

El duelo en el niño

Sabel Gabaldón Fraile

Servicio de Psiquiatría. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

Puntos clave

- El duelo es un proceso normal que se define como el conjunto de reacciones emocionales y sociales ante una pérdida (real o simbólica).
- La desproporción de las respuestas emocionales, su ausencia, enclavamiento o cronificación dan lugar a un “duelo patológico”.
- Los niños en duelo no reaccionan como los adultos, tienden a expresar su tristeza más con el cuerpo y el comportamiento que con las palabras, y se manifiestan principalmente en el hogar y el colegio.
- Las respuestas del niño dependen del modo en que la familia y la sociedad presentan la muerte al niño, de la edad y el desarrollo afectivo y de la experiencia personal que el niño pueda tener de la muerte.
- En los niños que han tenido pérdidas importantes en la infancia aparece una mayor vulnerabilidad, con un incremento en la ulterior aparición de trastornos mentales.
- El duelo patológico más propio en la adolescencia es el duelo diferido y/o inhibido.
- Si al niño se le proporciona ayuda, contención y funciones emocionales, podrá realizar un duelo sano o, como mínimo, lo suficientemente adecuado para garantizar su salud mental.
- Es posible preparar anticipadamente la elaboración del duelo, implicando al niño, de manera adecuada, en las ceremonias del funeral.
- La elaboración del duelo está directamente vinculada con los medios de contención emocional y con las capacidades de resiliencia, tanto individuales como sociales.
- Muchas de las dificultades que experimenten los niños y los adolescentes ante la pérdida de un progenitor dependen de la conducta del progenitor sobreviviente con ellos.

Palabras clave: Niño • Duelo • Duelo patológico.

Duelo es un término que etimológicamente proviene del latín *dōlus* (dolor) y tiene diversas acepciones según el diccionario de la RAE¹: 1. Dolor, lástima, aflicción o sentimiento. 2. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. 3. Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a los funerales. 4. Fatiga, trabajo.

Aunque culturalmente, en nuestra sociedad, el duelo suele referirse a un conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo estaba vinculado², se considera también como duelo la reacción emocional ante una pérdida real o simbólica, como pueden ser abstracciones (libertad, dignidad, honor, patria, etc.) o los procesos que se ponen en marcha ante la frustración.

En este trabajo se aborda exclusivamente el duelo en el niño desde la perspectiva más generalizada de entenderlo

como la suma de procesos emocionales, psicosociales y sociales, puestos en marcha ante la pérdida de un ser querido. Aunque requerirían consideración otros 2 aspectos referidos al duelo en la infancia, como son el niño como sujeto en duelo ante la perspectiva de su propia muerte y el duelo de los padres ante la muerte de un hijo, todos ellos fundamentales para entender las vicisitudes y los movimientos emocionales en torno al duelo en el niño.

La elaboración conceptual de la muerte

El concepto de muerte es abstracto y complejo, de ahí que la forma de elaborarlo dependa básicamente del modo en que la familia y la sociedad presentan la muerte al niño, de las modalidades afectivas del niño (propias de su desarrollo y su

edad) y de la experiencia personal que el niño pueda tener de la muerte³.

Para comprender las actitudes, las modificaciones afectivas y las redistribuciones defensivas que, en el seno de la familia y en el propio niño, la idea de la muerte suscita, es necesario recordar y reconstruir, aunque sea de modo breve, las relaciones conscientes e inconscientes que todos los niños mantienen con la muerte:

– Desde el nacimiento hasta los 18 meses, el niño carece de una noción del tiempo que le permita conceptualizar la muerte. La muerte es equiparable a la ausencia. Vida y muerte son indisolubles de la presencia y la ausencia.

– Entre los 18 meses y los 5 años, en la etapa preescolar, el concepto de tiempo está asociado a eventos concretos. El niño comienza a diferenciar ayer, hoy y mañana y la muerte se asocia a la inmovilidad, al sueño, y es un fenómeno reversible. La muerte también se asocia a la violencia o accidentes. Aunque en estas edades la repercusión conductual del duelo no sea tan florida como en niños mayores, sufren un impacto emocional ante la pérdida de un ser querido (sobre todo de la madre o el padre) verdaderamente grande, y con efectos profundos y duraderos⁴.

– Suele ser entre los 5 y los 10 años cuando toma forma en el niño lo que se ha convenido en denominar el concepto de muerte. En un primer momento, todo aquello que se mueve o es capaz de cumplir determinadas funciones como la alimentación está vivo, y lo inmóvil o lo insensible se integran dentro de la muerte.

