, introversión, neuroticismo y conductas desadaptadas.

El desarrollo de un niño está lleno de experiencias de ausencia, separación y frustración, imprescindibles para la estructuración psíquica, por lo que están familiarizados con estos procesos<sup>11</sup>.

Siegel habla de múltiples situaciones en la infancia: muerte de un padre, enfermedad grave de un progenitor, divorcio y separaciones, que generan un proceso de duelo<sup>12</sup>.

Estas situaciones aumentan la vulnerabilidad en la infancia, pueden provocar desajustes emocionales posteriores y aumentan el riesgo de depresión en la vida adulta hasta 2 y 3 veces más<sup>13, 14</sup>.

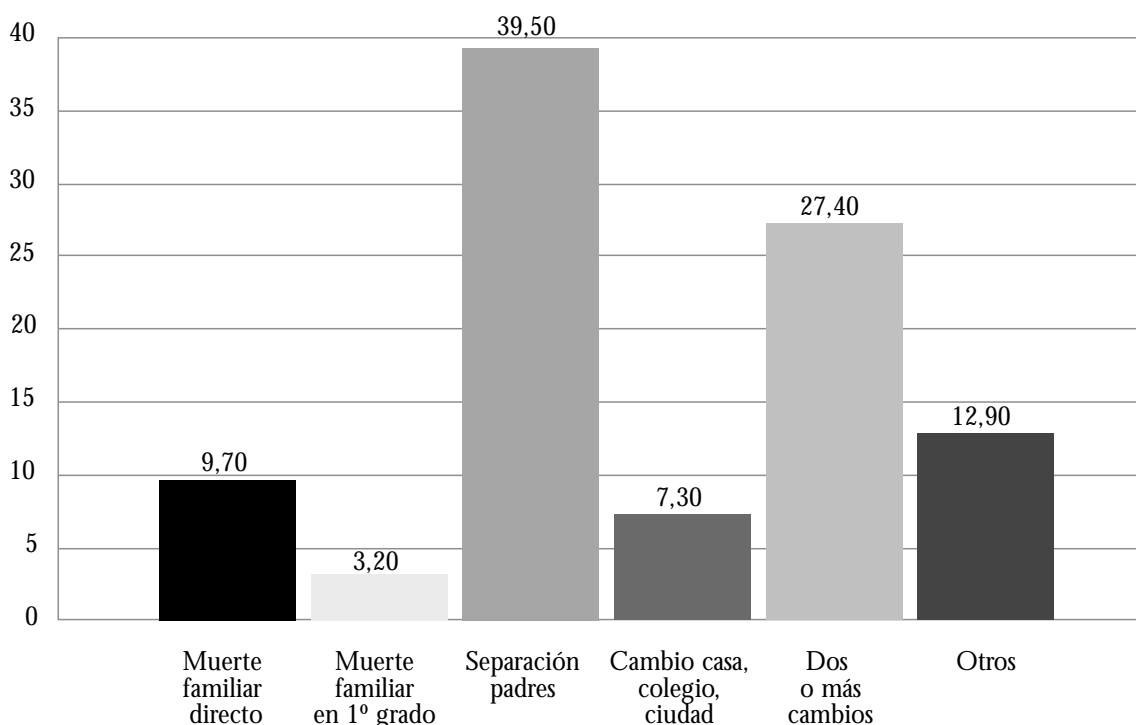
Black<sup>8</sup> hace referencia a la calidad de cuidados y vulnerabilidad en la infancia.

Los niños que pierden a su madre sufren una reducción en la calidad y cantidad de cuidados y esto determina las diferencias encontradas dependiendo del sexo del padre desaparecido.

Los niños que han sido criados por padres en situaciones de duelo traumático, generan más vulnerabilidad psíquica en comparación con la población general.

Asimismo, muerte o divorcio antes de los 11 años afecta más a los varones, ya que lo que más dificultad genera es la pérdida del padre del mismo sexo, pues afecta más al proceso de identificación y suele ser el padre con el que se pierde más el contacto<sup>10</sup>.

