

# Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar. Un espacio para el Trabajo Social

Psychosocial effects on children and teenagers  
due to a situation of family mourning.  
A social work circumstance

**Irene Casadó Cardil<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-2738-1793

---

Recepción: 10/06/21. Revisión: 22/07/21. Aceptación: 29/10/21

---

**Para citar:** Casadó Cardil, I. (2021). Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar. Un espacio para el Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 221, 69-88. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.04>

---

## Resumen

La muerte de un miembro de la familia es un factor estresor muy importante que afecta a la estructura familiar y a su equilibrio respecto a la dinámica funcional de esta. Puede provocar consecuencias muy distintas en cada uno de los miembros de la familia extensa, así como interferir en la evolución típica de sus miembros.

El presente artículo trata sobre la experiencia del duelo familiar desde el punto de vista de los niños y adolescentes, haciendo especial énfasis en los efectos psicosociales que se pueden observar en su desarrollo tras la pérdida. Se destacan las formas de intervención desde el Trabajo Social con los niños y adolescentes para volver a restablecer el equilibrio familiar y evitar consecuencias negativas en su vida inmediata y futura, así como el papel que el Trabajo Social desempeña.

---

**Palabras clave:** Trabajo Social, Trabajo Social sanitario, duelo, sistema familiar, crisis.

---

1 Trabajadora social del proyecto de acompañamiento sociolaboral a personas migradas de la Fundació Guné. irenecasadocardil@gmail.com

---

## Abstract

The death of a relative is a major stressor that affects the family balance and its structure in terms of its functional dynamics and, indeed, it may trigger very different consequences on each of the members of the extended family, as well as impacting their normal development.

This paper addresses the experience of family grief from the standpoint of children and teenagers, with particular emphasis on the psychosocial effects that may be observed in their development in the aftermath of their loss. It highlights the types of social work intervention conducted involving these children and teenagers in order to restore the family balance and prevent negative impacts on their immediate and future lives. The article also describes the role that social work plays.

---

**Keywords:** Social work, social healthcare work, grief, family system, crisis.

## 1. Introducción y planteamiento teórico

La familia es un elemento determinante en el desarrollo de las personas y tiene diferentes funciones, entre las que destacan la función interna de protección biopsicosocial de sus miembros y la función externa de acomodación y transmisión de la cultura.

La familia tiene como objetivo ofrecer seguridad emocional y económica, generar patrones de comportamiento sanos, facilitar la adaptación a los cambios, superar conflictos, satisfacer necesidades, conseguir una emancipación positiva y establecer pautas y normas de convivencia familiar y social adecuadas (Ponce de León Romero y Fernández García, 2008, p.141).

Durante el desarrollo familiar han de superarse una serie de etapas en las que pueden ocurrir acontecimientos desestabilizantes del equilibrio familiar y que conducen a la familia entre periodos de estabilidad y periodos de cambio. También ocurren hechos accidentales que no tienen que ver con estas etapas y que generan crisis no transitorias (Herrera Santi, 2012), siendo la muerte de uno de sus integrantes uno de estos acontecimientos. La muerte de un miembro de la familia nuclear es un factor estresor que afecta al equilibrio y a la funcionalidad de la familia y que puede provocar efectos psicosociales en los niños y adolescentes cuando la persona que fallece es uno de los progenitores.

La investigación que se expone en este artículo pretende profundizar sobre estos efectos, sobre la forma de intervención para volver a restaurar el equilibrio perdido y evitar la aparición de un duelo patológico, así como sobre el papel que juega el Trabajo Social y su metodología durante la intervención ante estas situaciones, centrando el foco de atención en la población infantil y adolescente.

### **Crisis y estresores familiares. Factores de riesgo y familias disfuncionales**

Las situaciones de riesgo familiar suelen derivarse de una crisis o de un conflicto acontecido como puede ser la enfermedad o muerte de alguno de sus miembros, una situación laboral precaria, vivir en entornos desfavorecidos o tener una situación de ilegalidad en el país, entre otras (Martínez et al., 2015).