– Es alrededor de los 9-10 años cuando se adquiere el concepto de muerte como un fenómeno universal, irreversible y permanente⁵. El niño adquiere la idea de la muerte de un modo próximo al del adulto, y en estas edades aparecen el temor a la propia muerte y a la muerte de los padres. La muerte aparece en el niño en su dimensión de necesidad interna, como una ley inscrita en el orden biológico y vital, como un momento necesario del desarrollo temporal, y de esta forma queda relacionada con la vejez⁶.

– El carácter inexorable de la muerte, su carácter de proceso que no perdona a nadie, ni siquiera a los niños, es la noción más difícil y que más tarda en integrarse al universo conceptual del niño, y aparece durante la adolescencia. Es importante añadir que las vivencias y experiencias propias y de la familia modulan tanto la vivencia de la muerte como el impacto de la angustia ante ella⁷.

Características del duelo en los niños

El niño, tanto por su dependencia del entorno como por ser una persona en desarrollo y con una mayor fragilidad de sus defensas, manifiesta una mayor vulnerabilidad ante cual-

quier tipo de pérdida. Mientras la mayor parte de los adultos aprendió que puede sobrevivir sin la presencia más o menos continuada de una figura de apego, los niños no tienen esa experiencia⁸.

Los niños no sólo experimentan procesos de duelo con las características diferenciales del adulto, sino que les afectan más y pueden crear vulnerabilidades posteriores, que se expresan como trastornos psicopatológicos.

En trabajos retrospectivos se ha valorado los siguientes factores de riesgo psicopatológico relacionados con el duelo en la infancia²:

1. Muerte de la madre, en especial antes de los 11 años.
2. Muerte de un hermano en la infancia.
3. Muerte de un familiar allegado que convivía con el niño.
4. Abandono por parte de uno u ambos progenitores
5. Separaciones prolongadas, sobre todo por parte de la madre.

En la tabla 1 se describen los factores de riesgo asociados a los padres y al propio niño (tabla 2) que pueden favorecer trastornos emocionales o duelos patológicos.

TABLA 1. Factores de riesgo asociados a los padres

Padres adolescentes e inmaduros
Padres con problemas de personalidad o enfermedad mental
Hábitos tóxicos
Patrones de conducta marginal y/o problemas con la justicia
Trastornos de la estructura o de la relación familiar o social
Padres con disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales
Condiciones de vida desfavorables
Familias monoparentales o sin apoyo familiar
Padres con poco nivel cultural y/o con desconocimiento del proceso evolutivo del niño y sus necesidades físicas y emocionales
Desadaptación cultural. Aislamiento social

TABLA 2. Factores de riesgo asociados al niño

Enfermedades somáticas de largo curso. Secuelas físicas y sensoriales de enfermedades
Institucionalizaciones u hospitalizaciones prolongadas o repetidas
Ruptura iterativa en los cuidados afectivos
Abandonos parentales o separaciones prolongadas
Maltratos o abusos
Fallecimientos en la familia
Antecedentes de trastornos psicopatológicos

Fases del duelo

Diversos autores –Bowlby⁸, Kübler-Ross⁹ y más recientemente Rando¹⁰– han descrito diversas fases en el proceso normal de duelo. En la tabla 3 se representa las descripciones cruzadas de estos 3 autores sobre las fases del duelo.

Los temores más frecuentes del niño ante la muerte son: “¿yo causé la muerte?”, “¿me pasará esto a mí?” y “¿quién me va a cuidar?”.

Los niños en duelo no reaccionan como los adultos, tienden a expresar su tristeza más con el cuerpo y el comportamiento que con las palabras, y se manifiestan principalmente en el hogar y el colegio.

Durante las semanas que siguen a la muerte, es normal que los niños sientan poca pena o crean que la persona fallecida aún vive. La tendencia natural es que las conductas más llamativas de las primeras 2 fases del duelo (según Rando) y caracterizadas por llantos, ansiedad, irritabilidad, protestas, anhelo, nostalgia, actitudes regresivas, etc., disminuyan en pocas semanas. Si la persona fallecida era esencial para la estabilidad del mundo del niño, la ira es una reacción natural y esperada que puede expresarse a través del juego desordenado, pesadillas, irritabilidad o reacciones violentas hacia otros miembros sobrevivientes de la familia. Otra reacción que se presenta en los niños es la culpabilidad, creer que son causantes de lo sucedido.

