



UCA

Universidad
de Cádiz

TRABAJO DE FIN DE GRADO

EL DUELO EN LA INFANCIA:
ELABORACIÓN, INTERVENCIÓN Y RELACIÓN CON LA
DEPRESIÓN.

Autora: Candelaria Gómez de la Calzada Ruiz.

Tutora: Dr. Esperanza Marchena Consejero.

Grado en Psicología. Curso 2014-2015.

Facultad Ciencias de la Educación.

Universidad de Cádiz.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen/Abstract.....	2
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II: DUELO Y DEPRESIÓN INFANTIL.....	4
1. Modelos y teorías.....	4
1.1. Modelo cognitivo comportamental: Teoría cognitiva de Beck y teoría de la indefensión aprendida de Seligman	5
1.2. Modelo comportamental: Teoría socioambiental: Lewinshon.....	6
1.3. Modelos evolutivos: Depresión anaclítica de Spitz y Secuencia conductual de Bowlby.....	6
2. Causas y factores.....	7
3. Características del duelo en niños.....	9
3.1. Elaboración conceptual de la muerte.....	9
3.2. Duelo normal y duelo patológico.....	10
III. INTERVENCIÓN.....	13
1. Consideraciones por edad.....	13
2. Comunicación de la pérdida.....	13
3. Evaluación.....	14
3.1. Indicadores de que el niño necesita ayuda profesional.....	14
3.2. Instrumentos.....	15
4. Abordaje del duelo.....	16
5. Terapias.....	19
5.1. Emocional.....	19
5.2. Conductual.....	21
5.3. Cognitiva.....	22
V. CONCLUSIONES.....	25
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

RESUMEN

De la misma manera en que la muerte se concibe como un proceso natural por el que todos los seres vivos pasan sin excepción, el duelo que se produce por la pérdida también está arraigado a la naturaleza humana. Sin embargo, para un niño puede ser una experiencia confusa y complicada; hasta un 40% pueden padecer un trastorno un año después de la pérdida, por ello la importancia de la prevención y el trabajo psicoterapéutico en estos casos (Guillén, et. al., 2013). La forma de actuar de los que le rodean puede dar lugar a que más que ayudarle le haga más vulnerable. En este trabajo, teniendo como base los modelos y teorías de la depresión relacionadas con las características del duelo en la infancia, se analizan los diferentes abordajes e intervenciones en caso de duelo infantil.

Palabras claves: duelo, infancia, depresión, muerte, abordaje.

ABSTRACT

Just like death is seen as a natural process which all living creatures must go through, mourning from a loss is rooted to human nature. However, it can be a confusing and complex experience for children; up to 40% of them can suffer a disorder a year after the loss, hence the importance of prevention and psychotherapeutic work in this cases (Guillén, et. al., 2013). The way people in their surroundings act might make them more vulnerable rather than help. Bearing in mind depression models and theories related to characteristics of childhood mourning as base, in this work we analyse different approaches and interventions in childhood mourning cases.

Keywords: mourning, childhood, depression, death, approach.

I. INTRODUCCIÓN

La palabra “duelo” proviene del término latino “dolus” que significa “dolor” y es un proceso inevitable por el que pasan todas las personas ante la pérdida, bien sea por muerte, separación, desamor... Y, como su nombre indica, genera un gran padecimiento en la persona. Ante una situación tan difícil de aceptar y de comprender como es la muerte, hay una tendencia de sobreprotección hacia los niños. Bien decía la escritora Edna St. Vincent Millay “La infancia es el reino donde nadie muere”¹, sin embargo, ¿realmente le estamos haciendo un favor a los niños ocultándoles la muerte que se avecina, retrasando la hora de comunicárselo o no permitiéndole participar o asistir a los ritos funerarios?.

Escogí este tema motivada por factores tanto personales como académicos. Quería profundizar en el concepto de duelo, sobretodo en el ámbito infantil por haber pasado más desapercibido durante los cuatro años de grado. Me parece que un acontecimiento de pérdida puede marcar lo suficiente a una persona como para que aparezca sintomatología llamativa y pueda incluso derivar a un trastorno. Este trabajo trata de reflejar de qué manera se conecta el duelo con la depresión en la infancia, analizando cómo el concepto de muerte y la elaboración del duelo pueden influir en el estado anímico del niño gracias a los modelos teóricos de la depresión relacionados con la pérdida.

Se parte del concepto de duelo y los modelos y teorías explicativas, se analizan las características del duelo en los niños y de qué manera los adultos pueden ayudarlo o perjudicarlo durante el proceso, la manera correcta de comunicarle la noticia, el abordaje tanto antes como después del fallecimiento, cómo detectar si el niño necesita atención especializada, así como aquellos instrumentos y técnicas de intervención que el profesional tendrá a su disposición ante un posible duelo patológico. Todo ello con el fin de que pueda ser utilizado tanto por padres, tutores, profesores como profesionales para la intervención y prevención del estado del ánimo del niño ante el duelo, algo crucial para preservar el bienestar en la infancia y reducir futuros problemas.

El rango de edad escogido excluye la adolescencia al considerar que esa fase difiere lo suficiente en cuanto a las características sintomatológicas, la intervención y el nivel evolutivo. Por ello, se considera desde el nacimiento hasta los 12 años, teniendo en cuenta así mismo diferentes periodos en esa etapa de edad seleccionada.

¹Meyer, S. (2008) *Amanecer*. Madrid: Alfaguara.

II. DUELO Y DEPRESIÓN INFANTIL.

1. MODELOS Y TEORÍAS.

Para entender la relación entre el duelo y la depresión infantil, se han escogido tan sólo aquellos modelos teóricos que se relacionan con el sentimiento de pérdida. Antes de analizarlos, se va a definir tanto el concepto de duelo como el de depresión infantil.

El **duelo** responde a un proceso adaptativo por el que pasa el ser humano para asumir la pérdida de *algo*, bien sea un objeto, una persona, una situación... Rachel Naomi Remen lo describió como un proceso que:

“Nos permite sanar, recordar con amor y no con dolor. Es un proceso de clasificación. Una por una, nos desprendemos de las cosas que se han ido y las lloramos. Una por una, tomamos las cosas que han pasado a formar parte de quienes somos y seguimos adelante.”
(Worden, 2013).

Para ello, se pasa por una serie de procesos y sentimientos diferentes según el autor (tabla 1). Sin embargo, un porcentaje de los dolientes no son capaces de elaborar el duelo de forma ordinaria.

Tabla 1

Fases del duelo según Lindemann, Parkes y Bowlby, Engel, Kübler-Ross, Rando, Neimeyer (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008).

Lindemann	1. Conmoción e incredulidad 2. Duelo agudo 3. Resolución
Parkes y Bowlby	1. Aturdimiento 2. Anhelos y búsqueda 3. Desorganización y desesperación 4. Reorganización
Engel	1. Conmoción e incredulidad 2. Desarrollo de la conciencia 3. Restitución 4. Resolviendo la pérdida 5. Idealización 6. Resolución
Kübler-Ross	1. Negación 2. Ira 3. Negociación 4. Depresión 5. Aceptación
Rando	1. Evitativa 2. Confrontación 3. Restablecimiento
Neimeyer	1. Evitación 2. Asimilación 3. Acomodación

Por otro lado, la **depresión infantil** como síndrome se ha visto envuelto en una serie de polémicas y reticencias. El origen de la controversia fue el debate llevado a cabo por Costello (1980) que afirmaba la existencia de la depresión infantil como síndrome y Lefkowitz y Burton (1978) que por el contrario defendía que eran síntomas, no un cuadro psicopatológico en sí mismo (Del Barrio, 1990).