Cuando se habla de la disfuncionalidad de la familia se hace referencia a familias que no pueden solucionar los problemas que surgen durante su desarrollo y cuyos miembros no cumplen con las funciones del sistema familiar (Ponce de León Romero y Fernández García, 2008). Así, la familia funcional es capaz de redefinir las demandas del entorno para adaptarse y seguir evolucionando y así poder buscar soluciones y superar las crisis. Por otro lado, las familias disfuncionales tienen una dinámica relacional en la que las estrategias de resolución son muy poco efectivas, se culpabiliza a algún miembro de la familia como foco del problema o incluso se llega a negar. La capacidad que tenga la familia es un elemento básico a la hora

de afrontar las situaciones que pueden desestabilizar el sistema incluso a la hora de buscar ayuda en recursos externos.

La familia genera sus propios recursos para adaptarse y emerger de la crisis de forma eficaz y lo menos traumática posible. Es por ello por lo que hay que tener en cuenta estos recursos familiares al hacer un análisis holístico de la afectación que puedan generar los acontecimientos familiares en la salud familiar (Herrera Santi, 2012). Las familias funcionales cuentan con mayores recursos como son organización, apoyos externos, comunicación entre sus miembros o roles bien definidos, entre otros. Además, el subsistema parental desempeña un papel clave en este proceso, por lo que la ausencia de uno de sus miembros puede provocar una situación de alto riesgo (Cánovas et al., 2014).

### **Características del duelo en la infancia y adolescencia**

El duelo puede presentarse de diferentes formas: el duelo funcional, en el que las personas se ajustan y adaptan a la pérdida, el duelo complicado o patológico, en el que el proceso no empieza o se detiene en alguna de sus fases. En este sentido, según la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales—DSM-5—* (American Psychiatric Association, 2014), el duelo es un estresor de suficiente entidad como para desencadenar un episodio depresivo mayor en una persona vulnerable, definiéndose, este tipo de estados, como “trastorno por duelo persistente”. También existe el duelo anticipatorio, que suele darse en casos de enfermedad grave y que se produce en el momento del diagnóstico y, por último, el duelo aplazado, que se da, sobre todo, en adolescentes que deciden retrasar el duelo.

Los duelos del adulto, del adolescente y del niño presentan importantes diferencias dado el carácter evolutivo del fenómeno. Lewis (citado en De Hoyos López, 2015) afirma que la mayoría de los niños perderán a alguno de sus abuelos a lo largo de su infancia y hasta el 3,5-4% a uno de sus progenitores o hermanos, según las estadísticas a escala mundial.

Se pueden observar tres etapas diferentes en las que las vivencias del duelo son lo suficientemente homogéneas: niños de 6 años, de 6 a 12 años y adolescentes (Colegio de Médicos de Bizkaia, 2017).

En la primera de ellas, hasta los 6 años, los niños no entienden la idea de universalidad de la muerte, piensan que sus seres queridos y ellos mismos vivirán para siempre y no comprenden que la muerte es irreversible. Creen que el cuerpo del fallecido de alguna forma sigue funcionando y predomina un sentimiento “mágico” que permite que esa persona fallecida vuelva si lo desean con todas sus fuerzas. Este pensamiento “mágico” puede ser determinante de los sentimientos de culpa que pueden surgir en estas edades. La muerte se relaciona con la vejez y con la enfermedad y, cuando ocurre, la omnipotencia del adulto se rompe y se activan y actualizan antiguos terrores (miedo a la oscuridad, angustia por separación, etc.). También son características la gran curiosidad que tienen y la gran cantidad de preguntas que hacen.

Los síntomas de alerta de que el duelo se está complicando son llantos constantes, incapacidad para realizar cosas que se hacían de forma autónoma, ansiedad por separación que no cesa, síntomas de depresión, negativa a comer, miedos incapacitantes, insomnio prolongado y pesadillas recurrentes.