**Gráfico 1: Motivo de consulta**





**Viento del atardecer**  
Edward Hopper, 1921

Aguafuerte

Un duelo se hace patológico cuando no se puede resolver normalmente debido a pérdidas infantiles precoces, a un patrón patógeno de

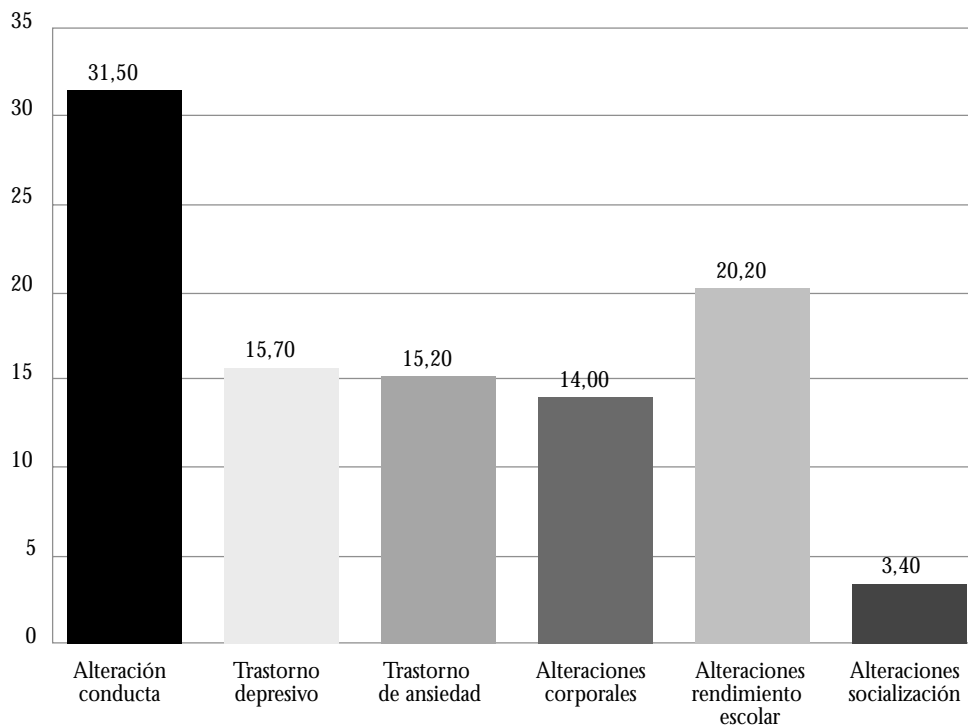
vinculación con los padres y/o a varias situaciones de pérdida simultáneas. Situaciones de agresividad y conflicto crónico en los padres, dificultan la elaboración de los duelos<sup>10, 15, 16</sup>.

Ya Grinberg decía en 1983 que se puede complicar un duelo cuando aparece asociado a culpa con alguna circunstancia en la que los niños se sienten responsables y relacionan la separación o enfermedad con algo malo que ellos han hecho.

En la misma línea, Geis<sup>11</sup> señala que los duelos de los niños se complican cuando están asociados a culpa, conflictos entre los padres, dificultades económicas y/o situaciones estigmatizadas socialmente (suicidio, S.I.D.A, asesinatos...).

Sin embargo Harrington<sup>17</sup> y otros refieren que el duelo en la infancia no es el mayor factor de riesgo para un desorden mental y de comportamiento tanto en la infancia como en la vida adulta.

Gráfico 2: Síntomas



Por esto, es importante identificar factores protectores como las relaciones con los miembros de la familia extensa. Los niños cuyo padre-madre vivo no está deprimido y es accesible, tienen menos posibilidades de padecer síntomas psiquiátricos. Las dificultades para la elaboración del duelo no dependen tanto del impacto de la muerte en sí, como de lo que pase antes y después<sup>8,17</sup>.

### Metodología

Nuestro estudio está realizado en el distrito sanitario de Parla (área 10) de la zona sur de la comunidad de Madrid, con una población de 106.000 habitantes y 28.300 menores de 18 años, (censo 1996).