En los sesenta comienzan a identificarse y diagnosticarse las depresiones infantiles gracias al concepto de *depresión enmascarada*, sin embargo, hasta la década de los 70 no se acepta abiertamente la depresión infantil. Aun así, el debate quedó desplazado a otras cuestiones como los criterios (Jiménez Hernández, 1997).

1.1. Modelo cognitivo comportamental.

Beck en 1967 desarrolló la “**Teoría Cognitiva**” basada en que el origen de la depresión está en una disfunción cognitiva dando lugar a una visión negativa del sujeto, el mundo que le rodea y de su futuro (Beck, Rush, Shaw y Emeri, 1979).

Dentro de este modelo hay tres componentes: 1) la tríada cognitiva (visión negativa de sí mismo, del futuro y de las experiencias que le suceden), 2) los esquemas (organización estructural del pensamiento, 3) los errores cognitivos.

Por último, Méndez (2011) señala que hay errores cognitivos que las personas aceptan a pesar de la existencia de firmes bases que los contradicen. Entre ellos, Beck destaca (Jiménez Hernández, 1997):

- Inferencia arbitraria. Adelanta una determinada conclusión en ausencia de evidencia que lo apoye.
- Abstracción selectiva. Evalúa la situación centrándose en detalles, normalmente descontextualizados, ignorando características relevantes de la situación.
- Excesiva generalización. Crea conclusiones en base a un incidente y/o hechos aislados.
- Maximización y minimización de situaciones y acontecimientos.
- Personalización. Atribuirse fenómenos externos sin base alguna.
- Pensamiento absolutista/Dicotómico.

Méndez (2011) defiende la idea de que las experiencias tempranas negativas pueden determinar la manera de pensar del individuo. Por lo que si por ejemplo, un niño se enfrenta a un proceso de duelo, esto originará esquemas cognitivos acerca de la pérdida irreversible. Y en las posibles situaciones futuras –pelea con un amigo– puede desencadenar esquemas cognitivos inadecuados como “*He perdido a mi amigo para siempre*”, “*No soy capaz de tener amigos*”,

“Mis amigos me rechazan”, “Nunca más volveré a tener amigos” y, a su vez, desarrollar síntomas depresivos.

Por otro lado, la **“Teoría de la indefensión aprendida”** (Seligman, 1975) señala la similitud sintomatológica entre depresión e indefensión aprendida. Se entiende por indefensión aprendida el resultado de asociar la respuesta y el refuerzo de manera aleatoria –el refuerzo vendrá dado al azar independientemente de la conducta del sujeto– dando lugar a un déficit tanto del aprendizaje del individuo como motivacional, caracterizado por una gran pasividad (Jiménez Hernández, 1997).

La depresión se desarrolla gracias a un sentimiento de incontrolabilidad de la situación (Seligman, 1975). Si el padre de un niño tiene un cáncer incurable (acontecimiento fuera de control), el niño no se deprimirá hasta que no sea consciente de ello, por lo que, hasta que no se dé la expectativa de incontrolabilidad no se manifestará la conducta depresiva.

Sin embargo, no todos los sujetos con expectativas y situaciones incontrolables desarrollan depresión. La teoría de la atribución ayuda a comprender las diferencias individuales (Méndez, 2011). Abramson, Seligman y Teasdale (1978) diferenciaron tres tipos de atribuciones: personal/universal, global/específica y estable/inestable, caracterizando a los sujetos deprimidos por atribuir el éxito a factores externos, inestables y a situaciones específicas y el fracaso a factores internos, estables y de forma globalizada.

1.2. Modelo comportamental: Teoría socioambiental de Lewinsohn.

Para Lewinsohn (1975), la depresión se traduciría en un déficit conductual producido o bien por falta de refuerzos contingente a la respuesta o a una elevada tasa de castigo (Jiménez Hernández, 1997).

Las razones pueden ser: que el ambiente no esté provisto de suficientes refuerzos, las habilidades del sujeto para obtener el refuerzo son escasas o que los eventos potencialmente reforzadores son escasos, poco variados o de baja intensidad. En general, la disminución significativa del refuerzo suele ser más traumático que el hecho de poseer una tasa baja, es decir, acontecimientos vitales negativos, como la muerte de un ser querido, tienen una alta relación con la depresión (Méndez, 2011).

1.3. Modelos evolutivos: Depresión anaclítica de Spitz y la secuencia conductual de Bowlby.

Los modelos evolutivos han sido los que más estrecha relación han tenido con los procesos de duelo gracias a teorías como el apego, presente en casi todos los modelos. La importancia del apego para el desarrollo del niño y el impacto que puede producir la pérdida de la figura del

progenitor –especialmente la madre– marca el desarrollo evolutivo del niño y facilita la aparición de la depresión.

Spitz desarrolló el concepto de **depresión anaclítica** o modelo de pérdida del objeto junto con Wolf (1946), describiendo la sintomatología de aquellos niños institucionalizados que en su primer año de vida no recibían la atención emocional y afectiva adecuada. A los seis meses comenzaban a mostrar síntomas como: llanto, retraimiento durante 2 o 3 meses, pérdida de peso, insomnio vulnerabilidad de su organismo, retardo en el desarrollo psicológico, rigidez expresiva y contacto humano huidizo. Cuando la privación emocional de los niños era total, la sintomatología se intensificaba, redefiniendo el concepto a lo que Spitz denominó “Hospitalismo” (Rodríguez Sacristán, 2002). Podemos concluir entonces, que la depresión anaclítica se origina por la pérdida de la figura de apego, es decir, por un duelo patológico (Del Barrio, 2012).

Siguiendo con la teoría de que la separación del niño con su madre a edades tempranas genera consecuencias negativas, Bowlby en 1988 desarrolló una **secuencia conductual** o fases por las que pasa el niño durante la separación afectiva (Marcelli, 2006).

- Fase de protesta: ansiedad, gritos, dificultades para dormir.
- Fase de desespero: rehúsa de realizar actividades de la vida diaria (vestirse, comer...), gran inactividad. “Parece sumido en un estado de gran duelo” (p. 338).
- Fase de “desvinculación”: los síntomas de rechazo se reducen. La aparición de la madre no hace reversible el cuadro, incluso podría llegar a no reconocerla o apartarse de ella.

En contraposición, a pesar de que en un primer momento se sostenía una relación inequívoca entre la pérdida y la depresión (Brown, 1961; Brown y Harris, 1978), actualmente se confirma que la causa por la que aparece la depresión no es la pérdida precoz sino la falta de un sustituto adecuado como figura de apego y cuidado del menor (Del Barrio, 2012).

2. CAUSAS Y FACTORES.

Según Jové (2008) los principales factores que influyen en la elaboración del duelo son:

- **La edad del menor.** Las reacciones tanto físicas como emocionales son diferentes según el momento evolutivo en el que se encuentre el menor y esto a su vez influirá en el abordaje del duelo.
- **La importancia del objeto perdido.** “A veces valoramos las situaciones de pérdida infantil por el baremo adulto: no tenemos reparo en decir que su osito preferido se ha perdido, pero le ocultamos que una prima segunda ha muerto, cuando seguramente el duelo será mayor por su osito que por una prima segunda” (p. 257).

