



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División de Estudios de Postgrado

EL PROCESO DE DUELO EN LA INFANCIA

T E S I S

Que para obtener el grado de:

MAESTRIA EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a :

PATRICIA LAZARD SALTIEL

México, D. F.

1981

M. 753613



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

EL PROCESO DEL DUELO EN LA INFANCIA.

Patricia Lazard Saltiel.

A la Memoria de mi Padre:

Marcos Lazard Lederman.

Con todo mi amor para mi esposo
Alfonso y para mi familia.

Con cariño a los Doctores: Jorge Cappon, Celia Díaz de -
Mathmann, Teresa Guerra, Sara Meckler y Raquel R. de Hei-
blum, cuya dirección y asesoría hizo posible la realiza-
ción de esta tesis.

Al Doctor Manuel Isaias López por todo lo que me ha ense-
ñado, por su amistad y su ayuda al pasar por mi propio -
proceso de duelo.

I N D I C E

CAPITULO	PAGINA
INDICE GENERAL	
INTRODUCCION	1
I. HISTORIA Y DESARROLLO DEL CONCEPTO DE LA DEPRESION EN LOS NIÑOS.	3
A) Reseña Histórica del Concepto de - Depresión.	3
B) La Depresión Infantil	14
II. EL DUELO Y EL PROCESO DE DUELO. DESCRIPCION Y CONTROVERSIAS.	38
III. EL DUELO Y EL PROCESO DE DUELO EN LA INFANCIA.	48
A) Aspectos Teóricos.	48
J. Bowlby. A. Freud.	
H. Nágera W. Wolfenstein	
G. Rochlin M. Mahler	
M. Klein R. Furman	
B) Aspectos Clínicos.	87
1) Duelo infantil y desórdenes <u>psi</u> quiátricos.	87
2) Variantes que contribuyen a que el niño manifieste diferentes - conductas psicopatológicas.	90
3) Efectos en el niño cuando uno - de los padres se suicida.	98
C) Aspectos Culturales del Duelo.	102
IV. TRATAMIENTO	107

CAPITULO	PAGINA
V. CONCLUSIONES	127
BIBLIOGRAFIA	131

INTRODUCCION.

La realización de esta tesis, se ve motivada por el deseo de comprender el proceso psicológico que pasa - un niño cuando uno de sus padres fallece. Para poder hacerlo, es necesario brindar al lector una explicación - clara de como en este proceso figuran muchas controversias que al mismo tiempo tienen un origen histórico.

De ahí que se parta de una descripción histórica del concepto de depresión primeramente puesta al servicio de la psicología del adulto y posteriormente utilizada en la del niño.

Se observarán los postulados de las diferentes escuelas con respecto a la posibilidad de poder describir y diagnosticar la depresión infantil.

La muerte de uno de los padres en la infancia no es la única causa que puede dar lugar a que un niño esté deprimido, sin embargo, la muerte es un trauma brutal que pone al niño que lo sufre en un nivel alto de riesgo psicológico.

Por lo mismo este trabajo tratará de revelar al lector a través de un material objetivo y, a partir de una revisión tanto teórica como clínica, los diferentes puntos de vista de varios autores con una orientación psicoanalítica con respecto:

1. A qué edad y en qué estado del desarrollo un niño puede elaborar un duelo cuando uno de los padres fallece.

2. Si esto es factible, ¿cómo se da este proceso a diferencia con el del adulto?

3. ¿Qué diferencias en el proceso de duelo en la infancia se encuentran en los niños que han perdido a uno de sus padres en diferentes etapas de su desarrollo?

4. Si el niño no puede elaborar un duelo en la infancia ¿qué es lo que le sucede psicológicamente cuando muere uno de los padres?

5. ¿Cuáles son los trastornos clínicos que pueden presentarse en estos niños?

6. ¿Qué tipo de tratamientos se les pueden ofrecer?

Al contestar estas preguntas el trabajo busca una finalidad que básicamente está encaminada en tratar de prevenir al niño y al futuro adulto de desarrollar trastornos psicopatológicos severos, por medio del conocimiento real y genuino de tal manera que la atención que se les pueda brindar, sea óptima.

CAPITULO I.

Para que pueda ser, he de ser otro, salir de mí, buscarme entre los otros, los otros que no son si yo no existo, los otros que me dan plena existencia.

Octavio Paz.

HISTORIA Y DESARROLLO DEL CONCEPTO DE LA DEPRESION EN NIÑOS.

A) Reseña Histórica del Concepto de Depresión.

La depresión en los niños ha sido un tema que ha causado muchas controversias en los círculos de la psiquiatría infantil y de la psicología clínica, debido a que no existe plenamente un acuerdo en la utilización de la terminología y conceptos usados en forma amplia en la psicología del adulto y puestos posteriormente al servicio de la psiquiatría y psicología infantil.

Esta controversia tiene un origen histórico, sobre todo en el plano de la concepción que han tenido los niños en los últimos años. Hoy en día el niño ha adquirido más reconocimiento aceptando que tiene un desarrollo propio así como sentimientos y fantasías apropiadas para cada etapa de su crecimiento y maduración.

Específicamente considerando la depresión y el duelo en la infancia, tendremos que remitirnos a una reseña

histórica para entender cómo y por qué motivos hoy en día existe tanta controversia y discusión sobre dichos conceptos y de qué manera podemos reconocerlos, diagnosticarlos y tratarlos.

Antes de mencionar la clasificación actual de la - depresión en niños, trataremos de entender el concepto de depresión que antiguamente se le conocía como melancolía y como se ha transformado hasta llegar a la semiología ac actual en el adulto que lleva consigo un factor de suma importancia para entender la del niño.

Sabemos muy poco del periodo neolítico, aunque las descripciones pictóricas que han sido descubiertas nos - muestran el interés del hombre primitivo por entender y - combatir con la enfermedad mental, en lienzos y dibujos - que muestran hombres con trepanación. Explicándose la - - muerte por la acción de espíritus malignos y por fenóme- nos naturales aún no conocidos que dañaban al organismo, a la sangre y a la respiración que eran la esencia de la vi da marcando el punto inicial de la medicina mágica, espe- culativa y demonial.

Poco a poco los fenómenos naturales fueron despla- zados a un totem, el shamanismo y la magia tenían en sus manos la cura de los sentimientos dolorosos del hombre en donde ya se empezaban a atribuir por violar las leyes im- puestas por el totem con sentimientos de culpa y verguen- za.

La civilización y la historia del hombre habían - evolucionado lo suficiente llegando a la época de la medi- cina griega, basada en conceptos dogmáticos con un pensa-

miento axiomático que enumeraba y describía conceptos que consideraba como evidentes y luego se creaban deducciones de dichos por medio de analogías.

Aquí encontramos a la primera figura importante - que empezó a describir la melancolía como un estado y condición mental del hombre, nos referimos a Hipócrates (siglo IV A.C.) quien la describe con otros dos estados mentales.

Phrenitis.	Desorden mental agudo con fiebre.
Mania.	Desorden mental agudo sin fiebre.
Melancolía.	Desorden mental crónico sin fiebre ni agitación.

La melancolía resultaba por un exceso de bilis negra y la existencia de cambios en la calidad de los otros humores que se encontraban en el cuerpo.

Existían cuatro humores que tenían una relación - con los cuatro elementos que los filósofos griegos postulaban.

Phrenitis.	Frío
Sangre.	Caliente-tibio
Bilis.	Frío y caliente
Bilis negra.	Frío seco.

La medicina griega trabajaba bajo los principios - de cualidades físicas, cuatro humores, el pneuma o respiración, las facultades del alma y la localización de los órganos, dichos tenían que tener una correlación y ayudar así al tratamiento. Aristóteles (384 - 322 A. C.) creía -

que la bilis negra "MELAINA CHOLE" en griego, causaba disturbios perceptuales, sensoriales y alucinaciones, pensamiento que siguió existiendo hasta el renacimiento.

En el periodo Greco-Romano volvemos a encontrarnos con la palabra melancolía, como con su uso descriptivo en la condición mental del hombre.

Claudius Galeno (138 -201 A. C.) le sigue dando - una importancia primordial al estudio de los cuatro humores del cuerpo ya descritos anteriormente por Hipócrates. La enfermedad resultaba por el exceso de un humor, por el poco balance entre dicho y los otros tres, por la mezcla o alteraciones, por la acumulación de dicho en órganos específicos o bien por el ascenso de vapores estomacales al cerebro.

La doctrina de los humores de Galeno abarcaba también un repertorio de aspectos constitucionales e innatos.

Distinguía dos tipos de bilis negra y describe - - tres tipos de melancolía:

1. La general que se daba por el exceso de bilis - negra en el cuerpo.

2. Melancolía del cerebro, por exceso de bilis negra en el cerebro.

3. Melancolía hipocondriaca, por el ascenso de vapores estomacales al cerebro.

Esta concepción y clasificación de la melancolía -

fue estudiada y respetada hasta el renacimiento y con la figura de Robert Burton (1577-1640) marcamos el comienzo de una nueva concepción de la misma.

Burton admitía que la distinción de los diferentes tipos de melancolía, daba lugar a un laberinto tanto de errores como de afirmaciones y trata de describirla en detalle en su libro (*Anatomía de la Melancolía*, 1521). Refiriéndose a la misma como la aflicción más universal del hombre y dudaba si cualquier individuo no la había experimentado en el curso de su vida de alguna u otra forma.

La melancolía se había convertido en la enfermedad de moda de Inglaterra describiéndola como el típico carácter inglés que constantemente cambiaba de estado de ánimo, era irónico, misántropo sin muchas relaciones sociales y un disgusto constante hacia la vida identificándola con el suicidio.

Por esa misma época, Felix Platter (1536-1614) describe modelos claros de una clasificación de enfermedades, introduciendo un nuevo principio. Toda enfermedad, nos decía, tiene un síntoma, una causa y un tratamiento, con él la práctica médica adquiere más precisión volviéndose una disciplina científica y desprendiéndose de la filosofía para convertirse en una rama de las ciencias naturales.

Con los cambios lentos que se fueron dando en el curso histórico de la medicina y del desarrollo de la psiquiatría como una rama de la misma, encontramos el nombre de Phillippe Pinel (1745-1826) quien además de atribuirse le el desencadenamiento de los enfermos mentales en el hospital Bicêtre, categoriza y analiza los síntomas de

los enfermos mentales dándoles una aplicación moral en el tratamiento. Pinel describe tres tipos de locura.

1. Melancolía. Disturbio del funcionamiento intelectual.
2. Manía. Exceso de excitación nerviosa.
3. Dementia. Disturbio en el funcionamiento del pensar.

Con él encontramos los nombres de Joham Christian Heinroth (1772-1843) que empieza a describir el rol de la culpa como un factor fundamental en la psicopatología, - así como Etienne Georget (1838) que piensa que la melancolía y la manía, alternan simultáneamente y son parte de - un mismo desorden.

Posteriormente Emil Kraepelin (1856-1926) que combina la investigación neuroanatómica con la psicología experimental, define dos tipos ya aquí de psicosis, una de ellas la maniaco depresiva y la otra la demencia precoz, tratando de establecer una nosología descriptiva que pudiera ahondar en una clasificación psiquiátrica.

Asimismo Adolf Meyer (1866-1950) con su concepto - de psicobiología, interpreta los desórdenes mentales como reacciones a situaciones de la vida e introduce el término de depresión como entidad clínica tratando de entender la a través de la vida e historia del paciente.

Por esa misma época, K. Abraham (1912) trata de hacer una diferenciación entre la depresión y la melancolía llamándola depresión melancólica normal, que surgía por - la muerte de un ser querido y la depresión melancólica en

la cual el individuo presenta constantes sentimientos de culpa.

Abraham enfatizaba la represión de la agresión en la depresión análogo al postulado de las actuales neurosis, viendo la represión de la sexualidad y la ansiedad como manifestación de dicha depresión.

Al mismo tiempo Abraham postula cinco puntos como factores y prerrequisitos de la psicosis maniaco depresiva:

1. Existe un factor constitucional con acentuación en la etapa oral erótica.
2. Hay una fijación de la libido en la etapa oral.
3. Existe un desarrollo del narcisismo infantil más acentuado debido a frustraciones en la relación materno infantil.
4. Dicha frustración ocurre antes del periodo edípico.
5. Existe una repetición de esta frustración en el curso de la vida al enfrentarse a otras que simbólicamente son vividas como la primera.

Asimismo describió cinco variables que eran vistas como necesarias para que la depresión ocurriera:

1. Un elemento o factores constitucionales que llevaran consigo una predisposición al erotismo oral, con una necesidad extrema de contacto, con frustraciones tempranas y poca tolerancia a las mismas.
2. Consecuentemente las relaciones afectivas se -

tornan por un lado con una enorme necesidad de ser querido; de que al niño se le dé afecto constantemente y por el otro un sentimiento de ser lastimado debido a que no se obtiene lo que se necesita.

3. Episodios traumáticos involucrando el narcisismo infantil, dejaría huellas psicológicas para toda la vida.

4. La primera manifestación de impacto al narcisismo debe ocurrir antes de la resolución edípica o sea que por el tipo de relación triádica sin la resolución edípica, implica una mezcla de amor y odio dirigido hacia objetos parciales dejando un residuo ambivalente.

5. Cuando heridas narcisistas subsecuentes ocurren en forma de enojo y por falta de confianza, la antigua mezcla de amor y odio es retomada no pudiendo relacionarse con los objetos sino en forma ambivalente.

Estos puntos descritos anteriormente se conocen como el paratimia primario de Abraham y es retomado posteriormente por Malmquist (1975) por Wolfenstein (1966) en su búsqueda por clasificar pautas de conducta que dan origen al diagnóstico de la depresión en niños como lo veremos en capítulos posteriores.

Freud en 1917 en su artículo duelo y melancolía, acepta las ideas de Abraham tratando de esclarecer la relación y las diferencias entre el duelo y la melancolía, puntualizando que en el duelo, el objeto es perdido debido a una muerte real y en la melancolía existía una pérdida interna debido a la relación ambivalente que el su-

jeto tenía con el objeto perdido.

El melancólico carece de pudor y siente gran necesidad de comunicar sus defectos mediante lamentos y auto reproches, deduciendo que si ha sufrido la pérdida de un objeto, esta pérdida tuvo efecto en su propio yo, una parte del cual se sitúa frente a la otra y la valora críticamente como si la tomara por objeto, pero esta instancia crítica, se ha dissociado y separado del yo; Freud ha llamado a esta instancia, la conciencia moral y forma parte del superyo. Los reproches y acusaciones al objeto criticado se han vuelto contra el yo, los lamentos son en realidad acusaciones contra el objeto. Se debe tomar en cuenta además, el problema de la ambivalencia por el cual se experimenta simultáneamente amor y odio contra el objeto; debido al odio se ataca la parte del yo identificada con el objeto, humillándola y encontrando en ese sufrimiento, una satisfacción sádica.

Este sadismo nos aclara uno de los enigmas de la tendencia del suicidio. Sería la tendencia a orientar hacia sí mismo la hostilidad primitivamente dirigida hacia el objeto.

A diferencia de este proceso, en el duelo el sujeto y a partir de la expresión de la realidad y debido a las ganancias narcisistas de seguir vivo, lenta y paulatinamente el sujeto descatectizará su libido del objeto perdido para poder depositarla nuevamente en un objeto nuevo.

Como veremos en el capítulo II, estas propuestas causaron y siguen causando, un sinnúmero de controver-

sias no sólo en la rama de la psicología del adulto, sino también en la psicología infantil. Después de Freud y Abraham, S. Rado y M. Klein, contribuyeron en forma amplia y decisiva.

Para S. Rado (1928b) la melancolía es un desesperado grito de ayuda, el Yo trata de prevenir el castigo de los padres, castigándose a sí mismo. El paciente tratará de repetir la secuencia de búsqueda de perdón y de sentimientos de culpa que según Rado, están conectadas con secuencias previas en la infancia.

Las ideas de Freud y Abraham respecto a la incorporación del objeto, fueron elaboradas posteriormente por Rado, quien creía que existía una escisión cuando el objeto era incorporado, la parte buena de dicho por medio del cual el niño buscaba ser querido y aceptado y la parte mala en donde el niño se desespera y odia hasta el punto de sentir o fantasear con matar, formando ambas partes del Yo.

Para Melanie Klein (1948) lo que caracteriza esencialmente a la culpa depresiva es el anhelo de reparar al objeto que se siente dañado por los propios impulsos destructivos. Esta necesidad insaciable de reparar, preservar o revivir al objeto amado, conduce a estados de duelo y sus defensas correspondientes.

La posición depresiva que Melanie Klein considera como una melancolía en status nascendi, presenta ansiedades relacionadas con el temor de perder a los objetos amados que incluyen sentimientos depresivos que llegan a su culminación antes, durante y después del destete.

El objeto del duelo es el pecho de la madre y todo lo que el pecho y la leche han llegado a representar para la mente del niño: amor, bondad y seguridad. El niño siente que lo ha perdido y supone que esta pérdida es el resultado de su incontrolable voracidad y de sus propias fantasías e impulsos destructivos contra el pecho de la madre. Estos sentimientos depresivos son la fuente más profunda de los conflictos dolorosos de la situación edípica.

Aunque posteriormente analizaremos ampliamente los conceptos de la posición depresiva en Melanie Klein, es de suma importancia aclarar que para ella, estos procesos vividos a temprana edad, tendrán una estrecha relación y conexión en el duelo, la depresión y los estados maníacos del adulto.

Hemos revisado cómo desde el periodo neolítico - - existía una preocupación intensa por las perturbaciones emocionales y se buscaban las causas de los trastornos que el hombre ya por aquel entonces expresaba. Hemos observado cómo a través de la historia, el concepto de melancolía primeramente utilizado para describir un trastorno mental producto de acumulación de la bilis negra en el cuerpo, concepto que se siguió utilizando hasta el nacimiento. La semiología actual de la depresión y de la melancolía, se encuentran clasificadas en el DSMIII (Diagnostic Statistical Manual III) de la siguiente manera:

1. DESORDENES AFECTIVOS:

A) Desorden afectivo de tipo depresivo:

Maníaco.

- b) Desorden afectivo de tipo Bipolar:
 - Maniaco depresivo mixto.
 - c) Desorden afectivo crónico:
 - desorden afectivo crónico de tipo depresivo.
 - d) Desorden afectivo atípico:
 - Desorden afectivo atípico de tipo depresivo.
2. DESORDENES ESQUIZO AFECTIVOS:
 - a) Con episodios depresivos.
 - b) Con depresión crónica.
 3. DESORDENES REACTIVOS.
 - a) Con afecto deprimido.
 4. NEUROSIS:
 - a) Depresiva.
 5. OTRAS PSICOSIS:
 - a) Depresión reactiva psicótica.

Esta es la terminología psiquiátrica del concepto de depresión que se utiliza actualmente dentro de los diferentes desórdenes psiquiátricos en el adulto.

B) La Depresión en la Infancia.

Respecto al término de depresión en niños y su uso sabemos hoy en día, que es un fenómeno emergente que puede atribuirse a dos aspectos.

1. Un reconocimiento mayor de la infancia como com

ponente esencial de la vida en el adulto así como el aceptar que el niño tiene un potencial psicológico valioso, - para el entendimiento de la futura psicopatología del hombre.

2. La existencia de cambios recientes en la "condición humana" que refleja actitudes parentales y sociales nuevas.

Si bien hicimos una reseña histórica del término - de depresión, observamos que no fue sino hasta mediados - del siglo pasado que se le dió un reconocimiento y una importancia a la vida psicológica del niño.

En la edad media, no existía lugar para el niño y siempre se referían a él en términos negativos. En el renacimiento, la clase alta empezaba a darle un lugar, mas el pueblo la seguía tratando como ausente.

Con Rousseau (1712-1778) y su insistencia de que un niño no era un adulto chico, trata de introducir cierta conciencia moral en el adulto para con los niños.

En el siglo XIX, los padres se vuelven más conscientes y el niño se convierte en el centro de estudios e investigaciones y a finales del mismo, se busca comprender las conductas patológicas y los trastornos orgánicos.

A principios del siglo XX, ambas, la neurosis y la psicosis, son descritas en la infancia y forma parte de la psicopatología infantil.

La aceptación de un desarrollo infantil independiente a la del adulto con sus desviaciones, reacciones -

saludables y adaptativas así como con su patología, tuvo un largo camino por recorrer en la historia, hasta el punto en que el niño se convierte en el centro de investigación de los últimos años.

Para entender claramente la depresión infantil, es necesario que se revisen los siguientes puntos:

1. ¿Existe una tendencia depresiva que predispone respuestas y reacciones depresivas?
2. Existe una entidad de depresión primaria o un núcleo depresivo complejo durante los cinco primeros años de vida:
 - a) Primera depresión en la etapa oral.
 - b) Primera depresión en la etapa anal.
 - c) Primera depresión en la etapa fálico-edípica.
3. ¿Existe una entidad clínica de depresión en la infancia?

1. ¿Existe una tendencia depresiva que predispone respuestas y reacciones depresivas?

Joffe y Sandler (1965) muestran que han podido reconocer la influencia de factores constitucionales y explican que la predisposición se basa en el uso de defensas particulares ante la frustración y la descarga con cierta variedad en el impulso que busca gratificarse con mucha intensidad, fuerza y cierta deficiencia en el aparato autónomo primario.

Engel y Schmale (1962) encontraron una relación entre el aspecto somático y psicológico de la depresión

del niño, como el proceso neuroquímico interfiere, nos dicen "existen respuestas de los niños a la frustración con inhibición, confusión, tristeza, protesta y agresión con cierta vulnerabilidad a la depresión debido a uno o varios determinantes de tipo bioquímico.

Los psicoanalistas han considerado una vulnerabilidad en términos de la constitución instintiva, determinando la intensidad del impulso y la gratificación, relacionando esto con circunstancias de la vida mas puntos de fijación.

Abraham (1948) postuló una exacerbación constitucional de tipo oral como factor de fijación en la depresión, además de la herida narcisista en el periodo edípico con sus sentimientos ambivalentes concomitantes.

Klein (1948) habla de un factor constitucional en el exceso de envidia oral sádica, Benedeck (1956) habla de la inhabilidad congénita de algunos niños de poder ser satisfechos debido a factores hormonales.

2. ¿Existe una entidad de depresión primaria o un núcleo depresivo complejo durante los cinco primeros años de vida?

¿Cuándo ocurre la primera depresión?. Algunos la sitúan en la etapa oral, otros en la anal y otros en la fálica: todas las investigaciones pueden tener aciertos y representan hechos de fenómenos observables.

Por la información descrita podemos afirmar que la depresión y la personalidad depresiva en los niños

tiene una predisposición g enetic-constitucional y por -
ciertas experiencias primarias en el curso del desarro-
llo se manifestara.

a) Primera Depresión en la Infancia en la etapa -
oral.

Spitz y Wolf (1946) describieron lo que le suce-
día al niño cuando habiendo tenido una buena relación de
objeto entre los seis y ocho meses de edad, dicho se au-
sentaba del niño, llamándolo Depresión Anaclítica que se
caracterizaba por:

Primer mes de ausencia: los niños se volvían llo-
ricones exigentes y existía un retraimiento.