Hemos revisado todas las evaluaciones del Programa Infanto-Juvenil durante los años 1998 y 1999. Se han seleccionado los casos cuyo motivo de consulta estaba relacionado con situaciones de duelo o pérdidas.

De un total de 588, encontramos 125 casos que cumplían los requisitos para el estudio.

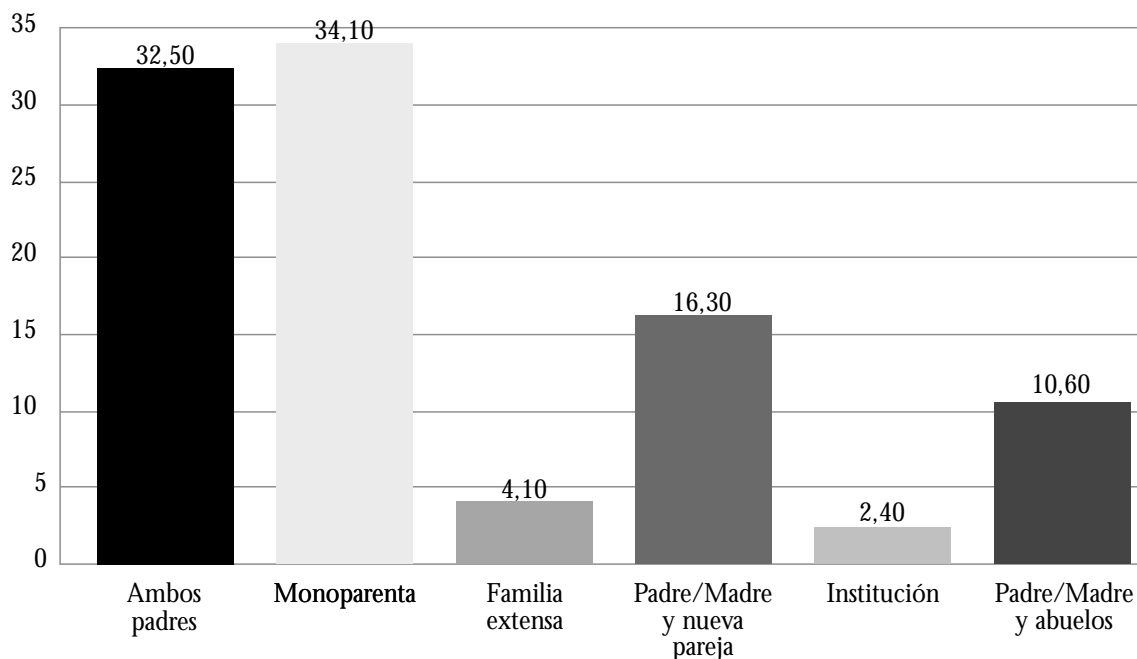
Se ha realizado un estudio descriptivo de la muestra y para ello se confeccionó un cuestionario.

Los datos se han analizado según el paquete estadístico SPSS v9.0. Para las tablas de contingencia se ha utilizado la prueba de  $\chi^2$ .

La valoración diagnóstica respecto al duelo que hemos definido es:

- Duelo normal: cuando la sintomatología es característica de un trastorno adaptativo<sup>18</sup>.
- Duelo patológico: cuando hay 2 o más áreas afectadas (familiar, social y/o escolar) y más de 2 síntomas, que comprometen el desarrollo de la personalidad.
- Situación catastrófica: cuando se suceden varias pérdidas precoces y significativas que van generando a su vez otras pérdidas y cambios, que además de impedir la elaboración, generan más vulnerabilidad, (cambios múltiples de cuidadores, alcoholismo en la madre...)

Gráfico 3: Tipo de convivencia



## Resultados

Encontramos que un 21% de todos los casos evaluados están relacionados con situaciones de pérdidas y duelo.

La incidencia en el año 98 es de 2,16 y en el año 99 de 3.

Los resultados obtenidos son los siguientes:  
En cuanto al sexo 51% varones.

Las edades estaban comprendidas entre 2 y 17 años. Un 26% eran hijos únicos, un 46% tenían 2 hermanos, un 34% eran los primogénitos.

Un 18% tenía ya historia previa en el centro.

