

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“IMPORTANCIA DE UNA RESOLUCION EFECTIVA  
DEL PROCESO DE DUELO EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR:**

**EDGAR ARNOLDO LIMA AZURDIA**

**PREVIO A OPTAR EL TITULO DE  
PSICÒLOGO**

**EN EL GRADO ACADÈMICO DE**

**LICENCIADO**

**GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2007**

## **CONSEJO DIRECTIVO**

**Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín  
DIRECTORA**

**Licenciado Helvin Velásquez Ramos; M.A.  
SECRETARIO**

**Doctor René Vladimir López Ramírez  
Licenciado Luis Mariàno Codoñer Castillo  
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÀTICOS**

**Licenciada Loris Pérez Singer  
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES  
EGRESADOS**

**Brenda Julissa Chamán Pacay  
Edgard Ramíro Arroyave Sagastume  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES ANTE EL CONSEJO  
DIRECTIVO**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico  
CIEPs.  
Reg. 532-2006  
CODIPs. 1294-2007

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

02 de noviembre de 2007

Estudiante  
Edgar Arnoldo Lima Azurdia  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEGUNDO (2o.) del Acta CINCUENTRA Y NUEVE GUIÓN DOS MIL SIETE (59-2007), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 31 de octubre de 2007, que copiado literalmente dice:

**SEGUNDO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: "**IMPORTANCIA DE UNA RESOLUCIÓN EFECTIVA DEL PROCESO DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**EDGAR ARNOLDO LIMA AZURDIA**

**CARNÉ No.200219119**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Silvia de Beiteton y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciado Helwin Velásquez Ramos; M.A.  
SECRETARIO



r.c.c.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9a. Avenida 9-45, Zona 11, Edificio 7A  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1915 y 1-  
e-mail: usa@psico.usac.edu.gt

REG. 532-2006  
CIEPs. 191-07

### INFORME FINAL

Guatemala, 30 de Octubre de 2007

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informales que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**"IMPORTANCIA DE UNA RESOLUCIÓN EFECTIVA DEL PROCESO DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES"**

**ESTUDIANTE**  
**Edgar Arnoldo Lima Azurdia**

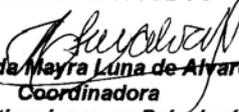
**CARNE No.:**  
**200219119**

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

*Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener*  
**ORDEN DE IMPRESIÓN.**

*Atentamente,*

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
**Licenciada Mayra Luna de Álvarez**  
**Coordinadora**

**Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-**  
**"Mayra Gutiérrez"**



MLdA/ab.  
c.c.archivo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio 707  
TEL. 2385 1910 FAX 2385 1913 E-  
mail: usc@psic@usac.edu.gt

REG. 532-2006  
CIEPs. 192-07

Guatemala, 30 de Octubre de 2007.

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora  
Centro de Investigaciones en Psicología  
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada de Álvarez:

De manera atenta me dirijo a usted para Informarle que he procedido a la  
revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"IMPORTANCIA DE UNA RESOLUCIÓN EFECTIVA DEL PROCESO DE DUELO EN  
NIÑOS Y ADOLESCENTES"**

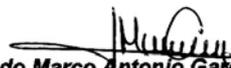
ESTUDIANTE:  
Edgar Arnoldo Lima Azurdía

CARNE No.:  
200219119

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el  
Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito  
continuar con los trámites respectivos.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciado Marco Antonio García Enriquez  
DOCENTE REVISOR



MAGE/ab.  
c.c. archivo

Guatemala 23 de Agosto de 2007

Licda.  
Mayra Luna de Alvarez  
Centro de investigación en Psicología -- CIEPs  
Mayra Gutiérrez  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licda. De Alvarez

Por este medio me dirijo a usted para informarle que he procedido a la asesoría del "INFORME FINAL" titulado:

**"IMPORTANCIA DE UNA RESOLUCION EFECTIVA DEL PROCESO  
DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES"**

Estudiante:	Carné No.
EDGAR ARNOLDO LIMA AZURDIA	2002-19119

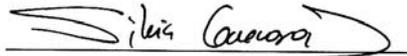
Carrera:

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

El proyecto cumple con los requisitos establecidos y emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito continuar con los tramites respectivos.

Atentamente

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**



**LICDA. SILVIA DE BELTETON  
DOCENTE ASESOR**

*Licda. Silvia G. de Belteón*  
PSICOLOGA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14  
e-mail: usacpsc@usac.edu.gt

REG. 532-06  
CIEPs. 015-07

**DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Guatemala, 26 de marzo de 2007

ESTUDIANTE:

Edgar Arnoldo Lima Azurdia

CARNÉ No.

200219119

Informamos a usted que el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado:

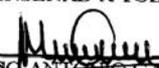
**"IMPORTANCIA DE UNA RESOLUCIÓN EFECTIVA DEL PROCESO DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES"**

ASESORADO POR: Licenciada Silvia de Beltetón

Por considerarse que reúne los requisitos establecidos por este Centro de Investigaciones, lo APROBAMOS, y se le solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

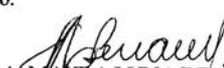
Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
LICENCIADO MARCOS ANTONIO GARCÍA ENRÍQUEZ  
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo.

  
LICDA MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, Coordinadora  
Centro de Investigaciones en Psicología .CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

c.c. archivo CIEPs.

MAGE / edr



## **PADRINOS**

- **ING. JULIO ENRIQUE ARAMIS JOLON MORALES**  
**INGENIERO INDUSTRIAL**  
**COLEGIADO. NO. 5973**  
**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**
  
- **LIC. MONICA LISSETH ARANGO AZURDIA**  
**QUIMICA FARMACEUTICA**  
**COLEGIADO . NO. 2145**  
**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**
  
- **LIC. ANA LUCIA SOTO ANDRADE**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**  
**COLEGIADO . NO. 1208**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

## DEDICATORIAS

### A DIOS

Por darme la vida y recordármela cada segundo de ella, por las cosas buenas y malas que me a brindado, ( que son bastantes de las 2 por cierto) pues creo firmemente que tiene una meta y un sentido lógico para mi vida, como dicen por allí: Dios trabaja de formas misteriosas, que a veces le entiendo y otras tantas no. Gracias ...

### A MI MADRE

Por darme la vida y levantarme todos los días de mi vida y darme esos momentos inolvidables en mi vida, por sus consejos y preocupaciones, por estar allí para mi siempre que la necesitaba, por quererme por quien realmente soy y aguantarme mis malos ratos. Por ser un ejemplo en mi vida, por su gran fuerza interna que me hace verla como uno de mis grandes pilares y ejemplos de vida. Gracias mami te amo ...

### A MI PADRE

Por ser mi heroe, mi ejemplo de vida. Gracias por sus consejos y regaños, su amor incondicional. Gracias por ser un ejemplo en vida de responsabilidad, temperamento y amor a la vez, pues gracias a él forje mi carácter. Te amo papi ...

### A MI HERMANA ( CYNTHIA)

Por quererme muy a su estilo de psicología inversa. Por ser un ejemplo en mi vida de fuerza, carácter, temple, corage y muy especialmente por, mi sobrina-hermana Sophia Valentina quien es siempre la princesa de mis cuentos ... Te amo incondicionalmente ...

#### A MI HERMANOTE ( OMAR )

Gracias por tu sencillez, bondad e inteligencia, por ser mi ejemplo de alegría y nobleza, por aceptarme tal y como soy y por tus consejos en mi vida ... Gracias mar ... Te amo

#### A MI HERMANITA (SOPHIA VALENTINA)

Por ser esa persona tan especial en mi vida y por brindarme esa fuerza para seguir adelante cada día y ser una porque en mi vida. Te amo nena ...

#### A LA FAMILIA SOTO

Gracias a mi tío Roberto por ser como es, pues siempre he dicho que en el mundo hay pocas personas reales y él es una de esas personas y por estar allí siempre. A Roberth y DAVID, y Ana Lucia por darme tantos consejos sabios y acertados, por siempre escucharme y orientarme en la vida, y muy especialmente a mi tía Elsa por ser como una segunda madre para mí, por ser esa persona tan especial, como un ángel en mi vida, que desde ya se ganó el cielo ... Gracias familia ...Los amo ...

#### A LA FAMILIA JOLON (Mis padrinos)

A Ericka de Jolón por ser un ejemplo de inteligencia siendo una de las mujeres más inteligentes que conozco, por su apoyo su sencillez, claridad y fortaleza. Y por supuesto a Julio Jolón por ser simplemente como es por tener ese temple y fortaleza, por ser tan real, comprensivo y comunicativo y por tener esa perspectiva única de la vida y por enseñarme tantas cosas .... Gracias ....

#### A LA FAMILIA ARANGO

A Sheny, Héctor, Omar, y en especial a mi tía Martha y a Mónica por ser un ejemplo de unidad, fuerza, coraje y en sobre todo de amor. Gracias .....

#### A MARIO FIGUEROA JUNIOR

Pos simplemente estar allí cuando lo necesitaba, por su apoyo, su comentarios, su modo de ver la vida, por su comprensión y sus silencios, por darme perspectivas diferentes de la vida, Gracias Mariana ...jaja ....

#### A LA FAMILIA NAJERA

Gracias a Irma, Arturo, Abby, Lucky, Pedro y a Don Juan Ramón Najera, por sus muestras de aprecio hacia mi persona, por aceptarme como otro miembro de la familia, por esos fines de semana inolvidables y por brindarme al amor de mi vida Aida, quien gracias también a ustedes ella es la mujer que es hoy en día de quien estoy completamente enamorado .... Gracias ...

#### A LA FAMILIA FIGUEROA

Gracias a Marvin y el Lic. Mario Figueroa y muy especialmente a la señora Lupita de Figueroa por ser un ejemplo de madre y esposa y por brindarme siempre el cariño de su hogar con los brazos abiertos y sus atenciones ....Muy agradecido ...

#### A LA LICDA. SILVIA DE BELTETON

Por ser la mejor catedrática que halla conocido. Por sus conocimientos, consejos, asesorías, y brindarme experiencias de vida tanto dentro como fuera de su cátedra. Eso no tiene precio .. Gracias infinitas ...

#### AL LIC. MARCO ANTONIO GARCIA ENRIQUEZ

Por ser como es, un persona abierta, profesional y al mismo tiempo con un gran sentido del humor, por sus conversaciones tan puntuales y específicas y sus consejos sabios de vida ... Gracias Lic.

Y por último y no por eso menos importante sino todo lo contrario ...

A AIDA GERALDINA NAJERA GONZALEZ

A mi chaparrita, quien es la luz que ilumina mi vida, mi fuerza, una de las razones más fuertes del por que me levanto cada día, por su inspiración, por sus pensamientos e ideológicas, su sentido de humor y su basta inteligencia por ser la mujer que me enamoró y que siento que la conozco de toda la vida y de hecho así es, o quien sabe si no conocimos en otra vida pero estoy seguro que es mi alma gemela, pues como siempre he dicho, " El alma gemela no es la que es igual a ti, sino la que te complementa". Y gracias a Dios yo ya encontré la mía. Gracias por todo y lo que falta. Te amo mi amor ...

Adicional, quiero agradecer a todos los presentes por su tiempo .....

## INDICE

◆ PROLOGO .....	5
◆ CAPITULO I – INTRODUCCIÓN .....	12
◆ ESQUEMA DEL MARCO TEORICO .....	14
◆ MARCO TEORICO .....	17
1. GUATEMALA .....	17
a. TERRITORIO .....	17
b. EDUCACIÓN Y CULTURA .....	18
c. RELIGIONES Y LENGUAS .....	18
d. ECONOMIA .....	18
e. POBLACIÓN .....	19
f. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN .....	19
2. PERSONALIDAD .....	19
a. HERENCIA Y AMBIENTE – FORMACIÓN Y DESARROLLO .....	20
b. CARÁCTER .....	21
3. DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO .....	22
a. INFANCIA .....	22
b. DESARROLLO INFANTIL .....	22
c. CRECIMIENTO FISICO .....	22
d. ACTIVIDAD MOTORA .....	23
e. DESARROLLO DEL LENGUAJE .....	24
f. DESARROLLO EMOCIONAL .....	25
g. INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE .....	26
h. RELACIONES FAMILIARES .....	27
i. RELACIONES SOCIALES .....	27
j. SOCIALIZACION .....	28

k. ¿HERENCIA O AMBIENTE? .....	29
l. TENDENCIAS ACTUALES .....	30
4. FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD .....	31
5. TEORIAS EVOLUTIVAS O DEL DESARROLLO .....	31
6. DESARROLLO NORMAL DEL ADOLESCENTE .....	33
a. PUBERTAD .....	33
b. ADOLESCENCIA .....	34
c. DESARROLLO FISICO .....	34
d. DESARROLLO INTELECTUAL .....	35
e. DESARROLLO SEXUAL .....	35
f. DESARROLLO EMOCIONAL .....	35
7. LA MUERTE .....	36
8. FISIOLÓGÍA DE MUERTE .....	36
9. DEFICION DE MUERTE .....	37
10. PSICOLOGÍA Y DUELO .....	38
11. LA SIEMPRE PRESENTE MUERTE .....	40
12. EL PEOR DE LOS SECRETOS GUARDADOS .....	40
13. COMPLETAMENTE HONESTOS CON EL NIÑO .....	40
a. CUANDO Y CÓMO DAR LA NOTICIA. EXPLICAR CÓMO OCURRIÓ LA MUERTE .....	41
b. ¿QUÉ PODEMOS DECIRLES SI NOS PREGUNTAN <i>POR QUÉ?</i> .....	41
c. PERMITIR QUE PARTICIPE EN LOS RITOS FUNERARIOS .....	42
d. ANIMARLE A EXPRESAR LO QUE SIENTE .....	43
14. ALGUNAS RESPUESTAS HABITUALES EN LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS .....	43
15. ALGUNAS RESPUESTAS HABITUALES EN LOS NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS .....	45

16.MANTENERSE FÍSICA Y EMOCIONALMENTE CERCA DEL NIÑO	47
17.ESTAR ATENTOS A LA APARICIÓN DE ALGUNOS SIGNOS DE ALERTA	47
A. DE LA TRISTEZA A LA ENFERMEDAD	48
18. DEPRESIÓN	49
A. CONCEPTO DE DEPRESIÓN INFANTIL	49
B. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DEPRESION	50
C. TIPOS DE DEPRESIÓN	52
D. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	56
E. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SOCIALES	57
F. <u>CAUSAS</u>	58
G. <u>ACTITUD ANTE LA DEPRESIÓN</u>	58
H. <u>TRATAMIENTO ANTE LA DEPRESION</u>	59
19. VIVENCIAS DE LA NIÑEZ	59
20. ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA	60
A. FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	60
B. FACTORES DE PRECIPITACIÓN	61
C. CORRELATOS Y FACTORES DE RIESGO	61
21. TRATAMIENTO ANTE EL DUELO	62
A. EL PAPEL DEL ASISTENTE	62
B. PASOS DEL ASISTENTE	63
C. UNA GUÍA PARA PERSONAS QUE TRABAJAN CON NIÑOS	63
D. PARA SER UN BUEN EDUCADOR	64
E. ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA	65
F. EL CIERRE	65
22. AUTOESTIMA	65
A. CONCEPTO DE AUTOESTIMA	65
B. BAJA AUTOESTIMA	67
C. LA FAMILIA	68

D. LA SOCIEDAD .....	69
E. LA ESCUELA .....	69
F. ACTITUDES O POSTURAS HABITUALES QUE INDICAN AUTOESTIMA BAJA .....	70
G. DESARROLLAR UNA BUENA AUTOESTMA .....	70
H. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA POSITIVA .....	71
◆ PREMISAS .....	73
◆ CAPITULO II – TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	76
◆ CAPITULO III – PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	77
◆ CAPITULO IV -- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	80
◆ BIBLIOGRAFIA .....	82
◆ ANEXOS .....	85
◆ RESUMEN .....	87

## PROLOGO

La motivación principal para realizar esta investigación es que el proceso de duelo debe de cerrar su ciclo porque de esta forma el niño o adolescente no desarrollará culpabilidad o traumas en su edad adulta y se debe aumentar la autoestima de la persona ya que ésta es una parte fundamental de toda persona, la persona se tiene que sentir bien con lo que hace y con lo que es, y en la infancia donde se adquiere la base de una autoestima sólida y se construye la personalidad, se aprenden y modifican las conductas que pueden resultar beneficiosas o que perjudiquen la personalidad del niño, porque en el futuro será el reflejo de lo que aprendió en su pasado y de las experiencias vividas de forma satisfactoria o no. Siguiendo este proceso, un proceso de duelo resuelto satisfactoriamente se tendrán a niños y adolescentes con una salud mental aceptable para que estos se desenvuelvan de manera correcta en todas sus actividades y áreas de su vida, tanto física, emocional, intelectual, social e integralmente con lo cual tendremos a futuros ciudadanos productivos y sanos de formas multifacéticas con una buena salud mental.

Según trabajos literarios, los niños tienen conceptos muy definidos acerca de la muerte, que varían con la edad y con la experiencia de pérdida. La investigación de Nagy 1984, declaró que los niños menores de 5 años contemplan la vida en diferentes circunstancias y que la muerte no es permanente. La persona fallecida puede estar en el ataúd pero probablemente esté respirando, pensando y sintiendo. El desarrollo de un sentido abstracto del "para siempre" es difícil de asimilar. El concepto de morir y morir para siempre es difícil de asimilar, la muerte por tanto puede ser percibida como estar dormido de donde se podría despertar nuevamente o como hacer un largo viaje del que no regresaría como se hace de vacaciones. Los niños observan y participan de la muerte continuamente, viviendo en una sociedad con TV., cines, videos, periódicos, los niños pueden ver hasta

13,000 muertes antes de llegar a la pubertad (Gurbitt 1988). Es imposible proteger al niño de estos hechos, el único camino es enseñarle a abordarlos.

Aunque no siempre las expresen, los niños viven emociones intensas tras la pérdida de una persona amada. El amor y la atención es una necesidad importante para todo ser humano. Es básica y efectiva, una contribución esencial al proceso de la vida, es indispensable para el desarrollo normal y sano y tiene valor de supervivencia.

