

Trabajos originales

REPERCUSION DE LA MUERTE AMBIENTAL SOBRE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO. ESTUDIO SOCIO-FAMILIAR y PSICOMETRICO

Autores: Dra. Milagros Longo G^a Peñuela
Lic. Rosa Nogueira Rodriguez
Dr. M. Castro Gago
Dra. M.^a Carmen Ares Lois
Dr. Rafael Tojo Lievra

Hospital General de Galicia
Universidad Santiago de Compostela

I.— INTRODUCCION

Sociología de la Muerte

Una de las tareas más difíciles que se presentan a los padres es comunicar a los hijos la muerte de algún ser querido; por ejemplo, del abuelo o de un amigo. Y a menudo requieren la ayuda y el consejo del médico para explicar a los hijos pequeños este fenómeno que les parece tan poco apropiado para un niño y para su despreocupada forma de mirar la vida.

Importa buscar la manera de hacerlo con el menor daño y con el mayor efecto terapéutico posible:

En los últimos años, diversos investigadores se han esforzado por entender el concepto que el niño tiene de la muerte, así como por encontrar los medios más adecuados de acercarse a la mentalidad infantil. De este modo se ha llegado a conclusiones valiosas.

Ante todo, debemos desechar algunas falacias comunes en que se suele incurrir al abordar este tema de los niños y la muerte.

PROCEDENCIA GEOGRAFICA

| Area geográfica | % | Población infantil (N = 69) | (Niños Niñas) |
|-----------------|----------|--------------------------------|---------------|
| Urbana | | 36 | (37 32) |
| | Marítima | 18 | (16 24) |
| Suburbana | | | |
| | Rural | 6 | (7 4) |
| Rural (aldea) | | 28 | (30 24) |
| Marítima | | 12 | (10 16) |

V.3. EDAD

En la población general infantil estudiada, parece como si el intervalo 9-10 años, seguido 10-11, y 11-12, fuese donde más incidencia tuvieran estas reacciones de duelo (recordando la idea de muerte a estas edades, es comprensible esta reacción y que perdurara más tiempo).

Pero nos encontramos que el intervalo 6-7, era igual que el 11-12, y creemos se debe a que a los seis años comienzan las reacciones afectivas ante la muerte, aunque el niño todavía no piense que le podía ocurrir algún día. Es casi a los 10 años cuando acepta este hecho (ya explicado en la patogenia de la evolución del sentimiento de muerte en el niño). Recordar que a los 10 años, ya aparece elaborada la idea de su irremediable destrucción. Ya entonces es sentida como amenaza por sus instintos vitales.

Cuando desglosamos la muerte en niños-niñas, más o menos hay la misma

reacción, en número e intervalos de edad desde los 4 a los 9 años, pero si se observa con detenimiento la gráfica es evidente que los niños, a partir de los 7 años, son más sensibles a la situación de duelo (entre 7-8 años, 4 niños sobre 2 niñas y entre 8-9 años, 5 niños sobre 2 niñas), pero ya a los 9, se triplica más uno las reacciones en los varones frente a las niñas.

entre los 10-11 se triplica más uno frente a las niñas y prácticamente igual a partir de los 11-12 años.

Quisimos averiguar el porque de esto y vemos se debe a que las niñas viven más el ambiente ritual de casa por lo cual pueden aceptar mejor estos hechos (lutos, funerales, duelo), ya que se acostumbran desde pequeñas a participar y colaborar en todos los hechos caseros: acompañar y recibir visitas, estar presentes en ellas, ayudar a la madre en las tareas de preparar fiestas. Y un duelo significa "un hecho más". Mientras que al niño varón no se le permite participar en la preparación de esas situaciones familiares.

V.4. NUMERO DE HERMANOS

Trató de analizarse si influía este hecho familiar ante la reacción neurótica por duelo, encontrandonos en la descripción gráfica del número de extensión de hermanos, que la mayor patología radica en dos hermanos, seguida de tres, seguida de uno y despues de cuatro. Estos datos se superponen a los que encontramos al analizar también la extensión familiar,

en otros hechos de psicopatología infantil (como es la Neurosis en general o el fracaso escolar y reacción neurótica producida por él).

Curiosamente observamos que en las familias de padres inferiores a 35 años y procedentes de medio Rural, disminuye al número de hijos. La máxima extensión familiar, corresponde a padres mayores de 35 años, procedentes por este orden de medio Rural, Suburbano, y Urbano.

NUMERO DE HERMANOS

| Niños N=44) | Niñas (N=25) | Población infantil (N=69) |
|-------------|--------------|---------------------------|
| Unico = 2 | Unico = 1 | Unico = 3 |
| Uno = 6 | Uno = 3 | Uno = 9 |
| Dos = 6 | Dos = 9 | Dos = 28 |
| Tres = 8 | Tres = 7 | Tres = 15 |
| Cuatro = 5 | Cuatro = 1 | Cuatro = 6 |
| Cinco = 1 | Cinco = 2 | Cinco = 3 |
| Seis = 2 | Seis = 1 | Seis = 3 |
| Siete = 1 | Siete = 1 | Siete = 2 |

NUMERO DE HERMANOS Y PROCEDENCIA GEOGRAFICA

| Area geográfica % | N.º de hermanos (N=69) | | | |
|-------------------|------------------------|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Urbana | 50 | 40 | 40 | 5 |
| Marítima | 25 | 30 | 20 | 20 |
| Suburbana | 17 | 10 | 20 | 15 |
| Rural | 8 | 20 | 20 | 60 |

V.5. PUESTO ENTRE HERMANOS

La máxima incidencia está en el primer hermano (con incidencia altamente significativa cuando es hijo único) seguido, con diferencia significativa, del último, seguido de un hermano intermedio.

Estos resultados no coinciden con los de la Neurosis Infantil en general, detectada en el mismo archivo, en donde se encuentra que es el segundo hermano el que tiende a neurotizarse más, a reaccionar ante conflictos; seguido este, del primer hermano (con incidencia altamente significativa cuando es hijo único), seguido también con diferencia significativa del "hermano intermedio" (o "hermano perdido").

Sociológicamente, quizás sea la explicación de este hecho, como si el status de primer hermano, que tiene que ejercer su rol esperado, tenga que reaccionar al duelo como si fuera un adulto. Seguramente también por tener ese status, es cuando hay más fijación afectiva por parte de los miembros familiares (el primer hijo si el fallecido es el padre, el primer nieto si es el abuelo,...).

Quisimos constatar este hecho, relacionando puesto de hermanos y miembro familiar fallecido, pero la muestra es pequeña para lo que, aparentemente parecía cierto (Neurosis del duelo del hermano mayor o hijo único, frente a desaparición de padre-abuelo-tío) fuese estadísticamente significativa.