En un 47% se constataron antecedentes psiquiátricos familiares, (21% el padre y 14% la madre).

El motivo de consulta fue 10% por muerte de familiar directo, 40% separación o divorcio, un 7,3 % cambio de casa, ciudad o colegio, en un 27% se producían 2 cambios o más simultáneos y 12% otros (tabla I).

El tiempo transcurrido entre el conflicto y la consulta era de dos años y tres meses de media, reduciéndose mucho cuando ya había historia previa en el centro.

En cuanto a los síntomas, solo un 16% manifiesta claramente síntomas depresivos. Un 31% trastornos de conducta un 15% síntomas de ansiedad, un 14% alteraciones corporales y somatizaciones y un 20% fracaso en el rendimiento escolar (tabla II).

**Tabla 1: Motivo de la consulta**

Muerte familiar directo	9,7
Muerte familiar en 1º grado	3,2
Separación padres	39,5
Cambio casa/colegio/ciudad	7,3
Dos o más cambios	27,4
Otros	12,9

El 32% de los niños vivían con ambos padres. Un 33% familia monoparental, un 4,1 con familia extensa, un 16% convivía con padre/madre y nueva pareja, un 2,4% en institución y un 10% padre/madre y abuelos (tabla III).

Un 75% estaban escolarizados en el curso correspondiente a su edad y un 20% retrasados un año.

De los casos de separación o divorcio, el contacto con el padre discontinuo (con el que no se convive) es irregular en un 21%, concertado legalmente en un 16%, inexistente en un 13% y en un 4% constante.

Las intervenciones terapéuticas realizadas han sido entrevistas solo con padres en un 17% de los casos, entrevistas solo con niños en un 5,6% e intervenciones con ambos en un 71%. Un 6,5 no acude a la primera entrevista (tabla IV).

En cuanto a la valoración del duelo, un 50% duelo normal, 28% duelo patológico, 5% situación catastrófica y 16 % sin especificar (tabla V).

La situación asistencial en la que quedan los casos es: fin de estudio un 8%, fin de tratamien-

**Tabla 2: Síntomas**

Alteración conducta	31,5
Trastorno depresivo	15,7
Trastorno por ansiedad	15,2
Alteraciones corporales	14
Alteración rendimiento escolar	20,2
Alteración socialización	3,4

**Tabla 3: Tipo de convivencia**

Ambos padres	32,5
Monoparental	34,1
Familia extensa	4,1
Padre/Madre y nueva pareja	16,3
Institución	2,4
Padre/Madre y abuelos	10,6

**Tabla 4: Intervenciones terapéuticas realizadas**

Entrevistas sólo padres	16,9%
Entrevistas sólo niños	5,6%
Ambas	71%
No acuden a la 1ª Entrevista	6,5%

**Tabla 5: Valoración diagnóstica del duelo**

Duelo normal	50%
Duelo patológico	28,2%
Situación catastrófica	4,8%
Sin especificar	16,9%

**Tabla 6: Síntomas depresivos y sexo**

	Sínt Depresivos	Otros síntomas
Mujeres	25,4	74,6
Hombres	10,9	89,1

**Distribución de la muestra (N=124)**

Varones	51,6% (64)
Primogénito	34,4% (42)
Historia previa en el centro	18,5% (23)
Antecedentes familiares psiquiátricos	47,8% (54)

to un 35%, abandono un 43% y continúan en tratamiento un 12%.

La media de asistencias totales por caso es de  $7 \pm 7,7$  y un seguimiento de  $5 \pm 5,2$  meses.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre síntomas y sexo apareciendo los síntomas depresivos más en niñas. (tabla VI).

Las niñas presentan más síntomas por somatización y los varones más alteraciones de conducta y fracaso escolar. No hay diferencias de sexo en cuanto a síntomas de ansiedad.

Nos encontramos con una correlación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre duelo patológico y antecedentes psiquiátricos en padres.

## Discusión

La incidencia de esta problemática va en aumento, 2,16 en el año 98 a 3 en el año 99.

La distribución por sexos es similar a la que corresponde en población infantil que consulta en salud mental, siendo mayor el porcentaje de varones en estas edades.