El no tener un proceso de duelo resuelto de forma positiva impide nuestro crecimiento psicológico, y cuando se posee, actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando el duelo no está resuelto es baja la autoestima y disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida. La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad, además es aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o reconstruye por dentro. Esto depende, también, del ambiente familiar, social y educativo en el que estemos y los estímulos que este nos brinda.

Hay pruebas que confirman la noción de que la pérdida por fallecimiento de uno de los padres durante la niñez tiene relación con la depresión en períodos posteriores de la vida. Se ha visto que entre los que padecen depresiones graves existe un alto porcentaje de personas que perdieron a su madre antes de los 11 años, esto hace pensar que la depresión es una reacción al dolor que habiendo estado labrada, estalla bajo el impacto del estrés y las pérdidas durante la vida adulta. Tal efecto no es extensivo a la depresión maniaca. Habiéndose estudiado el tipo de ambiente familiar en la niñez, las relaciones padre – hijo, el número de personas en la familia y el orden de nacimiento del paciente con cambios de humor, y aunque los resultados no sean concluyentes, se han hallado varios

puntos de información interesante, uno de estos es que la familia como grupo arrastra una conciencia de su categoría social, que los padres resaltan la capacidad de adaptarse a los valores de la sociedad y alcanzar una buena posición social. Este tipo de familias suelen aspirar a ascender en la escala social, son muy convencionales y dan menos importancia a la intimidad y a las relaciones interpersonales que a los logros.

No se sabe cuanto tiempo va a durar una depresión referente a un duelo no resuelto, lo mismo dura semanas o años, el objeto es acelerar el proceso natural de recuperación y hacer que la persona pase sin peligro y con el menor perjuicio posible una enfermedad que incapacita en grado sumo. En cuanto a personas deprimidas el saber que con el tiempo se arreglarán las cosas es probablemente el mejor salvavidas. Como suelen poner en duda este hecho irrefutable, necesitan de sus familiares y su médico se lo recuerde continuamente. Antes de administrar pastillas antidepresivas que sufren una ligera fluctuación de ánimo deben medirse las ventajas de aliviar su depresión contra el riesgo de precipitar una euforia. Si la depresión es relativamente moderada y la persona con una comprensión realista de la enfermedad, se siente capaz de afrontarla, se deben evitar las pastillas antidepresivas. En depresiones más graves en las que domina la desesperación y el pesimismo, debe utilizarse la medicación sin titubeos. Un paciente informado capaz de opinar sobre este asunto, puede ser de gran ayuda para el médico a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

“Freud había definido la depresión como una pérdida de la estima del yo. Podemos definir la depresión como un trastorno afectivo, y el niño o adolescente que está en esta situación se siente triste, desganado, descontento de sí mismo y de su entorno y en ocasiones también furioso por todo esto. ”

La influencia que tiene la familia en el niño o adolescente es muy importante, ya que ésta es la que le trasmite o le enseña los primeros y más

importantes valores que llevarán al niño a formar, a raíz de estos, su personalidad y su nivel de autoestima y a sobreponerse a las adversidades de la vida y enfrentarlas de manera correcta. Muchas veces los padres actúan de diferentes maneras, que pueden ser perjudiciales para el niño dejándole marcas difíciles y un continuo dolor oculto que influirá en el desarrollo de su vida; a estos padres se los llama mártires o dictadores y se pueden convertir en potenciales modelos de procesos de duelo no resuelto en los niños y adolescentes los cuales a su vez no resolverán su dolor y no lograrán una realización total de su vida según Abraham Maslow. Pero también están los que le valoran y reconocen sus logros y sus esfuerzos y contribuyen a afianzar la personalidad y superar sus conflictos y con los cuales y al contrario de los anteriores tipos de padres, estos les permitirá gozar de plenitud tanto emocional, física, intelectual, mental, moral, social, personal y como espiritual.

Otro factor importante que influye en la familia, es la comunicación, ya que están estrechamente relacionadas. Según se hayan comunicado nuestros padres con nosotros, esos van a ser los factores que influyan en nuestra personalidad, nuestra conducta, nuestra manera de juzgarnos y de relacionarnos con los demás. Estas experiencias permanecen dentro de nosotros toda la vida. Por eso hay que aprender a reconocerlas y a anular su poder destructivo para que no nos sigan haciendo sufrir, y para no transmitírselas a nuestros hijos. Hay una estrecha relación entre la sociedad, la familia y la persona, ya que la sociedad es la que le presenta a la persona un modelo social con costumbres y con una cultura que a través de la familia son transmitidos al individuo. Pero cuando los integrantes de la misma, tienen asuntos indefinidos en el interior por un pasado doloroso en la infancia o procesos de duelo no resueltos, le transmitirá el mismo dolor y las mismas confusiones a su hijo, causándole problemas de comunicación en el ambiente social. Para poder ayudar a una persona que tiene una pérdida de una persona querida, primero que nada se tiene que concientizar del problema que tiene, y luego se la podrá ayudar llevándolo a un especialista y apoyándolo durante

el tratamiento o el proceso de recuperación. En el caso de los niños, la escuela también cumple un papel muy importante ya que es la que debe tener la estrategia y las formas para ayudar al niño con estos sentimientos tan distorsionados que le ocasionan tantos problemas.

Es importante respetar la personalidad de cada niño, apoyarlos y hacerlos sentir queridos puesto que son el futuro de nuestro país.

Algunos de los aportes y beneficios que esta investigación en la estructuración del Manual o guía de una resolución efectiva de duelo en niños y adolescentes serían:

- Un sentido de eficacia personal (Autoeficacia): Significa confianza en el funcionamiento de nuestra mente, en mi capacidad de pensar, en los procesos por los cuales juzgo, elijo, decido, confianza en mi capacidad de comprender los hechos de la realidad que entran en la esfera de mis intereses y necesidades, confianza cognitiva en mi mismo.
- Un sentido de mérito personal (Autodignidad): quiere decir seguridad en mi valor, una actitud afirmativa hacia mi derecho de vivir y de ser feliz, comodidad al expresar apropiadamente mis pensamientos, deseos y necesidades, sentir que la alegría es mi derecho natural.
- Un rostro, actitud, manera de hablar y de moverse que refleja el placer que sientan al estar vivos.
- Serenidad al hablar de los logros y fracasos directa y honestamente ya que mantenemos una relación amistosa con los hechos.
- Comodidad al dar y recibir cumplidos, expresiones de afecto, aprecio, etc.
- Apertura a las críticas y comodidad para reconocer sus errores porque su autoestima no está atada a una imagen de perfección.
- Armonía entre lo que dicen y hacen, su aspecto y gestos.
- Una actitud abierta y de curiosidad hacia las ideas experiencias y posibilidades de vida nueva.

- Si surgen sentimientos de ansiedad o inseguridad es menos probable que los intimiden o abrumen ya que no suelen ser difíciles de aceptarlos, dominarlos y superarlos.
- Capacidad para gozar los aspectos humorísticos de la vida, en ellos mismos y en los demás.
- Comodidad con una actitud positiva (no beligerante) en ellos mismos y en los demás.
- Capacidad para preservar la armonía y dignidad.
- Encontrar sentido y disfrute a la vida.

La importancia de esta investigación radica en la información que contendrá la misma ya que servirá a la población en general y que haga uso de ésta.

Acompañar a un niño en duelo significa ante todo NO APARTARLE de la realidad que se está viviendo, con el pretexto de ahorrarle sufrimiento. Incluso los niños más pequeños, son sensibles a la reacción y el llanto de los adultos, a los cambios en la rutina de la casa, a la ausencia de contacto físico con la persona fallecida..., es decir, se dan cuenta que algo pasa y les afecta.

Solamente en el caso de muertes repentinas e inesperadas, sería aconsejable (aunque no siempre posible) apartar al niño durante las primeras horas. De esta manera, evitaremos que pueda presenciar escenas desgarradoras de dolor y pérdida de control de los adultos.

Permitirle estar cerca, sentarse a su lado, sostenerlo en brazos, abrazarlo, escucharle, llorar con él...Podemos también dejar que duerma cerca, aunque mejor en distinta cama. Puede ser adecuado también buscar momentos para estar separados: dejarle sólo en su habitación, dejarle salir a jugar con un amigo... Si es necesario, tranquilizarle diciéndole que estaremos ahí por si nos necesita.

El niño intuye enseguida que la muerte va a tener muchas consecuencias en la familia. Es bueno decirle que, aunque estamos muy tristes por lo ocurrido, vamos a seguir ocupándonos de él lo mejor posible. El niño puede temer también ser abandonado por el familiar sobreviviente. Asegurarle que, aunque está muy afectado por la pérdida, se encuentra bien y no le va a pasar lo mismo. Con frecuencia, lo que más ayuda a los niños frente a las pérdidas, es reencontrar el ritmo cotidiano de sus actividades: el colegio, sus amigos, sus juegos familiares, las personas que quiere. También es importante garantizarle el máximo de estabilidad posible. En este sentido no es un buen momento, por ejemplo, para cambiarlo de colegio o para imponerle nuevas exigencias (S. Weis) Asegurarles que vamos a seguir queriendo a la persona fallecida y que nunca la olvidaremos

## **CAPITULO I: INTRODUCCIÓN**

La pérdida de un ser querido y cercano es un hecho trascendental en la vida del ser humano, pero existe una diferencia notable en el hecho de cómo es tratado este proceso de duelo y principalmente en niños y adolescentes y la influencia que tiene este en el desarrollo de su personalidad.

El presente proyecto de investigación está dirigido a realizar una recopilación estructurada la cual contendrá aspectos relacionados a la resolución efectiva en los procesos de duelo en niños y adolescentes para que estos desarrollen sus capacidades, y habilidades y sepan manejar sus emociones, sin culpa, de manera correcta y al mismo tiempo mantengan una buena autoestima.

Al trabajar sobre los procesos de duelo no resuelto en niños y adolescentes y resolverlos efectivamente se logrará desarrollar una personalidad más estable que les permita desenvolverse mejor en su vida diaria, los cuales se podrá evidenciar en una personalidad emocionalmente estable y una salud mental en todos los aspectos o áreas específicas de su vida y un rendimiento a nivel físico, intelectual, emocional y social de manera satisfactoria, lo cual elevará su autoestima.

La investigación se llevó a cabo mediante una recopilación sistemática de los datos referentes a la misma, por otro lado también se realizará una recopilación de opiniones profesionales para sustentarla y enriquecerla de manera profesional.

Es sumamente importante mencionar que dentro de los objetivos globales dentro de la investigación; tanto los generales como los específicos se encuentran:

El brindar información a la población en general para desarrollar personalidades sanas en niños y adolescentes que se encuentren dentro de un proceso de duelo, para que este sea efectivo; el establecer factores generales y específicos que contribuyen a la resolución negativa de la personalidad en niños y adolescentes; también establecer factores generales y específicos que contribuyen a la resolución positiva de la personalidad en niños y adolescentes; establecer características generales y específicas que contribuyen a la resolución negativa de la personalidad en niños y adolescentes; y establecer parámetros para la resolución efectiva del proceso de duelo y desarrollar una personalidad sana en niños y adolescentes.

## ➤ MARCO TEORICO

### ESQUEMA DE MARCO TEORICO

1. GUATEMALA
  - a. TERRITORIO
  - b. EDUCACIÓN Y CULTURA
  - c. RELIGIONES Y LENGUAS
  - d. ECONOMIA
  - e. POBLACIÓN
  - f. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN
2. PERSONALIDAD
  - a. HERENCIA Y AMBIENTE – FORMACIÓN Y DESARROLLO
  - b. CARÁCTER
3. DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO
  - a. INFANCIA
  - b. DESARROLLO INFANTIL
  - c. CRECIMIENTO FISICO
  - d. ACTIVIDAD MOTORA
  - e. DESARROLLO DEL LENGUAJE
  - f. DESARROLLO EMOCIONAL
  - g. INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE
  - h. RELACIONES FAMILIARES
  - i. RELACIONES SOCIALES
  - j. SOCIALIZACION
  - k. ¿HERENCIA O AMBIENTE?
  - l. TENDENCIAS ACTUALES
4. FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD
5. TEORIAS EVOLUTIVAS O DEL DESARROLLO
6. DESARROLLO NORMAL DEL ADOLESCENTE
  - a. PUBERTAD
  - b. ADOLESCENCIA
  - c. DESARROLLO FISICO
  - d. DESARROLLO INTELECTUAL
  - e. DESARROLLO SEXUAL
  - f. DESARROLLO EMOCIONAL

7. LA MUERTE
8. FISIOLÓGIA DE MUERTE
9. DEFICION DE MUERTE
10. PSICOLOGÍA Y DUELO
11. LA SIEMPRE PRESENTE MUERTE
12. EL PEOR DE LOS SECRETOS GUARDADOS
13. COMPLETAMENTE HONESTOS CON EL NIÑO
  - a. CUANDO Y CÓMO DAR LA NOTICIA. EXPLICAR CÓMO OCURRIÓ LA MUERTE
  - b. ¿QUÉ PODEMOS DECIRLES SI NOS PREGUNTAN *POR QUÉ?*
  - c. PERMITIR QUE PARTICIPE EN LOS RITOS FUNERARIOS
  - d. ANIMARLE A EXPRESAR LO QUE SIENTE
14. ALGUNAS RESPUESTAS HABITUALES EN LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS
15. ALGUNAS RESPUESTAS HABITUALES EN LOS NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS
16. MANTENERSE FÍSICA Y EMOCIONALMENTE CERCA DEL NIÑO
17. ESTAR ATENTOS A LA APARICIÓN DE ALGUNOS SIGNOS DE ALERTA
  - A. DE LA TRISTEZA A LA ENFERMEDAD
  - B. CARACTERÍSTICAS DE DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS
18. DEPRESIÓN
  - A. CONCEPTO DE DEPRESIÓN INFANTIL
  - B. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DEPRESION
  - C. TIPOS DE DEPRESIÓN
  - D. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
  - E. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SOCIALES
  - F. CAUSAS
  - G. ACTITUD ANTE LA DEPRESIÓN
  - H. TRATAMIENTO ANTE LA DEPRESION
19. VIVENCIAS DE LA NIÑEZ
  
20. ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA
  - A. FACTORES DE PREDISPOSICIÓN
  - B. FACTORES DE PRECIPITACIÓN
  - C. CORRELATOS Y FACTORES DE RIESGO
21. TRATAMIENTO ANTE EL DUELO
  - A. EL PAPEL DEL ASISTENTE
  - B. PASOS DEL ASISTENTE

- C. UNA GUÍA PARA PERSONAS QUE TRABAJAN CON NIÑOS
- D. PARA SER UN BUEN EDUCADOR
- E. ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA
- F. EL CIERRE

## **22. AUTOESTIMA**

- A. CONCEPTO DE AUTOESTIMA
- B. BAJA AUTOESTIMA
- C. LA FAMILIA
- D. LA SOCIEDAD
- E. LA ESCUELA
- F. ACTITUDES O POSTURAS HABITUALES QUE INDICAN AUTOESTIMA BAJA
- G. DESARROLLAR UNA BUENA AUTOESTIMA
- H. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA POSITIVA

➤ PREMISAS

## MARCO TEORICO

### IMPORTANCIA DE UNA RESOLUCIÓN EFECTIVA DEL PROCESO DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

#### 1. GUATEMALA

Guatemala (república) (nombre oficial, República de Guatemala), república de América Central, limita al oeste y norte con México, al este con Belice y el golfo de Honduras, al sureste con Honduras y El Salvador, y al sur con el océano Pacífico. El país tiene una superficie total de 108.889 km<sup>2</sup>. La capital es la ciudad de Guatemala.

##### A. TERRITORIO

Aproximadamente dos terceras partes del territorio de Guatemala están formadas por montañas, muchas de ellas de origen volcánico. Las tierras altas comprenden dos cordilleras paralelas, la sierra de los Cuchumatanes y el sistema de la sierra Madre, continuación de la cordillera mexicana del mismo nombre, que atraviesa Guatemala de oeste a este y divide al país en dos mesetas de extensión desigual. La vertiente septentrional, la región de El Petén, comprende desde zonas de pastoreo hasta selvas altas (bosques húmedos tropicales) y está poco poblada. En la estrecha vertiente del Pacífico, muy húmeda y fértil en su parte central, se localiza la mayor densidad de población. Una importante cadena de volcanes corre paralela a la costa del Pacífico, aunque la mayor parte permanecen inactivos; no obstante, se han registrado erupciones importantes del Tacaná (3.780 m), en la frontera con México. La cumbre más elevada del país es el volcán Tajumulco (4.220 m); destacan también el Santa María (3.768 m), el Agua (3.776 m), el Fuego (3.835 m), el volcán Atitlán (3.537 m), situado junto al bellissimo lago de su mismo nombre, y el Pacaya (2.552 m), véase Parque nacional Volcán Pacaya. Los terremotos son frecuentes en las cercanías del cinturón volcánico del sur, donde han sido destruidos numerosos poblados. En el litoral atlántico, principal salida comercial en este océano, se encuentra el mayor lago del país, el Izabal. Los ríos de Guatemala de mayor longitud son: Motagua, Usumacinta

(que forma parte de la frontera con México), Polochic, Dulce y Sarstún (Sarstoon), que forma parte de la frontera con Belice.

## B. EDUCACIÓN Y CULTURA

El 79,9% de adultos guatemaltecos estaban alfabetizados en 2001. La educación es gratuita para todos los niveles, pero, debido a la escasez de escuelas públicas, hay muchas instituciones de carácter privado. La educación es obligatoria entre los 7 y los 14 años.

El contraste entre el estilo de vida moderno de la ciudad de Guatemala, capital y centro de la vida cultural del país, y las costumbres y tradiciones de los descendientes del altamente civilizado pueblo maya, dotan al país de una gran diversidad artística y cultural. Guatemala conserva numerosas ruinas de esta civilización, como Tikal, Uaxactún, Quiriguá y Kaminaljuyú. A ello hay que añadir la influencia española, que se manifiesta en la lengua, la religión, el arte y arquitectura. En Antigua Guatemala, la capital durante el periodo colonial, se conservan espléndidos edificios del barroco español, como su magnífica catedral.

## C. RELIGIÓN Y LENGUAS

El catolicismo es la religión que profesa la mayoría de los guatemaltecos; está presente también, de forma minoritaria, la Iglesia protestante, en especial baptista y evangélica. El español es el idioma oficial, aunque se hablan unas 21 lenguas indígenas del tronco maya, principalmente quiché (idioma en el que se escribió el Popol Vuh), mam, cakchiquel (o kakchikel), pokomam y kekchi. En la costa del mar Caribe, la población de origen africano habla la lengua garífuna. *Véase* Lenguas aborígenes de Hispanoamérica.