V.6. QUIEN ENVIA A LA CONSULTA PAIDOPSIQUIATRICA

| % | Población infantil (N = 69) | (Niños | Niñas) |
|---------------------|--------------------------------|--------|--------|
| Pediatría | 43 | (45 | 40) |
| Colegio | 26 | (23 | 28) |
| Familia | 16 | (14 | 20) |
| Médico cabecera | 10 | (10 | 8) |
| Médico especialista | 4 | (5 | 4) |
| Asistente Social | 1 | (2 | —) |

Pediatra: 43%

Colegio: 25%

Familia: 16%

Méd. Cabecera: 10%

Méd. Especialista: 4%

Asistente Social: 1%

Curiosamente ni en un solo caso, ninguno de estos profesionales adujo como motivo precipitante de consulta,

la relación entre síntomas del niño y pérdida de algún ser querido.

De los niños traídos directamente por la familia, solamente en dos casos, los familiares dejaban entrever esa posibilidad (ambas familias eran de status socio-cultural alto).

Estadísticamente, la diferencia entre niños-niñas no fue significativa en ningún caso.

V.7. PROFESION DE LOS PADRES

Como es una consulta hospitalaria donde se ha realizado el muestreo, vemos el bajo índice de gente de cultura superior, incluso de estudios medios cualificados. Creemos se debe a la resistencia que aún existe, a ser atendidos en este tipo de centros.

Dentro del grupo de mujeres que pertenecen S.L. un alto porcentaje (78%) correspondían a madres de más de 35 años, siendo la mayoría procedentes del medio Rural (61%), las cuales realizaban tareas de campo, granja, etc., además de la atención directa a su casa.

El grupo de obreras sin cualificar, nos referimos a actividades fuera de casa que realizaban por hábito, costumbre, o simplemente eran instruidas de manera informal para realizar estas actividades, como podían ser: empleadas de hogar, trabajadoras en fábricas con tareas simples (limpiadoras o seleccionadoras de pescado, empaquetadoras, etc.). Correspondían en un 75% a

mujeres de menos de 35 años. Reconocían en un porcentaje de un 38% que realmente necesitaban trabajar para mantener la economía familiar. El resto anteponían la necesidad de salir fuera de casa, a la necesidad imperiosa de ganar dinero, con casi igual porcentaje que el resto de las mujeres que trabajan en otras actividades más especializadas. Un 9% de las mujeres que trabajaban lo hacían para sustituir el sueldo del marido (incluyendo viudas, separadas y solteras).

Estos datos se pueden superponer a cuando se analiza esta situación de la mujer en las historias por otros motivos independientes del duelo.

De manera informal tenemos anotadas, sólo en 27 historias, la opinión de los hijos sobre sus madres que trabajan fuera de casa, y no todos están de acuerdo. Pero por ser un dato no directamente constatado, nos quedamos en lo dicho (sólo encontramos en la historia esto constatado, cuando realmente fue un hecho traumático para el niño).

PROFESION DE LOS PADRES

| Profesión % | Padre | Madre | (N = 69) |
|------------------------|-------|-------|----------|
| Obrero sin cualificar | 52 | 29 | |
| Obrero especializado | 22 | 13 | |
| Técnico administrativo | 4 | 1,5 | |
| Graduado Medio | 3 | 1,5 | |
| Graduado Superior | 3 | 1,5 | |
| Sus Labores | — | 46 | |

RASGOS PATOLOGICOS DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES

| Rasgos % | Padre | Rasgos | Madre |
|---------------------|-------|---------------------|-------|
| Rígido | | Ansiosa | 43 |
| Exigente | 29 | Rígida | |
| Estricto | | Estricta | 28 |
| Alcohólico | 13 | Meticulosa | |
| Anefectivo | 12 | Chillona- | |
| Ansioso | 10 | -excitada | 22 |
| Pasivo | 10 | Anaffectiva | 17 |
| Acaracterial | | Rechazante | 14 |
| —explosivo— | 10 | Agobiante | 14 |
| Neurótico— | | Sobreprotec- | |
| —Obsesivo | 7 | tora | 13 |
| Depresión cíclica | 7 | Depresión cíclica | 10 |
| Intento de suicidio | 4 | Alcohólica | 6 |
| Sobreprotector | 3 | Intento de suicidio | 1 |
| Psicópata | 1 | | |

V.10 DISTRIBUCION SOCIAL DE LA MUERTE

Los abuelos fallecen en un 38%, le siguen con una diferencia altamente significativa los hermanos, un 17%. El padre representa un 16%, frente a un 7% de la madre (teniendo esta relación con la causa de fallecimiento, ya que el padre tiene más riesgos laborales, accidentes de trabajo, etc.).

Dentro del 7% que representa la madre la causa de muerte en un 6% fue debida a enfermedad y sólo en un 1% el motivo fue accidente o suicidio.

Los tios que conviven con el niño o que tienen una fuerte ligazón afectiva con él, representan un 10%.

El sentimiento de duelo, por un amigo fallecido es de un 7%, y por los vecinos es de un 5%.

Al desglosar la distribución niños-niñas, no se encuentra diferencia de reacción al sentimiento de muerte por abuelos o hermanos.

Cuando se refiere al personaje padre, el porcentaje de niñas que reaccionan patológicamente es mayor que el de niños (20% niñas, 14% niños). Estudiado, aunque la muestra es pequeña, las

| <u>DISTRIBUCION SOCIAL DE LA MUERTE</u> | | <u>DISTRIBUCION SOCIAL DE LA MUERTE</u> | | |
|---|-----------------------------|---|----------------|----------------|
| Persona fallecida % | Población infantil (N = 69) | Persona fallecida % | Niños (N = 44) | Niñas (N = 25) |
| Abuelos | 38 | Abuelos | 39 | 36 |
| Hermanos | 17 | Hermanos | 18 | 16 |
| Padre | 16 | Padre | 14 | 20 |
| Tíos | 10 | Tíos | 11 | 8 |
| Amigo | 7 | Amigo | 9 | 4 |
| Madre | 7 | Madre | 7 | 8 |
| Vecino | 5 | Vecino | 2 | 8 |

niñas según iban aumentando en edad, se hacían más receptivas a la ausencia del padre.

Los niños reaccionaban en edades de más de 8 años y hacia los trece era donde prácticamente estaban igualados.

Cuando el fallecimiento era de la madre, reaccionaban ambos en edades más tempranas, sobre todo los niños, pero las niñas se distribuían en todas las edades.

Repetimos, que la muestra es pequeña para hacer intervalos de edades, pero parece que la ausencia materna es más manifiesta a edades más tempranas para niños y niñas, pero las niñas a lo largo de su niñez siguen manteniendo su sentimiento negativo para este hecho.