Ya nos encontramos con más familias de hijos únicos que de 3 hermanos.

Las separaciones o divorcio son los motivos por los que más consultan (40%), no tanto porque esta situación genere patología en los niños, sino por las dificultades que tienen los padres para resolverlo.

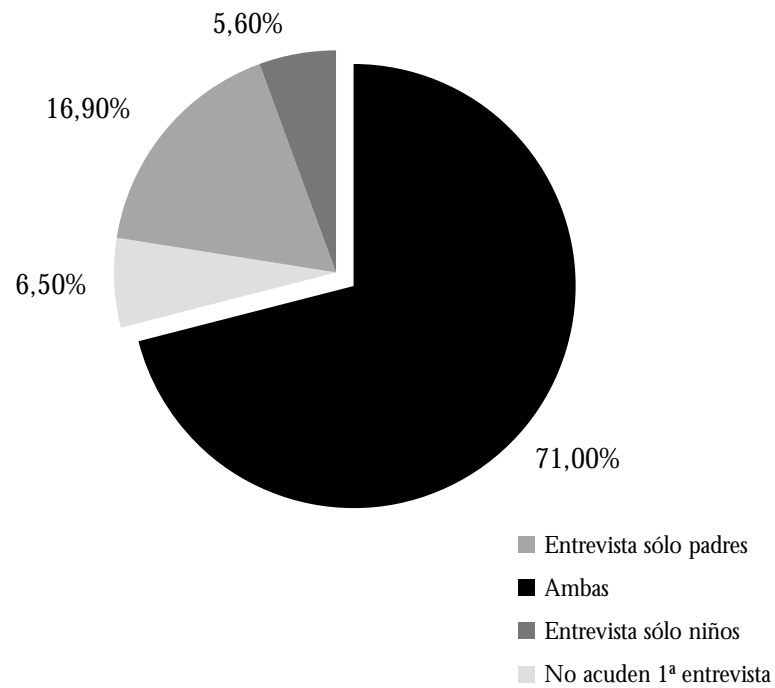
Nuestro estudio confirma que el duelo se tramita no tanto desde la sintomatología depresiva observable (16%), sino con alteraciones de conducta, (31%) y fracaso en el rendimiento escolar (20%), ya que éstas últimas son la forma en la que se expresan los episodios depresivos en los niños.

Siguiendo a F. Dolto<sup>19,20</sup>, el sujeto se va formando con la presencia de dos seres estructurantes, cuando uno se va la situación cambia. El niño también se identifica con la casa y si tiene que abandonarla se producen dos niveles de desestructuración. Es importante mantener la escuela, está contraindicado que en caso de separaciones los niños cambien de escuela, pues a su vez se les genera un empobrecimiento social<sup>17</sup>.

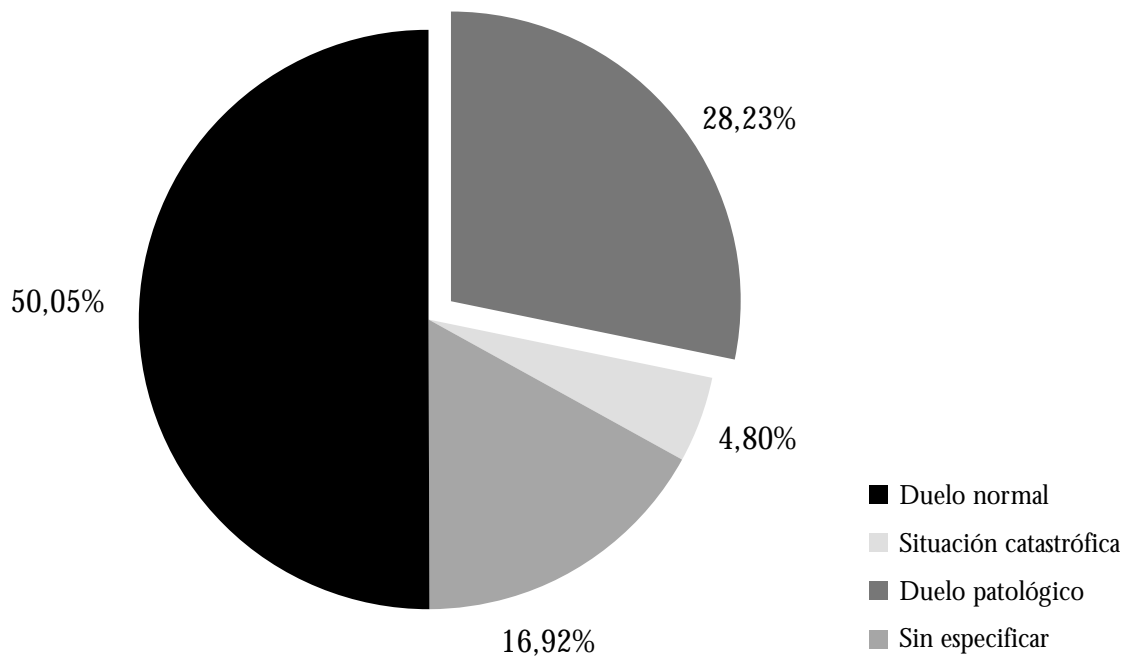
En nuestro trabajo hemos encontrado un alto porcentaje entre los niños que desarrollan duelo patológico y separación de los padres.