## D. ECONOMIA

A partir de la II Guerra Mundial, Guatemala se preocupó por expandir su minería e industria, con el fin de romper su excesiva dependencia de la producción de café y banano. En la década de 1970 se llevó a cabo un plan quinquenal de desarrollo con el objetivo de incrementar las exportaciones, conseguir la mayor eficacia en el cobro de

impuestos y utilizar los créditos extranjeros para incrementar la tasa anual de crecimiento económico. En 1985 se impusieron medidas de austeridad dirigidas a contener las importaciones e incrementar la renta pública. En 2000 el producto interior bruto (PIB) era de 18.988 millones de dólares, lo que equivalía a 1.670 dólares de renta per cápita.

#### E. POBLACIÓN

La población de origen maya-quiché representa a cerca del 45% de los habitantes de Guatemala; a continuación los ladinos (mestizos), un 45%, y, por último, blancos de origen europeo, negros y asiáticos, un 10% de la población. El 60% de los habitantes de Guatemala vive en áreas rurales.

#### F. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Guatemala tiene una población (según estimaciones para 2002) de 13.314.079 habitantes, con una densidad de 122 hab/km<sup>2</sup>, aunque la mayoría se concentra en la región montañosa del sur del país. Los grupos indígenas, entre los que destacan los quiché y cakchiqueles, viven en las tierras altas dedicados a la agricultura, la artesanía textil, la ganadería y el comercio local. En la década de 1990 Guatemala alcanzaba la tasa de natalidad más alta de Centroamérica; en 2002 era de 34,17 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

## **2. PERSONALIDAD**

Personalidad, pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijas y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto. La personalidad es el término con el que se suele designar lo que de único, de singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás. El pensamiento, la emoción y el comportamiento por sí solos no constituyen la personalidad de un individuo; ésta se oculta precisamente tras esos elementos. La personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo diversas circunstancias.

Las distintas teorías psicológicas recalcan determinados aspectos concretos de la personalidad y discrepan unas de otras sobre cómo se organiza, se desarrolla y se manifiesta en el comportamiento. Una de las teorías más influyentes es el psicoanálisis, creado por Sigmund Freud, quien sostenía que los procesos del inconsciente dirigen gran parte del comportamiento de las personas. Otra corriente importante es la conductista, representada por psicólogos como el estadounidense B. F. Skinner, quien hace hincapié en el aprendizaje por condicionamiento, que considera el comportamiento humano principalmente determinado por sus consecuencias. Si un comportamiento determinado provoca algo positivo (se refuerza), se repetirá en el futuro; por el contrario, si sus consecuencias son negativas —hay castigo— la probabilidad de repetirse será menor.

#### A. HERENCIA Y AMBIENTE – FORMACIÓN Y DESARROLLO

Herencia y ambiente interactúan para formar la personalidad de cada sujeto. Desde los primeros años, los niños difieren ampliamente unos de otros, tanto por su herencia genética como por variables ambientales dependientes de las condiciones de su vida intrauterina y de su nacimiento. Algunos niños, por ejemplo, son más atentos o más activos que otros, y estas diferencias pueden influir posteriormente en el comportamiento que sus padres adopten con ellos, lo que demuestra cómo las variables congénitas pueden influir en las ambientales. Entre las características de la personalidad que parecen determinadas por la herencia genética, al menos parcialmente, están la inteligencia y el temperamento, así como la predisposición a sufrir algunos tipos de trastornos mentales.

Entre las influencias ambientales, hay que tener en cuenta que no sólo es relevante el hecho en sí, sino también cuándo ocurre, ya que existen periodos críticos en el desarrollo de la personalidad en los que el individuo es más sensible a un tipo determinado de influencia ambiental. Durante uno de estos periodos, por ejemplo, la capacidad de manejar el lenguaje cambia muy rápidamente, mientras que en otros es más fácil desarrollar la capacidad de entender y culpabilizarse.

La mayoría de los expertos cree que las experiencias de un niño en su entorno familiar son cruciales, especialmente la forma en que sean satisfechas sus necesidades básicas

o el modelo de educación que se siga, aspectos que pueden dejar una huella duradera en la personalidad. Se cree, por ejemplo, que el niño al que se le enseña a controlar sus esfínteres demasiado pronto o demasiado rígidamente puede volverse un provocador. Los niños aprenden el comportamiento típico de su sexo por identificación con el progenitor de igual sexo, pero también el comportamiento de los hermanos y/o hermanas, especialmente los de mayor edad, puede influir en su personalidad.

Algunos autores hacen hincapié en el papel que cumplen las tradiciones culturales en el desarrollo de la personalidad. La antropóloga Margaret Mead convivió con dos tribus de Guinea y mostró esta relación cultural al comparar el comportamiento pacífico, cooperativo y amistoso de una, con el hostil y competitivo de la otra, pese a tener ambas las mismas características étnicas y vivir en el mismo lugar.

Aunque tradicionalmente los psicólogos sostienen que los rasgos de la personalidad de un individuo se mantienen estables a lo largo del tiempo, recientemente se cuestionan este enfoque, señalando que los rasgos existían sólo en la óptica del observador, y que en realidad la personalidad de un individuo varía según las distintas situaciones a las que se enfrenta.

## B. CHARACTER

Carácter (psicología), conjunto de reacciones y hábitos de comportamiento que se han adquirido durante la vida y que dan especificidad al modo de ser individual. Junto con el temperamento y las aptitudes configura la personalidad de un individuo. Con esta noción se hace referencia a disposiciones permanentes, profundas y difícilmente modificables. La génesis y estructuración del carácter han sido objeto de diversas investigaciones y propuestas teóricas. Muy conocidas son las de Klages, Lersch, Wellek, Rothacker, Lewin y Freud. Todas ellas tienen en común la idea de que el carácter no se manifiesta de forma total y definitiva en la infancia, sino que pasa por distintas fases hasta alcanzar su completa expresión al final de la **adolescencia**. En cierto modo, y en tanto que aprendido, uno es responsable de su propio carácter; de ahí que el concepto se vea muchas veces teñido de una valoración moral (se ha calificado como bueno o malo) y haya sido objeto de reflexión en la educación.

### **3. DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO**

#### **A. INFANCIA**

Infancia, periodo comprendido entre el momento del nacimiento y los 12 años, aproximadamente. Esta primera etapa de la vida es fundamental en el desarrollo, pues de ella va a depender la evolución posterior, y sus características primordiales serían las físicas, motrices, capacidades lingüísticas y socioafectivas.

#### **B. DESARROLLO INFANTIL**

Los diversos aspectos del desarrollo del niño abarcan el crecimiento físico, los cambios psicológicos y emocionales, y la adaptación social. Muchos determinantes condicionan las pautas de desarrollo y sus diferentes ritmos de implantación.

#### **C. Crecimiento físico**

Por lo general, un recién nacido pesa 3,4 kilos, mide 53 centímetros y presenta un tamaño de cabeza desproporcionadamente mayor que el resto del cuerpo. En los tres primeros años el aumento de peso es muy rápido, después se mantiene relativamente constante hasta la adolescencia, momento en el que se da el 'estirón' final, menor, no obstante, que el de la infancia. Los estudios realizados muestran que la altura y el peso del niño dependen de su salud, disminuyendo durante las enfermedades para acelerarse de nuevo al restablecerse la salud, hasta alcanzar la altura y el peso apropiados.

Durante los primeros 18 meses de vida, un niño en su desarrollo normal incrementa mucho su peso y su altura, comienza la dentición, desarrolla la discriminación sensorial, y comienza a hablar y a caminar. El ritmo de crecimiento es muy intenso durante los 2 primeros años de vida, disminuyendo de forma progresiva y estabilizándose en el periodo comprendido entre los 3 y 6 años.

La agudeza sensorial se desarrolla con rapidez durante los tres primeros meses de vida. Las investigaciones realizadas demuestran que los recién nacidos son capaces de

realizar discriminación visual y auditiva. Dos días después del nacimiento los niños pueden distinguir olores. Reaccionan a los ruidos elevados y, probablemente, poseen el sentido del gusto. En estos tres primeros meses los niños pueden distinguir colores y formas, y pueden mostrar preferencias por estímulos complejos y nuevos, en contraposición a los estímulos sencillos y familiares.

Los recién nacidos realizan movimientos motores, muchos de los cuales son reflejos, como el reflejo de Moro o 'reflejo de abarcamiento', el de succión y el de marcha. La mayoría de estos reflejos desaparecen durante los primeros meses de vida, pero algunos permanecen, como es el caso del reflejo de succión.

#### D. Actividad motora

Entre el nacimiento y los 2 años tienen lugar los cambios más drásticos en este terreno. El niño pasa de los movimientos descoordinados del recién nacido, en el que predomina la actividad refleja, (por ejemplo, el reflejo de prensión, que si se roza provoca el cierre involuntario de los dedos de la mano formando un puño), a la coordinación motora del adulto a través de una serie de pautas de desarrollo complejas. Por ejemplo, el caminar, que suele dominarse entre los 13 y los 15 primeros meses, surge de una secuencia de catorce etapas previas.

La investigación muestra que la velocidad de adquisición de las capacidades motoras es determinada de forma congénita, y que en su aprendizaje no influye la práctica. No obstante, si el sujeto es sometido a restricciones motoras severas, se alterarán tanto la secuencia como la velocidad de este proceso.

Después de adquirir las capacidades motoras básicas, el niño aprende a integrar sus movimientos con otras capacidades perceptivas, especialmente la espacial. Ello es crucial para lograr la coordinación ojo/mano, así como para lograr el alto nivel de destreza que muchas actividades deportivas requieren.

Las etapas principales de la locomoción son: reptar (propulsarse utilizando sólo los brazos), gatear (propulsarse con las manos y las rodillas) y caminar. Un niño anda entre los 13 y los 15 meses de edad de promedio.

En el tercer año de vida, el niño anda con seguridad, puede acelerar o moderar la marcha, cambiar de dirección y detenerse a su voluntad. Sube y baja escaleras apoyado en una mano o bien puede prescindir del apoyo manual.

La preferencia lateral aparece en algunos niños antes de los 2 años; sin embargo, y por lo general, se produce entre los 3 y los 6 años. A los 4 años comienza ya a dibujar letras y números sin un esquema definido. Durante el sexto año, las letras y los números aparecen bien alineados horizontalmente y aunque el tamaño es demasiado grande, conseguirá reducirlo a 6 o 7 mm durante el séptimo año.

#### E. DESARROLLO DEL LENGUAJE

Noam Chomsky Lingüista, escritor, profesor y activista político estadounidense, Noam Chomsky cree que el cerebro humano está especialmente configurado para detectar y reproducir el lenguaje y que la capacidad de formar y entender lenguajes es innata en todos los seres humanos. Según Chomsky, los niños aprenden y aplican las reglas gramaticales y el vocabulario por la mera exposición al habla y sin requerir ninguna enseñanza inicial. Archive Photos

La capacidad para comprender y utilizar el lenguaje es uno de los principales logros de la especie humana. Una característica asombrosa del desarrollo del lenguaje es su velocidad de adquisición: la primera palabra se aprende hacia los 12 meses, y a los 2 años de edad la mayoría de los niños tiene ya un vocabulario de unas 270 palabras, que llegan a las 2.600 a la edad de 6 años. Es casi imposible determinar el número de construcciones posibles dentro del lenguaje individual. No obstante, los niños construyen frases sintácticamente correctas a los 3 años y construcciones verbales muy complejas a los 5 años.

Este extraordinario fenómeno no puede explicarse simplemente desde la teoría del aprendizaje, lo que ha llevado a establecer otras hipótesis. La más destacada es, posiblemente, la del lingüista estadounidense Noam Chomsky, quien planteó que el cerebro humano está especialmente estructurado para comprender y reproducir el lenguaje, por lo que no requiere aprendizaje formal, y se desarrolla al entrar el niño en contacto con él. Aunque los psicolingüistas del desarrollo no están de acuerdo con todos los conceptos de Chomsky, sí aceptan los sistemas lingüísticos mentales especiales. Aún hoy, los teóricos del lenguaje especulan con la relación entre el desarrollo cognitivo y el lenguaje, asumiendo que éste refleja los conceptos del niño y se desarrolla al mismo tiempo que sus conceptos son más profundos.

Los niños con un desarrollo normal poseen sistemas neurológicos que detectan y almacenan sonidos vocales, permiten la reproducción de estos sonidos, y a su debido tiempo permiten el lenguaje. Los niños emiten todos los sonidos vocales conocidos, pero sólo retienen aquéllos que oyen con regularidad. Entre el cuarto y el noveno mes, tienen lugar las etapas de balbuceo. A los 9 meses aparecen las primeras vocales claramente pronunciadas. Los sonidos similares a palabras (primeras consonantes) aparecen hacia los 12 meses y tienen un significado a los 18 meses. Utilizan frases de una y dos palabras para expresar un significado. Las primeras palabras suelen ser nombres de objetos y descripciones de acciones, por ejemplo "papá agua". A partir de los 18 meses de edad la adquisición de un lenguaje complejo es muy rápida. A los 2 años y medio es ya posible para el niño la combinación de 2 palabras. El dominio completo de todos los sonidos simples y sus combinaciones es de esperar que se produzca antes de los 7 años.

#### F. DESARROLLO EMOCIONAL

El vínculo consiste en una unión psicológica entre el niño y la persona que lo cuida, por lo general su madre. El llanto y la risa ponen en contacto a los niños con quienes los cuidan. Este vínculo proporciona una base emocional segura, a partir de la cual se desarrollan las relaciones maduras. Las investigaciones demuestran que un vínculo inadecuado impide el desarrollo social y emocional a lo largo de la vida; por ejemplo, si

un niño es separado de su madre y, tras esa situación no establece un vínculo seguro, se perturbará su desarrollo posterior.

Es probable que sucesos traumáticos que se producen durante la infancia, tales como los abusos físicos o la malnutrición, afecten al desarrollo y al comportamiento de una forma negativa. Experiencias menos extremas también tienen su influencia, pero sus efectos pueden ser temporales y menos llamativos. Se ha demostrado que las primeras experiencias influyen en las actitudes hacia el proceso de aprendizaje, en el concepto que el niño tiene de sí mismo, y en la capacidad para formar y mantener relaciones sociales y emocionales en el futuro.

#### G. INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE

La inteligencia podría definirse como la capacidad para operar eficazmente con conceptos verbales abstractos. Esta definición se refleja en las preguntas de los tests de inteligencia infantiles. Dos de los más conocidos, el Stanford-Binet y el Weschler Intelligence Scale for Children (más conocido por WISC, versión infantil de la WAIS - Weschler Adult Intelligence Scale-, la prueba individual de inteligencia más famosa) se usan tanto para medir el desarrollo intelectual del niño como para predecir sus resultados académicos. Debido a que el aprendizaje escolar depende, al parecer, de la capacidad de razonamiento verbal, el contenido de estos tests es muy apropiado, como demuestra la relación que hay entre los resultados de los tests de inteligencia y el éxito escolar. Sin embargo, las predicciones basadas exclusivamente en los tests de este tipo resultan imperfectas, porque no miden la motivación y el conocimiento sobre las capacidades necesarias para el éxito escolar es incompleto. Por otro lado, se ha cuestionado que los tests de inteligencia sean apropiados para niños de minorías étnicas, que pueden no responder adecuadamente a ciertos ítems debido a diferencias culturales o a la falta de comprensión del lenguaje empleado, más que por una deficiencia intelectual. Por ello, los tests de inteligencia deben interpretarse con sumo cuidado, dentro de un proceso de evaluación psicológica completo y profesional, y nunca de forma aislada, con capacidad explicativa y/o predictiva absoluta.

## H. RELACIONES FAMILIARES

Las actitudes, valores y conducta de los padres influyen sin duda en el desarrollo de los hijos, al igual que las características específicas de éstos influyen en el comportamiento y actitud de los padres.

Numerosas investigaciones han llegado a la conclusión de que el comportamiento y actitudes de los padres hacia los hijos es muy variada, y abarca desde la educación más estricta hasta la extrema permisividad, de la calidez a la hostilidad, o de la implicación ansiosa a la más serena despreocupación. Estas variaciones en las actitudes originan muy distintos tipos de relaciones familiares. La hostilidad paterna o la total permisividad, por ejemplo, suelen relacionarse con niños muy agresivos y rebeldes, mientras que una actitud cálida y restrictiva por parte de los padres suele motivar en los hijos un comportamiento educado y obediente. Los sistemas de castigo también influyen en el comportamiento. Por ejemplo, los padres que abusan del castigo físico tienden a generar hijos que se exceden en el uso de la agresión física, ya que precisamente uno de los modos más frecuentes de adquisición de pautas de comportamiento es por imitación de las pautas paternas (aprendizaje por modelado).

## I. RELACIONES SOCIALES

Niños jugando Los niños juegan en el parque de su escuela. Las escuelas de enseñanza primaria dedican todos los días cierto tiempo a jugar en el patio. Los educadores opinan que jugar es fundamental en todos los aspectos del desarrollo del niño. Corbis/Jeffrey W. Myers

Las relaciones sociales infantiles suponen interacción y coordinación de los intereses mutuos, en las que el niño adquiere pautas de comportamiento social a través de los juegos, especialmente dentro de lo que se conoce como su 'grupo de pares' (niños de la misma edad y aproximadamente el mismo estatus social, con los que comparte tiempo, espacio físico y actividades comunes). De esta manera pasan, desde los años previos a su escolarización hasta su adolescencia, por sistemas sociales

progresivamente más sofisticados que influirán en sus valores y en su comportamiento futuro. La transición hacia el mundo social adulto es apoyada por los fenómenos de liderazgo dentro del grupo de iguales, donde se atribuyen roles distintos a los diferentes miembros en función de su fuerza o debilidad. Además, el niño aprende a sentir la necesidad de comportarse de forma cooperativa, a conseguir objetivos colectivos y a resolver conflictos entre individuos. La conformidad (acatamiento de las normas del grupo social) con este grupo de pares alcanzará su cota máxima cuando el niño llegue a la pubertad, a los 12 años aproximadamente, y nunca desaparecerá del comportamiento social del individuo, aunque sus manifestaciones entre los adultos sean menos obvias.