Se trató de analizar quien había suplido el papel "padre-madre", encontrándose que a pesar de que algún familiar trata de ocupar ese puesto, y se pensaba que lo había conseguido ya

que el niño reaccionaba pasivamente en apariencia, el síntoma motivo de consulta era índice de que no se había logrado la interacción familiar-niño. No en todas las historias averiguamos, de modo satisfactorio, si el sustituto había hecho el papel ideal. Nos parecía que en intervalos de edades inferiores a 8 años, los niños añoraban la ausencia del fallecido. En edades superiores a los 8 años, había habido un ajuste a la nueva situación, permaneciendo una añoranza, más que la pérdida en si, a la carencia del "auténtico padre-madre".

La perseverancia del sentimiento de duelo, era más manifiesta, tanto en el comienzo como a lo largo de los meses sucesivos, cuando el fallecido era el padre o la madre. Le seguían los hermanos y después los abuelos.

Nos referimos a distancia entre el momento del fallecimiento y el tiempo de llegar a consulta. Cuando el fallecido era un tío, vecino, amigo, la situación de latencia era mucho más corta.

V.11 MOTIVO DE FALLECIMIENTO

Tratamos de relacionar reacción neurológica del niño y el motivo del fallecimiento. Pensando si una causa súbita y no esperada, era más traumática que la vivencia por el niño de una enfermedad a corto o a largo plazo.

El motivo de fallecimiento por enfermedad representaba un 68%; desglosando este porcentaje en enfermedad a corto plazo (de duración de 10-12 días) representaba un 25% y enfermedad a largo plazo (de duración de más de dos semanas) un 43%, y de este criterio un 13% correspondían a cáncer.

El motivo por muerte violenta era de un 32% de los fallecimientos. Como esperábamos, los cuadros agudos con componente histérico o muy somatizados, con repercusiones en el sueño, correspondían a este grupo; dándose más estas reacciones en niños mayores de 7 años. Seguramente se explica este hecho, porque las familias reaccionan con un cuadro parecido, cuando ocurre algo inesperado y trágico. Dándose mucho más, cuando la procedencia era

por este orden: del medio Rural-Suburbano-Urbano.

En estos casos se daban las dos reacciones: la súbita de la noticia y la tardía, y según quien fuera el fallecido.

La crónica, el clima familiar era de gran ansiedad y normalmente ya se preparaba el "terreno" de lo esperado. Aquí no había reacción en el momento del duelo, pero si lo que llamamos "respuesta tardía", que incluso aparecía después de los dos años. No sabíamos muchas veces, si era producida por la desaparición del ser querido o por el trauma que ocasionó una situación de enfermo crónico en la convivencia y clima familiar. Logicamente aquí no aparecían los fallecidos que no vivían con el niño (amigos, vecinos etc.)

En 7 casos los niños (sólo una niña) reprodujeron síntomas del fallecido, como eran parálisis, temblores y una ceguera. Dándose la mayoría cuando el fallecido, anterior enfermo crónico, eran los abuelos o los tíos y sólo un caso, un niño presentó igual síntoma que el padre: intenso dolor de estómago (padre cáncer gástrico).

MOTIVO DE FALLECIMIENTO

| Motivo | % | Población infantil |
|--------------------------------|----|--|
| Enfermedad más o menos crónica | 68 | 25% corto plazo 43% largo plazo— 13% cáncer |
| Muerte violenta | 32 | |

V.12 CRITERIOS DE REACCION DEPRESIVA (INDEX DE HAMPSTEAD)

Señalamos los 9 clásicos en que se apoyan los criterios clínicos del estado depresivo referido a niños. Esto se entresacó del historial, basándonos en las descripciones que hacían los familiares del niño, así como la impresión que sacaba el que los abordaba, completado cuando se podía por lo aportado por otro familiar, profesor o maestro.

Primer criterio: niños que parecían tristes, desgraciados o deprimidos, sin que por ello fuese necesario que se quejasen en ese momento preciso de ser desgraciados, ni siquiera que fuesen conscientes de ello; representaban un 45%, dándose más en niñas (51%) que en niños (42%).

Segundo criterio: niños que muestran cierto retraimiento, poco interés por las cosas, en forma momentánea o duradera, da la impresión de que se aburren: en un 46%, dándose más en niñas (52%) que en niños (42%).

Tercer criterio: niños descritos como descontentos, raramente satisfechos y con escasa capacidad para el placer: 40%, correspondiendo un 44% a las niñas y un 38% a los niños.

Tanto el primer, segundo y tercer criterio, se da en casi la mitad de la muestra y más en niñas que en niños. Es como si se mostrasen más, mediante comportamientos y aspectos de "derrotados", las niñas sobre los varones, o quizá al mostrarse habitualmente los niños más inquietos, no fuesen captados por el ambiente, esas actitudes emocionales y esos comportamientos.

Cuarto criterio: niños que dan la impresión de sentirse rechazados, y prontos en abandonar los objetos que les decepcionan. Representa un 23%,

dándose más en niños (39%) que en niñas (24%) (se han invertido los términos en relación con los anteriores criterios).

Quinto criterio: niños no dispuestos a aceptar ayuda o consuelo; incluso cuando lo piden, parecen aceptarlo manifestando decepción y descontento: representan un 23% prácticamente igual en niños que en niñas.

Sexto criterio: una tendencia general a regresar a una pasividad oral: fenómeno que se observaba sobre todo en los niños que habían realizado tentativas reales para adaptarse. Se mostraban así, un 25% y, prácticamente sin diferencias, niños-as.

Séptimo criterio: insomnio y otros trastornos del sueño, aparecen en un 28%, apenas sin diferencias niños-as.

Octavo criterio: actividades autoeróticas y otras actividades repetitivas: 6%, casi igual en ambos sexos.

Noveno criterio: dificultad de conectar con el ambiente, señalados por el Terapeuta-Entrevistador del niño, se dió en un 5%, todos los casos correspondían a niños. Seguramente coincide porque los niños varones, es más frecuente que vivencien los sentimientos de rechazo y de no sentirse amados.

De todo esto se destaca que, en la mitad de los niños consultados en situación de "duelo", aparecen estados depresivos, ya de una manera clara o ya "enmascarados" o expresados en los "equivalentes conductuales".

Es frecuente que muchos de estos rasgos: autocrítica exagerada, desadaptación, dificultades para dormir y temores exagerados sobre la muerte, aparezcan en otros estados depresivos, sin que exista como motivo la muerte de algún allegado, pero más o menos aparecen la mitad de las veces, que cuando está descrito en la historia, el fallecimiento de un ser querido por el niño y la influencia en su comportamiento.