- **El duelo no siempre es por muerte.** También los niños pueden experimentar duelo por una separación momentánea de sus padres o por la simple pérdida de un diente.
- **Experiencia de pérdidas anteriores.** Esto es un arma de doble filo, ya que, por un lado, si el niño ha experimentado ya una pérdida por ejemplo, la de una mascota, la experiencia puede ayudarle a la elaboración de un nuevo duelo al estar familiarizado. Sin embargo, si ha sufrido muchas pérdidas sin solucionar puede ser un factor de riesgo importante en la elaboración de duelos futuros.
- **Observación de la elaboración de duelos anteriores en personas próximas.** Para ello, es importante que los adultos no traten de ocultar su dolor al niño, ya que es normal que en un primer momento no sepa cómo actuar, produciéndole ansiedad.
- **El contexto de la pérdida.** El niño reacciona mejor ante pérdidas previstas, fortuitas e incruentas. Siegel (1996) refiere que el periodo terminal de una enfermedad es más estresante que la propia pérdida.
- **La sensibilidad del entorno y de las personas queridas.** Un factor de protección potente es que el niño sienta el afecto y la comprensión de las personas que le rodean.
- **La expresión emocional y cognitiva.** Los adultos pueden ayudarle respondiendo a sus preguntas y permitiéndole que exprese sus sentimientos cuando lo necesite.
- **Las ideas que posee sobre la muerte** (véase apartado 3.1.)
- **Lo que se le dice al menor y cómo se lo decimos.**

A esto hay que sumar las causas por las que puede derivar el duelo a una depresión infantil. El niño durante el duelo puede ser influenciado por diferentes factores, principalmente ambientales, de tipo biológico –una enfermedad que padece la hermana del niño–, psicológico –muerte de alguien cercano– y de tipo social –falta de recursos económicos familiares– y factores personales.

Méndez (2011), señala que la muerte se enmarcaría en los factores de tipo psicológico, aunque previamente podría ser biológico –muerte por enfermedad–. Durante el duelo, las pautas y estilos de crianza pueden verse afectadas desde que el familiar cae enfermo hasta mucho después del fallecimiento. Esto sumado a escasas estrategias de apoyo y ayuda al menor respecto a la situación o el desarrollo de duelo patológico o cualquier otro trastorno por parte de los progenitores puede afectar gravemente al menor.

Las probabilidades de que se produzca un episodio depresivo aumentan si a las circunstancias expuestas anteriormente se le suman los factores personales como: la vulnerabilidad biológica. Es decir, hijos de padres con trastorno depresivo –especialmente la madre– o con antecedentes familiares (op.cit.). Sin embargo, aunque se herede la facilidad o no de padecer depresión, son

necesarias circunstancias estresantes, como la pérdida, para desencadenar la sintomatología (Rodríguez Sacristán, 2002). La vulnerabilidad psicológica no es menos importante, entendiendo que si el niño ha sufrido un episodio previo u otros problemas psicológicos existe un factor de riesgo importante. Por último, la vulnerabilidad social que constituiría la falta de habilidades sociales, agresividad o conducta antisocial, etc. contribuyen a la génesis de la del duelo complicado y la depresión (Méndez, 2011).

3. CARACTERÍSTICAS DEL DUELO EN NIÑOS

Para comprender las características del duelo en niños es importante conocer tanto la elaboración conceptual de la muerte de cada etapa evolutiva como los tipos de duelo que pueden desarrollar.

3.1. Elaboración conceptual de la muerte.

El concepto de muerte depende de factores como la definición que la sociedad y la familia muestre al niño de ella, la etapa evolutiva, la historia familiar, las experiencias personales, la religiosidad, etc. (Gabaldón, 1996) (Tabla 2).

Tabla 2.

Concepto de muerte según la edad (Gabaldón, 2006).

Desde el nacimiento hasta los 18 meses.	El niño aún no presenta un nivel de conocimiento suficiente acerca de la noción del tiempo, por lo que vida y muerte se resumen en presencia y ausencia.
De los 18 meses a los 5 años	El tiempo se ve relacionado con eventos concretos, siendo capaces de diferenciar entre ayer hoy y mañana. En esta etapa, la muerte se relaciona en primer lugar con inmovilidad, sueño y es un fenómeno reversible. Por otro lado, también se asocia a violencia o accidentes. El impacto de la pérdida de un ser querido en esta etapa es más emocional que conductual, sobre todo si dicha pérdida es de alguno de los progenitores, dándose efectos emocionales profundos y duraderos (Harris, 1995).
Entre los 5 y los 10 años.	El concepto de muerte toma forma, definiéndolo como que todo aquello que es capaz de moverse o cumplir determinadas funciones vitales como alimentarse está vivo, mientras que lo inmóvil o insensible estaría muerto.
Alrededor de los 9 y los 10 años.	El concepto de muerte es universal, irreversible y permanente, siendo más parecido al concepto adulto. El niño comienza a temer a la muerte, tanto a la propia como a la ajena. Sin embargo, la asocia más con el orden biológico y vital, es decir, con la vejez (Ferrari, 1990).

3.2. Duelo normal y duelo patológico.

En el duelo normal, como señala Sánchez (2008), existen seis procesos básicos que atraviesa la persona. No siguen un orden lineal, sino circular, con avances y retrocesos en las etapas. Son los siguientes.

1. Reconocer la pérdida. Generalmente, la primera reacción al duelo es la negación. Se tiene la sensación de que la persona realmente no ha fallecido, que es un sueño, está de viaje, etc. No es más que los intentos del cerebro para asimilar la noticia, por lo que las primeras tareas en el duelo se enfocan en la aceptación de la realidad y la comprensión de la pérdida.
2. Expresar el dolor. Una vez que se ha aceptado el hecho de que el ser querido ya no está, es importante que la persona sienta el dolor, lo experimente, lo identifique, lo acepte y lo exprese (las técnicas de proyección, como los dibujos, son muy positivas en esta fase).
3. Recordar a la persona perdida y la relación con ella.
4. Renunciar a los vínculos previos con la persona.
5. Hacer reajustes para moverse adaptativamente dentro de la nueva realidad sin olvidar la anterior.
6. Volver a tener afectivamente nuevas relaciones, personas o actividades, recuperando los intereses, generando nuevos y conectándose con los demás.

Cuando las reacciones emocionales son muy intensas, impidiendo el funcionamiento de la vida diaria (*duelo exagerado*), la reacción a la pérdida es anormalmente larga, durando más de un año (*duelo crónico*) o la sintomatología no aparece hasta pasar bastante tiempo de pérdida, incluso años después (*duelo retrasado o congelado*) se puede hablar de **duelo patológico** (Parkes, 1972; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Worden, 2013; Mouchenizk, Feldman. y Moro, 2014). Afortunadamente, tan sólo un 10-20% de los dolientes lo padecen (Echeburúa y Herrán Boix, 2007). En esta misma línea, Guillén (2013) refiere que hasta el 40% de los niños en duelo pueden desarrollar un trastorno un año después de la pérdida. Villanueva (2000) señala en un estudio con una muestra de 125 casos de un centro de Salud Infante Juvenil relacionados con situaciones de duelo o pérdida, un 28,2% presentaban duelo patológico y un 16% sintomatología depresiva observable. En la tabla 3 se muestran los principales factores de riesgo psicopatológico del duelo infantil

Tabla 3

Factores de riesgo psicopatológico del duelo en la infancia (Tizón, 2004).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">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 y ambos progenitores.5. Separaciones prolongadas, sobre todo por parte de la madre. |
|--|

En el duelo patológico al principio predominan los síntomas físicos, como trastornos del sueño, del apetito, cefaleas, etc. Sin embargo, conforme avanza el tiempo estos pueden pasar a ser de carácter psicológico. Martín (2010) describe la sintomatología como un miedo exagerado a morir también o a sufrir otra pérdida, esperanzas de encuentro y deseos de morir, persistencia en culpar o culparse, euforia, irritabilidad inhabitual contra terceras personas –pudiendo complicarse en forma de aislamiento social–, falta de cuidado personal, etc.