Los miembros de los grupos de pares cambian con la edad, tendiendo a ser homogéneos (del mismo sexo, de la misma zona) antes de la adolescencia. Después pasan a depender más de las relaciones de intereses y valores compartidos, formándose grupos más heterogéneos.

## J. SOCIALIZACIÓN

El proceso mediante el cual los niños aprenden a diferenciar lo aceptable (positivo) de lo inaceptable (negativo) en su comportamiento se llama socialización. Se espera que los niños aprendan, por ejemplo, que las agresiones físicas, el robo y el engaño son negativos, y que la cooperación, la honestidad y el compartir son positivos. Algunas teorías sugieren que la socialización sólo se aprende a través de la imitación o a través de un proceso de premios y castigos. Sin embargo, las teorías más recientes destacan el papel de las variables cognitivas y perceptivas, del pensamiento y el conocimiento, y sostienen que la madurez social exige la comprensión explícita o implícita de las reglas del comportamiento social aplicadas en las diferentes situaciones tipo.

La socialización también incluye la comprensión del concepto de moralidad. El psicólogo estadounidense Lawrence Kohlberghas demostró que el pensamiento moral tiene tres niveles: en el inferior las reglas se cumplen sólo para evitar el castigo (nivel característico de los niños más pequeños), y en el superior el individuo comprende

racionalmente los principios morales universales necesarios para la supervivencia social. Hay que tener en cuenta que la comprensión de la moralidad a menudo es incoherente con el comportamiento real, por lo que, como han mostrado algunas investigaciones empíricas, el comportamiento moral varía en cada situación y es impredecible.

#### K. ¿HERENCIA O AMBIENTE?

Todos están de acuerdo en que las pautas del desarrollo del niño están determinadas conjuntamente por condiciones genéticas y circunstancias ambientales, aunque subsisten vehementes discrepancias sobre la importancia relativa de las predisposiciones genéticas de un individuo. La investigación de este problema ha sido abordada varias veces a través del estudio comparativo de las semejanzas y diferencias entre gemelos monocigóticos (univitelinos), que crecen en ambientes distintos, y gemelos que han crecido juntos.

La hipótesis subyacente a estos estudios es que si la carga genética es determinante, los gemelos que han sido separados serán tan similares en la mayoría de los aspectos medidos como los que han vivido juntos. Esta hipótesis asume la existencia de una clara diferencia entre los ambientes de los gemelos separados, algo que parece bastante cuestionable. Excepto en algún caso en el que el entorno sea especialmente hostil, las pautas y las medidas del desarrollo físico y motor parecen estar genéticamente controladas, pero las investigaciones también indican que ambas variables, genéticas y ambientales, contribuyen al comportamiento intelectual.

También existe un componente genético en los caracteres de la personalidad como la introversión/extroversión, nivel de actividad o predisposición a las psicosis. Con relación a este último aspecto, debemos señalar que, aunque se ha avanzado bastante en la identificación de las causas genéticas de las enfermedades mentales, aún es necesaria una mayor investigación para comprender mejor cómo actúan los condicionantes genéticos en los niños normales.

## L. TENDENCIAS ACTUALES

Los psicólogos infantiles continúan interesados en la interacción de los condicionantes biológicos y las circunstancias ambientales que influyen en el comportamiento y su desarrollo, en el papel de las variables cognitivas en la socialización, especialmente en la adopción del rol sexual correspondiente, y en la comprensión misma de los procesos cognitivos, su adquisición y evolución. Actualmente, los psicólogos están de acuerdo en que determinados factores biológicos de riesgo, como el peso escaso en el momento del nacimiento, la falta de oxígeno antes o durante el mismo y otras desventajas físicas o fisiológicas son importantes en el desarrollo y en el comportamiento posterior del individuo. Diversos estudios longitudinales tratan de determinar cómo los factores de riesgo afectan a las experiencias infantiles, y cómo las diferencias en estas experiencias afectan a su comportamiento. Estas investigaciones aportarán nuevos métodos de ayuda a los niños con factores de riesgo para un mejor desarrollo.

Por otro lado, la función de las variables cognitivas en el aprendizaje de los roles sexuales y los estereotipos sobre las diferencias sexuales entre los niños están en proceso de investigación, aunque sólo se han localizado pequeñas diferencias: por ejemplo, las niñas suelen ser mejores en las actividades que requieren capacidades verbales, y los niños en las que dependen de capacidades matemáticas; tampoco está claro cómo interactúan las condiciones innatas con las circunstancias ambientales para producir tales diferencias. Los roles sexuales se han definido nítidamente en nuestra cultura, pero la presión favorable para el cambio de estas pautas está rompiendo poco a poco los estereotipos, permitiendo que un individuo, con independencia de su sexo, cambie o adapte su comportamiento a las exigencias de las situaciones específicas con las que se enfrenta.

Gran parte de las investigaciones actuales en psicología del desarrollo o evolutiva tratan de identificar los componentes cognitivos (la memoria o la capacidad de atención) empleados en la resolución de problemas. Algunos psicólogos estudian la identificación de los procesos que se presentan durante la transición de un nivel de

pensamiento a otro en el desarrollo del individuo. Otras áreas de investigación hacen referencia a los componentes cognitivos de la lectura y el cálculo.

#### **4. FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD**

Las teorías de la personalidad intentan describir cómo se comportan las personas para satisfacer sus necesidades físicas y fisiológicas. La incapacidad para satisfacer tales necesidades crea conflictos personales. En la formación de la personalidad los niños aprenden a evitar estos conflictos y a manejarlos cuando inevitablemente ocurren. Los padres excesivamente estrictos o permisivos limitan las posibilidades de los niños al evitar o controlar esos conflictos.

Una respuesta normal para las situaciones conflictivas es recurrir a los mecanismos de defensa, como la racionalización o la negación (por ejemplo, rechazando haber tenido alguna vez una meta u objetivo específico, aunque sea obvio que se tuvo). Aunque todos hemos empleado mecanismos de defensa, debemos evitar convertirlos en el único medio de enfrentarnos a los conflictos. Un niño con una personalidad equilibrada, integrada, se siente aceptado y querido, lo que le permite aprender una serie de mecanismos apropiados para manejarse en situaciones conflictivas.

#### **5. TEORÍAS EVOLUTIVAS O DEL DESARROLLO**

Un niño pone a prueba su inteligencia Un alumno de segundo año de primaria realiza de forma satisfactoria una parte del test de WISC, una de las pruebas individuales de inteligencia más famosas. El niño debe reconstruir un dibujo abstracto utilizando cubos rojos y blancos. The Image Works/Bob Daemmrch

Una teoría del desarrollo debe reflejar el intento de relacionar los cambios en el comportamiento con la edad cronológica del sujeto; es decir, las distintas características conductuales deben estar relacionadas con las etapas específicas del crecimiento. Las leyes que regulan las transiciones entre estas diferentes etapas del desarrollo también deben identificarse. Las principales teorías evolutivas son la teoría

freudiana de la personalidad y la de la percepción y cognición de Piaget. Ambas explican el desarrollo humano en la interactividad de las variables biológicas y ambientales.

La teoría de Freud sostiene que una personalidad sana requiere satisfacer sus necesidades instintivas, a lo que se oponen el principio de realidad y la conciencia moral, representados desde una perspectiva estructural por las tres instancias de la personalidad: el ello (fuente de los impulsos instintivos), el yo (instancia intermedia, que trata de controlar las demandas del ello y las del superyó adaptándolas a la realidad) y el superyó (representación de las reglas sociales incorporadas por el sujeto, especie de conciencia moral).

El centro fisiológico de los impulsos instintivos se modifica con la edad, y los periodos de los diferentes centros se denominan etapas. El 'ello' de los recién nacidos, por ejemplo, alcanza la máxima satisfacción al mamar, actitud que define la etapa oral, primera etapa de las cuatro que permiten llegar a la sexualidad adulta. Freud integró así en su teoría las variables biológicas y las ambientales.

Por su parte, Piaget basa sus teorías sobre el supuesto de que desde el nacimiento los seres humanos aprenden activamente, aún sin incentivos exteriores. Durante todo ese aprendizaje el desarrollo cognitivo pasa por cuatro etapas bien diferenciadas en función del tipo de operaciones lógicas que se puedan o no realizar:

En la primera etapa, la de la inteligencia sensomotriz (del nacimiento a los 2 años aproximadamente), el niño pasa de realizar movimientos reflejos inconexos al comportamiento coordinado, pero aún carece de la formación de ideas o de la capacidad para operar con símbolos.

En la segunda etapa, del pensamiento preoperacional (de los 2 a los 7 años aproximadamente), el niño es capaz ya de formar y manejar símbolos, pero aún fracasa en el intento de operar lógicamente con ellos, como probó Piaget mediante una serie de experimentos.

En la tercera etapa, la de las operaciones intelectuales concretas (de los 7 a los 11 años aproximadamente), comienza a ser capaz de manejar las operaciones lógicas esenciales, pero siempre que los elementos con los que se realicen sean referentes concretos (no símbolos de segundo orden, entidades abstractas como las algebraicas, carentes de una secuencia directa con el objeto).

Por último, en la etapa de las operaciones formales o abstractas (desde los 12 años en adelante, aunque, como Piaget determinó, la escolarización puede adelantar este momento hasta los 10 años incluso), el sujeto se caracteriza por su capacidad de desarrollar hipótesis y deducir nuevos conceptos, manejando representaciones simbólicas abstractas sin referentes reales, con las que realiza correctamente operaciones lógicas.

## **6. DESARROLLO NORMAL DEL ADOLESCENTE**

### **A. PUBERTAD**

Pubertad, periodo de la vida humana durante el cual maduran los órganos sexuales implicados en la reproducción. Esta maduración se manifiesta en las mujeres por el comienzo de la menstruación, en los hombres por la producción de semen, y en ambos por el aumento de tamaño de los genitales externos. El rápido desarrollo indica una serie de cambios fisiológicos. Así mismo, durante la pubertad aparecen por primera vez los caracteres sexuales secundarios. En los hombres, se incrementa de forma notable la producción de pelo en ciertas partes del cuerpo, en particular en la zona púbica, en las axilas y en la cara; además, por lo general, la voz cambia y comienza a tener un tono más grave. En las mujeres, también aparece pelo en la región púbica y en las axilas, y los senos empiezan a crecer. El desarrollo acelerado de las glándulas sudoríparas en ambos sexos puede provocar la aparición de acné.

La pubertad suele ocurrir en los hombres entre los 13 y los 16 años de edad, y en las mujeres entre los 11 y los 14. Ciertas patologías relacionadas con la pubertad son la amenorrea y la pubertad precoz. La primera se caracteriza por una ausencia o cese del flujo menstrual sin que exista embarazo. La segunda es la aparición prematura, en

hombres o mujeres, de las características fisiológicas típicas de la pubertad; está causada por trastornos de las secreciones del lóbulo anterior de la hipófisis o adenohipófisis, de las glándulas adrenales o de las gónadas.

## B. ADOLESCENCIA

Adolescencia, etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de catorce años en los varones y de doce años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.

## C. DESARROLLO FISICO

El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando también que las primeras maduran sexualmente antes que los segundos. La madurez sexual en las mujeres viene marcada por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias. En los varones aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más profunda. En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan. Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde.

#### D. DESARROLLO INTELECTUAL

Durante la adolescencia no se producen cambios radicales en las funciones intelectuales, sino que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente. El psicólogo francés Jean Piaget determinó que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que puede definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva. Piaget asumió que esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno. Sin embargo, los datos de las investigaciones posteriores no apoyan esta hipótesis y muestran que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida.

#### E. DESARROLLO SEXUAL

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En esta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado. Por otro lado, algunos adolescentes no están interesados o no tienen información acerca de los métodos de control de natalidad o los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas está aumentando.

#### F. DESARROLLO EMOCIONAL

El psicólogo estadounidense G. Stanley Hall afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen en la pubertad. Sin embargo, los estudios de la antropóloga estadounidense Margaret Mead mostraron que el estrés emocional es evitable, aunque está determinado por motivos culturales. Sus conclusiones se basan en la variación existente en distintas culturas respecto a las dificultades en la etapa de transición desde la niñez hasta la condición de adulto. El psicólogo estadounidense de origen

alemán Erik Erikson entiende el desarrollo como un proceso psicosocial que continúa a lo largo de toda la vida.

El objetivo psicosocial del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de un modo autónomo. La aparición de problemas emocionales es muy frecuente entre los adolescentes.

## **DUELO**

### **7. LA MUERTE**

"Muerte y agonía, interrupción irreversible de la vida y proximidad inminente de la muerte. La muerte implica un cambio completo en el estado de un ser vivo, la pérdida de sus características esenciales."<sup>1</sup>

### **8. FISIOLÓGÍA DE LA MUERTE**

La muerte se produce a diversos niveles. La muerte somática es la que se refiere al organismo considerado como un todo. Generalmente es precedida por la de los órganos, células, y partes de ellas y se reconoce por la interrupción del latido cardiaco, la respiración, los movimientos, los reflejos y la actividad cerebral. El momento exacto de la muerte somática es difícil de determinar, ya que los síntomas de estados transitorios como el coma, el desvanecimiento y el estupor se parecen mucho a los que aparecen en el momento de la muerte.

Tras la muerte somática, se producen varios cambios que sirven para determinar el momento y las circunstancias de la muerte: la frialdad cadavérica, enfriamiento del cuerpo después de la muerte, está determinada principalmente por la temperatura ambiental y por lo general no es de gran ayuda; la rigidez cadavérica, que aparece en los músculos esqueléticos y se inicia entre las cinco y las diez horas posteriores a la

---

<sup>1</sup> **Lorraine, Sherr**

**Agonía, muerte y duelo**

Manual moderno. Traducción Sra. Sonia Flores., Editorial El Manual Moderno S.A. de V.C. México D.F. .,1992. pp. 8

muerte y desaparece después de tres o cuatro días; la lividez cadavérica, coloración violácea que aparece en las partes declives del cuerpo, y que es el resultado de la acumulación de sangre. La coagulación de la sangre, así como la autólisis (muerte de las células) se inician al poco tiempo de la muerte. La putrefacción, la descomposición que le sigue, está producida por la acción de enzimas y bacterias.

La muerte de los órganos se produce a distintos ritmos. Aunque las células cerebrales no pueden sobrevivir durante más de cinco minutos después de la muerte somática, las del corazón lo hacen durante alrededor de quince minutos, y las del riñón cerca de treinta. Por esta razón, los órganos se pueden extraer de un cuerpo recién muerto y ser trasplantados a una persona viva.

## 9. DEFINICIÓN DE MUERTE

“El concepto respecto a qué constituye la muerte varía según las diferentes culturas y épocas. En las sociedades occidentales, la muerte se ha considerado tradicionalmente como la separación del alma del cuerpo. En esta creencia, la esencia del ser humano es independiente de las propiedades físicas. Debido a que el alma carece de manifestación corpórea, su partida no puede ser vista, o lo que es lo mismo, ser determinada objetivamente. De aquí que, en esta creencia, se ha determinado el cese de la respiración como el signo de muerte.”<sup>2</sup>

En la actualidad, se cree que la muerte se produce cuando las funciones vitales —la respiración y la circulación (expresada por el latido cardíaco)— se detienen. Sin embargo, este punto de vista ha sido puesto en duda, debido a que los avances médicos han hecho posible que se mantenga la respiración y la función cardíaca mediante métodos artificiales. Por ello, el concepto de muerte cerebral ha ganado aceptación. Según éste, la pérdida irreversible de actividad cerebral es el signo principal de la muerte.

---

<sup>2</sup> **GSK Glaxo Smith Kline**  
**[www.tuotromedico.com](http://www.tuotromedico.com)**, Depresión, **Sanita, Pulsomed S.A. Marzo 2005, España, 3 pp.**

Incluso, durante los últimos años, este concepto ha sido puesto en tela de juicio, ya que una persona puede perder toda capacidad para ejercer su actividad mental superior y sin embargo mantener las funciones cerebrales inferiores, como la respiración espontánea. Por esta razón, algunas autoridades argumentan que la muerte debe ser considerada como la pérdida de la capacidad para la interacción consciente o social. El signo de la muerte según este principio es la ausencia de actividad en los centros cerebrales superiores, principalmente el neocórtex.

El concepto de muerte en la sociedad es más que un interés académico. La rapidez del progreso de la tecnología médica ha suscitado cuestiones morales e introducido nuevos problemas en la definición legal de muerte. Entre los puntos que se debaten están los siguientes: ¿Quién debe establecer los criterios de muerte?, ¿el médico, las legislaturas, o cada persona por sí misma?, ¿es moral o legalmente permisible adelantar el momento de la muerte interrumpiendo el soporte artificial?, ¿tiene la gente el derecho de solicitar que estas medidas extraordinarias dejen de adoptarse de modo que un individuo pueda morir en paz?, ¿puede el pariente más cercano o el tutor legal actuar en nombre de la persona que agoniza en estas circunstancias? Todas estas cuestiones han adquirido ahora un carácter más urgente ante la aparición de los trasplantes de tejidos humanos. La necesidad de órganos debe ser sopesada frente a los derechos del donante que agoniza.

Como resultado de dichas preguntas, diversos grupos han solicitado el derecho a morir de un individuo, en particular a través del significado legal de testamentos en vida, en los que un sujeto otorga a familiares o figuras legales el derecho a retirar el tratamiento de soporte vital.

## **10. PSICOLOGÍA Y DUELO**

A partir de la década de 1960 se ha prestado de nuevo atención a las necesidades de los pacientes agonizantes y de sus familiares. Los tanatólogos, aquéllos que estudian las circunstancias y las experiencias internas de las personas cercanas a la muerte, han identificado diversos estados que atraviesan las personas que agonizan: rechazo y aislamiento ("¿no, yo no?"), ira, rabia, envidia y resentimiento ("¿por qué yo?"), ofrecimientos ("si soy bueno, ¿podré entonces vivir?"), depresión ("¿qué sentido

tiene?") y resignación. La mayoría de los investigadores piensan que estas fases se producen en un orden impredecible y que se pueden entremezclar con sentimientos de esperanza, angustia y terror.