**CRITERIOS DE REACCION DEPRESIVA
(Indice de HAMPSTEAD)**

| ITEMS % | Población infantil (N = 69) |
|--|-----------------------------|
| Triste 1° Desgraciado Deprimido | 45 |
| Retraido 2° Poco interés Se aburre | 46 |
| No satisfecho 3° No placer Descontento | 40 |
| Rechazado 4° No amado | 23 |
| 5° No ayuda | 23 |
| 6° Regresión | 25 |
| 7° Trastornos del sueño | 28 |
| 8° Alteraciones vegetativas | 6 |
| 9° Dificultad de conectar con el ambiente | 3 |

**V.13 RASGOS DE
COMPORTAMIENTO
VERBALIZADOS EN EL
HISTORIAL**

Verbaliza desea ser querido un 83%; 86% niños, 76% niñas. Esto se refiere a cuando la familia dice que el niño hace lo imposible por "sentirse"

querido (pedir que lo abracen o besen, buscar la compañía de los mayores, tratar de llamar su atención realizando diversas tareas etc.).

Descritos como **inquietos**, un 39%, pero mientras son descritas así 9 niñas (36%), lo son 18 niños en iguales circunstancias (41%).

CRITERIOS DE REACCION DEPRESIVA
(Indice de HAMPSTEAD)

| ITEMS | % | Niños (N=44) | Niñas (N=25) |
|--|---|--------------|--------------|
| 1° Triste Desgraciado Deprimido | | 42 | 51 |
| 2° Retraido Poco interés Se aburre | | 42 | 52 |
| 3° No satisfecho No placer Descontento | | 38 | 44 |
| 4° Rechazado No amado | | 39 | 24 |
| 5° No ayuda | | 25 | 24 |
| 6° Regresión | | 23 | 28 |
| 7° Trastornos del sueño | | 30 | 24 |
| 8° Alteraciones vegetativas | | 7 | 4 |
| 9° Dificultad de conectar con el ambiente | | 5 | |

Pasivos un 57%. Las niñas se muestran de esta manera en un 64%, frente a un 52% de los niños.

Terco, un 28%; los niños aventajan en el doble (40%) a las niñas (20%).

Lábil emocional, 80%; es este un rasgo que aparece de manera muy frecuente en toda la muestra, quizás el

que más se desvía del resto: 92% de las niñas, 73% de los niños.

Este rasgo indice la personalidad base previa de una situación neurótica.

Se muestran **inhibidos** un 57%; 55% de los niños, 60% de las niñas.

Los **celos** aparecen en un 12% en la muestra general; en un 7% niños, 20% en las niñas.

| RASGOS DE COMPORTAMIENTO VERBALIZADOS EN EL HISTORIAL | | | RASGOS DE COMPORTAMIENTO VERBALIZADOS EN EL HISTORIAL | | |
|---|---|-----------------------------|---|----|-------------------------------|
| Rasgos | % | Población infantil (N = 69) | Rasgos | % | Niños (N = 44) Niñas (N = 25) |
| Desea ser querido | | 83 | Desea ser querido | 86 | 76 |
| Inquieto | | 39 | Inquieto | 41 | 36 |
| Pasivo | | 57 | Pasivo | 52 | 64 |
| Terco | | 28 | Terco | 20 | 40 |
| Lábil emocional | | 80 | Lábil emocional | 73 | 92 |
| Inhibido | | 57 | Inhibido | 55 | 60 |
| Celos | | 12 | Celos | 7 | 20 |

RASGOS VERBALIZADOS POR EL NIÑO (Pruebas Proyectivas)

Rasgos % Población infantil (N = 69)

| | |
|------------------------------------|----|
| Se autocrítica | 57 |
| Expresa sentimientos desadaptación | 52 |
| Temores de muerte | 42 |
| Imagen negativa de sí | 74 |
| Cree ser malo | 43 |
| Agresivo | 36 |
| Sentimiento de fracaso | 45 |
| Injusticia | 17 |

V.14 RASGOS VERBALIZADOS
POR EL NIÑO
(PRUEBAS PROYECTIVAS)

Se autocritican en un 57%, y expresan sentimientos de desadaptación en un 52%. Siendo estadísticamente igual para niños y niñas.

En cuanto a **temores de muerte**, representan un 42% de la muestra estudiada, encontrándose la diferencia niños-niñas estadísticamente significativas: 48% de niños, 32% de niñas (esto se estudió por medio de la Prueba de Machover y mediante las fábulas de Luisa Düsse).

La **imagen negativa** de sí, representa un 74%, sin diferencia niños-niñas (lo entresacamos de Prueba de Machover, de historietas etc.).

Cree ser malo, aparece en un 43% y, aunque con diferencias niños-niñas, no es estadísticamente significativa.

Agresividad, representa un 36%, con diferencias niños-niñas: 30% niños, 48% niñas. Esto nos sorprendió bastante, ya que fue el único rasgo en que encontramos diferencia, al compararlo con otras situaciones de neurosis, en que siempre era a la inversa. Quisimos ver dentro de ese 48% lo que podía haber en común, no encontrándose ningún dato, salvo que todos los niños correspondían a familias de madres muy rígidas y excitadas, con maridos pasivos y anafectivos, o eran esos los muertos o emigrados. No nos quedó claro el porqué, salvo el personaje padre pasivo o ausente, con una madre "virgo".

La agresividad la entresacamos de los símbolos de los dibujos, contenido de los cuentos por ellos elaborados y por la prueba de frustración.

Sentimiento de fracaso, representaba un 45%, prácticamente eran igual niños y niñas. (Lo medimos mediante

RASGOS VERBALIZADOS POR EL NIÑO (Pruebas Proyectivas)

| Rasgos % | Niños (N=44) | Niñas (N=25) |
|------------------------------------|--------------|--------------|
| Se autocritica | 57 | 56 |
| Expresa sentimientos desadaptación | 50 | 56 |
| Temores de muerte | 48 | 32 |
| Imagen negativa de sí | 73 | 76 |
| Cree ser malo | 45 | 40 |
| Agresivo | 30 | 48 |
| Sentimiento de fracaso | 45 | 44 |
| Injusticia | 14 | 24 |

pruebas de dibujo y su identificación con personajes y situaciones determinadas).

Injusticia, referente a no acatar las actitudes que los demás tenían hacia él, representa un 17%. Al desglosar la muestra en niños-niñas, nos sorprende encontrar que son las niñas (24%) las que doblan a los niños (14%). Seguramente se explica, por el sentimiento que tienen las niñas de sentirse protegidas y queridas, típico de la "condición femenina" y como en la situación de duelo los familiares piensan más en sus propios sentimientos que en los de los hijos, las niñas se sienten desprotegidas y no amadas. Analizada la relación de estos niños con la persona fallecida, se vió que se daba más esta situación, cuando el fallecido era el padre-madre-abuelos, pero no aparecía cuando el fallecido era un amigo o vecino.