De los 6 a los 12 años se cuestionan la muerte, aunque no se da una aceptación de la propia muerte. A partir de los 7 años ya tienen claro que el cuerpo no funciona y que la muerte es irreversible y desaparece el pensamiento “mágico”. Siguen manteniendo una enorme curiosidad y la necesidad de razonarlo todo, siendo su grupo de amistades fundamental y angustiándose por miedo a que se les estigmatice.

Los síntomas de alerta de que el duelo se está complicando son aislamiento familiar y social extremo, aparente anestesia emocional, excesiva responsabilidad o colaboración tras el fallecimiento, síntomas de ansiedad que no cesan, malhumor constante, bajada drástica de actividad y rendimiento escolar, incapacidad para integrarse de nuevo en el ámbito académico, etc.

En los adolescentes, la comprensión de la muerte y la elaboración del duelo es similar a la de los adultos y tienen mucho interés en saber qué sucede tras la muerte. Hay que tener en cuenta que es una etapa de cambios por lo que hay más conflictos con los progenitores, pudiendo darse sentimientos de culpabilidad si ocurre su muerte. Son conscientes de su propia muerte y fantasean con ella, incluso puede aparecer la idea del suicidio. Es frecuente que no se compartan con los adultos las emociones tras la pérdida por no querer mostrarse vulnerables y tienen una preocupación especial en no querer parecer diferentes de su grupo de iguales, al que dan mucha importancia, por lo que a veces renuncian a vivir el duelo.

Los síntomas de alerta de que el duelo se está complicando son irritabilidad, agresividad y cambios de humor extremos, ira incontrolada, pensamientos negativos sobre la muerte, conductas de riesgo, sintomatología depresiva y culpa que no cesa, bajada importante del rendimiento académico, consumo de sustancias adictivas, incapacidad para retomar sus rutinas, asunción de responsabilidades que antes no asumía, etc.

### **El Trabajo Social en la intervención en duelo**

En la mayoría de los casos, la intervención en el duelo desde la disciplina se enmarca dentro del Trabajo Social sanitario. La etapa de la atención al final de la vida comprende tanto la intervención en cuidados paliativos como el proceso ligado a la muerte y el apoyo a la familia durante la enfermedad y el periodo del duelo.

La *Guía de Intervención del Trabajador Sanitario de la Comunidad Valenciana* (Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública, 2012) indica que el diagnóstico social sanitario permite concretar la acción que se realizará con el paciente y su entorno, identificando las situaciones de riesgo social que les afectan y estableciendo un plan de intervención individualizado que se comparte con el equipo multidisciplinar para proporcionar al enfermo y a la familia los apoyos necesarios.

Así, la práctica del Trabajo Social sanitario toma como referente el propio método de Trabajo Social para establecer una metodología (García Ledesma et al., 2015):

- Estudio sociofamiliar que empieza por una investigación y estudio de las distintas áreas de la dimensión sociofamiliar y pretende identificar las variables que condicionan la problemática del paciente y familia y conocer sus expectativas, circunstancias y dificultades sociales. Se realiza a través de entrevistas, observación directa, registro de datos, análisis y valoración de las necesidades y los apoyos sociales.
- Diagnóstico social que es un juicio técnico de la situación-problema y que debe realizarse con un enfoque globalizador e integrador que valore causas, orígenes, circunstancias desencadenantes e interrelaciones. Se identifican situaciones en los órdenes familiares, el apoyo social, familiar y económico.
- Plan de intervención social en el que se establecen objetivos, actividades, grados de actuación, métodos y recursos. Hay dos grupos de acciones diferenciados: tratamiento psicosocial e información y tramitación de recursos. El primero pretende fomentar que ellos mismos sean agentes de su propio cambio y potenciar habilidades necesarias y se realiza a través de entrevistas, principalmente. La tramitación de recursos sirve para facilitar el acceso a los recursos sociales y sociosanitarios y se lleva a cabo informando, asesorando y apoyando en los trámites.

Por todos estos se puede afirmar que la incorporación del trabajador social en un servicio de estas características facilitará profundizar en los todos los ámbitos de la persona, de forma precisa, ajustándose a la realidad.