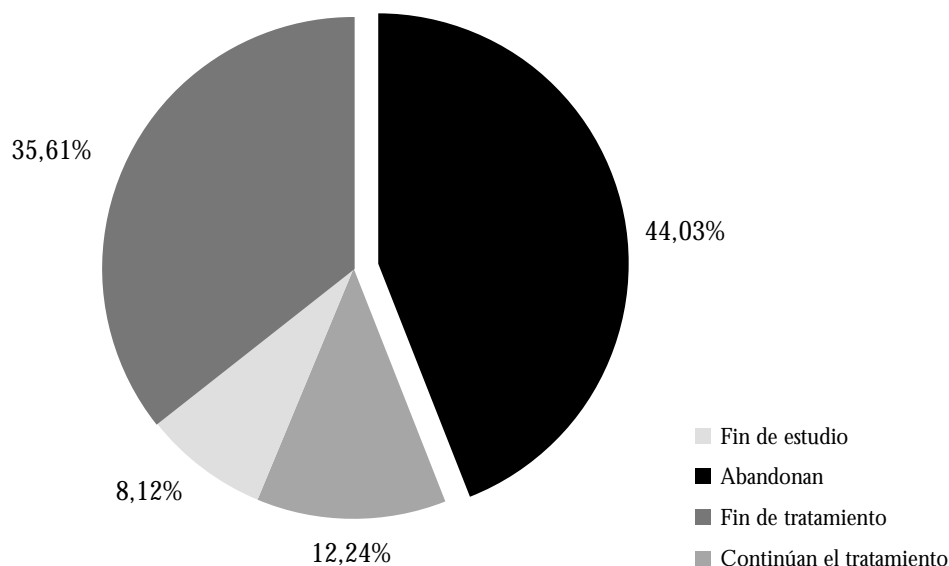
Un 50% de las situaciones catastróficas se producen cuando ocurren dos cambios o más (cuidadores, vivienda, colegio...), por institu-

**Gráfico 4: Intervenciones terapéuticas realizadas**



**Gráfico 5: Valoración diagnóstica del duelo**



**Gráfico 6: Situación asistencial**

cionalización, alcoholismo de la madre, enfermedad grave en padres.

Aparecen más síntomas de ansiedad ante enfermedad grave de padres, somatizaciones y síntomas depresivos ante la muerte de familiar directo, coincidiendo con K. Siegel que refiere que el período terminal de la enfermedad es más estresante que la pérdida<sup>12</sup>.

Un 50% de los padres separados tenían antecedentes psiquiátricos, siendo esta circunstancia la que puede agudizar y cronificar el conflicto, por las dificultades de éstos para manejarse en esas situaciones. Por eso damos mucha importancia a la consulta con padres (88% de las intervenciones) a la hora de abordar el trabajo con los niños, ayudándoles a éstos también a elaborar su nueva situación y pidiéndoles su participación para mantener contactos sociales y las actividades que se llevaban a cabo hasta ese momento<sup>4,14</sup>.