Segundo mes de ausencia: los niños empiezan a per-
der peso, presentaban insomnio y su expresión era fría,
mantenían los ojos abiertos sin ver a nadie, ni a nada.

Tercer mes de ausencia: el niño negaba tener con-
tacto con el mundo exterior, yacía postrado sin expre- -
sión en la mirada, con pérdida de peso y labil a con- -
traer infecciones físicas.

Spitz insistió en la existencia de ciertos prere-
quisitos para que la depresión anaclítica pudiera darse.

1. La relación de objeto debe existir como tal an
tes de que lo pueda perder.

2. Dicha depresión anaclítica no aparece antes de
los ocho meses (2o. organizador de la psique) angustia -

de separación.

3. El ambiente hostil funciona como un superyo, - en la ausencia de objetos factibles de catectizar.

En la depresión anaclítica existe la posibilidad, nos dice Spitz, de que el niño mejore si el objeto regresa entre tres a cinco meses, posteriormente, el daño es irreversible. En estos momentos, los niños presentan un retraso motor evidente; se tornan pasivos yaciendo postados boca arriba, el rostro es totalmente inexpresivo, con la expresión en ocasiones de imbecilidad. A esta perturbación defectiva, la llamó marasmo u hospitalismo.

El porcentaje elevado de marasmo y de muerte en - estos niños, es elevado debido a su empeoramiento progresivo y a la propensión alta a infecciones. La depresión anaclítica no es un duelo sino va más allá de dicho, por que el pronóstico muchas veces es muy serio en donde el niño puede morir o mantenerse en un estado catatónico y ausente del medio que le rodea.

John Bowlby (1960 a, 60b, 63, 80) ha descrito en forma amplia las características del duelo, del dolor y la pena que pasa un niño cuando la madre no se encuentra presente. Su trabajo es importante observando la naturaleza de la deprivación que sufre el niño en la ausencia de la madre, asimismo describe el potencial patógeno - del proceso de duelo, cuando las reacciones a las pérdidas toman un lugar importante en la psicopatología infantil.

Bowlby ve el duelo como una compleja secuencia de procesos psicológicos y manifestaciones externas que em-

piezan con nostalgia y esfuerzos con furia que tienden a la recuperación del objeto, continuándose esto con apatía y desorganización de la conducta más o menos estable. Asimismo lo equipara a la desorganización que sufre el niño ante el destete y a la angustia de separación.

Para Bowlby existen tres fases del duelo que se acompañan en forma paralela con respuestas de ansiedad de separación, dolor, duelo y depresión.

El duelo se refiere al proceso psicológico causado por la pérdida de un objeto amado. El dolor o pena (GRIEF) es el estado subjetivo de esa pérdida. La depresión es el estado afectivo que siente el niño cuando ocurre el duelo.

Postula que la pérdida de la figura de la madre se presenta entre los seis meses a los tres y cuatro años de vida y esta edad es potencialmente patógena en el desarrollo de la personalidad subsecuente debido a la ocurrencia de procesos de duelo.

Los tres puntos que Bowlby menciona como prototipos y subsecuentes de duelo posteriores son los siguientes:

1. Fase de protesta, el niño llora y está enojado tratando de recuperar al objeto perdido y recrearse de nuevo con él.

2. En esta fase el niño se deprime y entristece sufriendo una desesperanza y apatía.

3. La fase de reorganización, en donde el niño se

siente separado y ya no espera que su madre regrese sino a podido catectizar nuevos objetos de tal manera que lo - han ayudado a manejar el dolor y la tristeza anteriores, causados por la separación de él con su madre.

T. Benedeck (1956) ofrece una muestra del proceso transicional que opera en la simbiosis madre-hijo y lo basa en la bipolaridad de la fase alimenticia del desarrollo.

En este sistema la oralidad es significativa para - ambos, madre e hijo; el niño es el objeto de las necesidades receptivas de la madre y con el aumento de las demandas del hijo, responde a la vez con un aumento e intensidad de seguirlas recibiendo.

Ante esta repetición del hambre y la saciedad, la unidad primitivamente biológica se convierte en psicológica. Con la pérdida de la gratificación un número de se- - cuencias se desarrollan.

Por parte del niño: de pronto hay una total regresión y proyección de la agresión hacia el objeto no gratificante, introyectando impulsos agresivos, en donde se desarrolla la ecuación, mamá mala= self malo, manifestándose el sentimiento ambivalente y la Constelación Depresiva.

Por parte de la madre: existe una frustración en - las necesidades receptivas. Hay una regresión oral, reactivando su propia ambivalencia, hay una intensificación - de agresión contra el niño, reviviendo a través del re- - cuerdo inconsciente, su propia agresión y dependencia ha- - cia su madre, retomando la ecuación madre mala=self malo.

Por parte del niño: hay una identificación con la constelación depresiva predisponiéndolo a desarrollar futuras depresiones.

En M. Klein (1948) observaremos que sitúa y describe claramente la posición depresiva a partir de los seis meses de edad (correspondiente a la etapa oral).

Para Melanie Klein, la posición esquizoparanoide y la depresiva, son fases del desarrollo y el término posición, implica una configuración específica de relaciones objetales, ansiedad y defensas, persistentes a lo largo de toda la vida; la posición depresiva nunca llega por completo a reemplazar a la esquizoparanoide; la integración total nunca es lograda y las defensas contra el conflicto depresivo, producen regresión a fenómenos esquizoparanoides. La forma de integración de las relaciones objetales queda como base en la estructura de la personalidad. Lo que sucede en el desarrollo posterior, es que las ansiedades depresivas se modifican y atemperan gradualmente.

La posición esquizoparanoide es característica en el hecho de que el bebé no reconoce "personas" sino que se relaciona con objetos parciales y existe un predominio de ansiedad paranoide y procesos de escisión.

El reconocimiento del objeto total (la madre) marca el comienzo de la posición depresiva que se caracteriza por la relación con objetos totales y por el predominio de integración, ambivalencia, ansiedad depresiva y culpa.

El manejo exitoso de las ansiedades de los prime-

ros meses de desarrollo, llevará al bebé a organizar gradualmente su universo; a medida que los procesos de escisión, proyección e introyección le ayudan a ordenar sus percepciones y emociones y a separar lo bueno de lo malo.

El bebé se encuentra ante dos objetos, un objeto ideal y un objeto malo. En el objeto malo, ha proyectado sus impulsos agresivos y lo siente como una amenaza para sí mismo y para su objeto ideal. Cuando el bebé siente - que su Yo es fuerte y a la vez firme y poseedor de un objeto ideal fuerte, sus propios impulsos agresivos le - - asustarán menos y se ve entonces menos impelido a proyectarlos afuera, al disminuir la proyección de los impulsos malos, disminuye también el poder atribuido al objeto malo mientras que el Yo se fortifica, así surgen los procesos integradores dando lugar a la posición depresiva.

En la posición depresiva el bebé reconoce a un objeto y se relaciona con dicho siendo un momento crucial del desarrollo. Esto quiere decir, que el bebé se relaciona cada vez más con su madre como un objeto tanto bueno como malo, pero ha integrado estos dos sentimientos. Este cambio es muy significativo ya que a medida que la madre se convierte en un objeto total, el Yo del niño - también se convierte en un Yo total, ya que la introyección de un objeto cada vez más total, estimula la integración del Yo.

Este cambio traera consigo un cambio en el tipo - de ansiedades. En la posición esquizo paranoide, el motivo principal de la ansiedad, es que los objetos malos - lleguen a destruir al Yo. En la posición depresiva, las

ansiedades brotan de la ambivalencia y el motivo principal de la ansiedad del bebé, es que sus propios impulsos destructivos, hayn destruído o lleguen a destruir al objeto amado de quien dependen totalmente.

En la posición depresiva se intensifican los procesos de introyección; esto aumenta su necesidad de poseer al objeto y guardarlo dentro de sí; si es posible - protegerlo de su propia destructividad. La posición depresiva comienza en la fase oral del desarrollo en que - el amor y la necesidad provocan el deseo de devorar. La omnipotencia de los mecanismos de introyección oral, hace surgir ansiedad ante la perspectiva de que los poderosos impulsos destructivos, destruyan no sólo al objeto - bueno externo, sino también al objeto bueno introyectado.

Como ese objeto bueno introyectado forma el núcleo del Yo y del mundo interno del bebé, surge la ansiedad de poder ser él mismo, el autor de la completa destrucción de su mundo interno.

La experiencia de depresión moviliza en el bebé - el deseo de reparar a su objeto u objetos destruídos, an hela compensar los daños que les ocasionó y en su fantasía, restaurarlos y recuperarlos, devolviéndoles la vida y la integridad. El fracaso de la reparación conduce a - la desesperación; el éxito a renovadas esperanzas.

La posición depresiva marca un progreso crucial - en el desarrollo y durante su elaboración, el bebé cambia radicalmente su concepción de la realidad.

b) Primera Depresión en la Infancia en la Etapa -

Anal.

Margaret Mahler (1961, 68, 75) concibe al ser humano en su estado embrionario, como un sistema cerrado - aislado de los estímulos del mundo exterior, que satisface de un modo autístico sus necesidades y que trae consigo un equipo biológico de autonomía primaria que se rige por las leyes de toda organización cenestesi

El nacimiento del ser humano no coincide con el - nacimiento psicológico y en este primer estadio de vida, el infante se encuentra en un estado de desorientación - alucinatoria primitiva, en la cual la satisfacción de - sus necesidades pertenece a su propia órbita omnipotente, denominado este periodo de aproximadamente las cuatro semanas de Autismo Normal. Aquí la madre constituye de ma-nera definitiva, el agente exterior que permite la aper-tura del sistema y el inicio de los procesos perceptivos que permitirán el desarrollo.

Poco a poco y por medio de los cuidados materna-les que le permitirán al niño diferenciar la cualidad - placentera y dolorosa de las experiencias, en donde sólo existe un Yo rudimentario incapaz de retener estímulos y se yuxtapone a la segunda etapa cuyo enlace lo constitu-ye el conocimiento confuso del objeto satisfactor, en un tipo de percepción gestaltica representada por el seno, la cara y las manos de la madre se llama Fase Simbiótica, en donde la cualidad es la fusión alucinatoria somatopsí- quica y omnipotente con la representación de la madre y en particular la ilusión de un límite común a los dos dícha se inicia al segundo mes de vida y tiene como origen la consideración de que el equipo y lógicamente la fun-

ción de la autopreservación en el ser humano, están atrofiados y éste requiere del cuidado de la madre en una dependencia fisiológica, psicológica y sociológica.

En este sistema simbiótico, la madre es el organizador simbiótico y la catectización de ésta, es el principal progreso de esta fase, ya que las conductas del agente materno, optimizan, retardan o inhiben el desarrollo.

El autismo normal y la simbiosis son precursores y prerequisites para la siguiente fase que se inicia en la cúspide de la relación simbiótica, cuando ya el compañero no es intercambiable, iniciando el proceso por medio del cual percibe que él y su madre, no son el mismo objeto. Este proceso se expresa con la ansiedad de separación que es precursora de la tercera etapa, el proceso de separación-individuación; dividida en cuatro fases: la separación, la práctica, la reaproximación y la formación de la constancia objetal.

La primera va de los seis meses a los 12 ó 13 y se distingue por la ansiedad de separación que el bebé es expuesto a la separación de la madre; llora y entra en ansiedad. En esta fase la disponibilidad de la madre, es de suma importancia, cuando ésta falla, debe ser sustituida ya que si no lo es, sobreviene la depresión anaclítica (descrita por Spitz).

La segunda fase llamada de la práctica, se extiende de los 12 a los 16 ó 18 meses y se subdivide en dos partes. La primera una fase temprana de práctica que anuncia las primeras habilidades físicas de movimiento -

como gatear, trepar, caminar, etc. La segunda es el periodo de práctica propiamente dicho, característico por la locomoción erecta producida por la maduración del sistema nervioso central que permite al niño el movimiento voluntario, por medio del cual el niño inicia el periodo de práctica de separación de la madre, haciendo que ésta desaparezca de su vista saliendo del cuarto o tapándose la cara y luego reaparece destapándose o volviéndose a la madre. Estas actividades lo llenan de júbilo y contribuyen a adquirir seguridad con respecto a la separación y a la ansiedad que ésta produce.

La tercera fase se subdivide en: el inicio de la reaproximación, la crisis y la solución de la crisis.

En la primera sobresalen como importantes signos de conducta mediante los cuales el niño sigue trayendo a su madre los sentimientos y objetos que descubre en su expansión por el mundo, así como deseos de imitar e identificarse con otros niños. En la crisis de esta fase, aparecen entre otras conductas representativas, la indecisión, la agresión y peleas con la madre y la aparición de los fenómenos transicionales. El resultado de esta fase, determina un desarrollo hacia la constancia libidinal del objeto.

La cuarta y última fase de la separación-individuación, se extiende hasta el vigésimosexto o trigésimosexto mes de vida y se caracteriza por la capacidad de mantener claramente la representación mental de los objetos externos; esta capacidad se conoce como constancia objetual, determina que el tipo de pensamiento pase a ser preoperacional, así como la función de la memoria y para

la utilización de ésta el aparato psíquico requiere de la noción de tiempo y espacio, distinguiendo el niño en estos momentos, lo que proviene del exterior y lo que proviene de sí mismo, apareciendo también la capacidad de síntesis y el sentido de realidad que diferencia lo congruente de lo incongruente.

Ha sido necesario describir las fases por las que pasa el niño desde el autismo normal, hasta la fase de separación-individuación, ya que para Mahler sólo se da la primera depresión y como normal en la fase de separación-individuación, con sus subsecuentes modalidades, según el periodo por el cual pase el niño. Asimismo, sólo cuando se ha llegado a la etapa de separación-individuación y a la fase de constancia del objeto, es factible poder hablar de depresión en los niños debido a las características mencionadas anteriormente.

Para Anna Freud (1973) según sus líneas de desarrollo y específicamente la que se refiere a la primera "desde la dependencia a la independencia emocional y las relaciones de objeto", enfatiza que solamente después de haber logrado adquirir una constancia objetal que permite que se mantenga una imagen interna positiva del objeto, independientemente de las satisfacciones o insatisfacciones, es cuando el niño puede tolerar las separaciones volviéndose más adecuadas y menos traumáticas.

Como se recordará la primera fase es la unidad biológica madre-hijo, con el narcisismo materno extendido hacia el hijo y el niño incluyendo a la madre en su medio narcisista interno y posteriormente las fases de simbiosis y separación-individuación de Mahler.

La segunda fase de esta línea es la del objeto necesidad de satisfacción o relación anaclítica, etapa intermitente y fluctuante en la que la catexis de objeto surge bajo el impacto de los deseos imperativos y se aleja con la satisfacción, basada en la urgencia de las necesidades corporales del niño y los derivados del impulso.

La tercera es la de la constancia objetal descrita anteriormente.

La cuarta es la relación ambivalente de la etapa preedípica (sádico anal) característico por las actitudes yóicas de asir, dominar y controlar a los objetos amados.

Después viene la fase fálico edípica, la de la latencia, el preludeo adolescente y por último la rebelión adolescente.

Observando lo anterior, podemos asegurar que cualquier violación de la fase uno dará lugar a la ansiedad de separación, el fracaso de la madre como satisfactora de necesidades fase dos, causará trastornos en la individuación, las relaciones libidinales insatisfechas hacia objetos inestables durante la fase cuatro, dará lugar a la agresión incontrolada y destructiva.

c) Primera Depresión en la Infancia en la Etapa - Fálico-edípica.

Abraham (1948) fue el primero que sugirió la posibilidad de un prototipo de depresión infantil originán

dose en el periodo edípico en donde se agudizan y se reviven los conflictos pregenitales y eventualmente se li-dea con respuestas depresivas repetitivas ante cualquier frustración en el curso de la vida.

Para Jacobson (1943, 1954) la frustración es el - punto de partida y el inicio de la depresión y la define como una experiencia de luchar y lidiar con expectativas y promesas de gratificación no alcanzadas.

Aunque la frustración oral es de las primeras en el curso de la vida del niño, Jacobson cree que la depre-sión infantil es precipitada por las frustraciones que - coinciden por parte de ambos padres en el inicio del periodo edípico.

Cuando los padres han perdido su conocimiento mágico e omnipotente así como el niño, como resultado de - esto la depresión primaria se manifiesta con desilusión, pesimismo, tristeza y apatía, con un sentimiento de vacío y representa una negación de las partes buenas del - mundo como las del self.

RESUMEN DE LA DESCRIPCION DE LA PRIMERA
DEPRESION EN LA INFANCIA.

FASES DEL DESARROLLO	DEPRESION PRIMARIA	ASPECTOS GENETICO CONSTITUCIONALES.	AMBIENTE
O R A L	Depresión Anaclítica	Historia familiar de desórdenes afectivos	Pérdida de los padres.
	Posición Depresiva Constelación depresi va	inhibición tendencias excesivas hacia la autoconser- vación. oralidad narcisismo	hospitaliza ción. rechazo ma- terno.
A N A L	Afecto primario de depresión.	analages neuroquími cos y neuropsicoló- gicos.	Enfermedad crónica
	Frustración preedípica		Divorcios
E D I P I C A	Paradigma primario Frustración edípica		

3. ¿Existe una Entidad Clínica de Depresión en la Infancia?

Desde que Freud (1909) describió el caso de Juanito, se observó una tendencia exagerada a preocuparse por las neurosis infantiles, lo que dió lugar a que Hartmann dijera que el péndulo se había ido hasta el lado opuesto.

Hoy en día, lo que había sucedido con las neurosis infantiles, sucede con la depresión; cualquier manifestación de tristeza, ansiedad, temores nocturnos, etc. es vista y diagnosticada como depresión o bien depresión enmascarada, la cual debe ser tratada.

Debido a esto, existen muchas controversias al respecto: el primer punto menciona que la depresión en los niños es una condición real, experimentada y sentida, dentro de la cual se apoyan entre otros, J. Anthony (1970) Bowlby (1960, 63, 80) Malaquist (1977) Spitz (1946) en donde dicha existe y es una entidad clínica y un síndrome posible de diagnosticar y tratar.

El segundo punto representa la idea de que la depresión en niños no es un síndrome clínico, sino un fenómeno o condición del desarrollo infantil que se desvanece y desaparece con el tiempo, postulando que si existe la depresión en niños, debe ser posible medirla bajo patrones de investigación con una disciplina científica.

Dentro de este grupo encontramos a Lapoose (1966) Shephered (1971) quienes critican el uso y la aplicación del término en un ambiente hospitalario en donde se olvida de englobar y estudiar a la población en general; así

mismo el continuo uso de depresión enmascarada que asocia un sinnúmero de conductas hace que estos autores piensen que dichas respuestas son temporales, utilizadas ante factores de stress externos que se irán desvaneciendo en el curso del desarrollo.

Otro punto importante de la depresión en niños se basa en la idea de que cuando un niño está triste y sin esperanza, su capacidad para tolerarla y manejarla es pobre debido a que no existe una estructura yoica y superyoica (aún en formación) que le ayude al niño a comunicar plenamente lo que siente, es por esto que la depresión en la infancia es observada a través de conductas que son las respuestas ante los impactos dolorosos y la expresión de sentimientos de tristeza.

Según Malmquist (1971) existen 13 puntos que nos pueden ayudar para poder diagnosticar la depresión en niños:

1. Un semblante general de tristeza e infelicidad. El niño no expresa su descontento, ni verbaliza que está triste, ni existe una conciencia de este estado, mas existe una conducta psicomotora de tristeza.
2. Hay inhibición y confusión con poco interés para realizar actividades de cualquier tipo; da la impresión de aburrimiento o de estar enfermo físicamente.
3. Existen somatización, quejidos de dolores estomacales y de mareos, así como insomnio, trastornos en el sueño y la alimentación.
4. El descontento es prominente y no experimenta -

gusto y placer con otros niños al jugar o realizar diversas actividades.

5. Existe un sentimiento de ser rechazado y no querido.

6. Hay una concepción negativa de sí mismo, así como patrones cognitivos que reflejan el menosprecio a los demás al mismo tiempo.

7. Hay irritación y poca tolerancia a la frustración, así como dificultad en obtener y realizar lo que se propone hacer.

8. Aunque el niño muestre en un sentido su necesidad de ser querido y aceptado, se muestra negativista y descontento sin poder aceptar el cariño del afuera sin saber porqué.

9. Existe una conducta provocativa con respuesta agresivas hacia otros niños o adultos con poca tolerancia a la frustración.

10. El niño en ocasiones exhibe tendencias de pasividad y espera que otros anticipen sus necesidades y como esto en ocasiones es difícil de lograr, expresa luego entonces su agresión con conductas pasivo agresivas.

11. Existe mucha sensibilidad y un estado de alerta alto para condenar cualquier falla, hay una tendencia para evadir los conflictos, con sentimientos de ser malos y a veces querer morir.

12. Pueden existir conductas obsesivo compulsivas

y actividades que involucren pensamientos de tipo mágico.

13. Hay episodios de acting-out y es usado como una defensa para evadir la experiencia de sentir dolor y tristeza, sentimientos asociados a la depresión.

Rochlin (1953,59) no cree que sea factible por el otro lado, diagnosticar la depresión en niños ya que considera que es un conflicto entre el Yo y el superyo con cierta intensidad y duración, así como exista un duelo - en la infancia como se verá posteriormente.

Para Bribing (1953, 1967) la depresión en los niños no está basada en un conflicto entre el Yo y el superyo, sino es el resultado de experiencias frustrantes y la fijación en el sentimiento de invalidez, más que una fijación oral; la pérdida de estimación, es el factor primordial de la depresión en los niños.

James Anthony ha podido dividir tres síndromes de la depresión en niños (1975).

Síndrome Anaclítico. Existe una historia previa de frustraciones en la diada, marcada con sentimientos de ambivalencia de ambos lados y una transacción negativa durante la cual la confianza básica es constantemente expuesta a prueba. La pareja se siente cada vez más irridada y esto da como resultado una crisis de separación emocional para con ambos lados, culminando en una depresión en la madre y en el niño.

Síndrome de Inhibición. El nivel de reactivación es la etapa anal, en donde el niño aspira ser bueno,

limpio y obediente y lucha para que no existan pensamientos e impulsos con la connotación de sucios y trata de - dar lo mejor de sí mismo y se siente terriblemente apenado y deprimido cuando es descubierto; su control excesivo, alterna con desinhibición y en momentos su agresión se expresa en forma de sentimientos primitivos y existe temor a la retaliación. Los efectos depresivos son expresados cuando la agresión es reprimida con la tendencia a dominar y demandar a la familia que a la vez refuerza su inhibición.

Síndrome de Desilusión. El nivel de reactivación es la etapa edípica cuando el niño es expuesto a - sentir un descontento con ambos padres. Quiere ser admirado y tener éxito y trata de ocupar un lugar importante en la familia y rehusa aceptar y situarse ante conflictos o situaciones que le demuestren o lo hagan sentir inferior, gradualmente estos cambios se vuelven un patrón crónico y existe una actitud de pesimismo, desilusión y una expectación pobre para poder tener éxito. Esto dependerá a la vez de la conducta de ambos padres para con el niño.

El Gap. (Group for the advancement of psychiatry, comité on child psychiatry).