**Tabla 1.** Ámbitos de influencia del trabajador social en situaciones de final de vida

<b>Equipo</b>	<b>Enfermo y familia</b>	<b>Comunidad</b>	<b>Investigación</b>
Aportación de conocimientos sociales y culturales asociados al proceso de enfermedad.	Atención para mantener la calidad de vida.	Información, sensibilización y optimización de recursos comunitarios.	Aportación de datos para la mejora de la atención global.

Fuente: Instituto Catalán de Oncología (2004).

Durante sus intervenciones, los profesionales necesitan una formación muy específica y el principal objetivo es facilitar la información, ayudar con los asuntos inacabados del fallecido, incrementar la realidad de la pérdida, colaborar en dar una despedida adecuada, facilitar la expresión emocional o ayudar a reajustarse tras la pérdida (Worden, citado en González Calvo, 2006). Las técnicas para alcanzar estos objetivos son la entrevista, la observación, el uso de símbolos, escribir cartas o dibujar,

el *role playing*, etc. Es necesario el conocimiento de la situación familiar y de las necesidades de los niños y adolescentes y del resto de componentes para poder realizar un buen diagnóstico social.

Existen algunos aspectos que hay que tener en cuenta para que la intervención sea lo más adecuada posible, como son: estar sentado al dar malas noticias, suministrar informaciones claras, reconocer que el sufrimiento es natural y que cada persona tiene su ritmo, estar disponible para escuchar sin juzgar, ya que hablar libera el estrés, dar espacio para el silencio y el contacto físico para hacer un acogimiento no verbal (Campos Toledo, 2015).

## 2. Planteamiento metodológico

El objetivo principal es corroborar la hipótesis de que la muerte de una persona de la familia, sobre todo de la familia nuclear, es un factor estresor y desestabilizador en el desarrollo psicosocial de los miembros más jóvenes, ya sean niños o adolescentes.

Los objetivos específicos que se han definido son los siguientes:

- Identificar la muerte familiar como un factor estresor para la funcionalidad familiar y el equilibrio de esta.
- Definir los principales problemas desde el punto de vista psicosocial en los niños y adolescentes.
- Conocer las diferentes formas de afrontar el duelo según el momento evolutivo de la persona.
- Definir la forma de intervención en niños y adolescentes en situación de duelo familiar.
- Conocer cómo se desarrolla la práctica profesional del trabajador social en el ámbito del Trabajo Social sanitario y la intervención en los ámbitos de enfermedad y duelo. Definir la metodología que siguen y las principales técnicas.
- Establecer los ámbitos de mejora para la práctica del Trabajo Social en el proceso del duelo a escala familiar.

En cuanto a la metodología utilizada para alcanzar el objetivo, se ha trabajado con dos técnicas diferentes: la revisión bibliográfica y la entrevista. Ambos métodos forman parte de la investigación cualitativa, que tiene como objetivo identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica. Se centra en la fenomenología y la comprensión, es subjetiva, exploratoria, inductiva y descriptiva. Además, está orientada al proceso, es holista y trata la realidad como un fenómeno dinámico. Por el contrario, la investigación cuantitativa determina la correlación entre variables, la generalización y la objetivación de los resultados. Cabe destacar que en la investigación cualitativa los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan en las personas objeto de estudio y valoran todas las perspectivas, siendo todos los posibles escenarios dignos de estudio.

### **Revisión bibliográfica**

Este instrumento de análisis se compone, principalmente, de dos elementos: los documentos elegidos para la revisión, que en este caso han sido libros, artículos de revistas científicas, actas de diferentes congresos específicos sobre la disciplina y tesis doctorales y, por otra parte, el resultado del análisis de todos ellos. En este proceso hay que tener en cuenta los diferentes tipos de documentos con los que se puede trabajar: los primarios, que son originales y transmiten información directa; los secundarios, que ofrecen descripciones de los primarios; y, finalmente, los terciarios, que sintetizan los primarios y secundarios (Pedraz, 2004). En el caso de esta investigación se han utilizado, principalmente, primarios y terciarios (como es el caso de directorios de bases de datos, por ejemplo).