Expresan sentimiento de desadaptación el 52% de los niños historiadados, sin diferencia significativa entre niños y niñas.

V.15 SOCIABILIDAD DEL NIÑO EN RELACION CON SUS AMIGOS

Al ver la sociabilidad de los niños en situación de duelo, en relación con sus amigos, nos encontramos el término "Sumisión" en un 47%, frente al otro extremo "Dominante" que aparecía en un 20% e "Indeterminado" en un 33%. Es decir, hay un componente de aislamiento y pasividad cuando el niño o niña está en situación de duelo.

No encontramos, prácticamente, diferencias entre los niños y las niñas.

No se puede apreciar bien, en las historias consignadas, la sociabilidad con relación a los adultos, solamente se pudo entresacar, pero no comprobar, que se muestran ante los familiares directos de dos formas: o muy bruscos, la mayoría de las veces, mucho más evidente cuanto más edad tienen; o

apáticos en un porcentaje inferior, al igual que se muestran orgullosos y solícitos si los adultos le dan "categoría" o se le encomiendan tareas de responsabilidad; como si quisieran compensar un fracaso y el sentirse valorados y útiles.

V.16 CAUSAS MOTIVO DE CONSULTA

Se realizó anotando las causas, que seguían el orden de importancia que les daba la familia, y eran el motivo de que llevaran el niño al médico.

En la muestra de niños como primera causa motivo de consulta, aparecía enuresis en un 27% (dándose en diez casos, cuando los niños eran menores de 8 años, y en dos casos cuando eran mayores de esa edad).

La enuresis la entendemos como niños-niñas que ya tenían controlado ese esfínter, o si aparecía, era de manera esporádica. Pero a partir de un hecho, casi nunca relacionado por la familia, como era el fallecimiento de un ser unido afectivamente con el niño, la enuresis se hacía evidente.

El fracaso escolar aparecía en un 20%, correspondiendo a los cuadros que nosotros llamamos de "reacción a largo plazo".

Las cefaleas representaron un 10%. Aparecían igual, en las reacciones súbitas o en las más prolongadas después del duelo.

Cuadros histéricos, vómitos, anorexia y dolores inespecíficos sobre todo referidos al abdomen, representó cada uno un 7% y se dieron en los cuadros súbitos, inmediatos o cercanos al duelo o fallecimiento.

Cuadros de alopecia aparecían en un 5% (dos casos), como reacciones de tiempo "intermedio" al fallecimiento (entendiendo este término de 2-4 meses después del óbito).

Los tics también aparecían en un 5%.

Hubo dos intentos de suicidio, uno de los cuales se produjo a los cuatro días de la muerte del padre; correspondía a una proyección histérica. Y el otro entraba ya dentro de las reacciones de tiempo "intermedio".

Ocurrieron en niños de 9-12 años, está descrito que estos casos se dan más en los adolescentes, que en nuestra muestra no están representados.

Como **segunda causa motivo de consulta**, aparecen en un 28% labilidad emocional, niño que la familia suele calificar como "infantil" o "poco maduro".

Curiosamente, la tristeza detectada por nuestro test, y nuestra observación como técnicos en un 50% de los niños, sólo es verbalizada por la familia como segunda causa motivo de consulta en un 20%.

Caracterial aparece un 15%, se refiere a cambios de conducta agresivos y de oposición, comportamiento no habitual en el niño.

En un 10% hablan de que "el niño ve cosas que le causan terror" en relación con la muerte o el difunto.

El fracaso escolar, cefaleas, vómitos inexplicables, enuresis y dolor inespecífico, se dan cada uno en un 5%.

Los tics representan un 2%.

Como **tercer motivo**, el miedo en un 32% (en relación con aparición de difuntos).

Trastornos del sueño, 27% (casi siempre pesadillas e insomnio).

Triste, un 16%

Dolores inespecíficos, 14%

Fracaso escolar, 11%

En la **muestra de niñas**, como **primera causa motivo de consulta**, aparece el fracaso escolar que representa el 20%, seguido en un 16% de mostrarse triste.

Las cefaleas, anorexia y los cambios de conducta, aparecen en un 12%, los

tics en un 8%, y en un 4% cuadros histéricos.

La alopecia también en un 4%, y fueron siempre reacciones de "tiempo intermedio" al fallecimiento.

La enuresis (4%), se dió siempre en niños menores de 8 años.

Un 4% presentó intento de suicidio. Pero mientras las niñas, sólo verbalizan o amenazan, con "morirse" o matarse, sinónimo para ellas casi iguales (debido a que se dieron en niñas de 6 a 7 años), los niños (que tenían entre 9 y 12 años) presentaban ya claros indicios de ir buscando matarse.

Los dolores inespecíficos, también como en los niños referidos al abdomen sobre todo, representaron otro 4%.

causa motivo de consulta más frecuente la labilidad emotiva (niña que la familia describe como sensible) en un 36%, seguida en un 32% de niñas que los familiares califican como triste.

El fracaso escolar aparece en un 12%, en un 8% las cefaleas y en un 4% un cambio de carácter de tipo hostil y de oposicionismo.

Como **tercera causa motivo de consulta** aparece en un 40% el calificativo triste, en un 36% miedo y en un 24% trastornos del sueño, encontrándose más terrores nocturnos que pesadillas (al contrario que en los niños). Fue descrito también algún caso de sonambulismo.

Si se compara niños y niñas, vemos que las niñas se muestran mucho más tristes que los niños, ya sea como primer motivo o como motivo secundario o terciario de consulta. El caso es que, aparece en el 88% de las niñas historiadadas, frente sólo a un 36% de los niños (a pesar de que este es un término usado en psicopatología, también esta en boca de la gente de la calle).

Las niñas siguen en la totalidad mostrándose más "miedosas" que los niños. Pero este rasgo que es en total numeroso, es el segundo en las niñas y el

tercero en los niños. Es vivenciado en la familia de los niños-niñas, como tercera causa motivo de consulta, cuando para el niño es la expresión de un gran componente angustioso.

Las niñas son descritas por la familia como sensibles en un 36%. Y los niños como "poco maduros" o "infantiles" en un 27%.

Los trastornos del sueño se dan en un 27% de los niños y en un 24% de las niñas. Casi todos tenían insomnio. Nos encontramos que los niños tiene más pesadillas que las niñas, por lo menos en nuestra muestra, pero éstas tienen más terrores nocturnos. Las familias ayudan poco en éste aspecto, ya que lo que se encuentra, es el fastidio de tener que despertarse por la noche, y disciernen mal si el niño recuerda o no el sueño causante del alboroto. (Disciernen peor las mamás, no por nivel cultural, sino por el grado de hostilidad que tienen hacia el niño, y por su propia carga de ansiedad).