Calsifica a la depresión en niños solamente en - desórdenes psiconeuróticos de tipo depresivo y en trastornos reactivos. En ninguna otra clasificación se describe textualmente la depresión en niños, sino solamente se infiere que pueda existir como parte de otro trastorno.

El tipo depresivo en los desórdenes psiconeuróti-

cos se refiere específicamente al núcleo central del conflicto edípico en donde dichos contiene afectos de miedo y ansiedad como reacciones y sentimientos de culpa, ternura, amor, hostilidad y agresión; en donde existe la fantasía de haber pedido a uno de los padres y la renuncia al mismo tiempo con envidia, celos y fantasías y deseos de que alguno de ellos muera. Es probable que las reacciones depresivas tengan una relación cercana a sentimientos de agresión que son dirigidos al padre querido del mismo sexo, de hecho la resolución del edipo y la preservación del rival, envuelve un grado de pérdida y la renuncia del deseo básico.

Con respecto a los trastornos de tipo reactivo, - el GAP nos dice que son una manifestación de un conflicto entre los impulsos del niño y su ambiente el cual ha sido o expuesto de manera intensa y existe una situación por lo tanto traumática; muchos eventos pueden incluirse aquí, por ejemplo: un accidente, la muerte de uno de los padres, enfermedades crónicas, etc. El efecto de este tipo de reacción dependerá de la intensidad de la situación externa traumática.

Las reacciones conductuales que los niños pueden tener ante situaciones traumáticas, son muy variadas y es necesario poner mucha atención en las manifestaciones conductuales que expresen después de dicho trauma y que se les pueda considerar como desviaciones de un desarrollo normal con una causa externa como agente patógeno, - haciendo la diferencia que no sea el gatillo que dispare una patología que se encontrará ya en forma latente en el niño.

CAPITULO II.

EL DUELO Y EL PROCESO DE DUELO: DESCRIPCION Y CONTROVERSIAS.

Como pudimos observar en el capítulo anterior, to
mó en el curso de la historia mucho tiempo aceptar que -
el niño tenía un proceso psicológico individual al del -
adulto, así como sus propias patologías. Con respecto a
la depresión infantil, pudimos analizar las diferentes -
corrientes y controversias que existen hoy en día al resu
pecto; pero quizás ahora es importante señalar que se tuv
o que hacer una descripción de la depresión en la infana
cia, primeramente para llegar a entender luego entonces
el duelo y el proceso del mismo cuando un niño a temprana
edad pierde a uno de sus padres.

Cuando un adulto pierde a un ser querido, es frecuente que hasta él mismo se dé cuenta de su depresión y llega a verbalizarla, como veremos en los niños y debido a su estado de desarrollo, aún presente los procesos psicológicos y psicodinámicos, son diferentes y las controversias básicamente resultan de la pregunta tan usual de si un niño puede llegar a vivir un proceso de duelo similar al del adulto y si no es posible entonces a que edad es factible observarlo. Se revisarán varios autores clásicos y sus últimas contribuciones; pero empezaremos primeramente a analizar las controversias que existen alrededor del término de duelo y de su proceso.

Para Freud (1917) el duelo es la reacción a la pérdida de un ser querido o de una abstracción equivalente como la libertad, un ideal, la patria. En el duelo la

persona que ha perdido a un ser querido presenta un estado de ánimo profundamente triste, existe una inhibición - de las funciones yoicas, hay una cesación del interés por el mundo externo y una pérdida de la capacidad de amar. Y explica la diferencia que el encuentra con la melancolía, en donde la pérdida no necesariamente se puede deber a - que un objeto haya muerto, sino que la pérdida es más - - ideal, el objeto no muere necesariamente, pero queda como objeto erótico perdido.

En el duelo la demanda de la realidad muestra que el objeto no existe y exige que la libido abandone todas sus ligaduras con él mismo, su mandato se realiza en forma paulatina con gran gasto de energía, continuando mientras tanto con la existencia psíquica del objeto perdido.

Nos dice Freud "la realidad en el duelo normal impone a cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen puntos de enlace con el objeto, su veredicto de que dicho no existe ya situado ante la interrogación de que quiere compartir tal destino, se decide bajo la influencia de las satisfacciones narcisistas de la vida, cortar su ligamento con el objeto y esta separación se realiza lenta y paulatinamente, hasta que se llegue al término - que el gasto de energía ya fue necesaria para tal labor."

A diferencia de este proceso normal en donde - - Freud expresa que se realiza en el inconsciente del sujeto y llega a un fin satisfactorio, donde el sujeto es capaz nuevamente de depositar libido en un objeto nuevo, - muestra la diferencia que existe con la melancolía.

Primeramente en la melancolía, se observan las mis

mas características emocionales y el mismo estado afectivo que en el duelo a diferencia que el sujeto se hace constantes reproches a sí mismo; muestra la necesidad de comunicar lo malo y desgraciado que es, observando que la pérdida que ha tenido tiene efecto en su propio Yo.

Vemos que su libido libre ante la pérdida no fue desplazada a otro objeto como en el duelo, sino retraída al Yo encontrando en éste una aplicación determinada, sirviéndole para establecer una identificación del Yo con el objeto perdido y expresa "la sombra del objeto cayó sobre el Yo del sujeto y así es juzgado como un objeto."

Por lo que la pérdida del objeto es una pérdida del Yo y el conflicto entre el Yo y el objeto, se convierte en la actividad crítica del Yo.

Freud se explica este proceso debido a que la elección de objeto en el melancólico ha tenido un efecto sobre una base narcisista de manera que en el momento en que surga alguna contradicción o pérdida del mismo, puede la carga del objeto retroceder al narcisismo; la identificación narcisista con el objeto se convierte en el sustituto de la carga erótica a consecuencia de la cual no puede ser abandonada la relación erótica a pesar del conflicto con la persona amada.

La identificación nos dice, "Es la fase preliminar de la elección de objeto y la primera forma ambivalente en su expresión utilizada por el Yo para escoger a un objeto, en donde quisiera incorporarlo y correlativamente a la fase oral canibalista del desarrollo de la libido ingerirlo o devorarlo; la predisposición a la melancolía ten-

drá que ver con esta identificación primaria característica de efectos ambivalentes." Por lo que a partir de estos postulados entenderemos el proceso melancólico en - donde existe una relación primitiva con el objeto cargada de afectos ambivalentes; cuando existe una pérdida de este objeto, dos puntos se llegan a observar; primeramente se idealizará a la persona perdida y por el otro lado se enfatizará y agudizarán los reproches que el Yo se ha ce a sí mismo.

Los afectos ambivalentes que el sujeto tenía hacia el objeto perdido, sufren una disociación en el Yo - del sujeto e idealizará al objeto manteniendo una carga afectiva y la agresión se manifestará en él mismo, en su parte del Yo donde ha recaído la relación agresiva con - el objeto, ahora su Yo se trata como al objeto. Trato y afectos de agresión que frecuentemente y en estos casos, son inconscientes para él mismo. Así podemos observar - claramente las diferencias de lo que es un proceso de - duelo y el de la melancolía.

A partir de aquí observaremos como existen varios puntos de vista con respecto a lo que Freud llamó un duelo, que era un proceso sano y la melancolía.

Son varios los autores que se cuestionan si el - proceso del duelo y el duelo mismo, es una expresión primeramente sana y si es factible en forma absoluta, que - una paersona pueda descatectizar al objeto perdido y de esta manera, poder paulatina y gradualmente, depositar - su energía en un nuevo objeto.

Lindemann (1944) observó en algunos pacientes las

resistencias que expresaban para poder aceptar el dolor y el pesar que lleva consigo el proceso del duelo, teniendo tendencia a evadir la expresión necesaria para realizarlo sin caer en conductas psicopatológicas.

Loewald (1962) describe que la pérdida de un objeto no necesariamente lleva consigo un duelo y describe la inhabilidad de muchos pacientes para poderlo realizar sin presentar severa psicopatología.

Lipson (1963) reporta como a través de los sentimientos de desesperación, no se llega a completar el duelo.

Otros siguen los postulados Freudianos, por ejemplo Pollock (1961) piensa que el aspecto más importante del duelo, es la facilitación para poderse adaptar a la realidad del mundo externo cuando un objeto querido muere. Enfatiza que el proceso ocurre en estados sucesivos.

El primero es el shock que sigue de una reacción de dolor propia durante la cual el trabajo de duelo toma lugar, el proceso termina con la reacción de separación de la representación interna del objeto llevado en la memoria.

Para M. Klein (1948) existe una estrecha relación entre el duelo y los procesos de la temprana infancia, el niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y estos estados tempranos le sirven posteriormente en la vida cuando experimentan algo penoso, ve la idealización del objeto perdido y la negación como el factor defensivo más importante.

El dolor experimentado en el lento proceso del - juicio de la realidad durante la labor del duelo, parece deberse en parte, no sólo a la necesidad de renovar los vínculos con el mundo externo y así contínuamente experimentar la pérdida, sino al mismo tiempo, a la de reconstruir ansiosamente el mundo interno que se siente en peligro de desastre.

Solo gradualmente sostiene M. Klein, obteniendo - confianza en los objetos externos y en múltiples valores, es capaz el sujeto en duelo de fortalecer su confianza - en la persona amada perdida. Sólo así puede aceptar que el objeto no sea perfecto, sólo así puede no perder la - confianza y la fe en él sin tener venganza. Cuando se lo gra esto, se ha dado un paso importante en la labor del duelo y se ha vencido. El penar por el objeto amado y - perdido, también implica una dependencia que se transforma en un incentivo para lograr la reparación y la conservación del objeto.

Para Bowlby (1980) existen varios puntos que se - deben de analizar antes de poder manifestar su desacuerdo con la terminología Freudiana respecto al duelo y al proceso del duelo. Estos puntos son los siguientes:

1. ¿Cuál es la naturaleza del duelo?
2. ¿Para qué y por qué existe el dolor y el sufrimiento?.
3. ¿Cómo se relaciona el duelo y la ansiedad?
4. ¿Qué tipo de motivaciones están presentes en - el proceso del duelo?.
5. ¿Cuál es el rol de la identificación con la - persona perdida?.

6. ¿De qué manera nos explicamos el duelo sano y el patológico?.

7. ¿En qué estado del desarrollo el individuo puede llegar a vivir un duelo?.

1. Todos aquellos que hayan discutido la naturaleza del proceso del duelo aceptan básicamente entre otras cosas, el efecto que causa en el sujeto a nivel conductual la muerte de un ser querido así como el poder lentamente desprender la libido para poder depositarla en un nuevo objeto.

Para Bowlby, el poder realizar este proceso dependerá en las relaciones y las vinculaciones que se hayan tenido con el objeto. Además piensa que la identificación, no es la única y básica compensación ante la pérdida que el sujeto tiene ante la muerte de un ser querido, sino que básicamente se retomarán nuevas vinculaciones. En el próximo capítulo se revisará ampliamente la teoría de la vinculación de Bowlby.

2. Para entender el por qué y para qué del dolor y el sufrimiento en el duelo, Bowlby se basa en dos puntos: a) por la insistencia y la constante búsqueda del objeto perdido, el dolor es inevitable y b) el dolor que sigue a la pérdida es el resultado de un sentimiento de culpa y miedo a la retaliación.

Freud, nos dice Bowlby, piensa que el dolor sentido ante la búsqueda del objeto perdido, es de suma importancia y puede o no exacerbarse por el sentimiento de culpa o el temor a la retaliación, Bowlby está de acuerdo con este punto.

Para M. Klein, el dolor ante la búsqueda es algo - secundario, pero se cree, que desde que la culpa y el - temor paranoide son ya sentidos tempranamente y están pre sentes en el pesar causando siempre stress y angustia de- presiva o paranoide.

3. En su trabajo de inhibición síntoma y angustia (1925) Freud describe que cuando la figura amada se va - temporalmente, el sentimiento que se experimenta es la an- siedad y cuando la figura desaparece en forma permanente, el individuo sentirá pánico y pasará por un duelo.

Klein (1940) ve el temor de anilación y persecu- - sión como primarios. Para Bowlby existe un continuum en el proceso del duelo, pasando el sujeto por ansiedad y deses- peración, ansiedad y desesperación.

4. Para Bowlby, la motivación esencial en el proce- so de un duelo, es la urgencia por recobrar al objeto per dido.

5. Para Bowlby, la identificación no es el único recurso que existe para el sujeto ante la pérdida de un - objeto y nos dice: Primeramente Freud pensaba que dicha - se presentaba solamente en el duelo patológico (melanco- lía) y posteriormente en 1923, expresa que se manifiesta - en cualquier duelo ya sea normal o patológico."

La identificación que es la fase preliminar de la elección de objeto y la primera forma ambivalente en su - expresión, nos dice Freud en 1917, en su artículo duelo y melancolía, a diferencia de Bowlby que la explica como la primera conducta de vinculación, dicha conducta es activa

da bajo ciertos factores como la ausencia del objeto y - está determinada en forma biológica en el hombre.

6. En su artículo de duelo y melancolía, Freud - (1917) sugiere tres criterios para diferenciar el duelo normal y el patológico.

a) La presencia del constante odio al objeto expresado ya sea consciente o inconscientemente y dirigido hacia el self.

b) Que la identificación con el objeto perdido só lo se daba en un duelo patológico; idea que luego abandono, expresándola en su artículo el Yo y el Ello (1923).

c) Se refiere a la disposición de la libido en la melancolía; la libido conectada y relacionada al objeto perdido no es descatectizada y utilizada posteriormente para relacionarse con nuevos objetos como en el duelo sa no, sino es retraída al Yo y da lugar al narcisismo se cundario.

Para Bowlby, el duelo normal es el que procede en sus tres fases características; la protesta, la desesperación y la desvinculación. El duelo patológico estará - dado a partir de las variantes que se presenten en la - conducta de vinculación primaria. Las condiciones exter nas que el sujeto vivió y vive antes que su sujeto amor so muriera.

El último punto lo analizaremos con más detalle - en el capítulo posterior, ya que observaremos los dife- rentes puntos de vista de varios autores con respecto a:

I. ¿A que edad es factible que un niño tenga un proceso de duelo cuando uno de los padres muere?.

II. Si es factible ¿cómo es este proceso a diferencia del adulto?.

III. Sino es factible ¿a qué edad se logra vivir - un duelo?.

IV. ¿Qué diferencias significativas se encuentran en la muerte de la madre y en la del padre, en diferentes estados del desarrollo?

V. ¿Cuáles son las conductas clínicas observadas más frecuentemente y cuáles son las desviaciones de di- - chas, convirtiéndose en psicopatología?.

Para contestarnos estas preguntas, creo que será - importante retomar los postulados de Bowlby. Posteriormente se analizarán las críticas y sugerencias de A. Freud, H. Nagera, M. Wolfenstein, G. Rochlin, Furman, M. Mahler y M. Klein.

CAPITULO III

EL DUELO Y EL PROCESO DE DUELO EN LA INFANCIA.

A. Aspectos Teóricos.

John Bowlby (1960a, 60b, 61c, 63, 68) de manera amplia y durante los últimos 20 años, ha estudiado las reacciones de conducta que se presentan en niños que han perdido a uno de sus padres, teniendo y sufriendo un pesar, así como manifestando un duelo similar al que un adulto vive cuando un ser querido muere.

Para poder comprender los postulados que Bowlby menciona, es necesario describir los 12 puntos que en su nuevo libro Attachment an loss, Vol. 3, Loss, sadness and depression (1980) enfatiza como básicos de su teoría de vinculación de tal manera, que luego se nos hará más comprensible porque cree que el niño puede vivir y sentir pesar, así como tener un proceso de duelo.

La teoría de vinculación según Bowlby se refiere:

1. La conducta de vinculación es entendida como cualquier tipo de conducta que se manifieste como el resultado de poder mantener y cuidar la proximidad de una persona a otra, con la diferenciación y predilección individual.

2. Dicha conducta (de vinculación) es entendida como diferente a la conducta tanto sexual como la que manifiesta un niño cuando su madre lo alimenta.

3. Durante el desarrollo de dicha conducta, se buscará y se lideará con el desarrollo afectivo de vinculaciones primeramente entre padre e hijo y posteriormente, entre adulto y adulto. Estas formas de conducta así como las vinculaciones afectivas que se buscan, estarán presentes y activas durante toda la vida.

4. La finalidad de esta conducta, es mantener - - cierto grado tanto de proximidad como de comunicación - con la figura originalmente seleccionada.

5. Los sistemas mediante los cuales la conducta - de vinculación es activada, con el temor y la inaccesibilidad de la figura con la cual se mantiene la vinculación, así como la fatiga y el sentimiento de extrañeza - en el sentido de no reconocer y manifestar ansiedad ante una situación nueva o poco conocida; también existen - - ciertas condiciones por medio de las cuales esta activación desaparece, como encontrarse en un lugar o situación familiar, así como tener acceso de sentir la respuesta de la figura con la cual se mantiene la vinculación.

6. Las emociones más intensas surgen y se presentan durante la formación, el mantenimiento, la disrupción y la renovación de las relaciones afectivas de la conducta de vinculación.

La formación de un vínculo es descrita como el - sentir que uno ama al otro, el otro que es la figura con la cual se hace una vinculación afectiva. Mantener la - unión es el sentimiento de querer a alguien y perderla - es descrita como pesar por alguien, por su pérdida.

Similarmente la amenaza de la pérdida da lugar a ansiedad y si existe una pérdida real, existirá dolor, - tristeza y pesar. Cuando la vinculación no se altera se experimenta una seguridad importante y el renovarla, crea felicidad. Por lo tanto la psicopatología que se exprese ante una pérdida estará relacionada con vinculaciones - afectivas.

7. La conducta de vinculación ha sido característica de muchas especies filogenéticamente hablando, porque contribuye a que se pueda sobrevivir, buscando y manteniendo el contacto con el cuidador, debido a que dicha conducta reduce el riesgo de dañarse o de poder morir.

8. El poder cuidar, es una función que se adjunta a la conducta de vinculación.

9. En vista que dicha conducta es potencialmente activa durante la vida y tiene un propósito y función vital a nivel biológico, es un error pensar que cuando se activa en el adulto, indica psicopatología o es una regresión inmadura de la conducta.

10. La psicopatología es entendida como una desviación del desarrollo normal de la conducta de vinculación y no por la existencia de fijaciones o regresiones a estados más tempranos del desarrollo.

11. Las desviaciones de la conducta de vincula- -ción, pueden presentarse a cualquier edad.

12. Existen determinantes importantes por medio - de los cuales cada individuo desarrolla y organiza su -

conducta de vinculación y básicamente son las experiencias afectivas que mantiene con la figura de vinculación en su infancia, niñez y adolescencia.

Como vimos la conducta de vinculación que plantea Bowlby, es biológicamente innata y se presenta en otras especies, así como en el ser humano y ante factores determinantes se activa. Estos conceptos son de suma importancia, ya que a través de sus investigaciones tanto en la consulta privada, guarderías, hospitales, orfanatorios, Bowlby ha podido describir las fases por las que un niño pasa cuando es separado por su madre (basándose en su teoría de la vinculación) fases que se asemejan al proceso del duelo que un adulto tiene al perder a un ser querido.

Tanto su teoría de la vinculación, como la descripción de estas fases han sido causa de muchas controversias por diferentes estudiosos del desarrollo infantil; controversias que se describirán posteriormente.

Nos dice Bowlby (1960a, 1960b) cuando un niño de seis meses es retirado de su madre con la cual mantenía una relación y conducta de vinculación, se presentan gradualmente tres tipos de conducta.

a) La protesta en donde el niño llora y trata continuamente de buscar a su madre manifestando tristeza.

b) Desesperanza, el niño aquí continúa llorando amargamente y poco a poco se observará que dejará de llorar deseando aún que su madre regrese, aunque su esperanza por reencontrarla disminuye.

c) Desvinculación, poco a poco si la madre no regresa, se producirá un cambio en el niño, dejará de reconocerla; este desconocimiento es directamente proporcional a la ausencia (en tiempo) de la madre.

Estas conductas se equiparan con las que un adulto manifiesta cuando pierde a un objeto querido y amado, en donde se experimenta un dolor intenso y se expresa con llanto. Posteriormente el afecto fluctúa entre el deseo de reencontrar a la persona querida y la esperanza de no volverla a ver hasta que empieza a surgir un proceso de desvinculación del objeto perdido, aceptando su pérdida de tal manera, que se pueda retomar una nueva vinculación con otro nuevo objeto.

El proceso de duelo según Bowlby, básicamente está basado en la urgencia y el deseo de recuperar al objeto perdido y no lo ve como psicopatológico, sino será el que ayudará al individuo a elaborar un duelo sano, ya que después de los esfuerzos realizados por recuperar al objeto, se podrá admitir que el objeto jamás regresará.

La inhabilidad de poder expresar los reproches y el enojo al objeto que ha abandonado, así como el desear su retorno, será una de las características importantes para que el niño como el adulto, manifiesten un duelo patológico.

Mas no solamente son estos puntos los que llevarán al individuo a la creación de un duelo patológico, sino existen tres factores característicos y básicamente en el duelo infantil, que podrán ayudar al niño a pasar por un duelo normal.

1. Es de suma importancia la verbalización que se le haga al niño respecto a la muerte de uno de sus padres, cual fue la causa real y como sucedió.

2. Como era la relación familiar antes de la pérdida, las relaciones de los padres entre sí y la relación del niño con el padre perdido.

3. Como es la relación familiar después de la pérdida y que es y como se le recuerda, así como cuales han sido los patrones de conducta que cambiaron después de dicha en el niño y en su interacción familiar.

Refiriéndonos especialmente al primer punto, - - Bowlby cree que la expresión real y certera del padre vivo, así como su conceptualización de la muerte manifestada ante el niño, dándole una explicación de lo que sucedió, ayudará al chico a no fantasear (conducta que de hecho se presenta) y darse el solo una explicación cayendo con la cuenta de presentar desviaciones de conducta que se revisarán en forma detallada en los aspectos clínicos del duelo.

Debido a lo postulado anteriormente y básicamente a lo que se refiere Bowlby con respecto al proceso de duelo en la infancia y la posibilidad del niño en tenerlo de manera similar al del adulto desde los seis meses de edad, varias son las controversias que se han dejado manifestar desde que en 1960, Bowlby describiera sus puntos de vista.

Una de las más importantes y en la cual Anna - - Freud (1960, 1974) expresa sus puntos de vista con res-

pecto al duelo y al proceso de duelo en la infancia, sería la que escribiera posteriormente al artículo escrito por Bowlby el mismo año.

Anna Freud describe sus diferentes puntos de vista desde los siguientes marcos teóricos.

Primeramente nos dice, "Bowlby se basa en una teoría biológica por medio de la cual refiere que existe una pulsión innata que vincula al niño con la madre y que por la disrupción de esta conducta de vinculación, el niño manifiesta pesar, dolor, con tres características conductas que se asemejan al proceso de duelo en el adulto que ha perdido a un ser querido."

La relación entre este impulso innato y las manifestaciones afectivas, se suscitan por la acción de condiciones externas tales como el que el niño se separe de la madre objeto de la vinculación.