Dentro del proceso de investigación, la revisión de la bibliografía se encuentra, inicialmente, en el proceso de justificación de la investigación para mostrar cuáles son las metas, los objetivos, el alcance y la exposición de motivos que fundamentan la investigación. Del mismo modo, la revisión también incluye una exploración de la metodología utilizada para poder contestar la pregunta de investigación, y aporta una fundamentación para los enfoques metodológicos y diseños de investigación utilizados.

### **Entrevista**

La entrevista nos permite recoger información sobre los hechos y aspectos subjetivos de las personas y conocer su opinión en relación con estos hechos.

La entrevista forma parte de las técnicas de investigación social cualitativa, cuya función es interpretar los motivos profundos que tienen los agentes a la hora de actuar o presentar de determinado modo con respecto a distintos problemas sociales. Para ello, a través de una serie de preguntas estructuradas y un contacto directo, el entrevistador interpreta los aspectos más significativos y diferenciales de los entrevistados (Taguenca Belmonte y Vega Budar, 2012, p. 60).

### **Muestra**

Tal como afirman Gutiérrez y del Val (citado en Gallego y Tomás, 2016), una entrevista como las que se presentan en este estudio se realiza sobre un panel de informantes reducido que es representativo, cuantitativa y cualitativamente, de la población que deseamos observar. Se ha comenzado haciendo un diseño teórico de los sujetos a entrevistar que en la mayoría de los casos pretende ser un reflejo de los sectores sociales relevantes para el objeto de estudio.

Esta investigación se ha realizado con un muestreo integrado por 18 profesionales de la intervención en situaciones de duelo en diferentes puntos de España. Sus perfiles son, principalmente: trabajadores sociales de centros hospitalarios o de entidades que trabajan con enfermedades graves, psicólogos expertos en duelo y académicos que han desarrollado una intensa carrera como autores de diferentes publicaciones y docentes de formación especializada en el tema. Los profesionales participantes

ejercen principalmente en unidades de cuidados paliativos de diferentes entes públicos y privados, asociaciones de enfermedades crónicas, grupos de duelo, gabinetes de psicología especializados y universidades de distintos puntos del territorio.

La búsqueda de estos se ha llevado a cabo a partir de directorios de grupos de duelo, de hospitales y también a través de los autores de las obras referenciadas en la bibliografía. De los 35 contactos iniciales seleccionados para hacer la entrevista se ha llevado a cabo con 18 de ellos, siendo los perfiles de los entrevistados los siguientes:

- 8 trabajadores sociales pertenecientes al ámbito hospitalario o a asociaciones que trabajan con enfermedades graves y terminales.
- 9 psicólogos expertos en procesos de duelo de los cuales 4 podemos catalogarlos como profesionales reconocidos a escala estatal por la cantidad de profesionales que se han referido a ellos, el volumen de bibliografía publicada y por ser referentes en el ámbito académico.
- 1 educadora social que ha hecho varios trabajos y publicaciones en este ámbito específico.

**Tabla 2.** Composición de la muestra

Entrevistado	Ocupación y competencias	Años de experiencia duelo familiar
E1	Terapeuta de duelo en un hospital de referencia	6 años
E2	Trabajadora social en asociación oncológica referente a escala nacional	5 años
E3	Psicóloga en asociación oncológica referente a escala nacional	12 años
E4	Psicóloga de equipo de cuidados paliativos en hospital de referencia	5 años
E5	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	20 años
E6	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	10 años
E7	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	12 años
E8	Trabajadora social en asociación oncológica referente a escala nacional (coordinadora del equipo social)	10 años
E9	Trabajadora social en hospital de referencia	13 años
E10	Docente especializada en duelo infantil y juvenil y autora de varios estudios sobre el tema	20 años
E11	Coordinador departamento de Trabajo Social en hospital de referencia	6 años
E12	Psicopedagoga y docente especializada en duelo infantil y juvenil	15 años
E13	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	12 años

## A fondo

Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar.  
Un espacio para el Trabajo Social

E14	Psicóloga especializada en duelo infantil y juvenil y autora de varios estudios sobre el tema	20 años
E15	Trabajador social sector público y autor de varios estudios sobre el tema	5 años
E16	Educadora social especializada en jóvenes y adolescentes	3 años
E17	Trabajadora social en institución sanitaria oncológica de referencia	20 años
E18	Trabajadora social sanitaria, docente e investigadora	13 años

Fuente: Elaboración propia.