Los niños tienen mas reacciones histericas súbitas al duelo que las niñas, cuya reacción suele ser de aparición más tardía.

También observamos, como si los niños varones fueran más sugestionables, ya que en cinco de ellos (dos del medio rural, dos del medio suburbano y uno de la ciudad) tuvieron súbitamente después del funeral, alucinaciones visuales y auditivas, sin ser psicóticos. En todos los casos nos pareció tener relación con la presencia en casa de algún miembro (dos abuelos en el medio rural, una abuela y una tía en el área suburbana y una empleada de hogar en la ciudad) que convivía en la familia, aficionado a las historias de difuntos. (Nosotros, la verdad, no encontramos en las historias vistas, ninguna relación con alguna fecha determinada del calendario, como sería el día de difuntos, o aniversarios "cabo de año". Pero los médicos rurales, tuvieron problemas de

comportamientos histéricos en relación con esas fechas).

Enuresis: entendiendo por enuresis, cuando el niño de más de entre 4'5-5 años aún se orina por las noches (casi siempre más de una vez) y se produce, o bien todas las noches o en la semana más de tres o cuatro veces. Analizando éste síntoma con más detalle nos encontramos que se daba más en niños que en niñas, (dato que se superpone con otras situaciones de neurosis). Un 20% correspondía a niños con hermanos u otros familiares que habian sido enuréticos hasta los 9-11 años. Un 31% de los niños, ya eran enuréticos antes del fallecimiento, y en un 22% parece que la causa tuvo relación con el hecho del duelo (eran niños que tenían controlado perfectamente el esfínter hasta esa fecha). Coincidían todos con el fracaso escolar, por lo que queda la duda si había sido el duelo el desencadenante o era un fracaso más dentro de su depresión y sentimiento de fracaso personal. Pero lo que aquí interesa, es que en el momento en que se consultó, era el síntoma al que la familia le daba más importancia.

Relación entre el momento del fallecimiento y la aparición de los síntomas.

Se hizo relacionando en el historial, no el tiempo en que los niños tardaron en venir a la consulta, sino el transcurrido desde la muerte (posible determinante de la sintomatología por la que el niño es consultado) hasta que la familia detecta, algún cambio en la personalidad y conducta del niño.

Nos encontramos, que los niños que fueron descritos como lábiles emocionales, infantiles, sensibles, siendolo casi todos antes, aquellos que se mostraban miedosos, y en su vida cotidiana no se les podía calificar de niños alegres, ni tristes (seguramente más tristes que felices) eran los que hacían "reacciones

a largo plazo" o "no aparatosas". Eran descritos como tristes, miedosos, poco maduros o infantiles, si eran niños, y como tristes, sensibles, miedosas, si eran niñas. Estos niños también tenían bajo rendimiento escolar. El tiempo medio de aparición de estas reacciones a "largo plazo" o "tardías" después del óbito, era en un 70% de 4-8-9 meses, y en el 30% restante era más el tiempo transcurrido, incluso dos años más tarde.

Cuando la sintomatología era más aparatosa, como podía ser: cuadros histéricos (parálisis, ataques), tics, vómitos, dolores inespecíficos, intentos de suicidio etc., se daba en un período de tiempo mas cercano a la muerte. Estos niños que reaccionaban más precozmente, no eran descritos ni como tristes ni miedosos ni sensibles, sino como de siempre irritables y oposicionistas.

Parece pues que, las "reacciones tardías" o "a largo plazo", hay una personalidad básica previa, con un componente neurótico, serían cuadros de Psiconeurosis. Mientras que los cuadros de "reacciones a corto plazo", se podrían encuadrar dentro de las Organo-neurosis.

Hemos visto los datos del historial en que aparecía en la biografía del niño, la muerte más o menos cercana al momento de la consulta, de un ser unido afectivamente a él, ya fuese familiar con el que convivía, ya vecino o amigo. Hemos de recordar que las historias revisadas, no habían sido hechas con relación directa y primaria a una situación de duelo, sino que en la misma marcha del historial, se había señalado la muerte entresacada más por la habilidad y experiencia del que había realizado la historia, que de la importancia o relación que le diera el acompañante del niño que nos suministraba los datos. Sólomente en dos ocasiones, el historiado veía espontánea-

mente la posibilidad de la influencia que pudiera tener el fallecimiento en el nuevo comportamiento del niño. Curiosamente los fallecidos no eran familiares del niño historiado, ni convivían con ellos. Un caso, era el de una niña, que había presentado un cuadro depresivo detectado por la familia, un mes más tarde de que ocurriera la muerte por suicidio de la madre de su amiga del colegio; no amiga de la familia, y sin apenas relación la fallecida con la niña historiadada.

El segundo caso, era el de una niña de una villa a la que se le había muerto su compañera de clase subitamente de meningitis. La niña pidió ver a su amiga muerta, quiso acudir al entierro y funeral, comportándose aparentemente de una manera serena y tranquila. A las 3 ó 4 semanas, después de unos síntomas solapados de tristeza y retraimiento, síntomas que recordaban los que había oído, cuando comenzara el cuadro súbito de su amiga de colegio.

En otras historias posteriores del archivo, pero que no entran en la muestra, hubo varios casos de sintomatología de comienzo súbito y aparatoso, en relación con la muerte de alguien que se relacionaba con el niño. Habían llegado como urgencias al Departamento de Pediatría, no aportando la familia ningún dato en relación con la muerte, siendo posteriormente detectado por el Paidopsiquiatra.

Se dió un caso, hace unos meses, en que es traído urgentemente un niño ya muerto, que había sido encontrado ahorcado (presuntamente por accidente fortuito) y a los dos días viene como urgencia, una niña cuyo síntoma principal era "no poder respirar". Se le atiende y el pediatra sospecha un bloqueo de catarsis histórica, y se le pasa al Paidopsiquiatra, que descubre más como "policía" que como técnico, que es la hermana del ahorcado. La familia seguía sin relacionarlo.