Nos parece reseñable el alto porcentaje (33%) de familias monoparentales, siendo en la Co-

munidad de Madrid un 9%, circunstancia por la que consultan para que una tercera persona les ayude a organizarse en esa diada y reconstruir la identidad de cada miembro del triángulo<sup>21</sup>.

Un 10% vive con padre/madre y abuelos, convivencia susceptible de generar dificultades, pues el padre que se va a vivir con sus propios padres hace una regresión, se hermana con sus propios hijos y bloquea el desarrollo de éstos<sup>19</sup>.

El objetivo terapéutico con menores en situaciones de pérdidas o duelo, cuando éstos lo requieran, es ayudarles a expresar las manifestaciones depresivas (culpa y agresividad) y a mantener las relaciones sociales y actividades que venían realizando<sup>11, 12</sup>. Estas intervenciones se pueden realizar a nivel individual o grupal<sup>23</sup>.

El médico de familia puede ayudar a expresar emociones (tristeza, rabia, culpa), hablar y entender a cerca de las cuestiones sobre la muerte, apoyar a los familiares supervivientes y ayudar a mantener los hábitos cotidianos<sup>4,11</sup>.

No hemos incluido enfermedad grave en hermano, ni enfermedad crónica en padres (alcoholismo en padre, esclerosis múltiple, epilepsia, intentos autolíticos en padres, psicosis), cambio a instituto, ni cambio de colegio, salvo cuando todas estas situaciones estaban asociadas a otro duelo, si bien McGregor, dice que la pérdida de la salud psíquica tanto en padres como en hijo o hermanos genera un proceso de duelo<sup>24</sup>.

Para concluir, es importante atender situaciones de pérdida y duelo cuando hay antecedentes psiquiátricos en padres, situaciones vitales estresantes asociadas o ha habido pérdidas anteriores importantes.

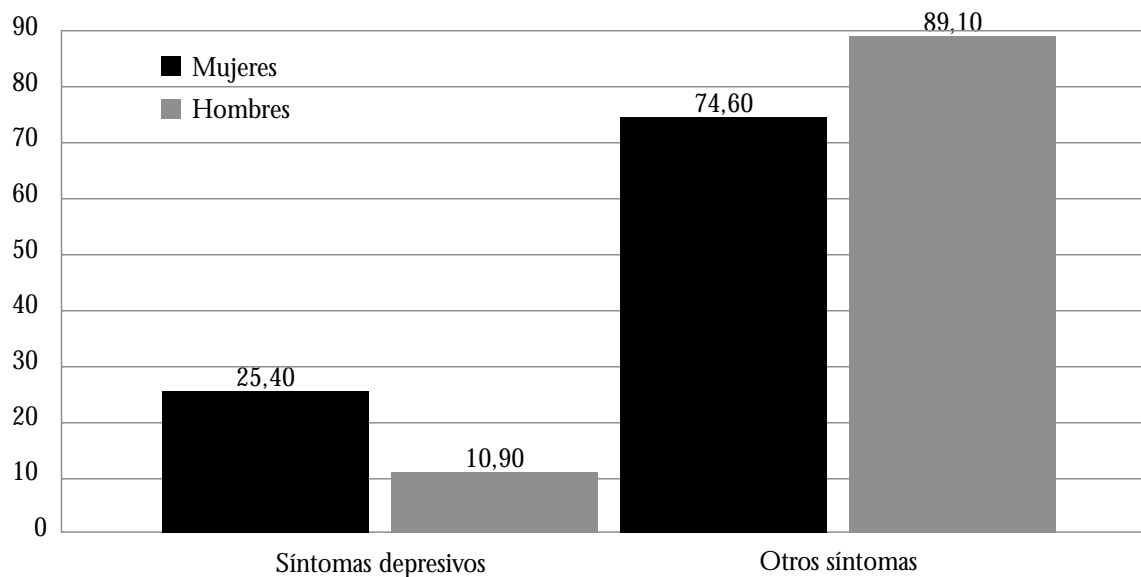
En caso de separaciones, intentar los menos cambios posibles, mantener y estimular el con-

tacto con el padre discontinuo, ya que las separaciones prolongadas de uno de los progenitores crea consecuencias negativas más que el fallecimiento en sí. Sólo un 16% de las separaciones se regulan legalmente, y cuando el deber de paternidad no se cumple, se gesta la desvalorización del sentido de responsabilidad, por lo que habría que favorecer como prevención, que las separaciones estén legalizadas o en proceso, y en todo caso, que se cumpla el convenio regulador.