### Instrumentos

Se ha utilizado la técnica de entrevista individual de tipo estructurada y con una duración aproximada de 30-45 minutos cada una.

Siendo la psicología y el Trabajo Social especialidades e intervenciones muy diferentes entre sí, se han elaborado dos tipologías diferentes de entrevista (en los «Anexos» se incluyen los dos guiones), una para cada tipo de profesional, con las que se pretende cumplir con la verificación de la hipótesis y de todos los objetivos específicos. Es por ello que en el proceso de redacción de las entrevistas se ha elaborado cada pregunta buscando su correlación con los objetivos a alcanzar. En todo momento se ha trabajado para mantener la confidencialidad de los sujetos entrevistados informándoles sobre la finalidad del estudio y garantizando su anonimato.

### Análisis

Para identificar los resultados se ha realizado un análisis cualitativo de los datos obtenidos en las entrevistas a profesionales del ámbito, tanto psicólogos como trabajadores sociales, basado en el método de comparación constante creado en 1967 por los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss y que ha sido perfeccionado por otros a lo largo del tiempo. Según Samter (2012), este método permite descubrir conocimiento a través de la generación de categorías de conceptos que surgen a partir de la evidencia empírica. Así, se ha podido realizar un diálogo entre los resultados y la literatura actualizada en sobre el tema.

En este caso, y tras haber estudiado los registros a través de la lectura y la realización de una tabla para unificarlos, se han identificado los siguientes temas emergentes:

1. La muerte como estresor que afecta a la estructura y al equilibrio familiar.
2. Principales problemáticas en niños y adolescentes.
3. Diferencias principales en el proceso de duelo entre los niños y adolescentes, y las personas adultas.
4. Formas de intervención con niños y adolescentes.
5. La figura del trabajador social.
6. Ámbitos de mejora.

### 3. Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en cada uno de los temas.

#### **La muerte como estresor que afecta a la estructura y al equilibrio familiar**

Se puede afirmar que en la mayoría de los casos la muerte de un miembro de la familia nuclear representa un estresor importante para la familia y, más concretamente, para los niños y adolescentes. A parte del significado de la pérdida, hay muchas adaptaciones que la familia tiene que hacer en cuanto a horarios, estructura, asunción de responsabilidades, organización académica, económica, etc., debiendo estructurarse de nuevo desde una perspectiva nueva de familia, reformular y delimitar los papeles y las funciones. La familia, como entidad viva, pasa por diferentes etapas vitales durante el proceso de enfermedad de uno de sus miembros, pudiendo desestabilizar su funcionamiento, creando situaciones de crisis vitales, estresantes y provocando modificaciones en su sistema interno y en los roles y funciones de cada uno de ellos.

*La muerte puede ser un estresor, ya que la familia es un sistema vivo y dinámico que tiene diferentes etapas en su ciclo vital y un proceso de enfermedad o muerte puede provocar modificaciones en su sistema interno y en sus roles y funciones (E6, 10 años de experiencia).*

A pesar de que parece existir un consenso sobre la naturaleza de la muerte como estresor familiar, una parte de los entrevistados conviene que lo será en mayor o menor medida dependiendo de algunos factores clave: cómo el adulto de referencia gestiona el duelo, la forma en que gestionan el proceso con el niño o adolescente y la relación o vínculo que les unía.