También en esa época, es mandado por la Inspección de una capital, un niño con un cuadro similar: "no poder tragar". La clínica del pediatra al no encontrar causa organica, conecta con el paidopsiquiatra, que ve en la biografía familiar, la muerte de un tío por cáncer de esofago, que el niño no llego a conocer. Pero en el ambiente familiar, estaba el temor patogeno, de que el mismo cáncer se repitiese en algún otro

miembro de la familia. Continuamente se hablaba de aquel familiar y de los síntomas típicos de dicho cáncer. Al niño no le quedó más remedio que recoger y ser víctima expiatoria simbólica de los miedos patógenos familiares. Se le explicó a la familia, se hizo un programa psicoterapéutico, pero la familia no lo aceptó, porque nunca admitió nuestra explicación.

| CAUSAS MOTIVO DE CONSULTA | | | CAUSAS MOTIVO DE CONSULTA | | |
|----------------------------------|---|----------------|----------------------------------|---|----------------|
| Causas | % | Niños (N = 44) | Causas | % | Niñas (N = 25) |
| Triste | | 36 | Triste | | 88 |
| Fracaso escolar | | 36 | Miedo | | 36 |
| Miedo | | 32 | Labilidad emocional | | 36 |
| Enuresis | | 32 | Fracaso escolar | | 32 |
| Labilidad emocional | | 27 | Trastornos del sueño | | 24 |
| Trastornos del sueño | | 27 | Cefaleas | | 20 |
| Dolor inespecífico | | 25 | Caracterial | | 16 |
| Caracterial | | 16 | Anorexia | | 12 |
| Cefaleas | | 16 | Tics | | 8 |
| Vómitos | | 11 | Enuresis | | 8 |
| Alucinaciones visuales | | 11 | Histeria | | 4 |
| Histeria | | 7 | Alopecia | | 4 |
| Anorexia | | 7 | Dolor inespecífico | | 4 |
| Tics | | 7 | Vómitos | | 4 |
| Alopecia | | 5 | Intento de suicidio | | 4 |
| Intento de suicidio | | 5 | | | |

VI. CONCLUSIONES

VI. 1. La reacción del niño frente al sentimiento de duelo, ya sea por la pérdida de un ser al que estaba unido afectivamente, ya sea por el impacto de su presencia en el funeral, ya por captar el ambiente de luto-duelo posterior de sus familiares, es traumatizante psicológicamente para él; siendo esto más frecuente de lo que los familiares, pediatras y maestros piensan.

VI. 2. De las 420 historias revisadas, el 17% de diagnóstico de situación Neurótica Infantil, estaban involucradas las reacciones del niño ante una situación de duelo.

VI. 3. Cuando se le comentaba a la familia la posible relación entre síntoma-duelo, solamente un 20% lo admitía en la primera exposición o discusión (correspondía esto a las familias de mejor status cultura, pero no económico). Había una mayor resistencia en

familias con nivel socio-económico cultural bajo, y aún mucho más si provenían de ambiente rural donde solamente un 5% lo aceptaba.

De los 69 casos de la muestra, sólo en 2, la familia relacionaba el motivo de consulta médica con esta situación.

Los psidopsiquiatras encuentran reacciones similares en otras situaciones de Neurosis, cuando se le expone a la familia que el síntoma somático, motivo de consulta, tiene un origen psíquico y no somático.

VI. 4. El 50% de los niños historia-dos asistieron al funeral y sepelio, pero de éstos, solamente se les preguntó a un 12% si deseaban asistir a dichos rituales; el 30% fueron "llevados", reaccionando pasivamente; el 8% fueron obligados, ya que ellos habían verbalizado no querer asistir a dichos rituales.

Nos encontramos que los niños del medio rural fueron los más numerosos en asistir, y la patología residió más que por la ceremonia del funeral, por la separación del ser querido. En el medio urbano, es más traumático para el niño la asistencia a estos actos, pero es en éste medio donde más se le preguntó al niño si quiere asistir. En el medio urbano hay menos ambiente de duelo posterior a la muerte, pero afectan más al niño los cambios que surgen posteriormente (madre que trabaja, traslado a otra vivienda, etc.), mientras que en el medio suburbano, rural y marítimo queda más estable la dinámica familiar, aunque el rito de duelo es muy prolongado.

Lo que es traumático para el niño depende pues del ambiente: situación de duelo constante en el medio rural, marítimo, suburbano (en este orden gradual cada vez menos), y en el medio urbano, los cambios bruscos en la dinámica familiar (esto ocurre cuando la muerte es del padre o de un abuelo muy influyente).

La patología por la muerte de un vecino, ocurre en el 95% en el medio rural, marítimo o suburbano, debido a las interacciones fuertes de vecindad que aún existen en estos medios. Poniéndose así en evidencia que en el medio urbano las relaciones de vecindad son menos estables.

Cuando muere un hermano, prácticamente la procedencia geográfica no influye, lo que sí influye es que éste sea muy cercano en edad al niño consultado; por lo que la pérdida parece que es hermano-amigo.

Cuando muere abuelo-a, el sentimiento de pérdida se dá más, aunque convivan, en el medio rural-marítimo-suburbano (por orden gradual), como si el anclaje afectivo fuera más directo en este orden. Es decir el abuelo es más "amigo" en los medios antes dichos y se le considera como, un miembro "que hay que soportar", en el medio urbano (igual ocurre con la presencia de los tios).

VI. 5. Los signos guía de la situación Neurótica, relacionada con la muerte ambiental, encontrados en nuestro estudio son en **niñas**: un 88% triste, en un 36% miedo, labil emocional (sensible) en un 36%, fracaso escolar en un 32% y trastornos del sueño en un 24%. En **niños**: triste en un 36%, fracaso escolar un 36%, miedo un 32% enuresis 32%, labil emocional (infantil o poco maduro) en un 27% y trastornos del sueño en un 27%.

VI. 6. Al estudiar el tiempo transcurrido desde la muerte (posible determinante de la sintomatología por la que el niño es consultado), hasta que la familia detecta algún cambio en la personalidad y conducta del niño, nos encontramos con dos tipos de reacciones: Unas que podíamos llamar "reacciones tardías" o "largo plazo" en las que había una personalidad básica previa con un componente neurótico, serían cuadros de

Psiconeurosis. En ellas, el niño es descrito como infantil, sensible, miedoso, etc.

Otras que podemos llamar "reacciones a corto plazo", donde la sintomatología era más aparatosa: cuadros histéricos, tics, vómitos, intentos de suicidio, etc. Estos se podrían encuadrar dentro de las Organoneurosis.

VI. 7. A lo largo de la vida del niño, la probabilidad de muerte de una persona con la que convive es del 80%, y de un 20% es de otros a los que también está unido afectivamente (amigos, vecinos, etc.).

VI. 8. El motivo de fallecimiento, del que va a ser (testigo, directa o indirectamente el niño, es en un 68% por enfermedad más o menos crónica (25% "a corto plazo" 43% "a largo plazo", siendo dentro de éstas el 13% cáncer, proceso del cual el niño va a ser espectador. Un 32% corresponde a muerte violenta o súbita (22% accidentes de tráfico y laborales, 5% suicidios, 5% infartos, accidentes vasculo-cerebrales, etc.).