Nosotros; dice Anna Freud, pensamos en la representación mental del impulso y no con el impulso como tal, en el caso de la vinculación innata y biológica del niño con la madre, esta representación tiene que ser reconocida así como existir una disposición para poder catectizar al objeto con libido.

Asimismo no lidiamos con lo que sucede en el exterior, sino con la representación del mismo en la psique y como dicho es registrado por el niño.

Bowlby nos habla de las reacciones de duelo antes del año así como la posible reparación sin tomar en cu

ta factores del desarrollo de suma importancia, tales como la elaboración del proceso secundario, la existencia del pensamiento y la comunicación verbal, los conflictos estructurales con sus ansiedades específicas, reacciones de culpa y actividades defensivas.

Nosotros pensamos como Bowlby, que la vinculación con la madre es el resultado de una urgencia de tipo biológica en el sentido de poder sobrevivir, pero la búsqueda de gratificación es una tendencia inherente en cualquier actividad instintiva y debe ser visualizada desde el punto de vista metapsicológico y no criticarlo por enfatizar más la búsqueda de placer que la búsqueda de la madre, sin la gratificación subsecuente como lo plantea Bowlby.

Asimismo, Bowlby manifiesta como se observa esta vinculación innata cuando en una guardería la enfermera activaba dicha conducta ya innata en el niño, para nosotros este planteamiento se refiere a la primera relación anaclítica del niño basada en las sensaciones de la gratificación de las necesidades básicas que determinarán que persona en el mundo externo será catectizada con libido.

Otra controversia, esta basada en el narcisismo infantil el cual Bowlby niega que exista en la infancia, cuando el niño está vinculado con la madre. Bowlby entiende el narcisismo infantil, como un estado en el cual el niño supuestamente está apartado en forma independiente del objeto y piensa que ningún niño manifiesta dicha conducta. Hablando desde el punto de vista metapsicológico, el concepto de narcisismo infantil se refiere no a -

una fase temprana de la distribución y organización de la libido.

Existen en esta fase un estado de equilibrio libidinal similar al obtenido en la existencia intrauterina, el niño por sí solo no es capaz de mantener este estado y depender del cuidado y cariño que la madre le ofrece - así como ser ella la que gratifique sus necesidades básicas en un momento dado, convirtiéndose en el primer objeto del mundo externo, aquí no hay un intercambio libidinal con el objeto como sucederá en fases del desarrollo posteriores, como cuando ya existe un objeto de amor.

En un momento dado la madre es vista a través de la gratificación y el objeto (madre) es introducido según Anna Freud, en forma total al "milieu narcisista" y tratado como parte de dicho hasta el punto que self y objeto, son uno solo.

Desde el punto de vista de las tres conductas que describe Bowlby como similares a un proceso de duelo en el adulto, A. Freud nos dice:

Protesta.

Desesperanza.

Desvinculación, originalmente Bowlby llamaba a esta conducta, negación.

El término de negación (término que utilizó Freud, en su artículo de 1960) es un término puramente descriptivo y puede implicar la ausencia de la manifestación de dolor ante la pérdida.

En términos psicodinámicos es un proceso defensi-

vo dirigido ya sea a no reconocer la realidad externa - (la ausencia de la madre) o bien el afecto mismo (el dolor intenso de la pérdida).

Las fases de protesta y desesperanza se entienden en términos de la manifestación y el intento del niño para mantener la unión libidinal con el objeto que ha desaparecido.

La duración de las reacciones de tristeza.

El proceso de duelo "Trauerarbeit" en alemán espe-
cíficamente en sus términos analíticos, quiere decir, el esfuerzo del individuo en aceptar el hecho en el mundo - externo (la pérdida del objeto catectizado) y hacer los cambios correspondientes en el mundo interno (descatecti-
zar al objeto perdido e identificarse con él, así como - poder depositar en otro objeto la libido que estaba depo-
sitada anteriormente en el objeto ahora perdido).

Este concepto nos indica el hecho de tener por lo menos ciertas capacidades mentales tanto en el juicio de la realidad, como un control parcial del Yo sobre las - pulsiones del Ello.

Dichas capacidades no están desarrolladas en el - niño, por este motivo, Anna Freud no habla de un proceso de duelo. Antes de que el aparato mental haya madurado - lo suficiente y antes antes de que la constancia objetal sea adquirida, las reacciones ante la pérdida de los ob-
jetos son gobernadas por el principio del placer-displa-
cer. Y no se puede hablar tampoco de reacciones de pesar ni de dolor y tristeza, ya que es necesario que el niño

comprenda la irreversibilidad de la muerte, el concepto del tiempo pasado, presente y futuro, debe a la vez ser entendido y manejado para que el niño pueda manejar y - expresar su sentido de dolor sin la búsqueda inmediata de la gratificación ante el displacer de la ausencia; - no por esto creemos que la ausencia del objeto y la sustitución del objeto en términos de satisfactor de las - necesidades del niño, traiga consecuencias serias en el futuro desarrollo de la personalidad de aquel niño que tuvo la desgracia de perder a uno de los padres y no en - contrar un objeto sustitutor adecuado en una edad tem- prana de su desarrollo.

De hecho hemos podido encontrar aspectos patoló- gicos en niños que habían sufrido la pérdida de uno de los padres o de ambos en la segunda guerra mundial, en un trabajo publicado en (1946).

Se encontraron perturbaciones psicossomáticas, regresiones del desarrollo libidinal a niveles más primitivos, actividades autoeróticas, regresiones yoicas.

Creo que el periodo desde que se ausenta el objeto hasta que existe un sustituto adecuado, es el más - vulnerable y lábil en función de que se produzca poste- riormente psicopatología en el niño, ya sea por razones externas en donde no hay acceso a un sustituto o bien - exista una inhabilidad para poder transferir libido a - otro objeto.

Es importante observar que sucede con la libido cuando empeiza a retirarse del objeto, a veces se utiliza para recatectizar el cuerpo del niño, resultando dis

turbios de naturaleza psicossomática o hipocondriaca o - usado para catectizar la imagen del self, causando incremento del amor a sí mismo con ideas de grandeza o omnipo tencia.

Toda patología eventual consecuente del trauma de la separación, tiene una relación con el nivel de desarrollo libidinal en el que el niño se encontraba cuando el trauma ocurrió.

M. Wolfenstein (1966, 69) es otra autora que describe desde su punto de vista como se da un proceso de duelo y bajo que circunstancias se puede lograr tenerlo.

Wolfenstein estudió claramente a niños latentes y preadolescentes que habían perdido a uno de sus padres - en un lapso de tiempo no mayor de cinco años, en el momento que se iniciaba la investigación (1966).

Encontró que el proceso de duelo descrito por - Freud en 1917, no se asemejaba en nada a las reacciones que tenían los niños observados en un tratamiento analítico; por el contrario manifestaban una hipercatexis del objeto en lugar de descatectizarlo; asimismo, mostraban un conocimiento real de lo que había sucedido y por el - otro lado una expectativa de que el padre ausente regresaría. Existía una disociación Yoíca en la cual se trataba de mantener la presencia del padre en forma idealizada y por el otro lado, manifestaban conductas agresivas hacia el exterior , sobre todo al padre vivo.

Wolfenstein a través de sus investigaciones menciona que el proceso de duelo entendido en términos orto

doxos, no se puede presentar en la infancia y no es hasta que el adolescente, el cual pasa por un proceso de duelo, cuando el individuo es apto para poder tener un proceso de duelo.

Nos dice: "la necesidad que tienen los niños desde su nacimiento hasta la misma adolescencia, son de suma importancia; desde ser vitales para él, hasta contribuir en la formación de un Yo estructurado, así como de un Superyo.

Cuando uno de los padres muere y dependiendo del estado de desarrollo en el cual se encuentra el niño (si es la madre el objeto de amor y de relación primaria o si bien la presencia del padre juega un papel importante, etc.) dichas funciones se verán debilitadas sobre todo entre más chico sea el niño y menor sea su capacidad para comprender lo sucedido.

Estos niños manifiestan un intenso miedo debido al cúmulo de libido objetal que llega a ellos en forma intensa y traumática.

Wolfenstein, también nos habla del desarrollo del llanto y sus vicisitudes. El llanto para el niño recién nacido, es la expresión de una frustración y la búsqueda inmediata de su gratificación. En la latencia existe una inhibición marcada para poder llorar y si se logra, se tiene una reputación de ser "el niño chiquitito".

En el adolescente, el poder llorar y el sufrir un pesar, es también y frecuentemente inhibida, en donde los factores socioculturales delimitan su expresión, aun

que para el adolescente existe un temor por tener una regresión, esto quiere decir que si llora podrá (deseo que quizás exista) regresarse a periodos más tempranos de su vida que pudieron o no haber sido conflictivos.

Precondiciones para que el duelo se presente.

En la adolescencia hay una descatectización normal más dolorosa de las primeras figuras y objetos de amor, los padres. El individuo que ha pasado por esta experiencia decisiva en la vida y para el crecimiento emocional y afectivo, habrá aprendido como desprenderse de un objeto de amor. Después de haber tenido una anteriormente, podrá cuando la situación externa le manifieste la existencia de otra, manejarla debido a que tuvo una experiencia primaria.

En la fase edípica existe en la cualidad del amor de los niños con sus padres buscando el amor de uno y odiando al del mismo sexo, combinándose entre sí sentimientos de ambivalencia.

No es sino hasta la adolescencia y las exigencias del desarrollo, que harán posibles que el adolescente pueda descatectizar la imagen de amor de sus padres; así mismo dentro de su propia maduración sexual, el adolescente puede ahora las imágenes de los padres relibidisdolas pero la barrera del incesto se opone y lo confronta con la necesidad de buscar en otro objeto, la gratificación y el amor.

Esto, nos dice Wolfenstein, se asemeja a un proceso de duelo cuando a un individuo se le muere un objeto

querido, ya que a través de los recuerdos del mismo y bajo el principio de realidad así como verse vivo, tendrá que descatectizar al objeto perdido de tal manera que bajo el proceso del mismo duelo, pueda identificarse con él y catectizar nuevamente a otro objeto.

En función del concepto del tiempo.

El niño chico aún no entiende la función del tiempo sino a través del principio de placer-displacer, en donde se empezarán a regular poco a poco los manejos de las frustraciones a través del principio de la realidad.

En la latencia, el niño empieza a comprender los términos de pasado y presente aunque el futuro aún no es plenamente entendido; maneja el tiempo en función del presente y de sus logros ignorando el pasado y no entendiendo aún bien el significado del futuro.

En la adolescencia, toda esta concepción cambia en forma absoluta y dicho que ha logrado desarrollar un pensamiento de tipo abstracto, puede ahora comprender el tiempo; sin embargo, existe una constante añoranza por el pasado, idealizándolo y creyendo que cualquier época del pasado, fue mejor.

En esta nostalgia se recuerdan épocas de la niñez a veces relacionados con problemas edípicos.

El adolescente en su búsqueda de separarse de sus padres y lograr su propia identificación, tiene un sentimiento de pérdida regresar e idealizar aspectos de su in

fancia en la relación con los padres y de esta manera, - buscar protección por el temor de esta vez encontrarse - solos ante la disyuntiva de crecer o seguir siendo niños chiquitos.

El intenso pesar es por la pérdida de su amor a - sus padres, así como la renuncia de su infancia.

En contraste por lo tanto, observamos lo siguiente: la persona que está pasando por un duelo, está triste y alerta por la pérdida, y en su mente dominan los - sentimientos de afecto hacia el objeto perdido en primera instancia dentro del proceso de duelo.

El adolescente no sabe por que está triste y no - atribuye a sus pensamientos el recuerdo y la pérdida de - sus padres en la relación con él en su infancia, así co mo poder sentir amor nuevamente hacia los mismos, pero - ahora de diferente manera.

De aquí que los niños no puedan tener un proceso de duelo sin haber pasado por el penoso y doloroso proce so de la dolencia que según Wolfenstein, tiene puntos similares al duelo del adulto.

Los niños que pierden a uno de sus padres, reaccionan con intensas conductas primeramente de negación, idealizando al padre y esperando que regrese y por el - otro lado, saben exactamente lo que sucedió, manifestándose una disociación en el Yo.

El niño podrá descatectizar al objeto perdido sólo y cuando exista otro que pueda funcionar como objeto

sustituto de inmediato o bien el niño puede adaptarse a la pérdida por medio de una identificación constructiva que le permita al niño crecer. Muchas veces se observa - que el objeto perdido es incorporado en el Yo ideal y la agresión, es vertida al exterior en contra del padre presente y de su ambiente.

En muchas ocasiones, se encuentran sentimientos - y fantasías de que no ha sucedido nada, incrementando la negación del niño ante el evento traumático y en varias circunstancias el padre presente, ayuda a que se incrementen. Al mismo tiempo hay fantasías y muestras de desvalidez o de querer morir de tal manera que pueda el padre regresar.

Muchas veces para niños pequeños, que de por sí - manifestaban ya algún tipo de desorden emocional, la pérdida es intolerable al nivel de la fantasía omnipotente y del pensamiento mágico en donde lo que se piensa y desea sucede y de ahí el terrible temor a la retaliación.

Humberto Nagera (1970) nos describe también su posición ante el duelo y el proceso del duelo en la infancia, mostrándose de acuerdo con Wolfenstein, en donde el duelo y su proceso sólo puede realizarse hasta que se dé el desprendimiento de las figuras parentales en la adolescencia.

La muerte de uno de los padres, nos dice Nagera, puede ser una situación traumática de tal manera, que - puede interferir en el desarrollo normal del niño.

Para el adulto, la muerte de un ser querido viene

a ser una situación traumática dependiendo de la relación, intensidad, ambivalencia, existencia de deseos y fantasías hostiles y la intensidad de la catexia hacia el objeto perdido. Para un niño, además de todo esto representa una interferencia en su desarrollo normal y crecimiento.

Las presiones internas que van a interferir en el crecimiento por la elaboración de un duelo, son demasiadas y el mismo niño no lograría manejarlas todas en forma óptima; además cuando hay fallas importantes en los objetos, el niño tiende a recrearlos en su fantasía; les da vida y los idealiza, relacionándose con dichos y disociando el sentimiento de agresividad hacia el sustituto, por medio del cual dependerán las nuevas relaciones objetales.

A veces el niño puede retomar ciertas catexias y ponerlas en otro objeto (s) pero es frecuente que exista una disociación entre la idealización del objeto muerto y la agresión hacia el padre presente. Como se verá posteriormente, a veces la agresión se torna hacia él mismo, trayendo desviaciones importantes en la conducta a posteriori a la pérdida del objeto.

Además se debe comprender y visualizar al desarrollo como un continuum de regresiones versus nuevo crecimiento. Si el niño sufre un trauma intenso al perder a uno de sus padres, obviamente existirán conductas regresivas a puntos de fijación y con esto el desarrollo se verá seriamente afectado.

Asimismo, Nagera está de acuerdo con Anna Freud (1960) en donde se explica que para que suceda y se viva un proceso de duelo, el Yo y las relaciones objetales deben haber alcanzado un grado importante de desarrollo.

Nagera trata de describir las diferentes reacciones que se presentan en los niños, según su edad cronológica:

El bebé recién nacido. Si tomamos en cuenta lo que Hoffer (1950) nos dice respecto a que en un principio el objeto es introducido como parte del self al "milieu narcisista". La pérdida del objeto en esta etapa del desarrollo, es experimentada como un cambio cuantitativo en el milieu interno narcisista, ya que no existe aún diferenciación entre self y objeto.

La madre representa la ayuda por medio de las gratificaciones básicas del crecimiento y desarrollo de diferentes funciones Yoicas, cualquier interferencia ya sea de abandono y de no encontrar un sustituto adecuado, traerá consecuencias importantes en el futuro desarrollo del niño.

La reacción del bebé no se basa en el conocimiento de que la madre ha desaparecido como un objeto real, sino por la percepción del cambio en la cualidad de las experiencias sensoriales, es como si el cambio se hubiera dado en el propio milieu interno y narcisista del niño, de aquella parte o extensión que se le denomina posteriormente, self y que en este estado de indeferenciación en términos de self-objeto, está aún fusionada con la madre.

Pérdida después del segundo o tercer año de vida.

Posteriormente el objeto adquiere una representación propia en la mente del niño como un objeto aparte, o bien es un objeto que gratifica las necesidades. El obje-

ahora tiene un valor y un rol que gratifica y satisface las necesidades; es a partir de esta función, que el objeto es importante y no el objeto per se. Si en esta etapa el niño pierde al objeto, reaccionará con ansiedad, respuesta que lida por encontrar las caras familiares y ya conocidas.

La diferenciación entre las primeras semanas de vida y este periodo es que el objeto ya a adquirido una representación mental como objeto aún parcial. Se ha convertido en algo independiente y en el cual se le asocia con experiencias sensoriales específicas; aquí el niño nota el cambio cualitativo de las experiencias sensoriales, pero ahora asociadas con un cambio de objeto. Poco a poco empezará a diferenciar y a discriminar el tono muscular, la voz, el color de la piel, etc.

Pérdida en la segunda mitad del primer año de vida.

Durante el final del primer año de vida y durante el principio del segundo, el niño alcanza el estado de la constancia objetal (Anna Freud). Si aquí el objeto desaparece, la reacción de ansiedad del niño se debe a la formación de un nuevo tipo de catexia, que tiene una cualidad especial, más permanencia y no es factible aquí, que el niño pueda vincularse tan fácilmente con otra persona ajena.

Estrictamente hablando y sólo cuando se ha alcanzado el nivel de constancia objetal, la naturaleza y la calidad de la catexia dirigida a un objeto, puede y de manera rudimentaria, ser comparada al nivel, a la natura

leza y la calidad de las catexias dirigidas por una persona adulta a sus objetos cercanos.

En este tipo de vinculación de la catexia con el objeto, es cuando se observa el intenso sufrimiento que ocasiona, perder un objeto. Si bien en estos momentos se manifiestan claramente conductas de dolor a las que - - Bowlby describe como la de protesta, desesperanza y desvinculación, asemejándolas al proceso de duelo en el - - adulto. Nos dice Nagera que no es factible compararlas - como un proceso de duelo en el adulto, ya que deben existir otras condiciones en el curso del desarrollo infantil, para que pueda suceder de igual manera.

La poca tolerancia al dolor y a la frustración de un niño, lo hacen lábil para poder manejar y procesar un duelo.

Nagera encuentra frecuentemente reacciones de negación de la pérdida y sentimientos de intensa ambivalencia. Respecto al juicio de realidad y a su adaptación, - nos dice que es frecuente que si a un niño le damos demasiada información, en ciertas áreas, por ejemplo en la - esfera sexual, información que se encuentra incapacitada para ser entendida por un Yo aún en formación, puede ocasionalmente, ser traumático para el niño.

En otras circunstancias, la información está más allá de la comprensión del niño y la ignora continuando con sus fantasías cuyo contenido, es determinado en parte, por la fase de desarrollo en la que se encuentre y - por la habilidad yoica para organizar la información de - las experiencias observadas en un término de teorías -

significativas para él. Esto parte de la importancia que pueda tener decirle y explicarle al niño el acontecimiento traumático de la pérdida y el significado de la muerte de tal manera que pueda tener pesar y un duelo sano.

El pensamiento abstracto en el niño aún no se desarrolla totalmente, sino dependerá de un proceso gradual básicamente el tipo de pensamiento que opera, es el concreto y se ha observado que ante factores de stress que causen ansiedad, el niño tiende a usarlo más.

Otra característica del proceso de pensamiento en el niño, es su egocentrismo abierto, ya que evalúa todos los eventos alrededor de las repercusiones que tengan dichos, con respecto a él. Por lo tanto el desarrollo en el que se encuentre el niño (desarrollo de su pensamiento) será otro factor importante que lo ayudará a entender la muerte y su propia reacción a la misma.

Pérdida del objeto en la latencia.

Muchas de las reacciones y de las conductas descritas anteriormente, se siguen manifestando en la latencia, con sus variantes y modificaciones, según la historia de cada niño.

Es importante y especialmente en la latencia, preguntarnos hasta que punto alguien puede sentir pena, dolor y pesar ante una pérdida y cuando es posible para alguien, proceder con la descatectización gradual y lenta - anteriormente vinculada al objeto perdido.

En el segundo punto considera Nagera, que le es -

más fácil al adulto que al niño. La completa descatectización del objeto dejaría al niño vacío y es necesario - que encuentre un sustituto de manera inmediata.

Mucho de los niños latentes que han sufrido pérdidas, la manejan con defensas negativas y en varias oca- siones, con formaciones reactivas y dichas pueden ser fa- vorecidas por la posición cultural que se tiene hoy en - día, respecto a la muerte y la relación de su concepción en la infancia.

Aunque cree que sería necesario y para el futuro desarrollo sano del niño latente, bajo límites apropia- dos para su edad, que expresara y experimentara dolo, pe- sar, enojo, así como otros sentimientos y conflictos asociados con la pérdida.

Los niños latentes catectizan intensamente la fan- tasía en donde el objeto es visto como vivo y a veces como ideal, en donde es con frecuencia mantenida en secre- to.

Obviamente que una fantasía no es el mejor susti- tuto, pero llega a ser una alternativa, especialmente - cuando no existe un sustituto inmediato. También se ob- serva como el niño hace el esfuerzo por catectizar en el afuera, nuevos objetos como al maestro, el terapeuta, - etc.

Cuando uno de los padres muere y el otro se vuel- ve a casar, observamos el enojo del niño hacia su padras- tro o madrastra y consiste muchas veces en la inhabili- dad del niño para catectizar al nuevo objeto. Esta inha-

bilidad es una de las consecuencias importantes ante pérdidas de objeto en la etapa de latencia. Además en estos niños, aparece una reacción de pesar corta, con intensa negación después del evento traumático.

Pérdida del objeto en la adolescencia.

Básicamente Nagera postula los mismos principios que Wolfenstein (1966, 69) y sugiere que es después de haber pasado por el proceso de duelo característico de esta etapa, que el individuo está capacitado para realizar otro cuando un objeto querido muere.

Asimismo Nagera enfatiza que es en este periodo, cuando al mismo tiempo se reviven conflictos tanto edípicos como preedípicos y dichos influirán en el mismo proceso de duelo y su desenlace, tal como si muere el padre del mismo sexo, considerado y vivo aún como rival o bien el padre del sexo contrario, deseado, anhelado e idealizado.

Furman (1964a, 1964b, 1974) también describe ampliamente sus puntos de vista ante el duelo y el proceso del duelo en la infancia.

El aspecto principal que Furman manifiesta ante la pregunta de a que edad el niño puede elaborar un duelo, se basa en la idea de que solamente es factible, cuando el niño comprende el significado de la irreversibilidad de la muerte que para él se da entre los dos y tres años. Además puntualiza las siguientes condiciones:

1. Que exista una diferenciación del self y las -

representaciones objetales en el mundo interno, de tal manera que la integridad de la representación del self - pueda lidiar con el camino difícil de aceptar la pérdida de un objeto querido y amado.

2. Que exista suficiente dominio del Yo sobre el Ello para que el concepto de muerte pueda ser relativamente integrado en los dominios del Yo, más que ser utilizado para la descarga instintiva del Ello.