Al igual que los pacientes que agonizan, sus amigos y familiares atraviesan estados de rechazo y de resignación. Sin embargo, ellos siguen una secuencia más regular que con frecuencia se inicia antes de que el ser querido fallezca; este dolor anticipado puede ayudar a eliminar angustias posteriores. La fase de desconsuelo que sigue a la muerte es más larga y difícil de soportar si se produce inesperadamente. Durante este periodo, los afectados generalmente lloran, tienen dificultades para dormir y pierden el apetito. Algunos pueden sentirse asustados, enojados, o agraviados al ser abandonados. Después, el dolor puede convertirse en depresión, lo que generalmente ocurre cuando las formas convencionales de apoyo social cesan y la gente deja de ofrecer ayuda y consuelo, pudiendo surgir la soledad. Finalmente, el superviviente empieza a sentirse menos aquejado, recupera energía y reanuda sus relaciones con los demás.

Los cuidados de un paciente terminal pueden realizarse en el hogar pero habitualmente se llevan a cabo en hospitales o instituciones más especializadas. Esta atención requiere cualidades especiales por parte de los médicos y tanatólogos, quienes deben enfrentarse a su propio temor a la muerte para confortar de forma adecuada al sujeto que agoniza. Aunque los médicos no suelen estar de acuerdo, el principio de que los pacientes deben ser informados de que están agonizando tiene hoy en día una gran aceptación. Esto debe efectuarse con tacto y cautela. Muchas personas, incluso los niños, saben cuándo están muriendo; ayudarles a exteriorizarlo evita situaciones fingidas y refuerza la expresión de sentimientos honestos. Una vez recibida la seguridad y confianza, el paciente puede alcanzar una muerte apropiada, digna y serena. Terapeutas preparados o sacerdotes pueden ayudar a conseguirlo permitiendo al paciente hablar acerca de sus sentimientos, pensamientos o recuerdos, o actuando como sustitutos de familiares o amigos que demuestran ansiedad cuando la persona que agoniza habla de la muerte.

## **11. LA SIEMPRE PRESENTE MUERTE**

La muerte rodea al niño y el niño nos hace saber que lo sabe. El niño ve las flores marchitándose sobre la mesa, la mascota muere, el abuelo agoniza, el compañero de clase es atropellado. Después representa a la muerte durante el juego. Algunas experiencias de muerte son más sutiles. Estas experiencias de la vida cotidiana crean para todo ser humano, un amplio historial de pérdidas desde muy temprana edad. La muerte esta presente en la vida del hombre, es un ciclo natural de su existencia y es necesaria para continuar con esta.

## **12. EL PEOR DE LOS SECRETOS GUARDADOS**

Según trabajos literarios, los niños tienen conceptos muy definidos acerca de la muerte, que varían con la edad y con la experiencia de pérdida. La investigación de Nagy 1984, declaró que los niños menores de 5 años contemplan la vida en diferentes circunstancias y que la muerte no es permanente. La persona fallecida puede estar en el ataúd pero probablemente esté respirando, pensando y sintiendo. El desarrollo de un sentido abstracto del "para siempre" es difícil de asimilar. El concepto de morir y morir para siempre es difícil de asimilar, la muerte por tanto puede ser percibida como estar dormido de donde se podría despertar nuevamente o como hacer un largo viaje del que no regresaría como se hace de vacaciones. Los niños observan y participan de la muerte continuamente, viviendo en una sociedad con TV., cines, videos, periódicos, los niños pueden ver hasta 13,000 muertes antes de llegar a la pubertad (Gurbitt 1988). Es imposible proteger al niño de estos hechos, el único camino es enseñarle a abordarlos.

## **13. COMPLETAMENTE HONESTOS CON EL NIÑO**

"Acompañar a un niño en duelo significa ante todo NO APARTARLE de la realidad que se está viviendo, con el pretexto de ahorrarle sufrimiento. Incluso los niños más pequeños, son sensibles a la reacción y el llanto de los adultos, a los cambios en la rutina

de la casa, a la ausencia de contacto físico con la persona fallecida..., es decir, se dan cuenta que algo pasa y les afecta. "<sup>3</sup>

Solamente en el caso de muertes repentinas e inesperadas, sería aconsejable (aunque no siempre posible) apartar al niño durante las primeras horas. De esta manera, evitaremos que pueda presenciar escenas desgarradoras de dolor y pérdida de control de los adultos.

#### A. Cuándo y cómo dar la noticia. Explicar cómo ocurrió la muerte

Aunque resulte muy doloroso y difícil hablar de la muerte con el niño, es mejor hacerlo lo antes posible. Pasadas las primeras horas de mayor dramatismo y confusión, buscaremos un momento y un lugar adecuado y le explicaremos lo ocurrido con palabras sencillas y sinceras. Por ejemplo, podemos decirles: "Ha ocurrido algo muy triste. Papá ha muerto. Ya no estará más con nosotros porque ha dejado de vivir". Procuraremos hacerlo con pocas palabras. Por ejemplo: "Ya sabes que ha estado *muy muy muy* enfermo durante mucho tiempo. La enfermedad que tenía le ha causado la muerte" El niño puede tener miedo de morir ante cualquier enfermedad banal, por lo que es importante recalcarles que las personas sólo se mueren cuando están muy muy muy enfermas, y tienen una enfermedad que muy poca gente coge. Es caso de accidente, podemos decir que quedó muy muy muy malherido, que los médicos y las enfermeras hicieron lo posible para "arreglar" el cuerpo, pero que, a veces, está tan herido o enfermo que las medicinas no le pueden curar. Si la muerte fue por **suicidio**, de nada sirve ocultarlo porque tarde o temprano, se acaban enterando por alguien ajeno a la familia. Es mejor pues explicar al niño qué es el suicidio, y responder a sus preguntas.

#### **B. ¿Qué podemos decirles si nos preguntan por qué?**

¿Por qué ha muerto? ¿Por qué a mí? Son preguntas difíciles de responder. No pasa nada por decirles que nosotros también nos hacemos las mismas preguntas, o que

---

<sup>3</sup> William C. Kroen

Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido, (Un manual para adultos), Ediciones Oniro S.A.. Barcelona 2002

sencillamente no sabemos la respuesta. Es bueno se sepan que todos los seres tienen que morir algún día y que le ocurre a todo el mundo. Los niños en su fantasía pueden creer que algo que pensaron, dijeron o hicieron causó la muerte. Si un niño dice: "me hubiera gustado ser más bueno con mamá, así ella no habría muerto", debemos decirle con calma pero con firmeza que no ha sido culpa suya. **Para los niños menores de 5 años, la muerte es algo provisional y reversible.** Será pues necesario ser pacientes para explicarle una y otra vez lo ocurrido y lo que significa la muerte. Es su mente, la persona que ha muerto sigue comiendo, respirando y existiendo, y se *despertará* en algún momento para volver a llevar una vida completa. Los niños de estas edades se toman todo al pie de la letra. Es mejor pues decir que **ha muerto**, que usar expresiones como "se ha ido", "lo hemos perdido" (pueden pensar: ¿y si me pierdo yo y no se volver a casa?), "ha desaparecido", "se ha quedado dormido para siempre" (pueden temer no poder despertarse), "Se ha marchado de viaje", "Dios se lo ha llevado" ... Estas expresiones pueden alimentar su miedo a morir o ser abandonados, y crear más ansiedad y confusión.

Para que el niño entienda qué es la muerte, suele ser útil hacer referencia a los muchos momentos de la vida cotidiana donde la muerte está presente: en la naturaleza, muerte de animales de compañía...

### **C. Permitir que participe en los ritos funerarios**

Animar al niño a asistir y participar en el velatorio, funeral, entierro... Tomar parte en estos actos puede ayudarle a comprender qué es la muerte y a iniciar mejor el proceso de duelo. Si es posible, es aconsejable explicarle con antelación qué verá, qué escuchará y el porqué de estos ritos. Animar también al niño a **ver el cadáver**. Muchos niños tienen ideas falsas con el cuerpo. Comentarle que el cuerpo deja de moverse del todo y para siempre, deja de respirar, de comer, de hablar, de ir al baño, y no siente dolor. Dejarle bien claro que ya no siente nada; ni lo malo, ni el frío, ni el hambre... "Insistir en que la muerte no es un especie de sueño y que el cuerpo no

volverá ya ha despertarse. Antes de que vea el cadáver, explicarle dónde estará, qué aspecto tendrá... " 4

Lo ideal es que el niño pueda pasar un rato de tranquilidad e intimidad con el cadáver. Puede pedirse que nos dejen a solas con el niño y que no se interrumpa durante unos minutos. Si el niño no quiere ver el cadáver o participar en algún acto, no obligarle ni hacer que se sienta culpable por no haber ido.

#### **D. Animarle a expresar lo que siente**

Aunque no siempre las expresen, los niños viven emociones intensas tras la pérdida de una persona amada. Si perciben que estos sentimientos (rabia, miedo, tristeza...) son aceptados por su familia, los expresarán más fácilmente, y esto les ayudará a vivir de manera más adecuada la separación. Frases como: "no llores", "no estés triste", "tienes que ser valiente", "no está bien enfadarse así", "tienes que ser razonable y portarte como un grande" ..., pueden cortar la libre expresión de emociones e impiden que el niño se desahogue.

Tener en cuenta que su manera de expresar el sufrimiento por la pérdida, no suele ser un estado de tristeza y abatimiento como el de los adultos. Es más frecuente apreciar cambios en el carácter, cambios frecuentes de humor, disminución del rendimiento escolar, alteraciones en la alimentación y el sueño...

#### **14. ALGUNAS RESPUESTAS HABITUALES EN LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS:**

1. **Perplejidad.** Parecen totalmente confusos sobre lo que ha ocurrido o se niegan a creerlo. Es posible que pregunten reiterativamente: "¿Dónde está papá?". Desean saber cuándo va a volver la persona fallecida, o la buscan activamente.
2. **Regresión.** Se pegan al padre superviviente, se quejan, se hacen pipí en la cama, piden un biberón, se chupan el dedo...

---

<sup>4</sup> OP. CIT, Lorraine, Sherr, 120 PP

3. **Ambivalencia.** A algunos niños parece no afectarles en absoluto la muerte. Responden ante la noticia con preguntas o afirmaciones inadecuadas. Aunque sea una reacción desconcertante, es bastante común. Significa que no ha aceptado o afrontado la muerte, pero comprende lo que ha sucedido. Lo más habitual, es que el niño elabore el duelo alternando fases de preguntas y expresión emocional, con intervalos en que no menciona para nada el asunto.
  
4. **Suele sentir rabia y enfado** por haber sido abandonado, y puede expresarla de muchas maneras: irritabilidad, pesadillas, juegos ruidosos, travesuras...Es frecuente que dirijan el enfado hacia un familiar cercano. Permitirle que saque la rabia gritando, corriendo, saltando, golpeando con cojines, por ejemplo...
  
5. **Expresan su dolor a través de los juegos** Con sus compañeros y amigos pueden jugar a morirse, al entierro...Todos estos comportamientos son absolutamente normales y tienen que ser respetados como necesarios para que el niño realice de forma adecuada el duelo.
  
6. **Toman a sus padres como modelo**  
No es malo que los niños vean el dolor y la tristeza. No tengamos miedo de mostrar los propios sentimientos delante del niño (excepto manifestaciones violentas de rabia y dolor) Cuando le mostramos lo que sentimos, el niño nos percibe más cercanos, y es más fácil que nos diga el también, lo que le está pasando. Un padre o una madre que no se inmute después de una muerte para no entristecer a sus hijos, puede hacer que éstos "congelen" sus emociones. O si muestra cólera, un dolor extremo o una conducta histérica, su hijo puede imitar este comportamiento.
  
7. **Miedo a morir u a otra pérdida**  
Los niños más pequeños creen que la muerte es contagiosa y pueden pensar que pronto le llegará su turno. Explicarles que no tienen nada que temer. Les preocupa que el padre o la madre superviviente también les abandone. Se preguntan qué les ocurriría y cómo sobrevivirían.

#### 8. **Establecen vínculos afectivos**

Aunque el niño sepa que su ser querido ha muerto, siente necesidad de seguir manteniendo una relación afectiva, y así, la persona fallecida puede por un tiempo convertirse en un padre o madre imaginario. En algunos casos, podemos ayudar al niño dándole algún objeto personal del fallecido, que este conserve como un recuerdo precioso y una forma de unión íntima con él.

El niño puede establecer vínculos afectivos con otros adultos que se parezcan al difunto o tengan unas cualidades similares (un familiar, la maestra, el psicólogo...) y pedirles que sean su padre o su madre. Esta conducta es bastante común y no significa que el padre superviviente no satisfaga las necesidades del niño.

#### 9. **Comprueban la realidad**

Al principio es posible que parezca y saben y aceptan lo que ha ocurrido, pero después, al cabo de varias semanas o meses, preguntan cuando volverá o lo buscan por la casa

### 15. **ALGUNAS RESPUESTAS HABITUALES EN LOS NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS**

Los niños de estas edades saben que la muerte es permanente y real.

#### 1. **La negación**

Una respuesta muy común es negar que la muerte haya ocurrido. Es su negación pueden mostrarse muy agresivos. Algunos pueden mostrarse más contentos y juguetones que de costumbre, como si la pérdida nos les hubiera afectado. Los adultos pueden malinterpretar esta conducta y reaccionar con cólera o simplemente ignorar a los niños. Pero en realidad esta negación indica que los niños sienten un dolor tan profundo que intenta levantar un muro para que la muerte no les afecte.

Estos niños necesitan oportunidades para llorar la pérdida y es posible que también necesiten permiso para hacerlo. Se puede decir algo como: "No tienes que mostrar tu

tristeza a todo el mundo, pero si quieres puedes compartirla conmigo. Si tienes ganas de llorar y estar triste a solas, me parece muy bien, pero después de estar así durante un rato, sería bueno que hablaras con alguien de como te sientes.

## **2. La idealización**

Insistir en que "mamá era la persona más lista o perfecta del mundo", por ejemplo, les permite mantener una relación imaginaria con la persona fallecida.

## **3. La culpabilidad**

Es una respuesta normal, sobretodo si no pueden expresar la tristeza que sienten.

Comentarios en vida como "vas a matarme", pueden hacer creer al niño que su mala conducta ha contribuido a la muerte.

Si además la niegan y fingen ser valientes como parte de la negación, los adultos pueden aumentar el sentimiento de culpa al corregirlo o enojarse con él al parecer que la muerte no le importe.

A los niños que se obstinan en negar la muerte y no dejan de sentirse culpables, es difícil que superen la situación sin ayuda.

## **4. El miedo y la vulnerabilidad**

Es normal que los niños de estas edades se sientan asustados y vulnerables. Intentan ocultar sus sentimientos, sobretodo a los niños de su edad, porque no quieren que sus amigos o compañeros de la escuela los consideren "diferentes". Los niños sobre todo pueden actuar con bravuconería o agresividad.

## **5. Se ocupan de los demás**

Pueden asumir el papel del fallecido y cuidar de sus hermanos más pequeños o asumir tareas que antes realizaba el padre o la madre que ha muerto.

## **6. Buscan a la persona que ha muerto**

Pueden ir de una habitación a otra, o buscarla en el desván o en el sótano. la mejor respuesta es dejar que sigan buscando. Les puede consolar saber que nosotros también a veces sentimos el deseo de hacerlo.

## Los tres temores más frecuentes del niño

¿Causé yo la muerte?

¿Me pasará esto a mi?

¿Quién me va a cuidar?

## 16. MANTENERSE FÍSICA Y EMOCIONALMENTE CERCA DEL NIÑO

“Permitirle estar cerca, sentarse a su lado, sostenerlo en brazos, abrazarlo, escucharle, llorar con él...Podemos también dejar que duerma cerca, aunque mejor en distinta cama. Puede ser adecuado también buscar momentos para estar separados: dejarle sólo en su habitación, dejarle salir a jugar con un amigo... Si es necesario, tranquilizarle diciéndole que estaremos ahí por si nos necesita.”<sup>5</sup>

El niño intuye enseguida que la muerte va a tener muchas consecuencias en la familia. Es bueno decirle que, aunque estamos muy tristes por lo ocurrido, vamos a seguir ocupándonos de él lo mejor posible. El niño puede temer también ser abandonado por el familiar sobreviviente. Asegurarle que, aunque está muy afectado por la pérdida, se encuentra bien y no le va a pasar lo mismo. Con frecuencia, lo que más ayuda a los niños frente a las pérdidas, es reencontrar el ritmo cotidiano de sus actividades: el colegio, sus amigos, sus juegos familiares, las personas que quiere. También es importante garantizarle el máximo de estabilidad posible. En este sentido no es un buen momento, por ejemplo, para cambiarlo de colegio o para imponerle nuevas exigencias (S. Weis) Asegurarles que vamos a seguir queriendo a la persona fallecida y que nunca la olvidaremos.

## 17. ESTAR ATENTOS A LA APARICIÓN DE ALGUNOS SIGNOS DE ALERTA

- **Llorar** en exceso durante periodos prolongados
- **Rabietas** frecuentes y prolongadas
- **Apatía e insensibilidad**

---

<sup>5</sup> IDEM, Lorraine, Sherr, 135 PP

- Un periodo prolongado durante el cual el niño **pierde interés** por los amigos y por las actividades que solían gustarle.
- Frecuentes **pesadillas** y **problemas de sueño**.
- **Pérdida de apetito y de peso**.
- **Miedo** de quedarse solo.
- **Comportamiento infantil** (hacerse pis, hablar como un bebé, pedir comida a menudo...) durante tiempo prolongado.
- Frecuentes **dolores de cabeza** solos o acompañados de otras dolencias físicas.
- **Imitación** excesiva de la persona fallecida, expresiones repetidas del deseo de reencontrarse con el fallecido.
- Cambios importantes en el **rendimiento escolar** o negativa de ir a la escuela.
  