Los componentes afectivos de la tercera fase del proceso de duelo suelen ser llamativos y más duraderos. La tristeza, la pena y la desesperanza duran varios meses, aunque afloran al exterior de manera ocasional. No hay que caer en el error de definir situaciones de un proceso normal de duelo como un trastorno adaptativo¹¹, o como un trastorno por estrés postraumático¹¹; estos 3 cuadros (duelo, trastorno adaptativo y trastorno por estrés postraumático) no han sido suficientemente delimitados² entre sí en las clasificaciones DSM IV y las derivadas de ella. Para el DSM IV-TR¹¹, el duelo como reacción ante la pérdida de un allegado, y siempre que no esté complicado, merecería una atención aparte, como “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” (Z63.4-V62.82).

Los niños pueden mostrar una gran alteración emocional y síntomas hasta 2 años después de la pérdida¹². Hasta el 40% de los niños en duelo presentan trastornos un año después de la pérdida. El 37% de los niños prepúberes seguidos un año después de la pérdida de un progenitor cumplían los criterios de un trastorno depresivo mayor¹². Las tareas de la tercera y la cuarta fases del duelo suelen necesitar de mucha más ayuda externa que en el caso de los adultos. En la tabla 4 se hace mención a las manifestaciones más comunes del duelo en el niño.

Es importante distinguir el fallecimiento parental que sobreviene en el momento de la adolescencia de aquel que se produce en la infancia. Cuanto más cerca está la muerte del período de la adolescencia, más constituye un traumatismo

TABLA 3. Fases del duelo, según Bowlby, Kübler-Ross y Rando

J. Bowlby	E. Kübler-Ross	T. Rando
Fase de embotamiento de la sensibilidad		
Shock		
Desapego		
Ira		
Fase de incredulidad		
Enojo	Rechazo y negación	Negación
Hiperactividad		
Fases de desorganización y desesperanza y reorganización	Indignación y agresividad Negociación Vacío y depresión	Confrontación
	Compromiso y superación	Acomodación

TABLA 4. Manifestaciones más comunes del duelo en el niño²

Afectivas	Tristeza y aislamiento Ansiedad Irritabilidad y agresividad Disminución de la autoestima Conductas regresivas Hiperactividad
Somáticas	Insomnio Pérdida de apetito Molestias gástricas o abdominales Cefaleas
Alteraciones sociales y educativas	Aislamiento social Desadaptación escolar Rechazo al colegio Disminución del rendimiento escolar
Manifestaciones equivalentes a los adultos	Depresión Distimia Otros trastornos psicopatológicos

psíquico que interfiere con el trabajo del psiquismo habitual. En este caso la tristeza y los síntomas que se le asocian (desinterés, aislamiento, trastornos somáticos diversos, etc.) están frecuentemente en primer plano. Aparecen de manera más acusada los sentimientos de culpabilidad frente al progenitor desaparecido, asociados a reproches por no haber sido suficientemente obediente, por no mostrar su amor, por no escuchar sus consejos, etc. Como réplica, cuanto más pronto aparece la muerte en la infancia, mayor relieve cobra la iden-

TABLA 5. Señales de alarma e indicadores de ayuda en el proceso de duelo en el niño¹⁵

1. Depresión prolongada en la que el niño pierde interés por sus actividades diarias
2. Insomnio, pérdida del apetito o miedo prolongado a estar solo
3. Regresión a comportamientos de un niño menos maduro por un período prolongado
4. Imitación excesiva de la persona fallecida
5. Expresiones repetidas del deseo de unirse al difunto
6. Pérdida de interés por los amigos y el juego
7. Rechazo a asistir al colegio o una disminución del rendimiento escolar

tificación con la persona fallecida, pero en el adolescente las identificaciones se realizan sobre una imagen parental idealizada, inaccesible y nada criticable¹³. Se observan sentimientos de incapacidad de estar a la altura de esa imagen y de desvalorización. La circunstancia de la muerte del progenitor tiene importancia: por ejemplo, se ha observado la frecuencia de ideas de suicidio y de tentativas de suicidio en adolescentes de quienes uno de los padres se ha suicidado¹⁴.

El duelo patológico

Los niños, ante una pérdida, pueden presentar una o más de las señales¹⁵ expuestas en la tabla 5. Estos síntomas de aviso pueden indicar que se necesita ayuda profesional por la complicación del proceso de duelo y la posible aparición de un duelo patológico.