3. La necesidad y la habilidad de poder distinguir entre lo que está vivo y muerto o animado e inanimado.

4. Habilidad y cierta comprensión del tiempo en términos de pasado, presente y futuro.

5. La necesidad que exista hasta cierto punto un pensamiento de tipo causal para comprender la causa y el efecto de la muerte.

6. La necesidad de que exista un proceso secundario de pensamiento.

Estos seis puntos no se obtienen de manera conjunta ni al mismo tiempo y se basan en un proceso gradual y lento del desarrollo evolutivo del niño.

Por ejemplo, si un niño de dos años entiende que un pajarito ya no va a poder volar, ni cantar porque se murió, no entenderá porque no lo hará mañana o bien si esto sucedió ayer o bien hoy. El problema del duelo en la infancia, se basa en la esencia de poder comprender -

el concepto de muerte, además de haber podido llegar a la etapa fálica, en donde el niño ha alcanzado y manejado las relaciones ambivalentes del periodo sádico-anal. Asimismo nos dice Furman, aunque el periodo fálico se llegase a alcanzar sin dificultades serias, el temor y la ansiedad por los mismos componentes destructivos, pueden llevar al niño a que exista una negación de la percepción externa del objeto perdido.

Y enfatiza "si la representación de un objeto, no puede mantenerse en la ausencia del objeto, su descatectización, es imposible."

El incremento del juicio de realidad así como el control del Yo sobre el Ello, ayudará a que se fusionen los instintos, que la agresión se neutralice asegurando el continuo flujo libidinal de las catexis objetales, hacia las representaciones del objeto para poderlo así mantener.

Entonces para Furman, un niño puede elaborar un duelo, cuando puede comprender el concepto de la irreversibilidad de la muerte, haber alcanzado el periodo fálico, ya que los conflictos de éste y su manejo apropiado, harán que se fusionen los instintos para así poder mantener la representación de los objetos, al mismo tiempo que con la ayuda del principio de realidad, disminuya el pensamiento mágico e omnipotente, factores cruciales para aceptar la pérdida y poder descatectizar al objeto perdido.

Dos son las condiciones básicas que propone Furman para que un niño desde los tres años y medio y cuatro -

(edad que propone para que ya se pueda elaborar un duelo) no pueda en forma sana realizarlo (la forma sana es la - descrita por Anna Freud en 1960):

1. Factores orgánicos y constitucionales que impidan que se puedan desarrollar adecuadamente los factores descritos como necesarios para la elaboración de un duelo.

2. Las situaciones ambientales.

a) Cómo sucedió el evento traumático, ante qué situaciones murió el padre, por muerte natural, por suicidio, por una enfermedad crónica, por una muerte aguda, - etc. Obviamente que si el impacto es más repentino, el - trauma según Furman, será más intenso.

b) Cómo es la relación del niño con el padre presente y como era antes del evento.

c) Qué tipo de sustitución se le ofrece al niño - determinada por la edad y la necesidad del mismo, cuando ocurrió el evento traumático.

Para Furman es de suma importancia que el niño - sea comunicado dentro de los límites de su comprensión, lo que sucedió así como el poder verbalizar lo que siente con el padre presente y ofrecerle si es necesario, - las condiciones terapéuticas para que exprese su pesar y elabore un duelo.

Gregory Rochlin, es otro exponente importante en nuestro tema (1953, 1967).

Para Rochlin, la formación de las relaciones objetales, es de los procesos fundamentales en el desarrollo del ser humano, así como el cambio del proceso primario al secundario o del principio del placer al de realidad, o la diferenciación del Yo bajo la influencia del mundo externo en donde debemos reconocer que la meta del crecimiento no se llega a alcanzar sin las relaciones objetales. El recién nacido es aún más débil que cualquier - - otro animal (filogenéticamente hablando) y si no se le - cuida, no puede sobrevivir.

Para que el recién nacido sobreviva, además de - ser cuidado, debe adaptarse a su ambiente en donde debe existir un confort emocional y ambiental. Asimismo depende de otra persona y con esta unión, ambos objetos (ma-dre y niño) establecerán el confort emocional y ambien-tal deseado. Dicha relación le ayudará a desarrollarse y llegar en un guturo a la independencia y autonomía, lo - cual dependerá de la naturaleza y cualidad de sus rela-ciones objetales.

La pérdida de un objeto en una etapa tan primiti-va, producirá deficiencias importantes en el desarrollo. Debido a que en el periodo pregenital el objeto es investido con libido narcisista y ya en el periodo edípico - con libido objetal, ocasionará que la pérdida de un objeto en fases del desarrollo muy tempranas, traerá conse-cuencias serias en el desarrollo de las relaciones de objeto, en la adquisición de un pensamiento secundario y - en el establecimiento del principio de realidad sobre el principio del placer.

Rochlin sugiere que en el desarrollo temprano de

de la psique, la vinculación con el objeto es a través de partes, ya que el niño no puede abarcar al objeto e integrarlo como un todo, sino partes del mismo que las ve como una extensión de su self; el precario Yo del niño, se fija a una parte del objeto que puede tener y lo retiene de manera que por un lado pueda llegar a tener una cierta estabilización con la misma parte del objeto y por el otro lado, evitar el sufrimiento por la amenaza de la pérdida. Podemos decir, dice Rochlin, que es una parte de la madre (el objeto) la que se mantiene y sirve como restitución ante la pérdida así dicha se compensa.

El sustituto inanimado no es meramente una imagen de la madre; la finalidad es tener una madre inanimada la cual no amenazará con irse y abandonar.

Dentro de la organización narcisista del Yo, Rochlin piensa que las catexias libidinales no pueden gastarse por mucho tiempo; se han separado del objeto perdido y son nuevamente dirigidas al self, pero por un tiempo, ya que serán puestas nuevamente en la imagen inanimada (parte del objeto integrado en el niño) de tal manera que el objeto no se pierde en forma completa, el objeto original que abandonó al niño puede ser odiado y repudiado, pero existe un sustituto que lo reemplazará.

Al mismo tiempo que se presenta el enojo y el repudio hacia el objeto, existe una devaluación de la propia estimación por no haber sido capaz de retenerlo. Aquí debemos describir dos consideraciones:

1. Que la pérdida no es absolutamente inconscien-

no se vive sólo en el inconsciente y que la devaluación del sí mismo, nos recuerda a lo descrito por Freud 1917 en su artículo duelo y melancolía, en donde el sujeto melancólico, se hace reproches y se devalúa a sí mismo lo cual presupone cierto grado de desarrollo yoico que en niños muy pequeños no sucede. Otras características de conducta en niños hacen pensar en manifestaciones de pensar y de duelo y melancolía, pero el desorden ocurre en una fase del desarrollo narcisista y no como una regresión.

En la melancolía los reproches están dirigidos en contra del objeto amado, en donde la libido está vinculada con dicho objeto; así como libido narcisista, como libido objetal, están involucradas en el proceso de separación, en donde el melancólico cuya catexis objetal se ha debilitado, regresa a un estado narcisista.

En el niño no sustituye por identificación, la pérdida del objeto o regresa de una relación objetal establecida a un estado narcisista, sino que se encuentra en un estado narcisista de la fase oral y no regresa a ella.

En niños mayores la necesidad de reencontrarse con un objeto, es igual que en los niños pequeños: imperativa y fundamental; de ahí que en ocasiones, cuando siente el temor de perder al objeto o lo ha perdido, buscan en objetos inanimados (objeto transicional de Winnicott) la vinculación de tal manera que puedan manejar la separación y la pérdida, mas no del objeto total, que para Rochlin, esto es imposible y solamente el adulto puede lograr hacerlo en un proceso de duelo normal.

Por último Rochlin manifiesta que debido a la necesidad del niño de mantener una relación y un contacto - afectivo con el objeto ante su pérdida, el desarrollo de psicopatología es muy frecuente.

Ante la necesidad de reencontrar y reparar al objeto perdido, se pueden suscitar procesos de tipo psicótico, en donde el juicio de realidad deja de funcionar - al servicio de lograr la restitución del objeto en donde el proceso oral se intensifica. Asimismo deja de haber - en ocasiones una distinción entre el sí mismo y el mundo externo, existiendo un temor intenso ante la movilización de procesos tanto internos, como cambios en el mundo externo. Un control tiránico murmura en el proceso interno del niño, inmovilizando funciones y una actividad autónoma incesante lo amenaza con constantes fantasías - de pérdida del sí mismo y del objeto.

Margaret S. Mahler (1961, 1968, 1975) nos proporciona una información importante y su conceptualización del dolor, el pesar y el duelo en la infancia. Sabemos, nos dice Mahler, que el punto cardinal y agente etiológico de perturbaciones serias en el desarrollo infantil, - es la pérdida del objeto.

Como Spitz (1946) lo había señalado, el niño de - seis a ocho meses que pierde a un objeto y ha mantenido una buena relación con él, presentará conductas serias - en donde podrán llevar al niño a una psicosis depresiva, si el objeto o un sustituto adecuado no se presentan ante dicho, en un tiempo limitado y corto (depresión anaclítico-marasmo).

Esta edad de los seis meses, es el periodo de la

fase simbiótica, en donde existe una relación de necesidad-gratificación tanto para el niño como para la madre y es indispensable para un desarrollo normal.

En este primer y obscuro estadio de la vida se encuentra el niño en el narcisismo primario (1914) designado por Freud, en donde el infante expresa y muestra pocas señales de estar percibiendo algo más allá de su propio cuerpo.

Aunque los sistemas enteroceptivos funcionan desde el nacimiento, el sistema perceptual consciente y el sensorium, aún no está catectizado. Esta falta de catectizaciones periféricas sensoriales, dará lugar y en forma gradual, a la existencia de una percepción a distancia del mundo externo.

La fase temprana extrauterina considerada como la fase autista normal de la unidad madre-hijo, dará lugar a la fase simbiótica que se origina a partir de los tres meses. Durante los periodos de debilidad causada por el hambre, el bebé de tres a cuatro meses, parece percibir temporalmente la gestalt de una parte de la realidad externa representada por el pecho, cara y manos de la madre (Hartmann Kris y Lowenstein, 1946).

La fase simbiótica implica una interacción compleja entre la madre y el hijo. Este estado o fase, se caracteriza por una respuesta de sonrisa (Spitz, 1950) con el objeto simbiótico y una ansiedad discriminatoria, así como la expresión de temor hacia los extraños que se muestran ante él a los ocho meses de edad (Spitz, 1950). Si bien el desarrollo de la fase autista normal a la

simbiótica ocurre en la matriz de la frustración-gratificación oral, no es factible que se dé sin el cuidado - afectivo de parte de la madre. En este periodo el niño - se conduce y funciona como si él y la madre fueran un - mismo sistema omnipotente, una unidad dual con una frontera similar (como si existiera una membrana simbiótica).

Durante la última parte de este periodo, el narcisismo primario declina y gradualmente da lugar al narcisismo secundario; el niño toma su propio cuerpo y el de su madre, como objeto de su narcisismo secundario. Solamente cuando el cuerpo se convierte en el objeto del narcisismo secundario del niño, vía el cuidado y amor de la madre, el objeto externo se vuelve elegible para la identificación.

La simbiosis normal da lugar a la siguiente fase, la de separación individuación de los 12 y 18 meses en adelante. Como resultado de la maduración, el niño adquiere cierta autonomía física; en este tiempo la función autónoma del Yo, la de la locomoción, se convierten en el paradigma principal del desarrollo de la personalidad y la maduración, ya que la misma movilizará al niño que empezará a separarse de la madre.

En este periodo, cantidades grandes de libido y - agresión son utilizadas por el niño, reaccionando con - agilidad y buscando lograr las metas que se propone, aun que algunos muestran un excesivo temor y ansiedad al separarse de la madre.

Aquí nos dice Mahler "hemos podido investigar lo que sucede con niños que se separan de su madre por un -

tiempo corto, debido a la hospitalización de la misma o a un viaje, etc. El niño se muestra ansioso y sufre pero acepta a un sustituto durante la ausencia de la madre pudiendo desarrollar y sostener la imagen del objeto simbiótico original y satisfacerse con el sustituto temporalmente hasta que la madre regrese."

Siguiendo estas fases de desarrollo normal, podemos observar claramente lo que le puede suceder a un niño que pierde a su objeto primario y simbiótico, con el cual aún no hay una auténtica separación-individuación.

La fusión del self y del objeto, no pueden desprenderse normalmente, se observan conductas catastróficas de pánico, descritas como las típicas del síndrome psicótico simbiótico, y por lo mismo, que el organismo no puede tolerar el pánico crónico, existe con frecuencia, una regresión a un autismo secundario.

Si la separación o la pérdida del objeto ocurre en una etapa de separación-individuación en la cual y de por sí el niño experimenta una angustia de separación, puede suscitarse una regresión a etapas más primitivas o bien desarrollarse tanto rasgos de carácter, como desviaciones psicopatológicas bastante serias para el futuro adulto.

Basándonos nuevamente en nuestro tema, para Mahler, la reacción y el sentimiento de pesar puede suscitarse en la fase de separación-individuación, ante la pérdida de un objeto, pero dicho pesar se siente por un periodo corto de tiempo, ya que él Yo aún no desarrollado completamente, no puede mantener este sentimiento sin

desembocar en forma rápida, a la manifestación - de mecanismos defensivos como la negación, represión, en lugar de sentir el dolor y la tristeza de la pérdida.

El pesar se define como la reacción específica a la pérdida y la ansiedad, la reacción al peligro que lle va consigo la pérdida.

Antes de que un niño pueda sentir el pesar y el - dolor de una pérdida, se presenta el sentimiento del anhelo por recobrar al objeto y este sólo se manifestará, cuando el niño alcance la constancia objetal (subfase de la fase de separación-individuación).

Melanie Klein (1948, 40) nos proporciona una amplia y vasta información respecto a la depresión y el duelo infantil, para entender sus puntos de vista es necesario ampliar claramente sus conceptos de posición esquizo paranoide, así como depreiva.

Según Klein, existe suficiente Yo al nacer como - para sentir ansiedad e utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad. Al nacer el Yo inmaduro del bebé, está expuesto a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos de vida y de muerte. Está también inmediatamente expuesto al impacto de la realidad externa que le produce situaciones de ansiedad, como por ejemplo el trauma del nacimiento.

Cuando se ve enfrentado a la ansiedad que le produce el instinto de muerte, el Yo lo deflexiona, el Yo - se escinde y proyecta fuera, su parte que contiene el -

instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original, el pecho. Es así como el pecho al que se siente contenido gran parte del instinto de muerte, llega a experimentarse como malo y amenazador para el Yo, dando origen a un sentimiento persecutorio.

De este modo, el miedo original al instinto de - - muerte, se transforma en miedo a un perseguidor. Parte - del instinto de muerte que queda en el Yo, se convierte - en agresión y se dirige contra el perseguidor. Al mismo - tiempo, se establece una relación con el objeto ideal, ya que también se ha proyectado la libido a fin de crear un objeto que satisfaga el impulso instintivo del Yo y conserve la vida. Así el Yo del bebé tiene una relación con dos objetos, el pecho ideal y el persecutorio.

El objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal e identificándose con éste, que es para él, quien le da la vida y lo protege, mantener fuera al objeto malo y las partes del Yo que contienen el instinto de muerte.

La ansiedad predominante se basa en que los objetos persecutorios se introduzcan en el Yo y aniquilen tanto al objeto ideal, como al Yo. Contra la ansiedad de ser aniquilado, el Yo desarrolla una serie de mecanismos de defensa, siendo probablemente el primero, el uso defensivo de la introyección y de la proyección.

La escisión, se vincula con la creciente idealización del objeto ideal cuyo propósito es mantenerlo alejado del objeto persecutorio y hacerlo invulnerablemente, esta idealización extrema se vincula también con la nega-

ción mágica omnipotente. Cuando la persecución es tan intensa que se hace insoportable, se le puede negar completamente; esta negación mágica se basa en la fantasía de total aniquiliación de los perseguidores.

De la proyección original del instinto de muerte surge otro mecanismo de defensa, la identificación proyectiva; en esta se escinden y apartan partes del yo y objetos internos y se les proyecta con el objeto externo que queda entonces poseído y controlado por las partes proyectadas e identificado con ellas.

Cuando los procesos de escisión, proyección e introyección, ayudan al bebé a organizar su universo, así como sus emociones y separar lo bueno de lo malo, el bebé se encontrará ahora relacionándose con un objeto - - ideal y uno mal. Al disminuir la proyección de los impulsos malos, disminuye también el poder atribuirlo al objeto malo. Mientras que el Yo se fortificara, el bebé tolerará más el instinto de muerte dentro de sí y decrecen - sus temores paranoides, disminuye la escisión y la proyección; gradualmente puede predominar el impulso a la - integración del Yo y del objeto, dando lugar a una nueva posición, la depresiva.

Aquí el bebé reconoce a un objeto total y al mismo tiempo el reconocerlo le ayudará a que su Yo se estructure como total al mismo tiempo. Aquí las ansiedades surgen de la ambivalencia y el motivo principal de la ansiedad es que los propios impulsos destructivos del bebé destruyan al objeto, que es visto como total y del cual depende absolutamente. En la cúspide de la ambivalencia puede surgir la desesperación depresiva, donde el bebé -

recuerda que ha amado y en realidad ama aún a su madre, pero siente que la ha devorado o destruído y ya no puede recurrir a ella en el mundo exterior; además también la ha destruído como objeto interno, al que siente ahora he cho pedazos.

Sufre por sí mismo y por su madre con sentimientos de culpa y nostalgia. Esta experiencia de depresión, moviliza en el niño el deseo de reparar al objeto destruído, devolviéndole la vida y la integridad; cree que sus propios cuidados y amor podrán deshacer los efectos de su agresión. El conflicto depresivo es una lucha entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios.

Con la progresiva elaboración de la posición depresiva, el bebé cambia totalmente su relación con los objetos y adquiere la capacidad de amar y de respetar a las personas como seres separados y diferenciados; puede reconocer como propios sus propios impulsos, responsabilizarse de ellos y tolerar la culpa; la capacidad recién adquirida de sentir preocupación por sus objetos, lo estimula a aprender gradualmente a controlar sus impulsos.

La posición depresiva nunca se elabora completamente y siempre se tienen ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa y situaciones de pérdida, que reavivan experiencias depresivas; los objetos externos buenos de la vida adulta, siempre simbolizan y contienen aspectos del primer objeto bueno interno y externo, de modo que cualquier pérdida de la vida posterior, reaviva la ansiedad de perder al objeto interno bueno y con ello, todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posi

cisión depresiva.

Si durante dicha posición el bebé ha podido establecer un objeto interno bueno suficientemente afianzado, las situaciones anteriores de ansiedad depresiva, no lo conducirán a la enfermedad, sino a una elaboración fructífera cuyas consecuencias son mayor enriquecimiento y productividad. Cuando la posición depresiva no se ha elaborado suficientemente y no se ha afianzado la creencia en el amor y la reactividad del Yo en su capacidad de recuperar interna y externamente objetos buenos, el desarrollo posterior es mucho menos favorable. El Yo se siente acosado por la ansiedad constante de perder totalmente las situaciones y los objetos internos buenos y se empobrece y debilita su relación con la realidad.

Esto nos explica claramente el punto de vista de Melanie Klein en función de la depresión y el duelo en la infancia. Piensa que es factible vivirla desde la temprana edad y que su desarrollo marcará indudablemente graves consecuencias en la personalidad del adulto, sino se logra alcanzar el manejo óptimo de las ansiedades depresivas y de la culpa sin la posibilidad de poder reparar.

En función de la pérdida de uno de los padres en la infancia, el niño revivirá nuevamente aquellas ansiedades depresivas de la misma posición depresiva que jamás se logra completar, ni elaborar absolutamente. El manejo que el niño haga, la manera particular que desarrolle durante el duelo por la muerte de uno de los padres, tendrá una relación directa en como logre manejar su ambivalencia, culpa y depresión en la posición depresiva.

B. Aspectos Clínicos.

Duelo Infantil y Desórdenes Psiquiátricos. Antes de describir las diferentes formas tanto de conducta como de psicopatología que se púden presentar en un niño - cuando uno de los padres ha muerto, creo importante expresar la importancia de que muchos de estos niños, son más vulnerables de desarrollar desórdenes psiquiátricos, que los de la población en general, así como a través de diferentes estudios realizados en los últimos 20 años se ha podido observar que:

1. Los individuos que han perdido a uno de los pa dres por muerte en la infnacia, tienden a sufrir más que otros, periodos de agudos stress emocional en la vida - adulta.

2. Estudios que manifiestan que los niños referidos a clínicas psiquiátricas, son aquellos que han perdi do a uno de los padres (mayor incidencia).

3. Estudios que demuestran que existe una mayor - incidencia de pacientes adultos referidos a clínicas y - hospitales psiquiátricos que tuvieron una pérdida de uno de los padres en la infancia (Bowlby, 1980).

Incidencia de desórdenes psiquiátricos en niños - que han perdido a uno de los padres.

En un estudio de 700 niños, Rutter (1966) encon tró que el 11.6 por ciento de los niños referidos al hos pital Maudsley en Londres, habían perdido a uno de los - padres, encontrándose desórdenes psiconeuróticos y tras-

tornos de la personalidad con un alto porcentaje de conducta antisocial, uno de cada cuatro, manifestando que la muerte como tal, en la mayoría de los casos, no era en sí el factor precipitante de la psicopatología, sino las condiciones en las que el niño se encontraba como la relación con el padre vivo, con el sustituto si existía y con el manejo verbal de lo sucedido.

Dentro de la incidencia de trastornos psiquiátricos de pacientes adultos que han perdido a uno de sus pa dres en la infancia, Scotland y Birtchell (1972) encontraron en una muestra de 5,000 pacientes referidos a los servicios psiquiátricos cuya edad se encontraba en el rango de 20 a 25 años de edad. El grupo control se buscó en pacientes que estaban en consulta con diferentes médi cos psiquiátras.

Básicamente se encontró diferentes tipos de neuro sis y psicosis no orgánicas, al mismo tiempo se expresaron las diferentes características:

1. Sólo cuando el padre del paciente había muerto antes de que tuviera diez años la incidencia de trastornos psicopatológicos aumentaba.

2. Un aumento en la tristeza y el dolor en el recuerdo, se encontraba más en mujeres que en hombres.

3. Existía también una incidencia en el hombre a manifestar desórdenes de tipo depresivo y alcoholismo.

4. Si la muerte de la madre había ocurrido antes de los diez años, la incidencia de trastornos era más al

ta que aquella que se manifestaba por la muerte del padre, antes de los diez años.

Es un hecho que la muerte de uno de los padres en la infancia, contribuye a la expresión de psicopatología, tanto en la infancia como en la etapa adulta, entendiéndose ésta bajo dos puntos importantes.

a) que la muerte sea el factor precipitante de psicopatología en la infancia y que el manejo inadecuado lleve al adulto a repetir el trauma.

b) Que la muerte de uno de los padres sea el gatillo que dispare psicopatología en el niño, misma que ya existía con anterioridad y que por un manejo inadecuado, el futuro adulto la siga presentando en forma más intensa.

Al mismo tiempo existen otros desórdenes en donde se ha podido estudiar que la muerte de uno de los padres contribuye en forma aguda y precipitante (Bowlby, 1980). Estos son:

- I) Ideación e intentos suicidas en el adulto.
- II) Conducta de sobredependencia.
- III) Diversos desórdenes depresivos.