- **“LA PRESENCIA PROLONGADA DE ALGUNO O VARIOS DE ESTOS SIGNOS PUEDEN INDICAR LA PRESENCIA DE UNA DEPRESIÓN O DE UN SENTIMIENTO DE DOLOR SIN RESOLVER. PIDE AYUDA A UN PROFESIONAL QUE VALORE LA SITUACIÓN, FACILITE LA ACEPTACIÓN DE LA MUERTE Y ASESORE A LA FAMILIA EN EL PROCESO DE DUELO. “<sup>6</sup>**

#### **A. De la tristeza a la enfermedad**

Las caídas de ánimo son una experiencia normal y corriente que suele dar como reacción a circunstancias adversas que varían. La depresión es una experiencia normal. Una muerte en la familia es natural que provoque sentimientos de tristeza y soledad acompañados de rachas de llanto. A veces no está muy claro lo que se ha perdido, algo menos tangible, los sentimientos apropiados de tristeza parecen tener una finalidad al igual que el dolor físico que es la señal que emite el cuerpo para moderar la actividad y tomar medidas correctivas, la tristeza es el instrumento que utiliza la mente para hacer que nos paremos y analicemos lo que ha ido mal, primer paso, este hacia la aceptación de la pérdida. Otro tipo de alteración normal es la alteración del humor que se produce con el cambio de estaciones. Se consideran depresiones anormales la tristeza o los sentimientos de depresión graves de duración particularmente larga, de acuerdo al grado de tristeza que la

---

<sup>6</sup> INFRA, Joseph Mendels, 23 PP.

persona experimente, según consecuencias en el sueño y apetito y el cambio que se aprecie en la propia estimación de esta persona y sus actitudes hacia la vida.

## **18. DEPRESIÓN**

### **A. Concepto de depresión**

La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión. Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse.

La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. Aproximadamente 1 de cada 20 personas, el doble de mujeres que de hombres. La depresión es tan antigua como el hombre, es una experiencia universal y las emociones de tristeza y pena constituyen una faceta intrínseca de la condición humana. No obstante, la depresión patológica – esta abrumadora y con frecuencia imprevista desesperación – se distingue de la pesadumbre por su intensidad, duración y evidente irracionalidad y por sus efectos en la vida de aquel que la sufre. Se emplea la palabra depresión en muy diversos sentidos: Para describir ánimo, síntomas, síndrome (es decir un conjunto de signos y síntomas), como así mismo para designar un grupo específico de enfermedades. El múltiple uso del término y la carencia de una definición acarrea una confusión notable.

“Freud había definido la depresión como una pérdida de la estima del yo. Podemos definir la depresión como un trastorno afectivo, y el niño o adolescente que está en esta situación se siente triste, desganado, descontento de sí mismo y de su entorno y en ocasiones también furioso por todo esto. “

## B. Signos y síntomas de depresión

Los síntomas centrales de depresión son tristeza, pesimismo, descontento de sí mismo, junto con una pérdida de energía, motivación y concentración. Los grados de estos síntomas pueden presentarse y las combinaciones de los mismos son variables hasta el infinito.

- Estado de ánimo: Tristeza, insatisfacción, abatimiento, llanto.
- Pensamiento: Pesimismo, ideas de culpabilidad, auto acusación, pérdida de interés y motivación, disminución de eficacia y concentración.
- Conducta y aspecto: Negligencia en el aspecto personal, agitación.
- Síntomas somáticos: Ausencia de apetito, pérdida de peso, estreñimiento, sueño poco profundo, dolores, alteración mental, ausencia de libido.

Rasgos de ansiedad: Conducta suicida.

- ✓ **Síntomas** de depresión infantil

Las personas que padecen de depresión tienen ciertos síntomas característicos que les afectan casi todos los días por lo menos por un periodo de dos semanas.

De estos síntomas los más característicos son :

- Perder interés en las cosas que antes disfrutaba.
- Sentirse triste, decaído emocionalmente o cabizbajo.

Y se asocian a los secundarios :

- Sentir que no tiene energía, cansado, o al contrario, sentirse inquieto y sin poder quedarse tranquilo.
- Sentir como que no vale nada o sentirse culpable.
- Que le aumente o disminuya el apetito o el peso.

Tener pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

- Tener problemas para concentrarse, pensar, recordar, o tomar decisiones.
- No poder dormir, o dormir demasiado.

Además se asocian otros síntomas de tipo físico o psicológico, como pueden ser:

- Dolores de cabeza.
- Dolores generales por todas las partes del cuerpo.
- Problemas digestivos o gástricos .
- Problemas sexuales.
- Sentirse pesimista

Sentirse ansioso o preocupado.

En el momento en que la persona afectada es adulta, transmitirá la humillación o el maltrato a personas más pequeñas o vulnerables. Es una cadena hereditaria de abuso y poder, ya que el desprecio y la vergüenza vivida en la infancia son la fuente de los problema que afectan en la vida adulta y los causantes de la baja autoestima.

La principal imagen y más generalizada forma de violencia es el maltrato emocional

La autoestima y la comunicación están muy relacionadas, porque según como se diga algo, el efecto será positivo o negativo, de aprendizaje o de resentimiento, que se transmite desde la infancia hacia el futuro.

Según se hallan comunicado nuestros padres con nosotros así van a ser los ingredientes que se incorporen a nuestra personalidad, nuestra conducta, nuestra manera de juzgarnos y de relacionarlos con los demás.

#### ✓ **Síntomas de la depresión infantil**

Debemos distinguir entre signos y síntomas. Los signos son aquellos elementos que acompañan a una perturbación y se muestran como conductas objetivamente observables: gestos, posturas, movimientos, marcadores somáticos. Los síntomas son

todas aquellas características de carácter exteriorizado como interiorizado e incluyen cuantas se hallan podido observar tanto de forma directa como indirecta, englobando así todas las observaciones realizadas. Enumeraremos aquí solo los más habituales y categorizados en función de las áreas a las que pertenecen:

- Emocionales: Tristeza, pérdida de disfrute, ausencia de interés, cambios bruscos de humor, falta del sentido del humor, desesperanza, irritabilidad, lloros excesivo, ausencia de interés por las cosas.
- Motores: Inexpresividad, hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, hiperactividad.
- Cognitivos: Falta de concentración, pérdida de memoria, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, ideas de suicidio, pensamientos morbosos, descenso del rendimiento.
- Sociales: Aislamiento, soledad, retraimiento, incompetencia social.
- Conductuales: Protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, droga, piromanía.
- Psicosomáticos: Enuresis, pérdida de energía, sentimientos de fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito.

La baja autoestima, cambios de sueño, y pérdida del apetito al igual que de peso, aislamiento social, hiperactividad y disforia son los síntomas más consensuados.

La comorbilidad de la depresión se da en: problemas de conducta, ansiedad, y oposición

### C. Tipos de depresión

- **Depresión severa.** Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria.
- **Depresión moderada.** Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.

- **Depresión leve.** Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.

### **Tipos de depresión infantil**

Estos se pueden categorizar en función de distintos criterios: curso, gravedad, desencadenantes y pureza.

En primer lugar, teniendo en cuenta el curso de la perturbación, se ha distinguido entre depresión unipolar y bipolar. La depresión unipolar se caracteriza por un curso regular cuyo pronóstico no es grave si hay una buena intervención. Por su parte la depresión bipolar presenta 2 extremos contrapuestos, depresión y manía que se alternan sucesivamente en el tiempo. En este tipo de depresión denominada también depresión psicótica, tiene un importante peso la historia familiar, ya que es frecuente la aparición de casos en una misma familia. El pronóstico de la depresión bipolar es peor.

Si se sigue el criterio de severidad se distingue entre depresión mayor y trastorno distímico, en la primera los síntomas son más numerosos e intensos que en el segundo.

Si la división se hace a partir del desencadenante, las depresiones pueden ser exógenas o endógenas. En el caso de las endógenas, el desencadenante es desconocido y el episodio depresivo comienza de una manera inexplicable para el sujeto y para las personas de su entorno, las depresiones exógenas por el contrario están perfectamente relacionadas con acontecimientos psicosociales negativos que el sujeto o sus familiares identifican como causa de la aparición de la depresión.

En relación con el modo y frecuencia de su aparición se pueden dividir en agudas o crónicas. La aguda consiste en un episodio aislado asociado a estresores psicosociales graves y la crónica se caracteriza por episodios recurrentes en un entorno positivo que no presenta una acumulación de factores de riesgo.

Si se adopta un criterio evolutivo se distingue entre depresión sensoriomotriz (1-3), preescolar (4 -5), escolar (6-12) y adolescente (12-18). Cada uno de estos períodos tiene una frecuencia de síntomas y desencadenantes diferentes.

En función de la nitidez de su diagnóstico, la depresión infantil se puede dividir en pura o enmascarada, a esta última algunos autores prefieren llamarla mixta y la consideran como la más característica de la niñez. En la pura los síntomas son parecidos a los de la depresión adulta y en la enmascarada se esconde la depresión entremezclada con problemas de todo orden como ya se ha mencionado.

Frecuentemente el término depresión mixta se usa también para denominar la depresión acompañada de ansiedad. Este fenómeno ocurre tanto en adultos como en niños, hasta tal punto que muchos autores sostienen que el solapamiento entre ambas perturbaciones es tan habitual que lo extraño es encontrar casos puros. En los niños es más común encontrar unos tipos de depresión que otros. Los más frecuentes son los trastornos unipolares, distímicos, exógenos y mixtos, aunque en menor medida se dan también los demás.

### **Depresión reactiva**

Tipo más corriente de depresión y es simplemente una prolongación de los normales sentimientos de pesar que siguen a una pérdida de cualquier naturaleza. Cuando los sentimientos de pesar se agravan o prolongan hasta el punto que la persona se encuentra superiores a lo que está acostumbrada o capacitada a soportar se cae en depresión. La persona suele sentirse abatida, ansiosa, frecuentemente enfadada o irritada con tendencia a estar más decaída durante las últimas horas de la tarde y con dificultades para conciliar el sueño. Suele dar vueltas y más vueltas en los mismos pensamientos, los cuales no logra quitarse de encima, abusa de la comida y suele buscar refugio en el sueño. Generalmente este tipo de depresión no es de gravedad.

## **Depresión neurótica**

Personalidad inestable para quien los infortunios más intrascendentes son intolerables. Personas que sufren repetidamente depresiones reactivas que suelen detectar dificultades de la personalidad que entorpece tanto su capacidad para resolver los problemas de la vida como para aguantar el impacto emocional que implican estos problemas, se le llama depresión neurótica a estos cambios de ánimo. Hay 2 tipos de personalidad propensa a este tipo de depresión: El perfeccionista obsesivo que ve la vida de forma precisa y rígida, es tan exigente consigo mismo como con los demás y aunque es posible que él mismo alcance sus propias metas, en el caso de los demás suele quedar decepcionado; y el individuo excesivamente pasivo que evita constantemente hacer valer sus opiniones y derechos.

## **Depresión endógena**

Significa una depresión que viene de adentro, en su forma pura el que la sufre es incapaz de explicar el cambio de ánimo ya que le ataca de manera repentina es insensible a buenas noticias y en general es más ansioso que el que padece una depresión reactiva. Sus rasgos son: Sensación de inutilidad y desesperación, desconfianza en sí mismo y poca autoestima, despertarse temprano, falta de apetito, pérdida de peso e indiferencia total por las cosas que antes le interesaban, lentitud, falta de concentración y toma de decisiones y todo le cuesta un gran esfuerzo. Los medicamentos son el principal tratamiento en este tipo de depresión. La depresión endógena es básicamente de origen biológico y suele darse por familias, sin embargo los que han heredado este tipo de depresión tal vez no caigan nunca en ella a menos que tengan vivencias muy estresantes.

## **Característica de la depresión maniaca**

Los indicios y síntomas de este tipo de depresión resultan indistinguibles de los de la variedad endógena excepto por los ataques de euforia con los que se alterna. Debido a la aflicción de la que se hacen víctimas, las personas que la padecen, con pocas excepciones, reconocen la depresión como enfermedad, mientras que la euforia, en

cambio es un concepto más huido y solo se le puede considerar enfermedad en su forma más aguda. La depresión se refiere a los cambios de humor subsiguientes a otras enfermedades físicas o mentales.

### **Depresión enmascarada**

Este término se refiere a una variedad de diferentes expresiones de la enfermedad depresiva en las que el rasgo típico es que el paciente no se siente deprimido pero se queja de algún otro síntoma psicológico o físico. Esto se da con mayor frecuencia en los casos de fluctuaciones de humor pero es posible hallar lo en cualquier forma de depresión. Hay 3 tipos:

1. El de los que experimentan muchos de los síntomas generalmente asociados con la enfermedad depresiva, tal como es el cansancio exagerado o el insomnio pero que realmente no se sienten deprimidos. Tal como lo que ellos ven, lo único que les pasa es que están cansados.
2. No se presentan los síntomas habituales de la depresión o se ocultan tras otros síntomas psicológicos o físicos más destacados que no se asocian con la depresión. La depresión puede disfrazarse en fobia, ansiedad u obsesión.
3. Aquel en que el cambio de humor pasa inadvertido por una serie de diversas razones y más tarde el paciente presenta una complicación de la depresión, tal como el alcoholismo, problemas matrimoniales, o mala relación en su trabajo.

Estas diversas manifestaciones de la depresión suelen ser causa de retrasos del diagnóstico y sufrimientos innecesarios. Subrayo el hecho de que no hace falta sentirse deprimido para estar deprimido.

### **D. Criterios diagnósticos**

Los criterios diagnósticos son aquellos síntomas que pueden acompañar a una determinada perturbación y que, a juicio de expertos, parecen esenciales para hacer un diagnóstico claro y diferenciado.

Los criterios indispensables para un diagnóstico de depresión infantil son:

- I. Disforia e ideas de autoimpresión ( atribución a uno mismo de cualidades o rasgos negativos)
- II. Al menos 2 de los síntomas siguientes: Agresión, problemas de sueño, descenso en el rendimiento escolar, socialización disminuida, cambio de actitud hacia la escuela, quejas somáticas, falta de energía, cambios en el apetito o en el peso.
- III. Estos síntomas representarán un cambio habitual en la conducta habitual del niño.
- IV. Los síntomas durarán al menos un mes.

#### **E. Criterios diagnósticos sociales**

Se exige por los menos la presencia de uno de estos criterios interactivos para hacer un diagnóstico de depresión infantil:

- Problemas de familia:
  - Apego inseguro
  - Baja cohesión o apoyo
  - Maltrato infantil
  - Niveles inadecuados de control familiar
  - Niveles altos de conflicto familiar
  - Dificultades en la regulación de los afectos
  - Problemas en los patrones de comunicación
  - Transmisión de cogniciones depresivas
  - Adecuación precaria entre temperamento y trato
  
- Relaciones con compañeros, maestros y otros adultos significativos:
  - Aislamiento social
  - Rechazo
  - Baja autoestima
  - Dificultades en la resolución de problemas interpersonales.

## **F. CAUSAS**

La depresión puede ser el resultado de muchas razones:

- La herencia genética (se trasmite en su familia).
- Otras enfermedades.
- Ciertos medicamentos.
- El uso de drogas o alcohol.
- Otros problemas mentales (psiquiátricos).

"A veces una situación emocionalmente mala (pérdida de un familiar, o un problema de trabajo), pueden desencadenar la depresión o provocar que el paciente no se pueda recuperar completamente, pero en otras ocasiones se presenta incluso cuando todo en sus vidas marcha bien. Entre el 10 y 15 por ciento de las depresiones son provocadas por un problema medico (enfermedad del tiroides, el cáncer, o enfermedades neurológicas) o por medicamentos. Una vez que se da tratamiento contra la enfermedad, o se ajusta la dosis y el medicamento adecuados la depresión desaparecerá."<sup>7</sup>

## **G. ACTITUD ANTE DE LA DEPRESION**

El desconocimiento de la depresión como enfermedad con todos sus posibles síntomas lleva a las personas a culparse a si mismas por los síntomas, y no saben que existen tratamientos para la enfermedad. Por ello si se presentan algunos síntomas de la depresión debe de ponerse en contacto con su medico de familia, o otras organizaciones de salud.

Por lo general lo que sucede entonces es que:

- Se tratara de determinar si existe una razón física que provoque la depresión.
- Se proporcionara tratamiento contra la depresión.
- Se recomendara al paciente a un especialista de salud mental para que se realicen mas evaluaciones y tratamientos.

---

<sup>7</sup> OP.CIT , Lorraine, Sherr , 200 PP.

El tratamiento contra la depresión ayuda a reducir la preocupación de su enfermedad, y hace desaparecer todos los síntomas de la depresión permitiendo que reanude su vida normal. El tratamiento precoz es más eficaz y mientras más tiempo pase antes de iniciarlo más difícil será superar la depresión. El tratamiento puede notarse en algunas semanas, aunque a veces el correcto tratamiento no es el primero y será necesario cambiar el mismo hasta dar con el ideal para cada caso.

## **H. Tratamiento**

Los principales tratamientos contra la depresión son los siguientes:

- Los medicamentos antidepresivos.
- La psicoterapia (hablar con un terapeuta especializado en estos problemas )
- Una combinación de los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia.

Existe un tratamiento adecuado para cada uno de los tipos de depresión y será su médico o terapeuta el que diagnostique el tipo de depresión que padece y comience el tratamiento mas adecuado en su caso. El tratamiento para la depresión generalmente es de dos pasos, el primero es intensivo para hacer que los síntomas de la depresión desaparezcan, y el segundo es de continuación del tratamiento , incluso después de que se encuentre bien, es importante porque impide que la depresión regrese. El tratamiento en conjunto puede durar unos seis meses. A veces si la depresión es recurrente (tres o mas episodios), se realiza un tratamiento de mantenimiento , por un periodo mas largo, 1 ó 2 años.