Clásicamente, Bowlby⁸ describía varias formas de expresar el duelo patológico, y que básicamente se expresaban por la prolongación o cronificación de sus manifestaciones o por la intensidad o ausencia de éstas:

1. Duelo crónico o deformado.
2. Duelo ausente, diferido o inhibido.
3. Euforia o episodio maníaco.

Se habla de duelo crónico o depresión crónica cuando persiste más de un año desde la pérdida, y se llama duelo deformado al enclavamiento prolongado en alguna de las fases del duelo anteriormente descritas.

El duelo (aparentemente) ausente, diferido o inhibido es propio, sobre todo, de los adolescentes: se muestran autosuficientes, desdeñan los sentimientos, consideran las lágrimas como signos de debilidad, pero aparecen tensos, irascibles, no hacen la menor referencia a la pérdida, tienen dolores de cabeza, insomnio y sueños desagradables. En este tipo de duelos pueden aparecer factores que precipiten una postración y den lugar a un duelo diferido en el tiempo, como son: un aniversario, otra pérdida de importancia menor, llegar a

la misma edad que tenían el padre o la madre al morir y una pérdida de una persona que es allegada.

Elaboración del duelo

Worden⁵ (1996) describe 4 tareas del duelo en el niño asociadas a las fases del duelo:

1. Aceptar la realidad de la pérdida.
2. Sufrir la pena o los aspectos emocionales de la pérdida.
3. Ajustarse a un ambiente en que el difunto está ausente.
4. Ubicar de nuevo a esta persona dentro de la vida de uno y hallar maneras de conmemorarla.

La elaboración del duelo está directamente vinculada con los medios de contención emocional y con las capacidades de resiliencia, tanto individuales como sociales, entendiéndola como la capacidad de construir en la adversidad y sobrevivir a ella. Si al niño se le proporciona ayuda, contención y funciones emocionales para la elaboración del proceso de duelo, podrá realizar un duelo sano o como mínimo lo suficientemente adecuado para garantizar su salud mental¹⁶.

Para promover un desarrollo emocional y social adecuado, los niños necesitan una experiencia cálida, segura, afectiva, individualizada y continua en los cuidados, con cuidadores que interactúen de manera sensible con ellos y garantizando una convivencia en armonía¹⁷.

¿Cómo ayudar a los niños?

Desde la familia

Cuando muere uno de los padres, casi siempre es el progenitor sobreviviente el que informa a los hijos sobre la muerte. En algunos casos esta información se entrega de forma inmediata, pero en otros (debido a la angustia) llega a postergarse por semanas e incluso meses.

Es aconsejable evitar la “conspiración de silencio” por parte de los adultos, que incrementa en el niño el sentimiento de culpabilidad relacionado con la curiosidad, que vive las tentativas de conocimiento del fallecimiento casi del mismo modo que las prohibiciones sexuales. Del mismo modo debemos evitar las revelaciones brutales del fallecimiento, que constituyen verdaderas actuaciones destinadas a aliviar la propia angustia y que no permiten restablecer con el niño una comunicación impregnada de cierto grado de confianza y de libertad³.

Los padres deben explicar la muerte a los niños en términos sencillos y apropiados a su edad. Los eufemismos vagos pueden confundir y asustar a los niños¹⁸. Se debe evitar el intento de suprimir cualquier expresión emocional (lágrimas o expresiones de pena por parte del niño), ayudándole a co-

TABLA 6. El equipo de atención primaria y el duelo (Tizón, 2004)²

Escucha (y acoge o no) duelos	Acoge
Acompaña duelos	
Diagnostica "duelos patológicos"	Acompaña
Previene "duelos patológicos"	
Comparte ciertos procesos de duelo patológico con el equipo de salud mental	Comparte
Deriva ciertos duelos patológicos al equipo de salud mental	Deriva

municar sus sentimientos con palabras y dando respuestas francas a las preguntas. Se debe ofrecer a los niños la opción de asistir o no al funeral o a otras ceremonias conmemorativas. Si los niños deciden asistir, los padres deben prepararlos de antemano para lo que van a observar y escuchar, incluso la pena que otras personas tal vez expresen. Los padres también pueden ayudar a los niños a hallar maneras de honrar y recordar a la persona fallecida, y tal vez necesiten recordar a los niños que está bien reanudar las actividades diarias normales además de volver a jugar y reírse. En este último sentido se debe facilitar el regreso a la escuela de un niño que está en duelo¹⁹, los maestros deberían hablar con la clase sobre la muerte antes de que el niño vuelva.