De todas maneras entendiendo que si bien la pérdida de uno de los padres en la infancia puede ser un factor importante que ayude a que el futuro adulto presente psicopatología, no todos los niños, ni los adolescentes, tendrán que ser pacientes psiquiátricos en su vida adulta y tendremos que entender la personalidad previa del niño, su relación previa con su familia, con el

padre muerto y las condiciones en las que el niño se encontraba y encuentra antes y después de la pérdida, para poder primeramente prevenir al niño de desarrollar futura psicopatología, así como al adulto que con el tiempo - ese niño será.

Variantes que contribuyen a que el niño manifieste diferentes conductas psicopatológicas.

1. Ansiedad Persistente.

a) Temor por otras pérdidas. Cuando uno de los padres a muerto, es frecuente que el niño manifieste en forma inconsciente el temor de que el otro también muera, sintiéndose profundamente responsable por lo ocurrido, expresando su hostilidad a través de su propio pensamiento mágico en donde él deseó que el padre muriese, se realizó por lo que ahora existe el miedo de que otros puedan morir también.

b) Temora a que él mismo, el niño muera. Aquí - podemos observar que existe una identificación con el padre muerto y según Bowlby (1980) es más frecuente que se dé cuando la madre de una niña muere y el padre de un niño. Ejemplo:

Liz tenía 10 años cuando fue a consulta, presentaba hiperactividad y conducta destructiva, además de no poder concentrarse en la escuela. Su madre había muerto cuando ella tenía cinco años y el padre decide dejarla - por un tiempo con unos tíos para que él pudiese recuperarse del trauma, así como poderse hacer cargo de Liz - posteriormente. Este tiempo no fue de hecho muy corto y

Liz se quedó a vivir con sus tíos dos años, hasta que el padre vuelve a casarse con una viuda que tenía al mismo tiempo, seis hijos.

Durante los tres años siguientes, Liz empezó a manifestar su deseo de ser monja y de no querer ir más a la escuela, así como tener dolores y quejas psicósomáticas; no fue sino hasta que se vió a Liz en psicoterapia, que se pudo entender porque quería ser monga, su madre había muerto estando embarazada y la niña había asociado la idea de tener un hijo, es igual a morir. De ahí que existían temores de morirse si llegase a tener un hijo (periodo edípico, con la fantasía de reunión con el padre).

2. Deseos de Reunión.

Deseos de morir. Las fantasías de reunión con el padre muerto parece que se dan en forma más frecuente, - Bowlby (1980) en niños que tienen una seria dificultad - en poder entender la irreversibilidad de la muerte, según Furman en niños menores de tres años. Al mismo tiempo, las relaciones que el niño tenía con el padre muerto, eran por lo general buenas y existen fantasías de por medio, en donde a través del deseo de morir, lo volverán a encontrar. Ejemplo:

Después del nacimiento de Sally, la hermana de Sergio, su madre estuvo muy enferma y tenía que estar en cama por varios meses. Sergio tenía entonces tres años de edad. Su madre empeoró y tuvo que ser transportada al hospital de emergencia y Sergio la vió por última vez en el coche, despidiéndose de ella.

La muerte de la madre causó un shock al padre, pero pudo informar a Sergio lo que había pasado. Tu madre, le dijo, "ha dejado de comer, respirar, sentir y moverse y su cuerpo va a ser enterrado en una tumba." Sergio pudo llorar y estaba triste mas no pregunto, ni hizo comentarios de nada. No fue al funeral y vió la tumba de su madre después de un año. Cuando el padre pudo entender la enfermedad que tuvo su esposa, leucemia, no la expresó con su hijo y jamás le explicó la causa real.

Después de la muerte, el padre se lleva a los dos niños a casa de sus padres que eran personas cálidas y - trataban de recordar con los niños a su madre, mas el padre no daba lugar ni admitía que se hablase del pasado. Cuando Sergio tenía seis años, el padre se vuelve a casar y la familia se va a vivir a un nuevo departamento y el contacto con los abuelos desaparece. Después de un mes del cambio, Sergio empezó a manifestar conductas de hiperactividad, destructividad, con conducta agresiva. - En psicoterapia se pudo entender que Sergio estaba muy preocupado por la causa de la muerte de su madre, tenía miedo que él se la hubiese causado, su conducta agresiva y autodestructiva, llevaba consigo la fantasía de que se lo llevasen al hospital y estar con su madre si a él le pasaba lo mismo, morirse.

3. Culpa persistente.

Muchas veces el niño se culpa a sí mismo por la muerte del padre, por sus fantasías de agresión inconscientes hacia él mismo, porque no le explicaron claramente lo que sucedió o bien aunque se le diese la explicación necesaria, sus fantasías y pensamiento mágico aún -

persisten. Ejemplo:

Cuando Andi llegó al hospital, tenía cinco años y se quejaba de dolor de cuello en forma intensa. Su abuela lo acompañaba y decía que el niño era muy desobediente y era difícil controlarlo, así como su sueño era muy malo y se despertaba varias veces en la noche. Su madre había muerto de un ataque cardíaco agudo hacia dos años, cuando fue llevado a casa de sus abuelos con sus dos hermanas mayores. El padre antes de la muerte se dedicaba a tomar alcohol y posteriormente no quiso regresar a la casa de sus padres, dejándose llevar por un alcoholismo severo.

Dejó la ciudad y le verbalizó a su propia madre - que se hiciera cargo de los niños. Andi y sus hermanas, no habían recibido una información clara del acontecimiento. La abuela expresaba un terrible enojo si se hablaba de la muerte de su madre y sólo después de un tiempo y por medio de una vecina, Andi se entró de lo ocurrido. En vista de este silencio, Andi estaba seriamente - confundido respecto a la causa de la muerte de la madre. Pudo expresar en su tratamiento que la madre estaba viva y que regresaría. Pudo expresar las condiciones en las - que la familia se desenvolvía antes de la muerte de la madre en donde la madre expresaba mucha infelicidad porque el padre la rechazaba y le llegaba a pegar frecuentemente, cuando estaba borracho. De ahí provenía la fantasía de Andi de salvar a su madre y no dejarla sola porque su padre quizás pudo haberla matado y sentirse terriblemente culpable por su muerte manifestando en su cuello, lo que una tía le había dicho de su madre cuando - fue al funeral: "está muy rígida", así como Andi tenía y

se quejaba de su cuello rígido. Otra circunstancia importante por la que Andi se sintió tan culpable, era el silencio de la abuela y el hecho que el padre había desaparecido, daban lugar a que Andi fantaseara directamente, que habían sido ellos los culpables de la muerte de su madre, así como atribuyéndosela también él.

4. Hiperactividad.

Conducta agresiva y destructiva. Es frecuente que los niños que expresan estas conductas ante la muerte de uno de los padres, no haya sido muy querido por ambos padres, ni mantenido una buena relación afectiva, existiendo un desconocimiento de sus emociones así como de sus afectos. Ejemplo: (Bowlby, 1980).

Cuando murió el padre de Abe por cáncer en el páncreas, él contaba con cinco años de edad, al poco tiempo de su muerte, Abe se mostraba hiperactivo y no toleraba que nadie en casa hablara de la muerte del padre, buscando una salida, cuando algún miembro verbalizaba un recuerdo, su madre decía que jamás había podido entender ni controlar a su hijo, que siempre le llevaba la contra y jamás le ayudaba. Cuando murió su esposo, ella tampoco pudo expresar sus sentimientos, ni comunicar a su hijo lo que realmente había sucedido, existiendo más alejamiento entre madre e hijo. Con el tiempo y a través de la propia terapia que fue ofrecida a Abe, se observó que su conducta de hiperactividad, agresividad y destructividad, estaban ligadas a la relación con la madre, al temor de que ella hubiese sido la culpable de la muerte del padre y a la expresión activa de su enojo por el abandono del padre con una madre que no lo quería.

5. Un cuidado intensivo y compulsivo.

Aquí el niño en lugar de mostrarse triste y buscar cariño y apoyo en otros, es él, el que da el cariño y cuidado intensivo al otro, buscando ayudarlo y consolarlo en su dolor. Ejemplo:

Cuando Luci tenía 10 años, su madre había muerto en un accidente automovilístico en el cual su padre que sobrevivió iba manejando. El padre no fue capaz de explicarle tanto a ella como a un hermano menor, lo ocurrido, ya que el mismo se encontraba delicado de salud y se sentía terriblemente culpable por lo ocurrido. Al año Luci pudo ingresar a una psicoterapia manifestando sus deseos de dejar la escuela y encontrar rápidamente un marido para que la cuidase y ella lo cuidara también. El padre - por esa época, confesó que Luci tenía preocupaciones obsesivas por la salud de él, así como la del hermano y que jamás se le vió triste cuando murió su madre o cuando se le recordaba. Obviamente existía el deseo de restituir en la fantasía a la madre muerta por medio de ser ella misma madre (identificación) ser ella la que cuidara al padre (en donde existían fantasías de agresión con respecto a la culpa que el padre tenía por la muerte de la madre) y además aún persistían los deseos y conflictos edípicos que se expresaron intensamente después del trauma ocurrido (Bowlby, 1980).

6. Euforia y despersonalización.

En muchas ocasiones la expresión de la euforia se puede expresar en niños pequeños por el temor de morir en función de que comprenden el concepto de muerte como

algo que está inmóvil y jamás se moverá, de ahí que a veces la necesidad de moverse los proteja de no morir o bien proteja a los demás familiares. A veces se observan estos estados de euforia en forma paralela con una ausencia constante y prolongada de la expresión de dolor y el pesar, acompañados por experiencias de despersonalización. Wolfenstein (1966) nos da un ejemplo claro:

Ruth tenía 15 años cuando su madre murió de una hemorragia cerebral. Después del funeral Ruth se dió cuenta que no podía llorar, sintió un profundo vacío y una sensación flacial a lo que había sucedido. Cuando su madre murió, Ruth ya estaba en tratamiento hacia seis meses. A la semana de la muerte de la madre, llegó a su sesión hablando de lo lindo que podía escribir y de cómo le gustaba la poesía, manifestando una negación de lo que le estaba sucediendo y había sucedido en la realidad. A los seis meses de lo ocurrido Ruth se empezó a sentir muy deprimida, no queriendo ir a la escuela y dejando de comer atribuyendo esto, a su dificultad social entre sus amigos de la escuela y jamás verbalizando la relación de su tristeza con la muerte de la madre.

En ese mismo tiempo sentía que cuando hablaba con alguien, no era ella misma la que lo hacía y tenía la fantasía, de estar en ocasiones hablando con su madre. Solo después de dos años de tratamiento, Ruth expresa su tristeza alrededor de la muerte de la madre, en ese tiempo bajó mucho de peso poniéndose a hacer una dieta (que su madre le insistía cuando vivía) expresando mucha felicidad y euforia por las marcas de gratitud y felicitación que sus compañeras y familiares le expresaban; sus fantasías

alrededor de adelgazar, tenían que ver con el deseo de que su madre regresara, ya que había hecho lo que ella le pedía. Surgieron las fantasías de recobrar a su madre y sentíse terriblemente triste por su ausencia, -- idealizando profundamente a su madre que en la vida real había sido poco cariñosa, egoísta y no dejaba que Ruth se separase de ella en forma adecuada, mecanismo que utilizaba para manejar los conflictos con su esposo que se mantenía frecuentemente ausente de la casa.

Podemos resumir la situación de Ruth de esta manera:

- a) Una inhabilidad para poder expresar dolor y pesar durante un tiempo prolongado.
- b) Conducta inapropiada de euforia defensiva.
- c) La expresión de depresión pero sin la conexión de la muerte de la madre como causa motivadora de los sentimientos de tristeza.
- d) El terror que sentía cuando supo y admitió que la madre estaba muerta.
- e) Sentimientos de despersonalización y euforia como defensas ante la incapacidad de poder expresar el dolor de la muerte de la madre, cuya relación había sido matizada en forma simbiótica y ambivalente.

7. Síntomas con los que el niño se identifica.

Accidentes. Muchas veces el niño desarrolla o manifiesta tener los síntomas que el padre tenía antes de morir, en otras circunstancias, tiene muchos accidentes y existe el deseo inconsciente de reunirse con el padre por medio de lastimarse o sufrir. Otras son las ca-

racterísticas manifestaciones de la agresión hacia el padre, volcada al niño que no puede expresarle y teme la retaliación si lo hace. Un ejemplo es el siguiente - - (Erickson, 1965).

La abuelita paterna de Sam murió cuando tenía tres años de edad, la abuelita no gozaba de buena salud y visitaba frecuentemente la casa de sus nietos en donde Sam, procuraba ser atento con ella. Un día la madre de Sam salió y lo dejó solo con la abuelita, al regresar lo encontró en el suelo y su suegra sufriendo un ataque al corazón. Vivió unos meses después del acontecimiento. La madre de Sam, le explicó que su abuelita se había ido de viaje a un pueblito muy lejano en lugar de explicarle el acontecimiento real.

Después de unos días de la muerte de la abuelita, Sam había desarrollado por la noche un ataque en donde no podía respirar (los padres mencionaron que se parecía a un ataque epiléptico) posteriormente se entendió esta conducta ya que Sam había usado los cojines de la abuelita y los había acomodado como ella lo hacía evitando la congestión.

Efectos en el niño cuando uno de los padres se suicida. -

Es indudable como nos lo plantea Furman (1964a) y Bowlby (1980) entre otros, la importancia de como se desarrolló el evento traumático, para poder entender de manera más precisa el desarrollo afectivo y el duelo que estos niños manifestaron. No es lo mismo que un padre se muera por un ataque cardíaco agudo, que por una enferme-

dad crónica y prolongada, que por cometer un suicidio - avisando a la familia; las reacciones en estos niños, - son muy variables y dependerán de como murió el padre, - el manejo que se hizo después de la muerte así como la - relación del niño con el padre antes de la muerte.

Cañ y Fast (1972) pudieron desarrollar un estudio en la Universidad de Michigan, tomando para dicho estudio, a un grupo de 45 niños, cuyas edades en encontraban entre los cuatro y los 14 años de edad y que habían perdido a un padre por que se había suicidado. El periodo de intervalo para ver al niño en consulta psiquiátrica variaba de pocos días después de la muerte del padre, hasta 10 años.

El 60 por ciento de estos niños pudieron listarse en dos grupos básicamente; a) los niños que estaban tristes y sentían culpa, confusión e inhibición y b) los niños muy enojados, agresivos, truculentos y desafiantes.

La severidad de la psicopatología varió desde neurosis hasta psicosis. La incidencia de la psicosis era - muy alta sobre todo comparando a estos niños con otras - características descritas anteriormente, no se habían dado. De 45 niños, 11 tenían psicosis. Esta incidencia nos dicen los autores está basada o se da, por el impacto - que estos niños tienen ante el suicidio de los padres, - así como las condiciones pre-suicidas existente en el - mismo y vividas dentro de la familia.

Posteriormente el manejo inadecuado de los que rodean al niño y las mentiras alrededor del suicidio que - el padre ha cometido.

Cuando el padre ha estado muy enfermo y ha cometido varios gestos e intentos suicidas, parece que el chico llega a desear que se muera, ya que a su alrededor lo escucha así como la inerabilidad familiar que se provoca. - Un ejemplo claro es el que Bowlby nos cita en 1980.

Dan era el hijo mayor de seis hermanos proveniente de una familia trabajadora, clase media; el padre se ausentaba frecuentemente y la madre era muy inestable. Ambos padres sufrieron en la niñez, el padre murió cuando era él muy joven y la familia de la madre sufrió mucho, ya que eran emigrados italianos no teniendo a veces ni que comer. Se casaron en forma impulsiva, con la fantasía de que ambos se protegerían y ayudarían. Poco a poco se dieron cuenta que no compaginaban y la madre se vuelve más ansiosa y deprimida cuando el esposo tiene que salir por motivos de trabajo, aunque ello lo atribuye a infidelidad.

Cuando Dan tenía 10 años, su madre tuvo un disgusto terrible con su padre; de hecho era ya muy frecuente que se pelearan enfrente de los niños. Ese día se les dijo con quien deseaban vivir porque el padre estaba planeando divorciarse. Dan fue llevado a la escuela por su padre y la madre tomó el automóvil y chocó con los otros cinco niños, matándose todos. Ella había verbalizado que la vida no servía y que quería morir.

Para Dan el impacto fue muy intenso y poco a poco, pudo comprender lo que sucedió, hecho que fue relatado por unos familiares, ya que su padre se encontraba francamente alterado. Cuando Dan entró a psicoterapia, se observó la culpa y su propio sentimiento de temor, ya que si

él hubiera estado en el coche, hubiera muerto también. - Existían fantasías en donde la madre quería matarse y ma tó a sus hermanos, así como la misma idea de que ella se muriera de una vez por todas para que dejase en paz a - los demás.

Dan se mostró francamente deprimido, teniendo terrores nocturnos, así como quejas psicósomáticas constan tes que le impedían ir a la escuela, teniendo pena de - que los niños supieran lo que su madre había hecho. El - entendió primeramente que había sido sólo un accidente - pero poco a poco, pudo recapitular las escenas en donde la madre verbalizaba sus deseos de morir, atribuyendo el accidente a un suicidio. El trabajo con Dan fue intenso y difícil ya que posteriormente el padre regresó a la ca sa de sus tíos donde vivía Dan y se lo quería llevar a - otra ciudad, hecho que logró sin que se pudiera hacer - más de lo que se hizo.

Resumiendo nuevamente:

1. El trauma que el niño va a sufrir cuando uno - de los padres muere, será más intenso si las circunstancias son más agudas y menos imprevistas.
2. Si la madre muere en la etapa de desarrollo en donde su presencia es vital y no existe un buen sustituto o no existen, los efectos serán muy serios en el niño.
3. Si el padre o la madre mueren en el periodo edí pico del niño, los efectos se agudizarán por las mismas - fantasías, tanto de parte de la niña con su padre o del - niño con su madre; fantasías edípicas que llevan consigo

sentimientos de hostilidad y agresión al objeto de su mismo sexo, como al del sexo contrario.

4. De cuando y cómo se elabora un duelo en la infancia, hemos podido observar las diferentes posturas - teóricas de diferentes autores, mas ninguna difiere de - los aspectos clínicos y psicopatológicos que pueden presentarse si el niño no es ayudado en forma conveniente.

Ahora veremos como en diferentes culturas y sociedades, el duelo y su proceso se manifiestan en formas diversas, tratando siempre de manejar el dolor y la tristeza así como la agresión que surge cuando un ser querido muere.

C. Aspectos Culturales del Duelo.

Sabemos muy bien que en todo el mundo y en las diferentes culturas, el proceso del duelo es elaborado de diferentes maneras; esto quiere decir que entre más primitiva sea una cultura, el duelo se simbolizará más (Avelino, González, 1965).

El ritual del funeral es un acto que es llevado - básicamente para el beneficio del sobreviviente y tiene tres grandes funciones según Firth (1961).

I. Primeramente el funeral tiene como objetivo - ayudar al doloroso y a aceptar lo ocurrido, dándole la - oportunidad de expresarse en público durante el periodo en el cual es visto como adecuado y apropiado.

II. La segunda función del funeral es reunir a to

dos los miembros de la familia, comunidad o soceidad, d^{án}doles a la vez la oportunidad de expresar sentimientos de dolor y de agresividad que en otras ocasiones son prohibidos. El acto del funeral llevado por los caminos establecidos por la sociedad la mantiene e integra.

III. Aquí la función está basada en términos de economía en el sentido que provee la oportunidad de intercambiar funciones de familia a familia.

Además de estas funciones existe otra que es la que le da la oportunidad al que sobrevive de expresar su gratitud al muerto, así como asumir la acción o la responsabilidad que el muerto le dió al que sobrevive.

Casi en todas las culturas y sociedades, se tiene la idea y se cree que el muerto sólo ha muerto físicamente y que su alma sigue y se mantiene viva; en algunas culturas, se cree que además de mantenerse viva, se sigue relacionando y comunicando con el vivo en el mundo (Malinowski, 1925).

Por lo que vemos que en algunas culturas se mantienen ritos y rituales para proteger al muerto y en otras sucede todo lo contrario, tratan por medio de estos rituales de proteger al vivo del muerto.

Sabemos que los sentimientos de agresión que se desencadenan cuando un ser querido muere, son universales; lo interesante es observar como son manejados en diferentes culturas, sociedades y religiones, ya que dichas ayudarán por medio de rituales y ceremonias a que éstos disminuyan o bien se proyectan y simbolizan, como lo hacen -

las culturas más primitivas sean las formas de agresión aceptadas en diferentes culturas; sabemos que estas conductas son parte de la elaboración de un duelo descrito anteriormente.

Por ejemplo hablemos específicamente de nuestro país. En México hablar de la muerte, es un tema de cada día, manifestada en cada momento, expresada en diversas formas. Todo mexicano lleva consigo algo del indígena que fue ayer y para comprenderlo mejor, nos remontamos al hombre prehispánico quien concebía la muerte como un proceso más de un ciclo constante, esto encontraba expresión en sus leyendas y mitos, era para él la muerte como el germen de la vida, resultando de vital importancia la dualidad entre la vida y la muerte.

Los Aztecas, llamados pueblo de la muerte, creían que de ésta podía nacer la vida con la sangre que era el elemento básico generador. Mictlan, infierno donde iban los muertos en donde se les recogía y eran bañados de sangre para pasar a la vida.

Durante el Virreinato, la muerte siguió siendo importante, ya que ambos pueblos eran religiosos y la vida era comprensible dentro de un concepto místico.

El mexicano de hoy en día sigue angustiado ante la posibilidad de morir como todo ser humano, pero a diferencia de otros pueblos y culturas, no se esconde de ella; vive con ella, la hace objeto de burlas e intenta olvidarla transformándola como algo familiar, esto encubre un respeto, que determina una buena parte de la conducta popular.

El mexicano necesita morir para que sus méritos - sean reconocidos, así es como el 1 y 2 de noviembre es - una obligación moral ir al cementerio y rendir un homena je al muerto llevándole comida y brindando en la tumba.

Para nosotros estas conductas y la celebración del día de los muertos, es en sí un proceso de duelo en donde el niño lo irá aprendiendo desde su temprana infancia, - repitiéndolo en su adultez.

Si bien sería imposible describir las conductas - de las diferentes culturas ante la muerte, creo que la - japonesa es significativa, debido a que sus tradiciones son diferentes a nuestra cultura occidental. En Japón, - ambas, las religiones budista y shintoista, se refieren al muerto como seres divinos y son espíritus que al llamado, pueden regresar al mundo. Los rituales conocidos, son los siguientes:

Existe una relación intensa con el muerto y cada familia pone un altar en su cuarto con una fotografía - del muerto, flores, cenizas, arroz y agua. El altar es - visitado una vez al día en donde se recuerdan los momentos dulces y alegres y se llora por la ausencia. Es factible que miembros de la misma familia se adjunten al re zo, así como otros queridos por el muerto en vida, de es ta manera, el contacto no termina hasta que el muerto se transforma, de un hombre vivo a un homenajeado antecesor.