## **19. VIVENCIAS DE LA NIÑEZ**

Hay pruebas que confirman la noción de que la pérdida por fallecimiento de uno de los padres durante la niñez tiene relación con la depresión en períodos posteriores de la vida. Se ha visto que entre los que padecen depresiones graves existe un alto porcentaje de personas que perdieron a su madre antes de los 11 años, esto hace pensar que la depresión es una reacción al dolor que habiendo estado labrada, estalla bajo el impacto del estrés y las

pérdidas durante la vida adulta. Tal efecto no es extensivo a la depresión maniaca. Habiéndose estudiado el tipo de ambiente familiar en la niñez, las relaciones padre – hijo, el número de personas en la familia y el orden de nacimiento del paciente con cambios de humor, y aunque los resultados no sean concluyentes, se han hallado varios puntos de información interesante, uno de estos es que la familia como grupo arrastra una conciencia de su categoría social, que los padres resaltan la capacidad de adaptarse a los valores de la sociedad y alcanzar una buena posición social. Este tipo de familias suelen aspirar a ascender en la escala social, son muy convencionales y dan menos importancia a la intimidad y a las relaciones interpersonales que a los logros. No se sabe cuánto tiempo va a durar una depresión, lo mismo dura semanas o años, el objeto es acelerar el proceso natural de recuperación y hacer que la persona pase sin peligro y con el menor perjuicio posible una enfermedad que incapacita en grado sumo. En cuanto a personas deprimidas el saber que con el tiempo se arreglarán las cosas es probablemente el mejor salvavidas. Como suelen poner en duda este hecho irrefutable, necesitan de sus familiares y su médico se lo recuerde continuamente. Antes de administrar pastillas antidepresivas que sufren una ligera fluctuación de ánimo deben medirse las ventajas de aliviar su depresión contra el riesgo de precipitar una euforia. Si la depresión es relativamente moderada y la persona con una comprensión realista de la enfermedad, se siente capaz de afrontarla, se deben evitar las pastillas antidepresivas. En depresiones más graves en las que domina la desesperación y el pesimismo, debe utilizarse la medicación sin titubeos. Un paciente informado capaz de opinar sobre este asunto, puede ser de gran ayuda para el médico a la hora de tomar decisiones terapéuticas. Otras alternativas son: Psicoterapia, antidepresivos y terapia de electrochoque.<sup>8</sup>

## **20. . ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA**

### **A. Factores de predisposición**

Son diversos los modos en que un individuo puede desarrollar una predisposición para la reacción depresiva. Los que sugerimos no se excluyen evidentemente unos a otros y es probable que varios de ellos se den en todo individuo.

---

<sup>8</sup> OP.CIT, William C. Kroen , 121 PP.

- Factores genéticos
- Personalidad deprimida
- Carencias infantiles específicas o tensiones afectivas que aparecen en un período crucial del desarrollo, los cuales sensibilizan al individuo para la depresión en épocas tardías de su vida.
- Estímulos ambientales, mal concepto de sí mismo, apoyo emocional, trabajo, familia y amigos.

## **B. Factores de precipitación**

Uno de los elementos que invoca a la depresión con mayor frecuencia es la pérdida de un objeto querido. Esta pérdida puede ser real ( muerte) o simbólica ( pérdida de un objeto aparentemente inocuo que el paciente asocia con una persona importante en su vida a cuyo respecto tiene sentimientos ambivalentes y de culpabilidad).

1. Tensión (estrés) es una coincidencia temporal.
2. El acontecimiento supuestamente generador de estrés puede originarse precisamente a modo de consecuencia de la enfermedad.
3. La experiencia de estrés puede actuar de consumo con un factor de predisposición subyacente o activar en cierta manera un problema latente ya que existe en una personalidad vulnerable.
4. Puede que el estrés sea en efecto la causa de mayor importancia de la depresión, sea por la naturaleza del acontecimiento o por su intensidad.

## **C. Correlatos y factores de riesgo**

Los factores riesgo son aquellos elementos que muestran tener una correlación significativa con un determinado problema o trastorno, aunque tal relación no implique necesariamente causalidad. El concepto vulnerabilidad se utiliza precisamente para denominar la situación en la cual el sujeto reúne un conjunto de condiciones suficientes que hacen probable que llegue a desarrollar una determinada perturbación, en el caso de

los niños se ha subrayado que su vulnerabilidad está especialmente ligada a su capacidad de control de emociones y a los procesos precoces de apego, especialmente en aquellas que tiene que ver con los trastornos de tipo emocional. Realmente se puede sostener que hay 2 grandes grupos de factores: Los que se refieren a las características del sujeto (rasgos) y los que pertenecen a las circunstancias ambientales, entre los primeros se encontrarían los elementos biológicos y personales, entre los segundos se situarían los circunstanciales, es decir, aquellos estímulos o elementos del entorno que funcionan como espoleta desencadenante de un proceso depresivo. Los factores que tañen al sujeto, los factores biológicos y los genes son características personales de cada caso específico.

Entre los factores de personalidad podemos encontrar el temperamento, la estructura de la personalidad, la baja autoestima, sociabilidad, el estilo cognitivo.

Entre los aspectos biográficos podemos mencionar, el género, la edad, la raza, la clase social, medio rural y urbano.

Entre los factores ambientales mencionaremos, la familia y dentro de esta, las relaciones paternas, estructura familiar, divorcio, alteraciones psíquicas de los padres, depresión paterna, malas relaciones entre padres e hijos, apegos, interacciones.

Otro factor son los acontecimientos vitales tales como la acumulación de acontecimientos negativos, acontecimientos agudos, afrontamiento.

La depresión reactiva halla de algún modo conexión con las circunstancias adversas y ambientales.

## **21. TRATAMIENTO DEL DUELO**

### **A. El papel del asistente**

Algunos teóricos sienten que la manera en que el asistente apoye o excluya al niño de la pérdidas individuales que confortan su historial, determinará la habilidad del niño

para manejar las circunstancias futuras. Al niño que se le proporciona información real de acuerdo a su edad, al que se le permite expresar sus sentimientos en relación a la información adquirida y al que se le permite participar socialmente en eventos relativos a la pérdida, llega a estar mejor equipado para manejar futuras pérdidas; y aquellos excluidos se quedan sin resolver el trabajo de duelo para generar más fantasías y temores alrededor de la muerte las cuales se intensifican y elaboran. Estos niños llegan a ser adultos que no han recibido aún permiso para procesar sus propias muertes pasadas entonces se les hace muy difícil, si no imposible, soportar al niño agónico cuando la inminente pérdida reaviva tantas pérdidas adicionales del pasado, fantasías y temores aún no elaborados. El papel del asistente empieza a ver y aceptar apoyo para contemplar su propio historial de pérdidas, el apoyo continuo les permite escuchar mejor lo que son las necesidades actuales.

## **B. Pasos del asistente**

El primer paso es revisar con el niño la necesidad actual, aunque todos los pacientes tienen el derecho de saber, no todos tienen la necesidad de hacerlo. Aquellos niños que indican la necesidad de saber, necesitan explicaciones simples y sinceras en un lenguaje que sea apropiado a su actual estado intelectual y emocional. La información necesita ser proporcionada tempranamente en el tratamiento dado que estos niños están propensos a adaptarse con más éxito que aquellos a los que se les informa o proporciona información de forma tardía durante el tratamiento.

El segundo paso es brindar una gran cantidad de apoyo emocional. Los niños nos hablan de sus enfermedades, problemas, muertes y agonías de forma sincera, utilizan un lenguaje simple pero también su juego y dibujos nos ayudan a comprender lo que ello significa para ellos y lo que sienten.

## **C. Una guía para personas que trabajan con niños**

Aunque las primeras reacciones pueden ser de proteger a un niño de la muerte, esto es irreal. Los niños tienen un concepto tanto de la muerte como de la vida. El hecho de protegerlos es generalmente una manifestación de no querer hablar con el niño y

brindar ayuda, y los niños pueden sentir. Los niños responden adecuadamente a la verdad. La confusión de insinuar o negar solamente se suma al dolor de la muerte. Los propios niños pueden tener una enfermedad terminal o estar enfrentándose a la muerte, no existen reglas especiales para los niños.

#### **D. Para ser un buen educador**

- Saber que la escuela puede mejorar o degradar a la gente que está en ella.
- Estar dispuesto a complementar las nuevas informaciones con los viejos conocimientos.
- Debe ajustar las oportunidades de aprendizaje a cada niño, de modo que pueda progresar a su propio ritmo de velocidad.
- Debe tener la capacidad e incluir el desarrollo de habilidades intelectuales junto con el estímulo para que el niño se acepte a sí mismo.
- Tiene que saber cómo crear un ambiente, para encontrar oportunidades dentro del mismo, donde cada niño pueda sentirse importante.
- Deben reconocer los puntos fuertes de cada niño: debe tener en claro que las decisiones de los niños pueden ser vencidas a través de sus fortalezas.
- Tener conciencia de los sentimientos y de las imágenes que los niños tienen en su mente cuando van a la escuela.
- Comprender que algunas veces los niños sólo se desarrollan mediante la aprobación, ya que la crítica debe esperar hasta que el niño sea suficientemente fuerte para aceptarla.
- Aceptar la conducta que no sea adecuada comprendiendo que los seres inestables se rigen en la conducta agresiva cuando las presiones son demasiado grandes.
- Transmitir a los niños su fe en ellos, es decir, que sus alumnos sean personas dignas de estima y respeto.

## **E. Aspectos a tomar en cuenta**

- Le habla al niño honestamente. Dígale la verdad a su manera en términos simples y claros, generalmente los niños ya los saben.
- Le permite reaccionar a su propio estilo. Necesita saber que puede tener reacciones emocionales y a quien recurrir por consuelo, apoyo, tiempo y verdades.
- Responde a sus dudas de manera directa y simple. Si no entienden ellos preguntarán. Infórmeles paso a paso, ellos le van a dar sugerencias, cuando estén saturados pueden abandonar su inquietud para otro momento. Bríndeles oportunidades para abrir la discusión cuando deseen hacerlo.
- Los niños que estén agonizando necesitan tiempo y oportunidades para las despedidas, esto puede ser directo o simbólico.
- Se asegura que la tensión de los adultos no impida la franca discusión con el niño. Mantenga viva la esperanza pero moderarla con honestidad.
- Comprende que los niños pequeños que experimenten la muerte de un ser querido, luchan por durabilidad de la muerte. Esto se confunde cuando se le habla de dormir o de irse a perderse. Debe comprender que morir es diferente y que es para siempre.
- Recuerda que la muerte de un miembro de la familia trae consigo otros cambios. Esto puede dirigirse, en adelante los niños pueden ser ayudados diferenciando los elementos de la muerte por los que pueden hacer algo de aquellos que son inevitables. A los niños puede ayudárseles, después, a buscar nuevas estrategias para dirigir estos problemas.
- Tienen en la mente que los aspectos posteriores a la muerte tales como los funerales, féretros, servicios, rituales de duelo, la voz baja, pueden aturdir a un niño. Alguna persona debería tener especial cuidado para explicar y estar con el niño durante todos los momentos.
- Recuerda que los niños recuerdan sucesos de por vida, ayúdalos a crear buenos recuerdos en momentos de tristeza en vez de tratar de hacer a un lado, descartar u olvidar lo sucedido.

## **F. El Cierre**

El proceso de despedida final y de determinación es importante. Puede contemplarse desde 4 ángulos:

1. Cierre del niño y de la familia.
2. Dificultades con el cierre
3. Cierre del cuerpo médico
4. Cierre e inmortalidad.

Los niños necesitan la oportunidad de completar su propia tarea inconclusa.

## **22. AUTOESTIMA**

### **A. La Autoestima**

“La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo. Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.”<sup>9</sup>

Como mencionamos anteriormente, la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad, además es aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o reconstruye por dentro. Esto depende, también, del ambiente familiar, social y educativo en el que estemos y los estímulos que este nos brinda.

---

<sup>9</sup>García Ortega, Verónica, Autoestima, Argentina, 11 pp.

La influencia que tiene la familia en la autoestima del niño o niña es muy importante, ya que esta es la que le trasmite o le enseña los primeros y más importantes valores que llevarán al niño a formar, a raíz de estos, su personalidad y su nivel de autoestima. Muchas veces los padres actúan de diferentes maneras, que pueden ser perjudiciales para el niño dejándole marcas difíciles y un continuo dolor oculto que influirá en el desarrollo de su vida; a estos padres se los llama mártires o dictadores. Pero también están los que le valoran y reconocen sus logros y sus esfuerzos y contribuyen a afianzar la personalidad.).

Otro factor importante que influye en la familia, es la comunicación, ya que están estrechamente relacionadas. Según se hayan comunicado nuestros padres con nosotros, esos van a ser los factores que influyan en nuestra personalidad, nuestra conducta, nuestra manera de juzgarnos y de relacionarnos con los demás. Estas experiencias permanecen dentro de nosotros toda la vida. Por eso hay que aprender a reconocerlas y a anular su poder para que no nos sigan haciendo sufrir, y para no transmitírselas a nuestros hijos. Hay una estrecha relación entre la sociedad, la familia y la persona, ya que la sociedad es la que le presenta a la persona un modelo social con costumbres y con una cultura que a través de la familia son transmitidos al individuo. Pero cuando los integrantes de la misma, tienen asuntos indefinidos en el interior por un pasado doloroso en la infancia le transmitirá el mismo dolor y las mismas confusiones a su hijo, causándole problemas de comunicación en el ambiente social. Para poder ayudar a una persona que tiene autoestima baja, primero que nada se tiene que concientizar del problema que tiene, y luego se la podrá ayudar llevándolo a un especialista y apoyándolo durante el tratamiento o el proceso de recuperación. En el caso de los niños, la escuela también cumple un papel muy importante ya que es la que debe tener la estrategia y las formas para ayudar al niño con estos sentimientos tan distorsionados que le ocasionan tantos problemas.

## **B. Baja autoestima**

La autoestima es importante porque es nuestra manera de percibirnos y valorarnos como así también moldea nuestras vidas. Una persona que no tiene confianza en sí

misma, ni en sus propias posibilidades, puede que sea por experiencias que así se lo han hecho sentir o por mensajes de confirmación o desconfirmación que son transmitidos por personas importantes en la vida de ésta, que la alientan o la denigran. Otra de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse, es por la comparación con los demás, destacando de éstos las virtudes en las que son superiores, por ejemplo: sienten que no llegan a los rendimientos que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de otorgárselo; sus seres significativos los descalifican y la existencia se reduce a la de un ser casi sin ser. No llegan a comprender que todas las personas son diferentes, únicas e irrepetibles, por lo que se consideran menos que los demás.

### **C. La familia**

En la violencia familiar las víctimas y los victimarios poseen muy baja autoestima, ya que por un lado, la víctima es alguien al que maltratan sin que ésta pueda poner límites y no se da cuenta de que está siendo abusada. Por otro lado, los victimarios compensan lo inferior que se sienten, maltratando y abusando, en este caso, de un familiar. Muchas de las heridas emocionales que tiene una persona, producidas en su niñez pueden causarnos trastornos psicológicos emocionales y físicos (cáncer, úlceras, hipertensión, trastornos cardíacos y alimentarios, problemas en la piel, depresiones, etc.), produciendo dificultades en la vida de las mismas (conflictos serios en el trabajo, disminución de la energía y de la capacidad creativa, relaciones matrimoniales desastrosas, no poder hacer o conservar amigos, poco entendimiento con las hijas e hijos). Existen padres, madres, docentes o cuidadores que humillan, desprecian, no prestan atención, se burlan o se ríen del niño/a cuando pide ayuda, siente dolor, tiene un pequeño accidente, necesita que lo defiendan, expresan miedo, piden compañía, se aferra buscando protección, tiene vergüenza, etc..

En el momento en que la persona afectada es adulta, transmitirá la humillación o el maltrato a personas más pequeñas o vulnerables. Es una cadena hereditaria de abuso y poder, ya que el desprecio y la vergüenza vivida en la infancia son la fuente de los problemas que afectan en la vida adulta y los causantes de la baja autoestima.

La principal imagen y más generalizada forma de violencia es el maltrato emocional

La autoestima y la comunicación están muy relacionadas, porque según como se diga algo, el efecto será positivo o negativo, de aprendizaje o de resentimiento, que se transmite desde la infancia hacia el futuro.

Según se hallan comunicado nuestros padres con nosotros así van a ser los ingredientes que se incorporen a nuestra personalidad, nuestra conducta, nuestra manera de juzgarnos y de relacionarlos con los demás.

#### **D. La Sociedad**

La sociedad cumple una función muy importante para la persona, ya que a partir de la cultura de esta, la familia adopta diferentes pautas o formas de vida que son transmitidos a sus miembros y determinan o ayudan a formar la personalidad de cada uno, teniendo a esta como modelo social. Las personas que tienen poca confianza de su capacidad dentro de la sociedad, tienden a buscar roles sometidos y evitan las situaciones que requieren asumir responsabilidades. En nuestra sociedad el nivel de autoestima de una persona esta en cierta medida, ligado a lo que hace para ganarse la vida. Los criterios mediante los cuales, las personas, se evalúan a si mismas son culturales.- Toda persona se ve a si misma desde le punto de vista de los grupos en que participa y todo aquello que piensen de uno influirá positiva o negativamente en la personalidad o forma de pensar.

#### **E. La Escuela**

Es fundamental que los padres y maestros o docentes en quienes los padres confíen, sean capaces de transmitir valores claros. Es muy importante que se les enseñe a los niños, el significado de esos valores. Los maestros deben conocer el ambiente y aceptarlo si quieren ayudar a los niños a que vean estos dentro del mismo. Los educadores deben estar conscientes de los distintos ritmos de desarrollo de cada niño, para que el mismo se sienta cómodo con el propio y capacidad de desarrollo. También podemos decir que los maestros pueden favorecer u obstaculizar el proceso por el cual uno puede encontrarse a sí mismo. Su comprensión o la ausencia de la misma, pueden

favorecer o hacer la personalidad que se desarrolla y está en vías de manifestarse. Por esto el educador tiene mucha responsabilidad en este tema tan importante o en esta cuestión del tiempo necesario para que uno se encuentre a sí mismo. Es muy importante que la escuela del niño ayude al mismo a descubrir y aprender a ser las personas que siempre quisieron ser, respetándole sus tiempos, sus conflictos y sus confusiones.

#### **F. Actitudes o Posturas habituales que indican Autoestima Baja**

Autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma. Hipersensibilidad a la crítica, por la que se siente exageradamente atacada/o, herida/o; hecha la culpa de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva resentimientos tercos contra sus críticos. Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse. Deseo innecesario por complacer, por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión del peticionario. Perfeccionismo, autoexigencia esclavizadora de hacer "perfectamente" todo lo que intenta, que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida. Culpabilidad neurótica, por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo. Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas de poca importancia, propia del supercrítico a quién todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface. Tendencias defensivas, un negativo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

#### **G. Desarrollar una buena autoestima**

No se habla de una alta autoestima, sino del narcisismo o de una buena autoestima. El narcisismo es el amor excesivo hacia uno mismo o de algo hecho por uno mismo, por eso se dice que una persona es narcisista, cuando está enamorado de sí mismo, es decir de lo que piensa, de lo que hace, de cómo es, de cómo se viste, etc., pero no del propio ser, sino de la imagen del yo. En relación con el narcisismo hay que tener en cuenta dos elementos, uno la imagen, que es como se ve exteriormente la persona y la

otra es el amor, que es el amor excesivo de la persona, hacia sí mismo. La representación del narcisismo en el niño son simplemente las palabras e imágenes que les transmitieron sus padres, por eso se dice que los padres tienden a atribuirle al niño todos las afecciones y se niegan o se olvidan todos sus supuestos defectos. Alguien con una buena autoestima no necesita competir, no se compara, no envidia, no se justifica por todo lo que hace, no actúa como si "pidiera perdón por existir", no cree que está molestando o haciendo perder el tiempo a otros, se da cuenta de que los demás tienen sus propios problemas en lugar de echarse la culpa "por ocasionar molestias".