**Correspondencia:**

Carmen Villanueva Suárez  
 C/ Pablo Sorozabal nº 4  
 28980 Parla  
 Madrid.  
 Teléfono: 91-6056903

*Gráfico 7: Síntomas depresivos y sexo*



**Resultados**

Un 50% de los padres separados tenían antecedentes psiquiátricos

Un 48,1% de los pacientes con antecedentes familiares psiquiátricos desarrollaron un duelo patológico

Un 33% eran familias monoparentales

Sólo el 16% de todas las separaciones estaban legalizadas

## Bibliografía

1. Freud. Duelo y melancolía. Obras completas, vol XIV: Buenos Aires: Amorrortu; p. 235-255.
2. Siegel K et al. Psychosocial adjustment of children with a terminally ill parent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(2): 327-33.
3. Grinberg L. Culpa y Depresión. Madrid: Alianza Editorial; 1983.
4. Schultz K. Bereaved children. *Can Fam Physician* 1999; 45.
5. Bowlby J. Processes of mourning. *Int J Psychoanal* 1962; XLVII: 317-341.
6. Bowlby J. La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós; 1993.
7. Bleiberg E. Mood disorders in children and adolescents. *Bull MenningerClin* 1991; 55(2): 182-204.
8. Black D. Coping with loss. Bereavement in childhood. *BMJ* 1998; 316(7135): 931-933.
9. Bowlby J. Attachment and loss. En: Loss, sadness and depression, vol III. London: Hogarth Press; 1980.
10. Parker G. Early environment. En: Paykel ES ed. Handbook of affective disorders. New York: Guilford; 1992.
11. Geis HK, Whittlesey SW, McDonald NB, Smith KL, Pfefferbaum B. Bereavement and loss in childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998; 7(1): 73-85.
12. Siegel K et al. Adjustment of children facing the death of a parent due to cancer. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(4): 442-50.
13. Roberts JE, Gotlib IH. Lifetime episodes of dysphoria: gender early childhood loss and personality. *Br J Clin Psychol* 1997; 36: 195-208.
14. Villanueva C. Duelo en la infancia En: Gamo Medina E, ed. Teoría y clínica del duelo. Ciudad Real: Angama; 1999. p. 101-125.
15. Utrilla M. Separaciones y divorcios, aspectos psicológicos. Jornadas sobre salud mental y ley. Asoc Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental (A.E.N.) 1993: 105-117.
16. Opie ND. Childhood and adolescent bereavement. *Annu Rev Nurs Res* 1992; 10: 127-41.
17. Harrington R, Harrison L. Unproven assumptions about the impact of bereavement on children. *J R Soc Med* 1999; 92(5): 230-3.
18. Steen KE A comprehensive approach to bereavement. *Nurse-Pract* 1998; 23(3): 54-68.
19. Dolto F. Diálogos en Quebec. Sobre la pubertad, adopción y otros temas psicoanalíticos. Buenos Aires: Paidós; 1988.
20. Dolto F. Cuando los padres se separan. Buenos Aires: Paidós; 1989.
21. Fabre N. El triángulo roto. Buenos Aires: Amorrortu; 1973.
22. Stokes J, Wyer S, Crossley D. The challenge of evaluating a child bereavement programme. *Palliative Medicine* 1997; 11(3): 179-190.
23. Beswick G, Bean D. Group work for bereaved children: a team approach. *Nurs Stand* 1996; 10(41): 35-7.
24. MacGregor P. Grief: the unrecognized parental response to mental illness in a child. *Soc Work* 1994; 39(2): 160-6.