Todo ser humano al enfrentarse a la muerte, tendrá que recurrir a sus costumbres y sus tradiciones para enfrentar el hecho de que el hombre no es un ser eterno y que en algún momento dado, muere y que esa muerte es -

irreversible; de ahí que en diferentes religiones se entienda a la muerte como la expresión de la finalidad física del ser humano y su alma persiste.

No estamos aquí para discutir este tema, sino sólo para manifestar las formas diversas que cada cultura expresa ante sus muertos y donde creemos que dichas, son invariablemente, partes importantes del proceso de duelo.

CAPITULO IV.

TRATAMIENTO.

Se pudo observar en el capítulo anterior, como - existen diferentes puntos de vista con respecto a la posibilidad de que el niño que pierde a uno de los padres a temprana edad, pueda elaborar un duelo. Al hablar de - tratamiento, observaremos que sin lugar a dudas existen controversias similares con respecto a sí el niño que a perdido a uno de los padres es candidato a ser un paciente para psicoterapia.

Ya Freud en 1927, nos decía lo siguiente: "No hace mucho tiempo, por conducto puramente especulativo, - descubrí la regla de que la diferencia entre la neurosis y la psicosis, radica en que en la primera el Yo al servicio de la realidad somete una parte del Ello, mientras que en la psicosis, se deja arrastrar por el Ello a desprenderse de una parte de la realidad. El análisis de - dos jóvenes me reveló, que ambos uno a los dos y el otro a los 10 años de edad, habían rehusado a reconocer, es - decir a escotomizar la muerte del padre amado y sin embargo ninguno de ellos había desarrollado una psicosis. He aquí que una parte ciertamente de la realidad había - sido repudiada por el Yo, de la misma manera en el que - el fetichista repudia el hecho ingrato de la castración en la mujer: (En Fetichismo, 1927).

Al referirnos a Freud y específicamente en este - pasaje, se trata de mostrar la concepción Freudiana de - estos dos pacientes que si bien perdieron a su padre a - temprana edad, no desarrollaron una psicosis, mas esta-

ban en tratamiento con el mismo Freud y en el pasaje se desconocen las causas por las que acudieron.

Pudimos observar también como el hecho de que muera uno de los padres en la infancia, puede sin ser una de las causas de perturbaciones y desórdenes psiquiátricos - en el futuro adulto.

Remitamos a la bibliografía. Furman (1964) describe un caso que fue tomado en tratamiento por la psicopatología que presentaba, la muerte de la madre, fue un mero accidente en el transcurso del tratamiento, adhiriéndose a la concepción que la muerte de una persona (los padres) no es abordable a través del psicoanálisis, advirtiendo que la muerte y la pérdida tomada como único indicador de tratamiento, es correr el riesgo de que el analista pase a ser el reemplazador del padre perdido en la realidad y esto hará imposible tener éxito en el tratamiento.

Shambaugh (1961) inició el tratamiento con un niño porque la muerte de la madre era inminente, pero aclara que su propósito era estudiar las reacciones del niño - frente a la pérdida. No dice que hubiese considerado la muerte de la madre como indicador de inicio de tratamiento.

Rochlin (1933, 1967) sugiere que si se trata a un niño que ha perdido a uno de los padres, es indispensable ver constantemente al padre vivo y darle la oportunidad a él también de expresarse y saber como manejar su propio duelo.

Barnes (1964) en su artículo, sugiere la importan-

cia de guiar al niño antes de que el padre muera (si no sucede en forma súbita) e irlo preparando para que acepte la muerte del padre y tener un seguimiento durante la muerte del padre y posteriormente a la misma, ya que considera que es una situación traumática que puede afectar psicológicamente al niño.

Isaías López (1976) afirma que un niño que pierde a uno de los padres, debe ser evaluado para establecer - por lo menos, el nivel de fortaleza que sus funciones - psicológicas, han alcanzado en cada nivel, considerando la muerte como un trauma brutal que pone al niño que lo sufre, en un nivel alto de riesgo psicológico, que pone a prueba todas las capacidades del Yo y que puede producir múltiple psicopatología. Idealmente nos dice que estos niños deben ser asistidos en un proceso de duelo, ya sea directamente a través de tratamiento o indirectamente a través del manejo de los familiares sustitutos.

Remus Araico (1965) nos habla de las diversas desviaciones psicopatológicas que pueden cursar en el adulto cuando hatenido la desgracia de perder a uno de los - padres cuando era niño o adolescente. Enfatiza que éstos cuadros clínicos corresponden a neurosis traumáticas con características propias en donde a veces la superposi- - ción de la reactivación parcial de los recuerdos, con - las nuevas percepciones evocadoras, llegan a adquirir la calidad de extrañamiento y hasta el principio de despersonalización o escisiones súbitas del tipo de las reacciones disociativas agudas. Considiera que en la vida - - adulta, se manifestarán dificultades serias en el tratamiento tales como, el analista no representa a un objeto transferido sino a una persona u objeto real por el que

el paciente desea ser guiado y educado, intentando suplir la parte de relación objetal infantil que le faltó.

Descriminando una secuencia en el tratamiento, después de una etapa de comienzo en que los huérfanos tempranos plantean sus primeras defensas contra la depresión y trauma básico, sobreviene con grandes expectativas de afecto el duelo que había sido incompleto y es entonces que poco a poco aparecen los recuerdos de su peculiar situación traumática.

Para Avelino González (1965) el trabajo de duelo normal, no liquida la relación con el objeto perdido, sino que más bien establece un nuevo tipo de vínculo que le permite, si es necesario, liberar suficiente cantidad de catexias para revestir a un objeto sustituto. Explicando que los factores básicos tanto de ayuda y comprensión del individuo que a perdido a un objeto querido, están dados en la cultura en la que vive, así como en la estructuración de su mundo interno en donde a medida que se pueda absorber más control de dolor y tolerar montantes elevados de angustia, el control de la realidad interna será mayor, porque no se necesita deformarla autoplásticamente para tolerar el sufrimiento.

Scharl (1951) nos describe el caso de dos hermanas que vió después de seis meses del fallecimiento de la muerte del padre en forma dramática en un accidente automovilístico. Muestra en sus dos casos la importancia de la relación individual que cada uno tenía con el padre y la presentación de diferente conducta y manejo, asumiendo que la muerte de uno de los padres, es una situación traumática y que el manejo que se haga con el niño, dependerá

de la fase del desarrollo en la que se encontraba cuando sucedió el trauma; la historia previa, el desarrollo psicosexual y la relación con el padre muerto, antes y después de la muerte.

John Bowlby (1980) piensa y sigue la misma línea del autor citado anteriormente. Como se describió en capítulos anteriores, cree que sí es factible tratar a un niño que ha perdido a uno de sus padres, ya que sí presentará un duelo y un proceso de duelo, pero hace énfasis en las condiciones que rodean al sujeto llamándolas condiciones desfavorables. Estas pueden incluir, una mala relación con el padre muerto, una ausencia de comunicación en la familia después de la muerte, una incapacidad para aceptar la muerte del padre y seguir en la fase de anhelar el retorno del objeto o bien la imposibilidad de explicar en forma honesta y genuina por parte del padre vivo, lo que sucedió y lo que piensa respecto a la muerte.

Erich Lindemann (1944) en su artículo el manejo y la sintomatología del pesar agudo, nos describe las fases por las que el paciente debe de pasar cuando está en tratamiento y la ayuda que el mismo terapeuta puede ofrecerle. Debe aceptar el dolor de la pérdida y vivirla, revisar su relación con el objeto perdido. Debe verbalizar sus miedos de volverse loco y sus temores ante la necesidad de aceptar cambios en sus sentimientos, especialmente la hostilidad hacia el objeto perdido. Debe también buscar una nueva formulación para crear nuevas relaciones que le permitan descatectizar al objeto, verbalizar sus sentimientos de culpa. La hostilidad se dirige frecuentemente al terapeuta y es necesario manejarla.

Además sugiere que si existe la posibilidad de que el paciente sepa que un objeto cercano a él va a morir, por ejemplo, por tener una enfermedad terminal, se le debe ayudar para que empiece a tener un dolor y pesar anticipatorio a la misma pérdida y muerte.

Silvano Arieti (1978) nos describe los siguientes pasos y características en el tratamiento de niños deprimidos y por consiguiente niños que han perdido a uno de sus padres.

Para Arieti, existen diferencias básicas en el tratamiento de niños y de adultos, básicamente éstos son: la limitación del pensamiento abstracto en el niño en donde le es difícil poder expresarse verbalmente. Las interpretaciones deben de ser concretas, específicas y prácticas, en donde el niño pueda asimilarlas y comprenderlas. La terapia con el niño debe ser una experiencia más que reconstructiva, un proceso compartido de crecimiento y ayuda al mismo. Como el niño aún está en un estado continuo de crecimiento, la terapia en muchas ocasiones, es menos en tiempo de duración que en el adulto. Asimismo se debe de buscar la cooperación de la familia tratar de que exista una atmósfera adecuada si es necesario orientar al padre o a la madre dependiendo de cual falleció.

El terapeuta debe ser un guía y una ayuda constante para la situación traumática y dolorosa, así como tratar de buscar con el paciente los mejores caminos por recorrer.

Terapia Familiar Breve. (Rosenthal, 1980). El au

tor sugiere la terapia familiar breve, ya que a partir de una investigación realizada con niños y adolescentes que habían perdido a uno de los padres hacia seis meses o cinco años, se pudo evaluar a través de entrevistas clínicas, que los niños y adolescentes, presentaban problemas escolares, drogadicción, fobias; algunos de ellos se habían escapado de sus casas y otros tenían francamente desórdenes neuróticos y una intensa confusión emocional. Durante la evaluación diagnóstica, se observó lo siguiente (la evaluación fue aplicada a toda la familia).

1. La terapia individual o de grupo, había tratado de ayudar a algún miembro de la familia sin lograr tener éxito con el paciente ni en sí en la familia.

2. Se observó que existían regresiones y fijaciones traumáticas en el niño o en el adolescente ante la situación traumática de la muerte de uno de los padres, además de un inadecuado manejo de la relación con el padre que sobrevive, sin la facultad de expresar mutuamente sus sentimientos y compartirlos en forma recíproca.

3. Debido a la ausencia de comunicación familiar, existían conductas de acting out en el niño y en el adolescente.

4. La manera de solucionar el pesar y el dolor de la pérdida, era por medio de mecanismos de negación, formación reactiva, idealización, proyección e introyección de tal manera que se obstaculizaba la posibilidad de que existiera una comunicación conciente de los miembros de la familia ante la muerte de uno de los padres.

5. La terapia familiar breve fue utilizada porque existían aún ligas positivas e intensas entre los miembros de la familia, así como fuerza yofica y la presencia de ansiedad.

La importancia de poder compartir los sentimientos y emociones, así como el dolor y el pesar ante la muerte de uno de los padres, es para los niños un alivio ya que reduce sus fantasías tanto inconscientes como conscientes de haber sido ellos o el padre vivo, el culpable de la misma muerte; asimismo, observar y escuchar a los demás miembros de la familia, le ayudará a hacerlo él mismo y sentir profundamente y sin temor el dolor, el coraje y la tristeza, sentimientos que se compaginan en un proceso de duelo.

El autor considera que este tipo de tratamiento tiene más impacto y funciona en forma más efectiva, ya que todos los miembros de la familia primeramente ante una situación traumática, requieren de ayuda, comprensión y por momentos de una guía que les muestre el mejor camino y la posibilidad óptima, tanto para el niño que presenta disturbios emocionales, como para ellos mismos. Además considerará que la información y la comunicación entre la familia, ayudará más al chico, que viendo al padre vivo por separado, ya que le da la oportunidad de compartir con su padre vivo, el dolor y aclarar fantasías alrededor de la muerte.

El que sea breve, indica que se tratará específicamente el proceso del duelo en la familia y se tratará de manejar los sentimientos y emociones que de dicho afloren. Si en algún momento algún miembro de la familia además del niño presenta sintomatología severa en la

cual no se pueda manejar en la terapia familiar, se tratará de referirlo a un psicoterapeuta individual, aparte de que siga asistiendo a la familiar: el plazo que se propone, es de 15 a 20 sesiones en las cuales como ya se dijo, se tratará de manejar específicamente el duelo de los miembros de la familia, dando la oportunidad de que todos se expresen y se facilite la comunicación entre ellos, de tal manera que al terminar el tratamiento exista la posibilidad de que ambos puedan verbalizar y compartir los sentimientos alrededor de la muerte de uno de los padres.

Para ilustrar esta terapia, se expondrá un caso clínico (Rosenthal, 1980).

La señora L. de 24 años de edad era viuda y su marido se había suicidado seis meses antes de tener la primera sesión de terapia familiar breve. Su hija tenía - - seis años, la otra tres y un bebé de un año de edad. La señora L. trajo a su hija de seis años a tratamiento, - porque la veía muy triste y aislada, presentaba problemas en la escuela y jamás jugaba con nadie. En una ocasión pudo observar que su hija estaba en la ventana del baño y quería saltar de la misma, acto que le asustó mucho. Además su hija le llegaba a verbalizar que ella había matado a su padre y que por su culpa había muerto.

La señora L. decía que su matrimonio no funcionaba bien ya en los últimos dos años (tenían siete años de casados) y que por un tiempo se habían separado. Su esposo se disparó un tiro en la cabeza poco después de la separación. A partir del hecho, la señora L. no pudo manejar, ni comunicarse adecuadamente con su hija (la de - -

seis años).

La señora L. tenía 17 años cuando se casó y el señor L. 18, cuando se casaron ya estaba embarazada. Todo funcionaba bien, pero después de dos años de matrimonio y sin razón aparente ni verbalizada, el señor L. trató de suicidarse varias veces y tomaba alcohol en exceso.

En los momentos de las primeras sesiones la señora L. se encontraba muy tensa y les gritaba a sus hijas con frecuencia, sintiendo que perdía el control.

Además de presentar problemas escolares y aislamiento, la hija de la señora L. se quejaba de dolores de estómago y lloraba por las noches porque tenía pesadillas. A veces se negaba ir a la escuela. La niña de seis años se veía frágil y muy deprimida y verbalizaba que odiaba ir a la escuela porque la maestra insistía debía de jugar al juego "show and tell" (enseña y dí) en el cual tenía que contar lo que le sucedió a su papá. Deseaba ser niña otra vez y quedarse en casa con su mamá. Dijo que se sentía muy sola y con miedo de dejar la casa y salir. Un día la madre tuvo que salir y la dejó a ella con el bebé, además la leche estaba hirviendo y se derramó, situación que le asustó tremendamente y se puso a gritar hasta que llegaron los vecinos a tranquilizarla.

Cuando se madre regresó, le dijo que su padre había muerto. Al decir esto, la niña se mostraba muy tensa y bajó la voz y la mirada y dejó de hablar por un momento, sin llorar. No quería hablar de cómo se había matado su padre y porque creía que lo había hecho.

Daba la impresión que la relación de la niña con -

su padre era muy ambivalente, tenía miedo a la retaliación de la madre debido a su conflictiva edípica no resuelta. Se identificaba con su padre y peleaba con su madre, imitando el acto de suicidio del padre. Sabía que su padre había tenido conductas similares y pudo verbalizarlo posteriormente. Además manipulaba a la madre de su madre (su abuela materna) para controlar a su madre y así podía proyectar sus sentimientos hostiles en la madre, sintiendo que era mala y que la odiaba.

Utilizaba mecanismos de desplazamiento atribuyendo muchas de las características de su padre a sus tíos y a su abuela materna y actuaba sus conflictos con ellos.

Debido a que la señora L. estaba francamente preocupada con su propio pesar y por su propia ambivalencia respecto a la muerte del marido, no podía entender los cambios en su hija después de la pérdida. Buscaba ella también ser una niñita con su propia madre y ser cuidada y atendida.

Su otra hija, la de tres años, también presentaba problemas, dejó de comer y tenía pesadillas; aunque la relación con la madre se mantenía más activa y existía más proximidad y comunicación.

La señora L. y sus dos hijas se presentaron a todas las sesiones de la terapia familiar breve y se les dijo que el propósito de la misma, era ayudarlas con su dolor y tristeza, sentimientos que afloraron ante la muerte del padre, así como ayudarlas a tener una mejor comunicación y relación entre ellas mismas. Después de la explicación, las niñas hablaron de quien era buena y

mala y quien le daba más problemas a la mamá. La niña de seis años pudo admitir que ella daba problemas y sentía celos de la hermana menor porque creía que era la preferida de su madre.

Durante una sesión la niña de seis años, habló de la muerte de su padre, gritándole a su madre así como a sí misma. A partir de aquí se pudo verbalizar el suicidio del padre entre las tres, así como poder expresar a cada nivel las fantasías de la muerte y el suicidio del padre y del esposo. Enfatizando que fue la propia responsabilidad del mismo y que nadie tenía realmente la culpa manejando los sentimientos depresivos y dolorosos del hecho real. Asimismo esto dió la oportunidad de confrontar las fantasías de las hijas respecto a la culpa que sentían ante la madre y la propia expresión sincera de ella ante las acusaciones de sus hijas.

También se trabajó alrededor de la sintomatología de las hijas y de la manera en que la madre la manejaba y como se podía optar por otro camino para buscar - cariño, afecto y apoyo entre las tres. Se sugerían conductas en donde la madre necesitaba que se le guiara para controlarse y poner atención a sus hijas, así como estar consciente de sus propias necesidades infantiles. - Dentro de las últimas sesiones, las niñas pudieron expresar su duda y confusión ante la muerte, de tal manera que la misma madre les dió la explicación más honesta y sincera, de lo que ella entendía por la muerte y pudieron ir las tres a ver la tumba del padre, ya que las hijas no habían asistido al funeral.

Se logró en esta terapia que ambas, madre e hijas,

podieran comunicarse, que la madre tuviera más conciencia de sus propias necesidades afectivas y de su regresión, busca de afecto, protección y responsabilizar a ambas tren en la ayuda mutua, comprensión y apoyo. Asimismo, al terminar, se mantuvo un contacto con la madre por un periodo de seis meses sin verla directamente en tratamiento, sino ayudándola con su duelo y sus dudas y con la psicóloga del colegio de las niñas que reportaba como se encontraban.

Terapia de revivir, volver a visitar y revisar.
(Reliving, revisiting, revising). Melges & Demaso, 1980.

Los autores proponen este tipo de tratamiento en niños que no han podido pasar por un proceso de duelo, - ni siquiera el tener la oportunidad de haber sentido dolor y pesar ante la muerte de uno de los padres; asimismo este tipo de tratamiento, es utilizado en el adulto - y en el adolescente con sus modalidades para cada etapa del desarrollo.

La detección de un proceso y una reacción de pesar, no resuelta desde el punto de vista clínico, existe encontrar y entender los procesos dinámicos que han inhibido el curso normal del dolor y el pesar ante la muerte y la pérdida de un ser querido como uno de los padres.

Básicamente se trata primeramente de identificar las reacciones emocionales que han aparecido después de la muerte en donde el recuerdo aún preocupa, angustia y causa disturbios emocionales por más de un año después de la muerte. Los autores proponen los siguientes obstáculos que impiden el curso normal de las reacciones de -

pesar y dolor ante la muerte.

1. Persistencia de la búsqueda del objeto perdido. Aquí se muestra una incesante preocupación por volver a ver al objeto perdido y estar con él, así como volver a compartir los sentimientos del pasado; existen frecuentes fantasías de reunión.

2. Una sobreidentificación con los síntomas y la enfermedad del objeto desaparecido.

3. Un deseo de llorar o de enojarse con o por el objeto perdido, sin la posibilidad de lograrlo.

4. Muestra de agresión y sentimientos ambivalentes contra sí mismo, sin la posibilidad de expresarlos - en contra del objeto perdido.

5. Ligas emocionales intensas con el objeto perdido que no se pueden verbalizar y que siguen estando presentes después de su muerte.

6. Secretos y deseos inconscientes alrededor del objeto perdido que siguen presentes a nivel inconsciente.

7. Falta de ayuda con los demás miembros de la familia y una sensación de soledad y desvalidez.

8. Ganancias secundarias que implica el sentirse por mucho tiempo triste, con un sentimiento de soledad - sin la aceptación de ayuda del exterior.

Esta terapia está diseñada para ayudar y encon-

trar una o varias soluciones a las reacciones emocionales de pesar y dolor intenso, que no han seguido un curso normal y que presentan características como las señaladas anteriormente. El terapeuta primeramente debe de entender los obstáculos del paciente que no le permiten que sus reacciones sigan un curso normal y después ayudar al paciente a volver a revivir en escenas imaginarias, la pérdida, así podrá el paciente volver a pasar por la situación de dolor y de pesar en el tiempo presente. El trabajo intenso de poder expresar dolor y pesar, traerá como consecuencia planes nuevos de acción y solución.

Existen tres fases de esta terapia:

1. La estructuración cognitiva para poder revivir el dolor y el pesar.

2. La guía de tipo imaginativo para revivir, revisar y volver a pasar por las escenas y las emociones de la pérdida.

3. Orientación posterior para la reconstrucción de nuevos planes terapéuticos.

La estructuración cognitiva, manifiesta la naturaleza de la obstaculización de las reacciones emocionales de dolor y pesar y trata de seguir y explicar un plan de trabajo. Además se busca y se trata de establecer empatía con el paciente, así como entender y dar a entender lo difícil y doloroso que implica el aceptar las reacciones emocionales. Asimismo se explicará el punto número 2 en donde se buscará a partir de escenas imaginarias, que

el paciente pueda sentir en tiempo presente lo que sintió en el pasado.

En el segundo punto se tratará de ayudar al paciente a revivir, revisar y volver a pasar por el dolor y el pesar de la muerte, por medio de reconstruir escenas imaginarias en donde el paciente puede en el presente experimentar lo que pasó en el pasado.; estas escenas imaginarias, son producidas por el mismo paciente. En este momento se dejará al paciente que exprese su dolor, su tristeza, su coraje, por haber sido abandonado, de tal manera, que se reaviven los sentimientos que habían sido obstaculizados.

Poco a poco se tratará que el paciente pueda realmente despedirse del objeto con todo el dolor y el pesar que esto implica y que a su nivel de desarrollo, entienda la irreversibilidad de la muerte.

Los autores piensan que esta terapia dirigida a que el paciente pueda revivir emocionalmente el dolor y el pesar, es efectiva ya que se trabaja con emociones intensas y agudas, en donde el paciente necesita que se le brinde todo el apoyo y la ayuda necesaria muchas veces, para que tenga el valor de revivir este proceso emocional con alguien que lo entienda y que se preocupe por él, sin caer en el conflicto de que el terapeuta pueda ser por un momento el objeto muerto que se sustituye.

Consideran que el tratamiento puede funcionar para un paciente en forma individual y sugieren que si en algún momento o desde el principio del mismo, la familia u otros integrantes de la misma, padecen de las mismas -

dificultades o existen disturbios serios, se debe optar por un tratamiento de terapia familiar, además de que el paciente visto, continúe con el suyo propia a nivel individual.

Mencionan que el tratamiento es contraindicado - cuando la muerte del objeto es muy reciente ya que aún - se mantiene la imagen y no es factible observar los disturbios que puedan suscitarse.