El duelo patológico presenta un problema añadido y es que hasta ahora se ha investigado usando entidades patológicas bien definidas dotadas de medidas estandarizadas como la depresión, la somatización y la ansiedad (Villanueva y García Sanz, 2000; Worden, 2013). Afortunadamente, el DSM 5 (APA, 2014) ha añadido el *Trastorno por duelo persistente* para tratar de cubrir esa necesidad, con criterios para niños tales como:

- A. La muerte experimentada es de alguien cercano al menor
- B. Desde la muerte, al menos uno de los siguientes síntomas está presente la mayor parte del tiempo y con persistencia de más de 6 meses: añoranza persistente, malestar emocional, preocupación en relación al fallecido y las circunstancias de la muerte.
- C. Desde la muerte están presentes 6 síntomas relacionados con el malestar reactivo a la muerte y alteración social/de la identidad, con persistencia de al menos 6 meses.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo en diferentes áreas.
- E. La reacción al duelo es desproporcionada.

¿Cuándo finaliza el duelo? Aunque exista un período de tiempo claro establecido, normalmente oscila entre los seis meses y los dos años (Bowlby, 1980). Worden (2013) señala que hay personas que defienden que nunca se acaba o que vuelve a aparecer, como casos registrados de niños que cumplen la edad en la que alguno de sus padres falleció y vuelven a sentir síntomas de duelo.

La resolución del duelo no es que todo vuelva a ser como antes, sino aprender a vivir con la ausencia del fallecido, dejar de estar anclado al pasado y ser capaz de recordarlo sin sentir

angustia y desesperación, a pesar de que pueda quedar un atisbo de tristeza. Esta idea la define Freud en una carta a un amigo cuyo hijo había fallecido:

“Hallamos un lugar para lo que perdemos. Aunque sabemos que después de la pérdida la fase aguda del duelo se calmará, también sabemos que seguiremos inconsolables y que nunca habrá nada que la sustituya. Sea lo que sea lo que llene el vacío, y aunque lo llene por completo, siempre será otra cosa.” (Freud, 1961, p. 386)

III. INTERVENCIÓN

1. CONSIDERACIONES POR EDAD.

La intervención del duelo en niños es compleja, ya que dependiendo de la etapa evolutiva en la que se encuentre variará el tipo de abordaje escogido. Jové en 2008 realizó la siguiente distinción:

De 0 a 3 años. Es difícil la intervención a estas edades debido a la falta de expresión oral y escrita. Por lo que las técnicas escogidas serían masajes y técnicas de control de la respiración a partir de los 2 años que facilitarán el control de la ansiedad. Por otro lado, la técnica EMDR (desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos) facilita el acceso al sujeto a pesar de su incapacidad de expresión oral y escrita (véase apartado 5.3.)

De 3 a 8 años. Durante este período se suele trabajar técnicas proyectivas, dibujo, canto, explicar historias relacionadas con el suceso, etc., así como técnicas de relajación como la técnica de control de la respiración, visualización, etc. para tratar de controlar el mal comportamiento y la ansiedad. El uso de la técnica EMDR en esta etapa también aporta resultados positivos.

De 9 a 12 años. Las técnicas anteriores resultan útiles para este rango de edad, pero sobretodo se recomendarán aquellas que estén orientadas a la expresión emocional, debido a la dificultad de este período para hablar sobre la dolencia.

2. COMUNICACIÓN DE LA PÉRDIDA.

Uno de los principales problemas que se presentan respecto al duelo y que crea bastante ansiedad a los allegados del menor es el hecho de tener que comunicarle la pérdida. Hay que tener en cuenta que lo más importante de la pérdida es no evitar el dolor, sino tratar de mejorar su nivel de comprensión y el enfoque del problema para así ayudarle a realizar una elaboración adecuada del duelo.

Los pasos para comunicar la mala noticia al menor son (Potch y Herrero, 2003; Jové, 2008):

- 1. Que el menor esté informado cuanto antes de todo lo que sucede.** Posponerlo demasiado puede resultar confuso para el menor al encontrarse en una fase de duelo muy desfasada respecto a la de sus allegados, aumentando la probabilidad de inhibirse emocionalmente, así como de elaborar un duelo complicado. Sólo se podrá posponer –pero no en exceso– en el caso de que la familia sea dada a escenas de gran teatralidad o cuando la muerte haya sido muy violenta.
- 2. La persona que debe dar la mala noticia debe ser alguien cercano al menor** (Shaw, 1999).
- 3. Buscar un lugar que en la medida de lo posible sea tranquilo, íntimo y cree confianza.**

4. El discurso debe ser breve y adaptado al nivel del menor.

- a. *Irreversibilidad.* Cuando nos morimos no volvemos.
- b. *Involuntareidad.* Se ha de explicar que el difunto, aunque la causa de la muerte fuera suicidio, no quería separarse de él y que si hubiera podido elegir se habría quedado a su lado.
- c. *No-funcionalidad.* Hay que recalcarle que el cuerpo cuando muere deja de respirar, de comer, sentir frío...
- d. *Universalidad.* Todos los seres vivos algún día mueren.
- e. *Excepcionalidad.* Lo usual es vivir muchos años. Deben entender “*que si el abuelo se muere, era porque el abuelo era muy viejo o si la tía fallece, es que la enfermedad era muy grave*”, de manera que se disminuya la ansiedad asociada a la propia muerte de forma inmediata.
- f. *Evitar la mentira.*
- g. *Cuidado con las explicaciones religiosas y abstractas.*

5. Dar respuesta a las expresiones emocionales o cognitivas del menor. El menor oscila entre hacer varias preguntas acerca de la mala noticia o estallar emocionalmente. La persona deberá responder con la mayor sinceridad posible a las preguntas, adecuándose al vocabulario del menor y consolar sus emociones sin evitarlas ni suprimirlas.

6. Explicar lo que sucede para tranquilizar al menor. Es importante puntualizarle los pasos que se van a seguir, por ejemplo, en el funeral.

3. EVALUACIÓN.

3.1. Indicadores de que el niño necesita ayuda profesional.

Un menor necesita de ayuda profesional si existen factores de riesgo suficientes y síntomas como para sospechar que su duelo está comenzando a complicarse. Para ello hay que tener en cuenta diferentes factores (Jové, 2008):

Circunstanciales. El niño no posee apoyo emocional durante el duelo, debido a que ninguna persona de su entorno quiere asumir dicha responsabilidad. O bien el menor no pueda estar durante el proceso con sus seres queridos como en circunstancias especiales tales como las catástrofes naturales.

Comportamentales. Muy relacionadas con las fases del duelo. Por ejemplo, si al mes de ocurrir la pérdida no ha expresado nada acerca de esta, ni ha aceptado o asumido que el fallecido ya no está, esto puede ser indicador de que se está retrasando en el proceso de duelo. Aunque no todas las fases ocurren a la vez, ya que ajustarse al ambiente en que la persona no está o poder colocar a esa persona en su vida puede conllevar varios meses.

Sintomatológicos. Aunque algunos síntomas tales como la tristeza, la ansiedad e incluso físicos como perturbaciones del sueño pueden, en cierto grado, estar dentro de la normalidad, hay que estar atento ante nuevos síntomas que se puedan presentar (Tabla 4).

Normalmente, la detección de un duelo patológico se lleva a cabo de dos formas: la búsqueda de la ayuda por el problema en concreto o por algún tipo de problema médico o psicológico, siendo esta última la más frecuente (Lazare, 1979; Villanueva y García Sanz, 2000; Gamo y Pazos, 2009).

Tabla 4.