Los niños y adolescentes no tienen la experiencia previa con el tema de la muerte, por lo que ellos harán lo que haga el adulto de referencia. Por ejemplo, si se puede hablar de forma natural del tema aprenderá que es algo natural y hablará de forma natural, pero si se evita el tema, tampoco hablará y es cuando hay riesgo de que el proceso se complique. Es importante transitar el dolor y se tiene que ayudar a los niños y adolescentes a que sepan identificar lo que sienten y poderlo expresar y regular de forma adecuada, siendo muy importante la educación emocional recibida. En la mayoría de los casos han recomendado que el trabajo se realice con el adulto de referencia a no ser que el niño o adolescente presente síntomas graves o persistentes.

#### **Problemas o efectos desde el punto de vista psicosocial en los niños y adolescentes**

Un punto clave es especificar y valorar la edad biológica del niño o adolescente, ya que el concepto de muerte no es el mismo desde el punto de vista evolutivo y será un aspecto a tener en cuenta para la intervención del profesional. En edades hasta los 7-8 años, es posible que se den cambios en el ciclo del sueño y en el descanso, en las rutinas fisiológicas,

el apetito, mayor irascibilidad y las denominadas “rabiets” e incluso que aparezcan cuadros psicossomáticos como dolor de cabeza, de estómago, etc. Siempre y cuando no se alarguen en el tiempo y no sean muy intensos, puede considerarse dentro de la normalidad.

*En el caso de los niños pequeños y de niños hasta 7 años, es muy posible que, si no se le explica bien y de forma clara, pueda desarrollar sentimientos de que ha sido abandonado, de inseguridad, de rabia y de decepción que pueden repercutirle en muchos ámbitos de su vida (E17, 20 años de experiencia).*

En cuanto a los adolescentes, la pérdida puede afectar al rendimiento en la escuela, que bajen las notas, que pierdan las ganas de ir. También se observan conductas más irascibles, más frágiles, la adopción de conductas de riesgo y la asunción, en muchos casos, de responsabilidades que no les corresponden por su edad.

*En el caso de los adolescentes, la pérdida se añade al propio proceso vital que están teniendo, que puede ser complicado, por lo que hay más factores de riesgo como son el consumo excesivo de videojuegos, alcohol, tabaquismo, sexo sin precauciones, etc. (E3, 12 años de experiencia).*

### **Diferencias principales en el proceso de duelo entre los niños y adolescentes y los adultos**

La mayoría de los expertos coinciden en que el duelo infantil se considera un duelo desautorizado, que son muy pequeños para afrontarlo y les evitan y ocultan lo que envuelve la muerte, de modo que complican el proceso, por lo que muchas veces pasa sin notarse en la infancia y es en la adolescencia cuando aparecen trastornos de ansiedad, comportamientos de riesgo o alguna depresión debido a que la pérdida no está trabajada. En cambio, el adulto tiene más conciencia de cómo se vive el proceso y facilidad para identificar las emociones que están presentes. Además, lo normal es que cuente con más recursos para gestionar las emociones que siente.

*El adulto tiene, a priori, muchos más mecanismos de afrontamiento que los niños y adolescentes y más opciones, como por ejemplo poder pedir ayuda o desconectar haciendo algo que le gusta cuando se siente mal, entre otros (E6, 10 años de experiencia).*

También convienen en que existen muchos mitos acerca de cómo viven la pérdida los niños y adolescentes que dificultan el camino haciendo que los adultos tiendan a sobreprotegerles y a no dejarles participar en el proceso de despedida, rituales o ni siquiera en las conversaciones sobre la persona fallecida.

### **Formas de intervención con niños y adolescentes ante la pérdida familiar**

Se debe realizar un abordaje integral de la situación con todos los miembros que forman la familia durante todo el proceso de adaptación a la enfermedad, desde el momento del diagnóstico (con el consecuente primer proceso de duelo que es la pérdida de la salud), hasta la intervención en los procesos de anticipación al duelo en situaciones en las que el pronóstico indica la próxima muerte del paciente. Uno de los aspectos

más importantes en este momento es la detección de factores de riesgo de duelo complicado, por lo que los profesionales deben tenerlo presente y hacer las derivaciones pertinentes. Posterior a la muerte del paciente se debe intervenir en los procesos de duelo de los familiares que pasan a ser dolientes a través de entrevistas o llamadas posteriores. En el caso de existir niños o adolescentes a cargo, es muy importante incidir sobre una serie de cuestiones en concreto. En caso de detectar un síntoma de que niños y adolescentes pueden tener un duelo complicado se pueden realizar sesiones grupales en grupos de duelo, sesiones individuales en las que se les ayude a expresarse a través de dibujos, cuentos, relatos, etc.