El poder revivir a través de escenas imaginarias más que escenas recordadas, ayuda al paciente a proyectar lo que siente en las mismas y poder controlar o manejar sus mecanismos de defensa que le han obstaculizado - la posibilidad de lograr vivir el dolor y el pesar de la muerte del objeto.

Terapia Psicofarmacológica. Algunos autores - (Welner, 1978; Hussey y Wright, 1970) consideran que algunos niños que presentan ansiedad intensa, insomnio y - ciertas conductas de excitación, pueden además de tratar se con psicoterapia, recetárseles medicamentos, tales como la niamida que es particularmente bien soportada en - niños (antidepresivo). A veces puede utilizarse ansiolíticos para disminuir el insomnio y eventualmente la ansiedad. En los casos de excitación, pueden utilizarse - tranquilizantes como el valim o en caso de mayor excitación, fenotiacinas o incluso butirofenonas.

Terapia breve y no directiva. (Stein & Derdeyn, - 1980). Los autores explican la importancia de esta terapia a partir de las dificultades que observaron en niños que se encontraban en guarderías y casas de residen-

cias para niños que habían perdido a uno de sus padres o a ambos, dificultades que se basaban en una seria dificultad en el niño para poder tener una relación con el terapeuta y con sus compañeros de grupo. Además se encontraron las siguientes modalidades:

1. Aspectos interaccionales: muchas veces la conducta de acercamiento del niño con el adulto no es bien entendida y se explica como demandante o provocativa, así como el niño en un momento dado desea ser gratificado por el adulto en forma intensa y se siente frustrado sin una reciprocidad. El niño actúa con agresión hacia el adulto y pierde las emociones ambivalentes que tenía con el adulto en donde existe una muestra franca de enojo y agresividad.

2. Repetición compulsiva: el niño recrea en forma inconsciente la situación traumática y dolorosa de la pérdida en lugar de trabajar y manejar el problema de tal manera que muchas veces se imposibilita el intento de lidiar con el conflicto sino que sólo se repite.

3. Agresión y furia suprimida: muchos mecanismos de defensa explican como el niño se defiende de poder manejar y aceptar sus emociones dolorosas.

4. Idealización del pasado y del futuro "deseos de reunión": la expectación de la reunión con el padre perdido, sirve como otra fuente que dificulta al niño poder sentir su propio dolor así como el poder trabajar con él. Estos niños presentan el deseo de que sus vidas no son lo que aparentan y tienden a idealizar ambos, pasado y futuro.

5. El sentimiento de persecución: Cuando se trabaja con un niño de éstos, muchas veces ve a las personas que tratan de ayudarlo como perseguidores que no lo dejan regresar con el objeto perdido.

El objetivo principal del tratamiento, es interrumpir el ciclo de conducta mal adaptada en donde existen dificultades frecuentemente para establecer una alianza terapéutica. Dichas dificultades son:

a) Muchos de estos niños tienden a tener conductas de acting out y son muy impulsivos; tienen una baja tolerancia a la frustración y muestran una dificultad para poder verbalizar.

b) El terapeuta es visto como alguien que controla y se le teme.

c) Existe el temor de relacionarse con el terapeuta ya que se teme ser abandonado nuevamente.

d) El egocentrismo del niño lo hace creer que todo lo que gire a su alrededor es causado por él mismo, evitando la cercanía con el terapeuta. El niño dirá: "soy tan malo que si oso compartir contigo mi maldad, seguramente me abandonarás".

Rechazando al terapeuta no solamente recrea su propio pasado, pero se convierte en un activo atente en lugar de una víctima pasiva.

La teoría en la que se basa este tipo de tratamiento terapéutico, es la de la vinculación descrita amplia-

mente por Bowlby (1960a y b).

Primeramente, se debe uno de preguntar si el niño debe o no entrar a tratamiento y esto versa en la respuesta de sí es capaz primeramente de tolerar el tratamiento, sí existe la motivación para él mismo y la capacidad para poder establecer una alianza terapéutica.

En la terapia breve no directiva el terapeuta tratará de mejorar el afecto prevaeciente del niño, para reducir las fantasías asociadas con el afecto y asociarlas con las fantasías agresivas que se sienten hacia los padres y especialmente hacia el que abandonó. Además el niño es ayudado para entender su conducta y defensa en contra de sus temores de ser abandonado. El intento de vincular y relacionar las fantasías asociadas al propio enojo y agresión, pueden producir una experiencia correctiva de tal manera que se puedan ver a los padres como seres humanos, con problemas propio y con una terminación final como cualquier ser humano.

El terapeuta debe ser activo así como respetar los sentimientos del niño creando así una relación genuina y verdadera.

CAPITULO V.

CONCLUSIONES.

Después de revisar los puntos que se habían expuesto en la introducción de este trabajo, encontramos varios aspectos que en este capítulo debemos concluir.

Primeramente, la depresión en la infancia es hoy - en día, un fenómeno emergente en donde existen varias posturas tanto teóricas como clínicas que admiten o no el poder diagnosticarla, así como tratarla.

A partir de estas posturas, se desprende una de - las causas que puede ocasionar depresión en los niños que sería la muerte de uno de los padres en la infancia, en - donde al mismo tiempo, encontramos diversas opiniones con respecto a la posibilidad de que a edades tempranas del - desarrollo del niño, pueda elaborar un duelo en forma similar del adulto cuando ha perdido un ser querido.

Como observamos en los capítulos anteriores, son - básicamente dos las corrientes que delimitan y contestan la pregunta.

Los autores que piensan que el duelo puede vivirse y elaborarse desde la etapa oral y aquellos que piensan - que sólo después de que exista una constancia objetal se puede sentir dolor y pesar por un objeto perdido, pero no pasar por un proceso de duelo sino hasta la adolescencia cuando existe un desprendimiento de las figuras parentales.

En los aspectos clínicos, se pudo observar la posi

bilidad real de que estos niños desarrollen trastornos psicopatológicos severos y que además se sigan repitiendo y manifestando en la vida adulta. De ahí la importancia de entender y manejar con seriedad y de manera profesional, los alcances de los diferentes tratamientos psicoterapéuticos que se les pueden ofrecer dependiendo de la edad que el niño tenga cuando uno de los padres falleció y es traído a la consulta, así como las circunstancias reales y fantasías de los hechos ocurridos.

El hablar de la muerte y el estar en contacto con ella en función de ver a un paciente que ha tenido la pena de perder a un ser querido y más aún un niño chico, - moviliza en el terapeuta sentimientos inconscientes que debe conocer, ya que su propia contratransferencia puede impedir que le ayude al paciente.

El entender estos sentimientos, es volver a revivir duelos tanto reales como fantaseados en una situación regresiva de dolor y pesar de enfrentarse a sí mismo, con su propia muerte y con sus propios temores ante dicha.

A parte de conocer estos sentimientos profundamente dolorosos y angustiantes, considero que el terapeuta debe tener la suficiente fuerza yoica para yudar a su paciente y no unírsele a su dolor, ayudarlo a que pueda pasar por el duelo y poder catectizar en objetos nuevos, - brindándole el soporte y la comprensión sincera y honesta ante su dolor.

De manera personal considero que el niño puede - llegar a sentir dolor y pesar por un objeto que muere, en

este caso, uno de sus padres, cuando ya existe una constancia objetal, esto quiere decir que el niño ya es capaz de reconocer y diferenciar al objeto que ha desaparecido. Pero poder vivir un duelo, el poder descatectizar gradualmente y en forma dolorosa al objeto perdido para luego poder depositar esta libido en un objeto nuevo, creo que es factible en estados del desarrollo posteriores, cuando exista una mayor acentuación de las funciones yoicas en formación, tales como la capacidad de memorizar, la capacidad de que exista un juicio de realidad, la capacidad de que el proceso secundario se imponga sobre el proceso primario, la capacidad verbal del niño, la capacidad de que se tolere y maneje la frustración, la capacidad de comprender la irreversibilidad de la muerte y los conceptos del pasado, presente y futuro.

Además deseo puntualizar que si bien estas funciones no están presentes en forma total y definitiva en el niño chico, no quiere decir que no va a resentir el impacto de la muerte de uno de los padres, obvio que el resentimiento será diferente y que existirán mecanismos de defensa que le ayudarán a tolerarlo en donde se debe hacer una evaluación cuidadosa del funcionamiento de todas las capacidades del Yo para prevenirlo de que pueda padecer futuros trastornos psicopatológicos.

Concluyendo, tres serían los aspectos que se deben conocer para poder evaluar y tratar a un niño que ha perdido a uno de sus padres.

El conocimiento de los puntos teóricos y sus controversias con respecto a la posibilidad de que el niño pueda sentir dolor, pesar y vivir un proceso de duelo en

las diferentes etapas del desarrollo.

El manejo y el conocimiento de las diferentes posi
bilidades psicoterapéuticas que se pueden ofrecer a estos
niños, dependiendo de las variables como la edad, las cir
cunstancias reales y fantaseadas de los hechos ocurridos
ante la muerte, la situación familiar, la relación del ni
ño con el padre antes de su muerte y las fantasías incons
cientes y conscientes que tenga el niño con respecto a la
muerte del padre, así como la concepción que se le haya -
dado y se maneje en la familia del concepto de muerte de
acuerdo a sus marcos teóricos, culturales, religiosos y -
socioeconómico.

El revisar, comprender y manejar los propios senti
mientos, fantasías, concepciones, temores y miedos que se
tengan como terapeuta alrededor de la propia muerte, nece
sarios para poder trabajar con un niño que ha perdido a -
uno de los padres.

BIBLIOGRAFIA.

1. Abraham, K. A short study of the development of the libido, view in the light of mental disorders. Selected papers on Psychoanalysis. Hogarth Press, 1948
2. Aiza, V. M. La Negación del Duelo en el Tratamiento de un Adolescente. Cuadernos de Psicoanálisis, 1971.
3. American Handbook of Psychiatry History. Part One. Vol. I, Silvano Arieti editor in chief. Basic Books Inc. Publishers, New York, Second edition. 1974.
4. Anthony, J. Depression and human existence. Chapter II. Childhood depression. Edited by James Anthony and Therese Benedek, Little Brown and Company, 1975.
5. Araico. Remus El Duelo Patológico en la Orfandad Temprana. Cuadernos de Psicoanálisis. Enero-marzo 1965, pag. 75-82.
6. Arieti Silvano Severe and Mild depression. The psychoterapeutic approach. Chapter III Bemporad. Jules Psychoterapy of depression in children and adolescents. Basic Book Inc. Publishers. New York 1978.
7. Arthur, B. Bereavement in childhood Journal of child Kemme, M. psychology, 1964. 5:37-59
8. Banta, Helen. Efectos de la Ausencia del Padre en el Desarrollo de la Personalidad del Niño Mexicano en la Edad de la Latencia. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología, Universidad Iberoamericana México, 1979.

9. Barnes, M. J. Reaction to the death of a mother. -
Psychoanalytic study of the child, -
1964, 19: 335-337.
10. Benedek, T. Toward the biology of the depressive -
constellation. Journal of the American
Psychoanalytic Association. 1956. 4: - 0
389-409.
11. Bergen, M. The effect of severe trauma on a four -
year old child. Psychoanalytic study of
the child. 1959, 19: 13-
12. Bibring, E. The mechanisms of depression. In P. -
Greenacre (ed) Affective disorders. -
New York, International University - -
Press, 1953.
13. Birtscnel, J. The possible consequences of early -
parental death. British Journal of -
Medical Psychology, 1969. 42: 1-12. 0
14. Bowlby, J. Separation Anxiety. International Jour-
nal of Psychoanalysis, 1960a. 41:89-113. 0
15. _____, Grief and mourning in infancy and early
childhood. Psychoanalytic study fo the
child. 1960b. 15: 9-52. 0
16. _____, Process of mourning. International Jour-
nal of psychoanalysis, 1961. 42:317-340. 0
17. _____, Childhood mourning and it's implications
for psychiatry. American Journal of Psy-
chiatry. 1961c, 118: 481-489. 0
18. _____, Pathological mourning and childhood - -
mourning. Journal of the American Psy-
choalytic Association. 1963. 11:500-541. 0

19. Bowlby, J. Attachment an Loss. Vol. III, Sadness - and depression. Basic Book, Inc. Publishers, New York, 1980.
20. Brown, F. Depression and child bereavement. Journal of mental science. 1961, 107: 754-777.
21. Burks, H. L. Agressive behavior as a means of avoiding depression. American Journal of Orthopsychiatry. 1962. 32: 416-422.
22. Cain, A. C. On replacing a child. Journal of the - American Academy of Child Psychiatry. 1964. 3: 443-465.
23. Cain & Fast. Citado por Bowlby, J. en su libro - - Attachment and Loss. Vol. III, Capitulo 22. Effects of a parents suicide. Basic Books, Inc. Publishers. New - - York, 1980.
24. Caplan, J. G. Incidence as a parental loss in - - children with depressed mood. Journal of child psychology and psychiatry. 1962. 10: 416-422.
25. Davison, J. Infantil depression in a normal child. Journal of the American Academy of - - child psychiatry. 1968, 7: 522-535.
26. Deutsch. H. Absence of grief. Psychoanalytic Quart. 1937. VI.
27. DSMIII Diagnostic an statistical manual of mental disorders. Third edition. Prepared by the - task force of nomenclature and statistics - of the American Psychiatry Association. - - 1770 Eighteenth street. Washington, D. C. - 20009. U. S. A.

28. Dupont, M. A. Psicoanálisis del Duelo. Trabajos diversos, 1972, 54(3): 1-51.
29. Engel, M. Anxiety an depression withdrawal. The primary effects of unpleasure. The International Journal of Psychoanalysis. 1962. 18: 80-97.
30. Erickson, E. H. Chilhood and Society. New York - Morton, 1965.
31. Freud, A. Discussion of Dr. Bowlby's paper. Psychoanalytic study of the child. 1960. 15: 53-62.
32. _____, War and children. International University Press. New York, 1943.
33. _____, Normalidad y Patología. Biblioteca de Psicología Profunda. Editorial Paidos, - 1973.
34. Freud, S. Duelo y Melancolía (1917) Editorial Biblioteca Nueva, Madrid España, Tercera Edición. 1973.
35. _____, Inhibición, sintoma y angustia (1925). - Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, España, Tercera Edición. 1973.
36. _____, Fetichismo. (1927). Editorial Biblioteca Nueva, Madrid España, Tercera Edición. 1973.
37. _____, Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid España, Tercera Edición. 1973.
38. _____, Introducción al Narcisimo (1914). Editorial Biblioteca Nueva. Madrid España. -

Tercera Edición, 1973.

39. Firth, R. Citado por Bowlby, J. en su libro Attachment and loss. Vol. III. Capítulo 8, Mourning and other cultures. Basic Book Inc. Publishers. New York. 1980.
40. Furman, R. A. Death of a six year old's mother - - during his analysis, Psychoanalytic study of the child. 1964b. 19:377-397.
41. _____, Death and your child. Some preliminary considerations. Psychoanalytic study of the child. 1964a. 19: 321-333.
42. _____, A child parent die. Studies in childhood bereavement. New Haven & London Yale University Press. 1974.
43. G.A.P. Group for the advancement of psychiatry. - Psychopathology disorders in childhood, - theoretical considerations and a proposed clasification. Formulated by the comitee - on child psychiatry. Vol. Vi. Report 62, - June 1966. Library of the congress. Catalog Card Number 62-2872. New York. Third - Edition. 1977.
44. Gauther, Y. The mourning reaction of a ten years old boy. Psychoanalytic study of the child. 1965. 20: 481-494.
45. González, A. Aspectos Normales y Patológicos del - Duelo. Cuadernos de Psicoanálisis. - 1965. Vol. I. Num. 83-95.
46. Grinberg, L. Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico. Biblioteca de Psicología Profunda. Editorial paidos, Buenos Aires, - Argentina, 1978. Tercera Edición.

47. Harrison, S. L. Children's reaction to bereavement. Archives of general psychiatry. - 1967. 17: 593-598.
48. Hartmann, H. The mutual influences in the development of the ego and the id. Psychoanalytic study of the child. 1952. - 7: 9-30.
49. Hoffer, W. Development of the body ego. Psychoanalytic study of the child. 1950 25: - 105-109.
50. Horowitz, J. M. Pathological grief and the activation of latent self images. The - - Wilner, N. American Journal of Psychiatry. - - 1980. 137: 1157-1162. 0
51. Hussey, H. The use of imipramine in children's - - Wright, A. behavior disorder. Acta Paedopsychiatra 0 1970. 37: 194-199.
52. Isaías, L. M. La Muerte de uno de los Padres como Factor precipitante del material inconsciente en el niño y consecuente aparición de Psicopatología. Cuadernos de Psicoanálisis. 1977. 0
53. Jacobson, E. Depression, the oedipus conflict in the development of depressive mechanisms Psychoanalytic study of the child. 1943 0 12: 541-560.
54. _____, Transference problems in the psychoanalytic treatment of severely depressive patients. American Psychoanalytic Association. 1954. 4: 594-606. 0
55. Jarast, S. G. La Percepción y los Procesos de Duelo Revista de Psicoanálisis. Argentina. 1969. 26(2): 425-441.

56. Klein, M. A contribution to the psychogenesis of maniac depressive states. In contribution to psychoanalysis. New York. McGraw-Hill 1948. pag. 311-338.
57. _____, Mourning and its relation to maniac depressive states. In love, guilt and reparation and other papers. 1921-1946, - citado por Bowlby, J. en su libro Attachment and loss. Vol. III, Basic Book Inc. Publishers. New York, 1980.
58. Laufer, M. Objects loss and mourning during adolescence. Psychoanalytic study of the child 1966. 21: 269-293.
59. Lefkowitz, M. Childhood depression: a critique of -
Burton, N. the concept. Annual Progress in child development. Edited by Stella Chess - and Alexander Thomas. Brunner Mazel - Publishers. New York, 1979.
60. Lindemann, S. R. Symptomatology and management of acute grief. American Journal of psychiatry 1944. 101: 141-147.
61. Lipson, C. T. Denial mourning. International Journal of psychoanalysis. 1963. 144: 104-107.
62. Loewald, H. W. Internalization, separation mourning and the superego, Psychoanalytic Quart 1962. 31: 483-504.
63. Mahler, S. M. Sadness and grief in early childhood. Psychoanalytic study of the child. - 1961. 16: 332-352.
64. _____, The psychological birth of human infant Basic Books. Publishers. New York. - - 1975.

65. Mahler, S. M. On human symbiosis and the viscissitudes of individuation. International University Press. New York. 1968.
66. Malinowski, B. Magic science and religion and other essays. Boston Mass. Beacon Press. 1948
Citado por Bowlby, J. en su libro Attachment and Loss. Vol. III. Capítulo 8 , -
mourning and other cultures. Basic Book Inc. Publishers. New York. 1980.
67. Malmquist, C. Depression in Childhood and adolescent. -
New England Journal of Medicine, 1971. -
Part, II, 284-955.
68. Mc Donald, M. A study of tne reaction of nursery school children to the death of a child's mother
Psychoanalytic study of the child. 1966.
19: 358-375.
69. Meiss, M. L. The oedipical problem of the fatherless child. Psychoanalytic study of the child. 1952. 7: 216-223.
70. Melges, T. F. Grief resolution therapy. Reliving. -
De Maso, R.D. - revising and revisting.. American Journal of psychotherapy. 1980. Vol. 34.
Num. 1 :51-60.
71. Miller, M. B. Children's reaction to the death of a -
parent. A review of the psychoanalytic
literature. The Journal of the American Psychoanalytic Association. 1971. Vol.19
Number 4: 697-719.
72. Nagera, H. Children's reaction to the death of impor-
tant objects. Psychoanalytic study of the
child. 1970. 25: 360-398.
73. Naubauer, P. B. The one parent child and his oedipical
problem. Psychoanalytic study of the -
child. 1960. 15: 286-309.

74. Newman, J. Schawan, J. The fatherless child. Basic handbook of child psychiatry. Chapter. 38. Vol. I, Publishers, New York. 1979.
75. Orbach, I. Glaubman, H. The concept of death and suicidal behavior in young children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1979, Vol. 18, Number 4: 668-678.
76. Paznasky, E. Childhood depression: clinical characteristics of overtly children. Archives of general psychiatry. 1970, 23: 8-15.
77. Phillips, I. Childhood depression. Interpersonal reactions and depressive phenomena. American Journal of psychiatry. 1979. 136: 511-515.
78. Pollock, G. H. Mourning and adaptation. International Journal of psychoanalysis. 1961. 42: 341-361.
79. Poznasky, O. P. Childhood depression. Journal of the American Academy of child psychiatry. Vol. 15. Number 3: 491-500.
80. Rado, S. The problem of melancholia. International Journal of psychoanalysis. 1928b. 9:420-428.
81. Rochlin, G. Loss and restitution. Psychoanalytic study of the child. 1953. 8:288-309.
82. _____, How younger children view death and themselves. In E. A. Grollman (ed) Explaining death to children. Boston, Beacon, 1967.
83. Rosenthal, A. P. Short term family therapy and pathological grief reaction. Family process 1980. Vol. 19: 151-159.
84. Rutter, M. Children of sick parents. London Oxford -

University Press. 1966. Citado por Bowlby, J. en su libro Attachment and loss. Vol. III. Capitulo 17, Childhood bereavement and psychiatry disorders. Basic Books Inc. Publishers. New York. 1980.

85. Sandler, J. Notes on childhood depression. International Joffe, W. Journal of Psychoanalysis. 1965, 46: 88-96.
86. Scharl, A. Regression and restitution in object loss. Psychoanalytic Study of the child. 1961. 16: 471-479.
87. Schmale, H. A. A genetic view of affects. Psychoanalytic study of the child. 1964. 19: 287-309.
88. Scotland, A. Early parental death and psychiatry - -
Birtchnell, J. diagnosis. Social Psychiatry, 1972. 7: 202-210.
89. Shambaug, E. A study of loss reaction in a seven year old boy. Psychoanalytic study of the child 1961. 17: 510-521.
90. Shepherd, D. M: The aftermath of parental suicide for children. British Journal of Psychiatry 1976. 12: 267-276.
91. Spitz, R. El Primer año de la vida del Niño. Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica. México, D. F. 1969.
92. _____, Anaclitic depression. Psychoanalytic study - of the child, 1946. 2: 313-342.
93. _____, Hospitalism. An inquiry of psychiatry conditions in early childhood. Psychoanalytic study of the child. 1945. 1: 53:74.
94. Stein, M. The child in group foster care. Journal of

the American Academy of child psychiatry.
1980. Vol. 19: Number 1: 90-100.

95. Welner, Z. Childhood depression. An overview. Journal of nervous and mental disease. 1978. Vol. 166. 8: 588-593.
96. Winnicott, D. W. Transitional objects and transitional phenomena. Collected papers London - Tavistock. 1958. Citado por Miller, M. B. en su artículo Children's reaction to the death of important objects. A review of the psychoanalytic literature. The journal of the American Psychoanalytic Association. 1971. Vol. 19. Number 4: 697-719.
97. Wolfenstein, M. How is mourning possible. Psychoanalytic study of the child, 1966. 21: 98-123.
98. _____, Loss, rage and repetition. Psychoanalytic study of the child. 1969. 24: 432-460.