Señales de alarma e indicadores de ayuda en el proceso de duelo en el niño (Gabaldón, 2006; Jové, 2008)

1. Depresión prolongada en la que el niño pierde interés por sus actividades diarias.
2. Comportarse como si el fallecido siguiera vivo.
3. Evitación de actividades relacionadas (entrar en la casa del fallecido, montarse en un coche si murió en un accidente...)
4. Hipocondría.
5. Deseos de venganza.
6. Revivir y reexperimentar el hecho (sueños, imágenes, recuerdos...)
7. Negación de la pérdida (pasados unos días)
8. Tics.
9. Ideas delirantes.
10. Euforia.
11. Amnesia disociativa.
12. Insomnio, pérdida de apetito o miedo prolongado a estar solo.
13. Regresión a comportamientos de un niño menos maduro por un período prolongado.
14. Imitación excesiva de la persona fallecida.
15. Expresiones repetidas del deseo de unirse al difunto o ideas suicidas.
16. Pérdida de interés por los amigos y el juego.
17. Rechazo a asistir al colegio o a una disminución del rendimiento escolar.

3.2. Instrumentos de Evaluación.

Existen escasos recursos psicométricos especialmente indicados para evaluar el duelo infantil. Es frecuente medir otros constructos relacionados con el duelo como son la depresión y la ansiedad.

Uno de los instrumentos que se utiliza para medir el duelo infantil es el **IDC: Inventario de duelo complicado para niños** de Prigerson (1999). Se compone de 24 ítems, con una escala de respuesta de 1 a 5, donde se realizan preguntas acerca de sus sentimientos, pensamientos y conductas desde la muerte del fallecido y su relación con él y con los demás y una última pregunta donde ha de escribir sobre quién estaba pensando al responder a las preguntas. Si ha sufrido más de una pérdida, se le pedirá que conteste pensando en la que más le afectó.

En cuanto a la depresión infantil, hay numerosos instrumentos por lo que destacamos el **CDI: Inventario de Depresión infantil** (Kovacs y Beck, 1977) y el **CDS: Cuestionario de Depresión para Niños** (Lang y Tisher, 1978). La primera es la prueba más representativa para la depresión infantil, construida a partir del inventario de depresión para adultos de Beck. Está compuesta por 27 ítems con tres alternativas de respuesta. Comprende un rango de edad que va desde 7 hasta 15 años. Por otro lado, el CDS, destinado a menores de 8 a 16 años, consta de seis escalas de depresión y de aspectos positivos repartidas en 66 ítems, con cinco alternativas de respuesta.

Por último, para evaluar la ansiedad en la infancia el **STAIC: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños** de Spielberger (1973), ofrece dos evaluaciones de la ansiedad por medio de 20 ítems cada una: Estado –el niño describe cuál es su nivel de ansiedad en ese momento– y rasgo, –preguntas dirigidas a la propensión a la ansiedad que presenta el niño en general–.

4. ABORDAJE DEL DUELO.

La atención al duelo ha de comenzar una vez que el menor es consciente de la pérdida, independientemente de si se ha producido o no. El principal objetivo del abordaje **antes del fallecimiento** es prevenir la aparición del duelo patológico e intentar que la elaboración del duelo siga su curso normal, siendo lo más adaptativo posible. Para ello, es necesario detectar necesidades, dificultades y preocupaciones, potenciar recursos y evaluar factores de riesgo (Lacasta y Arranz, 2005). Uno de los principales factores a tener en cuenta, es el nivel de conocimiento que el niño presenta sobre la muerte, no sólo el que viene dado por su etapa evolutiva (véase apartado 3.1.), sino también el social, de manera que lo ideal sería prevenir que temas tales como la muerte y la pérdida se conviertan en tabú tanto en el ámbito familiar como escolar (Jové, 2008).




El plan de intervención deberá estar orientado a facilitar la ventilación emocional, eludiendo recuerdos dolorosos (inadecuando control de síntomas), favoreciendo despedidas y reconciliaciones, así como permitiéndole participar en la medida de lo posible en los cuidados de la persona enferma. Hay que tener especial atención a los sentimientos de culpa, detectarlos y tratarlos lo antes posible, además de intentar mantener la normalidad en la medida de lo posible, potenciando los elementos adaptativos (Lacasta y Arranz, 2005).

Tras el fallecimiento, es importante que el adulto sepa cómo comunicarle la noticia al niño (véase apartado 2) así como, que se sienta apoyado. Se aconseja que las personas cercanas compartan la vivencia con él, le sirva de modelo de actuación y no le transmita expectativas y exigencias muy altas en su funcionamiento cotidiano y escolar. Durante el proceso, es

importante que se mantenga contacto con la escuela, informándole de la situación para que actúe en consecuencia y comprenda la conducta del niño (op. cit). La escuela no debe tomar únicamente un papel activo respecto al duelo cuando se produce una pérdida, sino educar en el conocimiento saludable de la muerte desde edades tempranas, realizar proyectos educativos sobre el ciclo vital, el uso de cuentos (Tabla 5), de forma que desarrollen habilidades de afrontamiento hacia este tipo de situaciones.

Figura 1

Cuentos infantiles que tratan sobre la muerte.

	<p>Bowley, T. y Pudalov, N. (2012). <i>Jack y la muerte</i>. Pontevedra: OQC.</p>
	<p>Ramón, E. y Osuna, R. (2004). <i>No es fácil, pequeña ardilla</i>. Pontevedra: Kalandraka.</p>
	<p>Teckentrup, B. (2013). <i>El árbol de los recuerdos</i>. Málaga: Nubeocho.</p>

Durante la intervención se establecen una serie de objetivos (tabla 3) y unas pautas de actuación para que sean solventados, dirigidos tanto a profesionales como familiares.

Tabla 5.

Objetivos de intervención después del fallecimiento (Peña y Montaña, 2002; Jové, 2008).

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Aceptar la pérdida.2. Sentir la pérdida y expresarla emocionalmente.3. Rectificar el concepto de muerte si es necesario.4. Ajustarse al ambiente en que la pérdida ya no está.5. Colocar de nuevo al ser querido en la vida de uno (por recuerdo no traumático y conmemoraciones). |
|---|

En primer lugar, para *aceptar la realidad de la pérdida*, si esta es sabida de antemano – enfermedad terminal–, se pueden avanzar algunos hechos para que el niño vaya siendo consciente de la pérdida que está por llegar. Una vez que se produce el fallecimiento, lo ideal es explicárselo cuanto antes para que la elaboración del duelo no vaya descompensada con la de los adultos y esto pueda inhibirle. De hecho, es conveniente que se le incite a contar la historia de lo que el menor sabe y hablar acerca de la persona que falleció. Los allegados deben estar preparados para responder repetidas veces a las preguntas del niño para asegurarse de que entiende lo sucedido, mostrarle afecto, ya que se siente inseguro más que asumir la pérdida se aferrará a ella y facilitarle la oportunidad de participar en aquellos rituales que desee, como los ritos funerarios o la visita al cementerio.

Para ayudar al niño a *sentir la pérdida y expresarla emocionalmente* se le debe dejar espacio para expresar lo que siente, de manera que pueda sentir que puede llorar sin que se le cohiba con comentarios como “Ya pasó todo, no llores más”. Si se desborda emocionalmente, los allegados pueden ayudarle mediante masajes o control de la respiración. Por otro lado, el apuntarlo a actividades físicas o creativas puede resultar muy beneficioso, ya que el ejercicio físico es buen canalizador de estrés y las actividades artísticas como el dibujo son herramientas para fomentar la expresión de su estado de ánimo y la visión del suceso, este último es recomendado sobre todo para los más pequeños, a los que se les puede animar también a participar en juegos simbólicos.

Para *rectificar el concepto de muerte* es crucial que ni se fomente ni se permita ideas fantasiosas. Hay que tener especial cuidado con las creencias religiosas, ya que lo que les sirve de consuelo a los adultos en el menor puede resultar confuso. Si son muy pequeños, explicar la muerte utilizando ejemplos de elementos de la naturaleza y leerles cuentos sobre el duelo (Mietkiewicz y Schneider, 2015). Es frecuente que aparezcan temores, ya que la muerte es un concepto muy

abstracto y su definición posee connotaciones negativas. Una sugerencia es dejar una grabadora al niño para que grabe sus dudas para posteriormente escucharlas.