#### **H. Características de la autoestima positiva**

- Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aún cuando encuentre fuerte oposiciones colectivas, y se siente lo suficientemente segura como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocada.
- Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirme culpable cuando a otros le parece mal lo que halla hecho.
- No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que halla ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
- Tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
- Se considera y realmente se siente igual, como persona, a cualquier otra persona aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
- No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
- Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena.

- Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigos, etc.
- Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas, reconoce sinceramente que no tiene derecho a mejorar o divertirse a costa de los demás.

## PREMISAS

- ◆ “Muerte y agonía, interrupción irreversible de la vida y proximidad inminente de la muerte. La muerte implica un cambio completo en el estado de un ser vivo, la pérdida de sus características esenciales.”

Lorraine, Sherr

- ◆ “Acompañar a un niño en duelo significa ante todo NO APARTARLE de la realidad que se está viviendo, con el pretexto de ahorrarle sufrimiento. Incluso los niños más pequeños, son sensibles a la reacción y el llanto de los adultos, a los cambios en la rutina de la casa, a la ausencia de contacto físico con la persona fallecida..., es decir, se dan cuenta que algo pasa y les afecta.”

**Lorraine, Sherr**

- ◆ “Aunque resulte muy doloroso y difícil hablar de la muerte con el niño, es mejor hacerlo lo antes posible. Pasadas las primeras horas de mayor dramatismo y confusión, buscaremos un momento y un lugar adecuado y le explicaremos lo ocurrido con palabras sencillas y sinceras.”

**Lorraine, Sherr**

- ◆ “Para los niños menores de 5 años, la muerte es algo provisional y reversible.”

**Lorraine, Sherr**

- ◆ “Animar al niño a asistir y participar en el velatorio, funeral, entierro... Tomar parte en estos actos puede ayudarlo a comprender qué es la muerte y a iniciar mejor el proceso de duelo. Si es posible, es aconsejable explicarle con antelación qué verá, qué escuchará y el porqué de estos ritos. Animar también al niño a *ver el cadáver*. Muchos niños tienen ideas falsas con el cuerpo. Comentarle que el cuerpo deja de moverse del todo y para siempre, deja de respirar, de comer, de

hablar, de ir al baño, y no siente dolor. Dejarle bien claro que ya no siente nada; ni lo malo, ni el frío, ni el hambre... Insistir en que la muerte no es un especie de sueño y que el cuerpo no volverá ya ha despertarse. Antes de que vea el cadáver, explicarle dónde estará, qué aspecto tendrá... “

**William C. Kroen**

- ◆ “Aunque no siempre las expresen, los niños viven emociones intensas tras la pérdida de una persona amada. Si perciben que estos sentimientos (rabia, miedo, tristeza...) son aceptados por su familia, los expresarán más fácilmente, y esto les ayudará a vivir de manera más adecuada la separación.”

**William C. Kroen**

- ◆ “Las caídas de ánimo son una experiencia normal y corriente que suele dar como reacción a circunstancias adversas que varían. La depresión es una experiencia normal. Una muerte en la familia es natural que provoque sentimientos de tristeza y soledad acompañados de rachas de llanto. A veces no está muy claro lo que se ha perdido, algo menos tangible, los sentimientos apropiados de tristeza parecen tener una finalidad al igual que el dolor físico que es la señal que emite el cuerpo para moderar la actividad y tomar medidas correctivas, la tristeza es el instrumento que utiliza la mente para hacer que nos paremos y analicemos lo que ha ido mal, primer paso, este hacia la aceptación de la pérdida.”

**Dr. Patrick McKeon**

- ◆ “La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión. Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse.”

**Joseph Mendels**

- ◆ “La depresión es la pérdida de estima del yo.”

Sigmund Freud

- ◆ “Los síntomas centrales de depresión son tristeza, pesimismo, descontento de sí mismo, junto con una pérdida de energía, motivación y concentración. Los grados de estos síntomas pueden presentarse y las combinaciones de los mismos son variables hasta el infinito.”

**Del Barrio, Victoria**

- ◆ “El desconocimiento de la depresión como enfermedad con todos sus posibles síntomas lleva a las personas a culparse a si mismas por los síntomas, y no saben que existen tratamientos para la enfermedad. Por ello si se presentan algunos síntomas de la depresión debe de ponerse en contacto con su medico de familia, o otras organizaciones de salud.”

**Joseph Mendels**

- ◆ “La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad, además es aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o reconstruye por dentro. Esto depende, también, del ambiente familiar, social y educativo en el que estemos y los estímulos que este nos brinda.”

**García Ortega, Verónica**

## **CAPITULO II: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

Como se mencionó con anterioridad , la investigación fue básicamente bibliográfica por lo cual se realizó una recopilación sistemática referente al tema. Pero al mismo tiempo para tener un sustento profesional más amplio, se realizó un cuestionario abierto estructurado el cual consta de 9 preguntas realizado a profesionales de la salud (alrededor de 15) ) específicamente a médicos y psicólogos en base al tema central de la investigación.

### Recopilación de datos sistemáticamente

Se recopiló información detallada acerca del tema y los temas relacionados a este para de esta forma brindar información a la población en general y personas que lo requieran. Para la recopilación de la información se utilizaron diferentes fuentes como lo son textos, libros, Internet, enciclopedias psicológicas, entre otras. Al mismo tiempo, para brindarle un sustento con enfoque profesional se realizó un cuestionario a alrededor de 15 profesionales de la salud específicamente a psicólogos y médicos con un esquema de preguntas. La aplicación del cuestionario a profesionales sirvió de enfoque calificado o profesional respecto al tema y al mismo tiempo ayudará al enriquecimiento de la investigación en forma cualitativa.

El análisis cualitativo como su nombre lo indica es un desglose, una descripción detallada de un foco, tema o problema específico; en el cual se mencionan los por menores del mismo, del cual se hizo uso en este caso fue extraído de la recopilación de las preguntas abiertas de lo cuestionarios, mismas que fueron realizadas a profesionales para darle soporte técnico al proyecto bibliográfico.

### **CAPITULO III:**

## **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Como se ha mencionado con anterioridad, el proyecto ha sido puramente bibliográfico, pero no obstante para obtener referencias objetivas y subjetivas por parte de profesionales de la salud ( específicamente Psicólogos y médicos ) se realizó un cuestionario estructurado y abierto con respecto al duelo. Dado que el proyecto se realizó netamente con fines bibliográficos no están presentes en el mismo alguna hipótesis, variables, muestra o población alguna con la cual se pretenda probar algo derivado de los cuestionarios, sino más bien como reiteramos, los cuestionarios son un soporte profesional que aumenta riqueza al proyecto bibliográfico.

A continuación se presentará una síntesis por pregunta de las respuestas obtenidas en el cuestionario por parte de los profesionales respecto al duelo en niños y adolescentes:

### **CUESTIOANARIO**

✓ ¿Qué es un proceso de duelo?

Los profesionales de la salud concuerdan en que un proceso de duelo es un conjunto de etapas que se dan luego de la pérdida o separación de un ser querido en las cuales están involucrados sentimientos de dolor y tristeza en donde el tiempo es esencial para superarlo.

✓ ¿Aspectos que influyen en el proceso de duelo en niños y adolescentes?

Las respuestas concuerdan dentro de los aspectos que influyen dentro del proceso de duelo en niños y adolescentes, en que la familia, el ambiente, la sociedad, así

como la madurez de la persona influyen en el proceso del mismo. otros profesionales no entendieron la pregunta.

✓ ¿Características en un niño y en un adolescente con un proceso de duelo no resuelto?

Las características son comunes en la mayoría de las respuestas como retraimiento, tristeza, apatía, rebeldía, conductas inapropiadas, desesperanza, angustia, falta de apetito o problemas alimenticios, desinterés, problemas del sueño, sentimientos de culpa, dolor, llanto, baja autoestima, pobre autoconcepto, violencia, y miedo a la muerte

✓ ¿Características de un proceso de duelo adecuado?

Según las respuestas obtenidas, la mayor parte coincide en que dentro de un proceso de duelo deben de existir características como la aceptación, sentir el dolor, tristeza, llanto, estar rodeado de relaciones familiares cercana y sociales normales al igual que obtener una información adecuada del suceso y una madurez personal.

✓ ¿Cómo influye el ambiente y la familia en el proceso de duelo de niños y adolescentes?

Los profesionales opinan de forma general que la familia es el pilar mismo que fortalece a la persona que atraviesa un proceso de duelo y en si influye de manera global y directa dentro del proceso en sí.

✓ ¿Recomendaciones para lograr un proceso de duelo adecuado en niños y adolescentes?

Para lograr una resolución dentro de un proceso de duelo es necesario el apoyo directo de la familia, el comunicarse con su entorno inmediato social fortalece su forma de enfrentar el duelo, el apoyo religioso independientemente de cual y el visitar a un especialista de la salud, en este caso un psicólogo competente, una

comunicación constante acerca de sus sentimientos y pensamientos y atravesar cada una de las etapas del proceso de duelo de forma adecuada es la mejor forma de atravesar un duelo, son las ideas de los profesionales..

✓ ¿Cómo afecta la autoestima del niño y del adolescente el proceso de duelo?

Según los profesionales, la autoestima juega un papel importante dentro de los sentimientos y pensamientos de la persona que atraviesa un proceso de duelo, ya que según mencionaron, si se lleva un proceso de duelo adecuado esta no se ve relativamente afectada. Otros opinan que a mayor autoestima menor es el tiempo del proceso de duelo.

✓ ¿Relación entre duelo y depresión en niños y adolescentes?

En esta pregunta se observó confusión de la depresión con respecto al duelo, algunos creen que inminente la depresión dentro de un proceso de duelo normal, otros sin embargo creen que no tiene relación directa u que depende de la forma en que es tratado el mismo y la madurez de la persona y su cercanía con la religión. Si embargo la depresión es muy común en niños y adolescentes en procesos de duelo, independientemente si se resuelve ésta o no, otros sin embargo hacen una diferenciación muy remarcada diciendo que el proceso de duelo es un proceso normal en la vida de cualquier persona con sentimientos y pensamientos normales y que en cambio la depresión es un estado patológico emocional, el cual puede o no darse dentro del proceso de duelo.

✓ Comentarios.

Algunos profesionales opinaron que el proceso de duelo debe de seguirse con todos los pasos requeridos para una resolución efectiva del mismo, haciendo hincapié en el papel fundamental que juegan los padres, maestros y / o encargados de los niños y adolescentes así como el rol fundamental de los psicólogos respecto al tema. Otros sin embargo simplemente dejaron la pregunta en blanco.

## **CAPITULO IV : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

- ✓ El proceso de duelo está compuesto por una etapas destinadas a sobrepasar el mismo y se da luego de la pérdida de un ser querido.
- ✓ La familia juega un papel fundamental dentro del proceso de duelo y es considerado por los profesionales de la salud como el pilar dentro del mismo.
- ✓ El apoyo moral por parte de la sociedad, entiéndase familiares cercano, amigos y vecinos, y la comunicación que se da con estos, es primordial dentro del proceso de duelo y en el aumento de la autoestima en niños y adolescentes.
- ✓ Los maestros y familiares cercanos juegan un rol esencial dentro del proceso de duelo de niños y adolescentes.
- ✓ El proceso de duelo en niños y adolescentes no necesariamente está ligado a una baja autoestima o a un estado depresivo, pero generalmente es así.
- ✓ Dentro de los cuestionarios realizados a profesionales de la salud para obtener un soporte profesional se encontró desconfianza y desinterés con respecto a responderlos, incluyendo a profesionales catedráticos de la escuela de psicología de la universidad de san Carlos de Guatemala. Así mismo se observó dentro de las respuestas obtenidas por parte de los profesionales de la salud confusión de conceptos relacionados al proceso de duelo en niños y adolescentes.

## RECOMENDACIONES

- ✓ Es recomendable que la familia tenga una adecuada comunicación con niños y adolescentes que atraviesan un proceso de duelo para sobrepasar y entender la situación de manera pertinente.
- ✓ Los profesionales de la salud recomiendan que el proceso de duelo que un niño y adolescente atraviesa sea apoyado por un profesional de la salud, en este caso por un psicólogo pertinente.
- ✓ Es recomendable que tanto los padres de familia como los maestros de turno o encargados llevan una relación estrecha para ayudar a tanto niños como adolescentes a sobrepasar las diferentes etapas del proceso de duelo.
- ✓ Es recomendable estar al tanto de los signos y síntomas que pueden mostrar los niños y adolescentes dentro de un proceso de duelo, puesto que se puede ve afectada la autoestima de los mismos así como procesos depresivos en los mismos.
- ✓ Es importante que dentro de las actividades sociales de los niños y adolescentes se contemplen actividades relacionadas a aspectos físicos y/o recreativas para mantener tanto su cuerpo como su mente activos y así ayudar al proceso de duelo aumentando su autoestima.
- ✓ Es necesario mencionar que los profesionales de la salud, en este caso médicos y psicólogos deben actualizan sus conocimientos con regularidad y de esta forma brindar un servicio óptimo a sus pacientes y ser ejemplos.

## BIBLIOGRAFIA

➤ Branden, Nathaniel

El poder de la autoestima, ¿Cómo potenciar este importante recurso psicológico?.

Traducción de María v. Arauz. España: Editorial Paidós Ibérica S.A., 1992.

117 pp.

➤ Branden, Nathaniel

Los 6 Pilares de la Autoestima. Traducción por Jorge Vigil Rubio. España: Ediciones Paidós Ibérica. 1994.

361 pp.

➤ Del Barrio, Victoria

Depresión infantil.

Causas, evaluación y tratamiento.

Ariel Practicum. Barcelona. Primera edición, Septiembre de 1997.

Impreso en España

186 pp.

➤ Dr. Patrick McKeon

La depresión y la euforia, Como identificarlas y contrarrestarlas

Ediciones Deusto. Madrid / Barcelona / Bilbao. Sin traducción. Impreso en España

136 pp.

➤ **Internet**

**GSK Glaxo Smith Kline**

**[www.tuotromedico.com](http://www.tuotromedico.com)**

**Depresión**

**Sanita**

**Pulsomed S.A.**

**Marzo 2005**

**España**

**3 pp.**

➤ **Internet**

**García Ortega, Verónica**

**Autoestima**

**[vgo15@uol.com.ar](mailto:vgo15@uol.com.ar)**

**Argentina**

**11 pp.**

➤ **INTERNET**

**Dr. Hernández González, Eduardo**

**MI PEDIATRA.COM**

**México.**

**2004.**

**5 pp.**

➤ **Joseph Mendels**

**La Depresión**

**Editorial Herder. Barcelona. 1982. impreso en España. 176 pp.**

➤ Lorraine, Sherr

Agonía, muerte y duelo

Manual moderno. Traducción Sra. Sonia Flores., Editorial El Manual Moderno S.A. de V.C. México D.F. .,1992. 273 pp.

➤ MICROSOFT ENCARTA 2005

MICROSOFT

➤ William C. Kroen

*Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*

*(Un manual para adultos)*

Ediciones Oniro S.A.. Barcelona 2002

**ANEXOS (APENDICES)**

**CUESTIONARIO: PROCESO DE DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

**1. ¿Qué es un proceso de duelo?**

---

---

---

---

---

**2. ¿Aspectos que influyen en el proceso de duelo en niños y adolescentes?**

---

---

---

---

---

**3. ¿Características en un niño y en un adolescente con un proceso de duelo no resuelto?**

---

---

---

---

---

**4. ¿Características de un proceso de duelo adecuado?**

---

---

---

---

---

**5. ¿Cómo influye el ambiente y la familia en el proceso de duelo de niños y adolescentes?**

---

---

---

---

---

**6. ¿Recomendaciones para lograr un proceso de duelo adecuado en niños y adolescentes?**

---

---

---

---

---

**7. ¿Cómo afecta la autoestima del niño y del adolescente el proceso de duelo?**

---

---

---

---

---

**8. ¿Relación entre duelo y depresión en niños y adolescentes?**

---

---

---

---

---

**9. Comentarios.**

---

---

---

## **RESUMEN**

La pérdida de un ser querido y cercano es un hecho trascendental en la vida del ser humano, pero existe una diferencia notable en el hecho de cómo es tratado este proceso de duelo y principalmente en niños y adolescentes y la influencia que tiene este en el desarrollo de su personalidad.

El presente proyecto de investigación está dirigido a realizar una recopilación estructurada la cual contendrá aspectos relacionados a la resolución efectiva en los procesos de duelo en niños y adolescentes para que estos desarrollen sus capacidades, habilidades y sepan manejar sus emociones, sin culpa, de manera correcta y al mismo tiempo mantengan una buena autoestima. Es sumamente importante mencionar que dentro de los objetivos globales dentro de la investigación; tanto los generales como los específicos se encuentran: El Brindar información a la población en general para desarrollar personalidades sanas en niños y adolescentes que se encuentren dentro de un proceso de duelo, para que este sea efectivo; el establecer factores generales y específicos que contribuyen a la resolución negativa de la personalidad en niños y adolescentes; también establecer factores generales y específicos que contribuyen a la resolución positiva de la personalidad en niños y adolescentes; establecer características generales y específicas que contribuyen a la resolución negativa de la personalidad en niños y adolescentes; y establecer parámetros para la resolución efectiva del proceso de duelo y desarrollar una personalidad sana en niños y adolescentes. Como se mencionó con anterioridad , la investigación fue básicamente bibliográfica por lo cual se realizó una recopilación sistemática referente al tema. Pero al mismo tiempo para tener un sustento profesional más amplio, se realizó un cuestionario abierto estructurado el cual consta de 9 preguntas realizado a profesionales de la salud (alrededor de 15 ) específicamente a médicos y psicólogos en base al tema central de la investigación.