VI. 9. Las primeras repercusiones de estos hechos son captadas por dos profesionales: Pediatras y Maestros, por lo que deben tener en cuenta la probabilidad de esta situación.

A los pediatras y médicos de Cabeceira, es relativamente frecuente y cada vez más, que se les pregunte sobre la conveniencia perjudicial o no de la asistencia del niño al duelo-funeral, sobre todo cuando hay algún miembro en la familia con una enfermedad crónica irreversible, llegado el momento final. Ambos tendrán que actuar de asesores de un hecho, repetimos, cada vez más frecuente, sin tener bases para una respuesta seria, ya que apenas existen estudios sobre el tema y casi ninguno en nuestro medio.

VI.10. Es curiosa la reacción de los familiares cuando sucede la muerte de

un ser querido, y su relación con el niño. A más nivel cultural, las familias suelen hablar de estos conceptos con los niños, ya sea contestando a las preguntas que ellos les formulen, ya pensando que los niños a partir de una cierta edad (8-9 años) pueden ser sensibles a esta situación; frente a los niveles culturales más bajos donde a pesar de rendir culto al duelo, que perdura mucho más allá de la ceremonia del entierro (lutos, cabos de años, actitudes sociales, es decir, una presencia latente ritual del duelo), no suelen hablar del porqué de todo esto con el niño, ni admiten si estos tienen una crisis (somatización, depresión, fracaso escolar, etc.) que tenga relación con la situación antes dicha. Y su opinión de cuando los chicos pueden ser sensibles a ella, es a una edad más tardía que los del grupo cultural medio y alto: a partir de los 12-13 años.

VI.11. En encuesta realizada a un grupo de profesores de E.G.B., donde se le preguntaba su opinión de todo lo anteriormente expuesto, admitían la repercusión de la situación de duelo con el niño, y para ellos esperaban en primer lugar la reacción depresiva (tristeza, apatía), en segundo lugar reacción de somatización (cefaleas, dolores abdominales, etc.); en tercer lugar alteraciones del comportamiento, y sólo en cuarto lugar la posibilidad de un fracaso escolar.

VI.12. Lo grave de una situación conflictiva, por una reacción infantil ante el duelo, no es la reacción en sí, sino que el ambiente no tenga en cuenta la autentica causa, porque al no ocurrir esto, se agrava dicha situación conflictiva, al tomarse otras medidas que no tienen nada que ver con la autentica etiología. Y mucho más serio es que, profesionales que atienden al niño, pediatras y maestros, desconozcan esta situación.

REGLAS PARA ABORDAR CON EL NIÑO EL PROBLEMA DE LA MUERTE

De nuestro estudio se desprenden algunas reglas sencillas que pueden ser de utilidad para los padres, pediatras y otros adultos que tengan que abordar el problema de la muerte en el contexto de la vida de un niño.

Primera, no tratar de engañar al niño. Aunque la falsa información puede confundirle, el niño capta el clima emocional y lo inserta en el estadio correspondiente de su desarrollo afectivo. Si acoplamos los hechos en una cosmología que extraña al niño, éste puede también interpretar nuestra explicación como engaño. Hablarle del cielo como de un lugar "allá arriba" puede originar equívocos.

Es preferible dejar los conceptos espirituales en un contexto animismo espiritual que traducirlos en la terminología de una geografía celestial trasnochada.

Segunda, procurar dar a las preguntas del niño respuestas simples y directas. Cuando nos negamos a responder o cuando lo hacemos con exceso de detalles, podemos provocar ansiedad. Es de la mayor importancia que preservemos al niño de ella. El temor a la muerte puede ayudarle a proteger su vida. Pero la ansiedad le amenaza con el riesgo de incurrir en comportamientos neuróticos inadaptados y autodestructivos.

Tercera, intentar comprender el contexto emocional y el grado de desarrollo del niño para responder a sus preguntas adecuadamente. Dar contestaciones de adulto a cuestiones infantiles engendrará confusión. Si nos acomodamos al nivel de la evolución del niño, nuestra respuesta tenderá a ser válida, tendrán sentido para él. Si nos distanciamos de la situación del niño, nuestras posibilidades de serle útiles disminuirán.

Cuarta, permitir que el niño participe en el funeral, pues al niño le gusta tomar parte en los acontecimientos importantes de la vida familiar de acuerdo con su capacidad de comprensión. Así como no necesita entender todo el significado de la sexualidad para asistir a las bellas ceremonias de una boda, tampoco tiene que comprender todo el alcance de la muerte para darse cuenta de que en la familia ha ocurrido algo muy grave, algo que le permite verificar la naturaleza del amor y el valor de la vida humana. Aunque hay que evitar al niño el colapso emocional que sufren sus modelos adultos, no le amenaza intensas emociones ni llantos, por que en esta ocasión se halla más unido a los adultos que en otras facetas de la vida.

CONCLUSION FINAL

Podríamos resumir éste tema destacando la importancia de ayudar al niño a que experimente de una manera sabia y serena el hecho ineludible de la muerte, pues los buenos o males afectos de esta experiencia influirán por mucho tiempo en su vida. No obligemos al niño a enfrentarse con la muerte en la conversación o las ceremonias del funeral o del entierro. Pero parece no mostrar una curiosidad que es normal, ello puede ser señal de que ya la muerte ha provocado en él más ansiedad de la que es capaz de soportar y por eso finge que no le preocupa el problema. Los adultos debemos acercarnos al niño con tranquilidad y acomodarnos a su nivel de preocupación interés. Esto contribuirá a un desarrollo más armonioso del niño quien adquirirá unos conocimientos y una sabiduría trascendentales para su salud interna y emocional. Y nosotros médicos de niños, aprendemos a ser más sinceros con nosotros mismos y con nuestros sentimientos intemos si nos esforzamos por tratar con toda franqueza nuestros niños.

VII. BIBLIOGRAFIA

- (1) AJURIAGUERRA, J.
Psicología de las pulsions agresivas
Manual de Psiquiatría Infantil (3ª Edición)
Editorial Toray - Massón, S.A. (1976)
Capit. XIII, Pp 437 439

 - (2) BATTLE CONSTANCE V.
Chronic Physical Disease
Behavioral Aspects
Symposium on Behavioral Pediatrics
Pediatric Clinics of North America
Vol. 22, nº 3, August 1975

 - (3) CLARK ANN L.
AFFONSO DYANNE D.
Childberaring: A Nursing Perspective
Death, capit. 42
Pp 853 864

 - (4) COLLINS, M.A.
Introversion and Depression
in mothers of cerebral palsied children.
Missouri Med, 62: 847, 1965
-