Para ajustarse al ambiente en que la pérdida ya no está, en esta etapa es importante que el niño sienta que puede discutir los cambios que se van a producir en la familia o en el entorno como por ejemplo: sugerir donde le gustaría dormir, con quién prefiere vivir, si desea cambiar de habitación, etc. y las personas cercanas al menor han de explicarle de forma concisa aquellas actividades que se van a modificar tras la ausencia de la persona fallecida - “como la abuela ya no está, los domingos comeremos en casa en vez de en la suya como hacíamos antes”. La reorganización de la nueva rutina diaria es más sencilla si se estructura mediante calendario y agenda, aunque para los menores de seis años es mejor hacerlo mediante dibujos.

Por último, *para colocar de nuevo a ese ser querido en la vida de uno, mediante el recuerdo no traumático y las conmemoraciones* se pueden utilizar medios tales como la fotografía, el vídeo, libros o cajitas de recuerdos, ver películas o series que se solían ver con el fallecido, realizar una actividad creativa como un collage o poner la foto de la persona fallecida al lado, hacerle un homenaje personas o una conmemoración en el primer aniversario de la ausencia, etc.

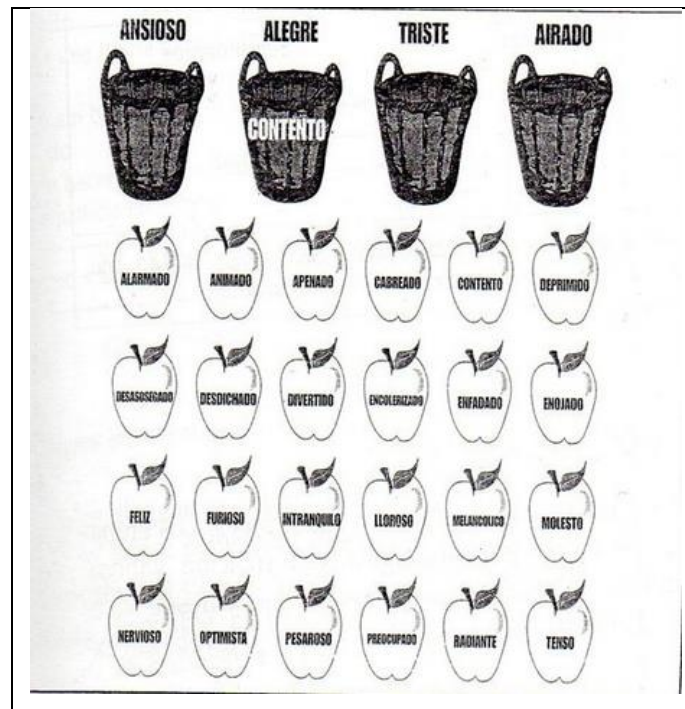
5. TERAPIAS

5.1. Emocional.

La terapia emocional del niño en duelo se centra en que el niño sea capaz de identificar, expresar y evaluar adecuadamente sus emociones. En primer lugar, se empezaría con **educación emocional**, es decir, enseñarle al menor que existen diferentes emociones, tanto negativas como positivas y que dependiendo de la situación se producen unas u otras, de diferente intensidad. Para que sea capaz de detectar las emociones y las situaciones que las originan, se emplea la técnica **Los cestos de manzanas** (Figura 2), que consiste en que el niño sea capaz de clasificar 24 emociones (que serían las manzanas) en cuatro cestos con nombres como: ansioso, alegre, triste y airado, de forma que sea capaz de diferenciar la intensidad de unas emociones y de otras y facilitar la comunicación, ya que el psicólogo conocerá lo que el niño expresa cuando dice que siente una emoción.

Figura 2.

Técnica del cesto de manzanas.



Por otro lado, para tratar el bloqueo de la expresión emocional que sienten muchos niños al comunicar verbalmente lo que sienten a los adultos –Frecuente en procesos de duelo–, se utiliza la técnica **Adivina, adivinanza**. El menor tendrá que comunicar como cree que se sienten otros niños en diferentes situaciones a través de preguntas como: “¿Cómo se siente un niño cualquiera cuando gana una carrera?”. Dichas preguntas incluyen: emociones positivas, negativas, situaciones de la vida real del niño y áreas de funcionamiento infantil, personal, familiar, escolar y social. Por último, el ejercicio de diferentes **Caras** en una cartulina con expresiones de más alegre a más triste es también una buena técnica para que el menor sea capaz de calibrar la intensidad de las emociones (Méndez, 2011).

Como tareas para casa, **La moviola** se utiliza para que analice por sí mismo sus emociones. Se le pide que al final de la jornada repase el día y anote las emociones, recordando la situación que la produjo y el resultado de la visualización mental de la experiencia, que luego será analizado por el psicólogo en consulta. Para aquellos niños que están especialmente bloqueados emocionalmente, los **Reactivos emocionales** puede ayudarles a observar y comunicar los sentimientos, ya que se les incita a sentir artificialmente emociones por medios de tareas estructuradas que facilitan la labor a través de documentos con carga emocional –noticias, relatos sentimentales o su propio diario personal –junto a unos adjetivos que tendrá que seleccionar con un rotulador fosforescente cada vez que el documento le inspire cualquiera de

esas emociones para finalmente subrayar las líneas que originaron los sentimientos (Méndez, 2011). La utilización de **técnicas narrativas** como la carta de despedida también se utiliza para facilitar la expresión emocional (Potch y Herrero, 2003).

En el caso de que el menor presente pesadillas o pensamientos invasivos originados por conductas de evitación cognitiva y bloqueo emocional sobre la pérdida se utilizará la técnica de **lamentación dirigida** (Mawson, Marks, Ramm y Stern, 1981; Sireling, Cohen y Marks, 1988). Se basa en que la presentación repetida de los estímulos dolorosos produce un descenso en la respuesta emocional condicionada (la tristeza), por tanto, el niño repetirá las situaciones hasta que esta disminuya. Algunas de estas situaciones pueden ser *en vivo*, realizando actividades que se realizaban con el fallecido como ir al parque, a casa de unos amigos, etc. o mediante fotografías y recuerdos –sobre todo cuando la inhibición es alta–. (Echeburúa y Corral, 1997; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996).

Todas estas técnicas irán apoyadas de un **Autorregistro emocional** que el niño deberá rellenar cuando sienta una emoción significativa (Méndez, 2011).

5.2. Conductual

El objetivo principal de la terapia conductual es buscar actividades agradables para aumentar el nivel de actividad del niño y mejorar sus relaciones interpersonales. Para ello, en primer lugar se realizaría una selección de actividades agradables mediante entrevistas, observación, autorregistros o menús de actividades agradables -listas ya hechas de diferentes actividades para que el niño escoja entre ellas-. La selección final deberá ser de mínimo 20 actividades divertidas, físicas, sociales y útiles, sin ser excluyentes unas con otras.

Para que realice dichas actividades, el menor debe ser consciente de la importancia de estas y cómo son capaces de elevar el ánimo y mejorar su situación. Para ello, se utiliza un **interrogatorio anímico** donde se explica lo expuesto anteriormente y se comentan tanto cuestiones relevantes, como el tipo de actividad más reforzadora. Para hacer el seguimiento, una alternativa es la técnica **Noche y día**, donde se seleccionan los días con estado de ánimo tanto más alto como más bajo y se analizan en número de actividades agradables, la nota media de satisfacción y el tiempo empleado (Méndez, 2011).