Desde los dispositivos de atención primaria

Cada vez es más frecuente la demanda de ayuda médica profesionalizada ante un proceso de duelo, posiblemente debido tanto a la aparente disminución de las capacidades elaborativas, no profesionalizadas, en nuestra sociedad occidental, como a la cada vez menor importancia de la religión y la espiritualidad en nuestra cultura.

Con el duelo y los procesos de duelo, así como en general con los procesos adaptativos, los equipos de atención primaria pueden ser muy importantes en las tareas de prevención². En un comienzo, desde el trabajo de escucha y acogida, posteriormente desde el acompañamiento (diagnosticando y previniendo "duelos patológicos") y finalmente derivando o compartiendo con los equipos de salud mental los procesos de duelo patológico (tabla 6).

Dependiendo de las señales de alarma (tabla 5) como de los factores de riesgo asociados y anteriormente mencionados (tablas 1 y 2), los criterios de actuación desde los dispositivos de atención primaria se recogen en el esquema de la tabla 7.

Hay que considerar que muchas de las dificultades que presentan los niños después de la pérdida de uno de los padres dependen de la conducta del padre sobreviviente con ellos, y por tanto de su propia elaboración del duelo.

Es aconsejable realizar un análisis cuidadoso de la situación, teniendo en cuenta la demanda del niño, su edad, la naturaleza y la intensidad de la angustia, así como el apoyo que recibe de la familia.

TABLA 7. Criterios de actuación en los dispositivos de atención primaria²⁰

Alteración detectada	Procedimiento que debe seguirse
Un factor de riesgo	Seguimiento del niño y la familia Considerar la posibilidad de interconsulta al especialista
Más de 3 factores de riesgo	Cuidado especial del niño y la familia, duplicando las vistas habituales de seguimiento Presentar el caso a la interconsulta con el especialista
Una señal de alarma	Cuidado especial del niño y la familia Presentar el caso a la interconsulta con el especialista
Diversas señales de alarma	Presentar el caso a la interconsulta y/o derivación al especialista
Factores de riesgo y señales de alarma de modo simultáneo	Presentar el caso a la interconsulta y/o derivación al especialista

Bibliografía

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. XXII edición, 2001.
2. Tizón JL. Pérdida, pena, duelo. Barcelona: Paidós; 2004.
3. Gabaldón S. El niño y la muerte: la colaboración del profesional de salud mental en una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. *El Niño*. 1996;2:18-23.
4. Harris M. The lifelong impact of the early death of a mother o father. New York: Dutton; 1995.
5. Worden JW. Children and grief: When a parent dies. New York: Guilford; 1996.
6. Ferrari P. El niño aquejado de enfermedades mortales. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. IV. Madrid: Biblioteca Nueva; 1990.
7. Hanus M, Sourkes BM. Les enfants du deuil. París: Frison-Roche; 1997.
8. Bowlby J. La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós; 1983.
9. Kübler-Ross E. Los niños y la muerte. Barcelona: Luciérnaga; 1992.
10. Rando T. How to go on living when someone you love dies. Lexington: Lexington Books; 1991.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV-TR. Barcelona: Masson; 2003.
12. Weller RA, Weller EF, Fristad MA, Bowes JM. Depression in recently bereaved prepubertal children. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1536-40.
13. Marcelli D, Braconnier A, De Ajuriaguerra J. Manual de psicopatología del adolescente. Barcelona: Masson; 1986.
14. Adam KS. Perte des parents dans l'enfance: idéation suicidaire et comportement suicidaire. L'enfant dans la famille. Vol. 2: L'enfant devant la maladie et la mort. Paris: Masson; 1974. p. 221-4.
15. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Children and grief. Facts for Families Fact Sheet n.º 8, 2004 [en línea]. Disponible en: <http://www.aacap.org/publications/factsfam/grief.htm>
16. Black D. Bereavement in childhood. *BMJ*. 1998;316:931-3.
17. Black D, Urbanwicz MA. Bereaved Children: Family intervention. Recent research in developmental psychopathology. Oxford: Pergamon; 1985. p. 179-87.
18. Shaw H. Children and grief: How parents can help in times in loss. *Parents and Preschooler Newsletter*, 1999;14:1-2.
19. Hogan N. Helping children cope with grief. *Focus on Pre-K & K*. 2002; 15:3-6.
20. Amigó E, Angulo F, Arteman A, et al. Protocol de salut mental infantil y juvenil: Programa de seguiment del nen sa. Barcelona: Departament de Sanitat y Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1999.