Como se expuso anteriormente, respecto a la muerte de un ser querido es importante que el niño sea capaz de expresar su deseo de participar en los rituales e ir al cementerio. Sin embargo, si las visitas son demasiado frecuentes, se realizará un **programa de interrupción gradual** de las visitas, al igual que si el niño mantiene conductas supersticiosas –como no dejar que nadie se

siente donde se sentaba el fallecido–, ve fotos del fallecido o habla de él continuamente (Echeburúa y Herrán Boix, 2007).

5.3. Cognitiva.

Como vimos en apartado 1, la técnica EMDR es muy positiva en el tratamiento del duelo infantil, además de que se adapta a todas las edades.

El EMDR es un enfoque psicoterapéutico integrador guiado por un modelo de procesamiento de la información desarrollado por Shapiro. Unido al modelo de Procesamiento Acelerado de la Información (PAI) proporciona un marco teórico y los principios de tratamiento (Hensley, 2010).

La base de este modelo es que los acontecimientos traumáticos son la principal causa de las disfunciones presentes del sujeto. Shapiro (2001) distingue dos tipos de traumas: con “T” mayúscula o “grandes traumas” –Abuso sexual, catástrofes naturales, muerte...– y con “t” minúscula o “pequeños traumas” –críticas, insultos...–. Cuando se produce una situación traumática, esta ocasiona una disrupción en el sistema de procesamiento de información, lo que produce que no seamos capaces de procesar ninguna clase de imagen, sonido, pensamiento o sentimiento asociado, trayendo como consecuencia que no se almacene adecuadamente cada vez que se reexperimenta.

Hensley (2010) lo explica comparando el sistema de procesamiento de la información con la respuesta curativa del cuerpo ante las lesiones: de la misma manera que cuando se nos clava una astilla en el dedo el impulso del cuerpo es curarla, cuando algo nos molesta tendemos a dejar de pensar en ello una vez que pasa un periodo de tiempo. Sin embargo ante un trauma, para que el sistema de procesamiento pueda almacenarlo, este se queda “hinchado”, es decir, disfuncionalmente almacenado en el sistema nervioso central. El modelo PAI defiende que las experiencias vitales tempranas originan la base de los problemas vitales posteriores, ya que pueden almacenarse fisiológica y disfuncionalmente en nuestro sistema nervioso si el niño no lo asimila en el momento del suceso. Esto explicaría la aparición de patologías tras una mala elaboración de duelo durante la infancia.

La información de la experiencia se almacena en los canales asociativos de la neurorred de memoria bajo la forma de imágenes (I), creencias (C), emociones o afectos (E) y sensaciones físicas o estímulos sensorio-perceptuales (S). En este proceso, el EMDR trata de localizar la neurorred que contiene la información almacenada disfuncionalmente y reiniciar el proceso mental curativo, de manera que los traumas sean reprocesados. Por tanto, la meta es la eliminación o disminución de las emociones negativas, pero sobretodo el fomentar resoluciones

positivas tales como el reconocimiento de la propia fuerza por haber sobrevivido, la determinación para seguir adelante, cambios cognitivos y la asimilación de la experiencia traumática (Sánchez, 2008). Todo ello se realiza en ocho fases (Tabla 6) y siguiendo un determinado protocolo (Figura 3).

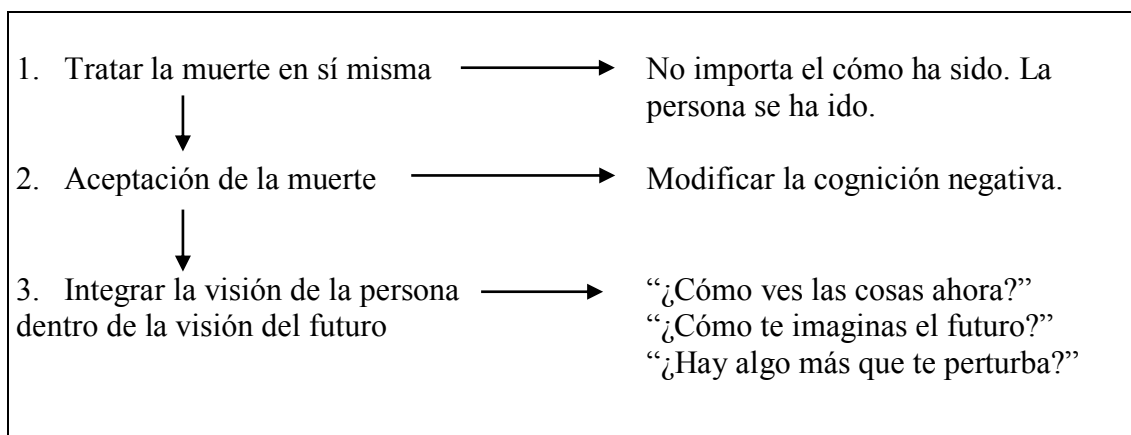
Tabla 6

Las ocho fases del EMDR (Hensley, 2010).

1. Historia del cliente.	Se recoge la historia general del cliente y se elabora el plan de tratamiento.
2. Preparación.	Establece el marco terapéutico y los niveles apropiados de expectación del cliente. La finalidad principal es preparar al cliente para procesar un objetivo perturbador utilizando EMDR.
3. Evaluación.	Consiste en las mediciones y amplificación de los objetivos ya establecidos.
4. Desensibilización.	Los blancos o targets con los que se puede iniciar la desensibilización y el reprocesamiento son: los hechos actuales traumáticos que le recuerdan al duelo, las imágenes intrusivas, pesadillas y/o problemas conectados con la propia responsabilidad, seguridad, mortalidad o pérdidas anteriores no resueltas (Sánchez, 2008).
5. Instalación.	Volver a comprobar la validez de la cognición positiva.
6. Chequeo de sensaciones corporales.	Completar el procesamiento de los elementos residuales asociados con los recuerdos traumáticos vinculando el incidente original y la cognición positiva y comprobando las molestias corporales.
7. Cierre.	
8. Revaluación.	¿Qué ha cambiado y qué queda por hacer?

Figura 3.

Protocolo del EMDR para duelo complicado (Sánchez, 2008).



IV. CONCLUSIONES

A partir de la explicación del origen de la depresión infantil y sus modelos teóricos, se describe los aspectos más representativos del duelo centrados en los modelos evolutivos. Spitz (1946) y Bowlby (1988) justifican la depresión gracias a la ausencia de apego en edades tempranas, tal y como ocurre en el duelo.

Este trabajo puede ser utilizado como guía para familias que pasan por un proceso de duelo y no conocen la manera adecuada de abordar y ayudar a la elaboración del duelo de los más pequeños. También para profesionales que se encuentran con niños con estas características, para la escuela o para todo aquel que sienta curiosidad sobre este tema.

El principal abordaje del duelo en niños es la prevención. Para ello es importante que la familia sepa que ocultar información, restarle importancia a la situación o incapacitar al niño en los rituales del duelo son conductas de sobreprotección que pueden perjudicarlo. De la misma forma, saber la manera adecuada de comunicárselo, manejar la situación con él y saber detectar conductas normales y anormales para conocer la necesidad de ayuda profesional. Por otro lado, la escuela debe ser consciente de que es crucial a la hora de dotar a los niños de factores de protección ante la pérdida, incluyendo en el currículo actividades para comprender la muerte de una forma natural. Destacar que en las escuelas y familias religiosas se ha de tener cuidado con consolar al niño con frases como: “Está en el cielo con Dios”, ya que el pensamiento fantástico de los niños pueden confundirlo pensando en el cielo como un lugar donde puede volver o sintiéndose triste por pensar que prefiere estar con Dios antes de con él, es decir, puede transmitir reversibilidad a la muerte.

Se puede apreciar cómo en general no existe un tratamiento específico para el duelo, sino que las técnicas y los instrumentos de evaluación que se utilizan en su mayoría se componen de herramientas orientadas a tratar la depresión y la ansiedad infantil. Esto refuerza la existencia de una correlación el duelo y los trastornos afectivos.

La intervención escogida es multicomponente: abarca el plano emocional, conductual y cognitivo. El plano emocional es uno de los más importantes, ya que una de las mayores dificultades que presentan los niños ante el duelo es la incapacidad de expresión de sentimientos, pensamientos y emociones. Las técnicas orientadas a proyectar emociones como el dibujo o la música y las que enseñan a diferenciar cada emoción y su intensidad (como el cesto de manzanas) son fundamentales. Es importante que las actividades a realizar en terapia se presenten a modo juego para aumentar la colaboración del niño. Por otro lado, hay que tener una atención especial a aquellos niños que aún no son capaces de comunicar de forma oral y/o

escrita: al entender el duelo como la ausencia de la figura principal de apego, el abordaje se orienta a actividades más físicas como masajes.

Finalmente, destacar que es importante investigar sobre temas en beneficio del bienestar en la infancia, así se les proporcionará estrategias de afrontamiento para crisis y estados naturales que se experimentan a lo largo de la vida tales como la muerte, la pérdida de un trabajo, el desamor, etc. Y así reducir el número de personas que en su infancia o en cualquier otra etapa de la vida desarrollan algún trastorno.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L.Y.; Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- American Psychiatric Association (APA). (2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guildford.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and loss vol 3. Loss, sadness and depression*. Nueva York: Basic Books. [Trad. Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva, tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.]
- Bowley, T. y Pudalov, N. (2012). *Jack y la muerte*. Pontevedra: OQC.
- Brown, G.W. (1961). Depressional childhood bereavement. *Journal of Mental Science*, 107, 754-777.
- Brown, G.W. y Harris T.O. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock Publications.
- Costello, C.G. (1980). Childhood depression: Three basic but questionable assumptions in the Lefkowitz and Burton critique. *Psychological Bulletin*, 87, 185-190.
- Del Barrio, M.V. (1990). Familia y depresión infantil. En E. Domènech y A. Polaino (Eds.), *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.
- Del Barrio, M.V. (2012): Trastornos depresivos. En R. González Barrón (cord.) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3, 249-264.
- Echeburúa, E., & Herrán Boix, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33 (147), 31-50.

- Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Fernando-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la pena mórbida en un caso de ruptura de pareja. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 61-83.
- Ferrari, P. (1990). *El niño aquejado de enfermedades mortales. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Vol IV*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1961) *Letters of Sigmund Freud*. Nueva York: Basic Books.
- Gabaldón, S. (1996). El niño y la muerte: la colaboración del profesional de salud mental en una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. *El Niño*, 2, 18-23.
- Gabaldón, S. (2006). El duelo en el niño. *Formación Médica continuada en atención primaria* 13, 7, 344-348.
- Gamo, E. y Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXIX, 104, 455-469.
- Gil-Juliá, B.; Bellver, A. y Ballerter, R. (2008) Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.
- Guillén, E.; Gordillo, M.J.; Gordillo, M.D. y Gordillo, T (2013). Crecer con la pérdida: el duelo en la infancia y adolescencia. *INFAD Revista de Psicología*, 1, vol. 2, 493-498.
- Harris, M. (1995). *The lifelong impact of the early death of a mother or father*. Nueva York: Dutton.
- Hensley, B. (2010). *Manual básico de EMDR: desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Jiménez Hernández, M. (1997) *Psicopatología infantil*. Málaga: Aljibe.
- Jové, R. (2008). Niños y adolescentes en duelo. En Nomen, L. (Coord) (2008). *Tratando... El proceso de duelo y de morir*. Madrid: Pirámide.
- Kovacs, M., y Beck, A.T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En Schulterbrandt, J.G., & Raskin, A. (Eds.) (1977). *Depression in children: Diagnosis, treatment, and concept models*. New York: Raven.
- Lacasta Reverte, M.A. y Arranz Carrillo de Albornoz, P. (2005). Anticipación del duelo. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 12 (Extraordin 1), 91-96.

- Lang, M. y Tisher, M. (1978). *Childrens Depression Scale: Research Edition*. Melbourne: The Australian Council for Educational Research Limited.
- Lazare, A. (1979). *Outpatient psychiatry: Diagnostic and treatment*. Baltimore: Williams and Wilkens.
- Lefkowitz M. y Burton N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin*, 85 (4), 716–726
- Lewinsohn, P. (1975). The behavioral study and treatment of depression. En M. Hersen, R.M. Eisler, y P.M. Miller (Eds) *Progress in behavioral modification (Vol. 1)* New York: Academic
- Marcelli, D. (2006). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Martín, M. (2010). *Ganar perdiendo: los procesos de duelo y las experiencias de pérdida: muerte-divorcio-migración*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mawson, D.; Marks, I.M.; Ramm, E. y Stern, R. (1981). Guided mourning grief: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 138, 185-193.
- Méndez, F. X. (2011). *El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Mietkiewicz, M. y Schneider, B. (2015). À la rencontre des arrière-grands-parents dans la littérature jeunesse. *Journal Neurologie Psychiatrie – Gériatrie*, 15 (86), 109-115.
- Mouchenizk, Y.; Feldman, M. y Moro, M.R. (2014) The Jewish Children Hidden in France During the Second World War: A Retrospective Study. *Journal of Loss and Trauma*, 20, 85-94.
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. New York: International University Press.
- Peña L. y Montaña, C. (2002) Manejo del duelo en niños y adolescentes desde el enfoque cognitivo-conductual. En Caballo, V.E. y Simón, M.A. (2002) *Manual de Psicología Clínica Infantil y Adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Potch, C. y Herrero O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo. Reflexiones, testimonios y actividades*. Barcelona: Paidós.
- Prigerson, H.G.; Shear, M.K.; Jacobs, S.C.; Reynolds, C.F.; Maciejewski, P.K.; Davidson, J.R.; Rosenheck, R.; Pilkonis, P.A.; Wortman, C.B.; Williams, J.B.; Widiger, T.A.; Fran, E.; Kupler,

- D.J.; Zisook, S. (1999) Consensus criteria for a traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br. J. Psychiatry*, 174, 67-73.
- Ramón, E. y Osuna, R. (2004). *No es fácil, pequeña ardilla*. Pontevedra: Kalandraka.
- Rodríguez Sacristán, J. (2002). *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide.
- Sánchez, J. (2008). El EMDR en el duelo. En Nomen, L. (Coord) (2008) *Tratando... El proceso de duelo y de morir*. Madrid: Pirámide.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures* (2ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Shaw, H. (1999). Children and grief: How parents can help in times of loss. *Parent and Preschooler Newsletter*, 14(2), 1-2.
- Siegel, K.; Karus, D.; Raveis, V.H. (1996) Adjustment of children facing the death of a parent due to cancer. *Journal American Academic Child Adolescencet Psychiatry*, 35(4), 442-50.
- Sireling, L.; Cogen, D. y Marks, I.M. (1988). Guided mourning for morbid grief: A controlled replication. *Behavior Therapy*, 19, 121-132.
- Spielberger, C.D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spitz, R.A. y Wolf, K.M. (1946). Anaclitic depression: II. An inquiry into the génesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-347.
- Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.
- Teckentrup, B. (2013). *El árbol de los recuerdos*. Málaga: Nubeocho
- Villanueva Suárez, C.; García Sanz, J. (2000) Especificidad del duelo en la infancia. *Psiquiatría Pública*, 12 (3).
- Worden, J.W. (2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