*Lo que mejor funciona son los grupos de duelo para niños y adolescentes, que están separados, ya que, sobre todo los últimos, sienten que están con un grupo de iguales en la misma situación y eso les ayuda a abrirse (E1, 6 años de experiencia).*

En este sentido, ha sido muy importante la creación de recursos específicos a partir del trabajador social sanitario para atender este tipo de situaciones.

### **La figura del trabajador social en la intervención con niños y adolescentes en situación de duelo familiar**

Desde el Trabajo Social se acompaña a la familia desde una perspectiva biopsicosocial, empezando con una primera entrevista o llamada. Es en esa exploración donde se estudian y se valoran las necesidades psicosociales del paciente y de su contexto familiar. Para mejorar la calidad de vida del paciente y de su sistema familiar más cercano, la situación debe abordarse teniendo en cuenta todas las dimensiones (física, emocional, social, económica, relacional, espiritual, etc.) para dar respuesta a todas las necesidades y problemáticas que se den.

*Como principio, el Trabajo Social tiene como objetivo la consecución del bienestar de las personas, e intervenir en los procesos de duelo es una forma de contribuir al logro de ese objetivo (E15, 5 años de experiencia).*

Hay que destacar la importancia que el Trabajo Social juega en los equipos de profesionales que atienden al paciente y a su familia y destacan que es básico que existan buenas herramientas de coordinación entre unos y otros para evitar duplicidades y abordar la problemática de la forma más integral posible.

*Siempre que haya un equipo estable, la presencia del trabajador social sanitario resulta crucial interna y externamente. Las razones son de principios: celeridad, economía, flexibilidad... Pero también porque la familia siente el apoyo profesional desde la verdad, no desde la retórica. El problema se da cuando el trabajador social sanitario acude a demanda y no forma parte del equipo (E18, 13 años de experiencia).*

Sin embargo, algunas aportaciones de los entrevistados se refieren a la labor excesivamente burocrática que se realiza desde el Trabajo Social como mero tramitador de prestaciones o ayuda en las gestiones posteriores a la muerte.

*Como trabajadora social, una gran parte de mi tiempo lo dedico a la tramitación de ayudas económicas puntuales o ayuda con los trámites para el funeral, información sobre posibles prestaciones, etc. Me gustaría poder intervenir más a largo plazo con esa familia en dificultades (E2, 5 años de experiencia).*

Para concluir este punto, se puede afirmar que la figura del trabajador social en los procesos de final de la vida y duelo es una pieza clave para el paciente y la familia a través de una intervención profesional específica que solo puede desarrollar un profesional que esté cualificado y formado para ello. En este caso, será el trabajador social sanitario el referente sobre el que recaerá la intervención. Para continuar evidenciando las ventajas de la intervención se tiene que seguir trabajando en la investigación, que en los últimos años ha sido una de las claves que ha permitido poder mostrar con resultados los beneficios que aporta esta figura profesional.

### **Ámbitos de mejora para la intervención**

Existen varios aspectos mejorables, como la ratio de trabajadores sociales por hospital, que es muy bajo (además la figura no está presente en todos) o el reforzamiento en atención primaria con especialistas. También la creación de una modalidad de baja laboral reconocida en estos casos, así como la implementación del principio de universalidad en el sistema sanitario en relación con estas situaciones, ya que no hay una cobertura universal y cualquier persona en esta situación debería poder acceder de forma gratuita a los recursos pertinentes.

*El acompañamiento en el duelo no está reconocido como recurso en el sistema de salud, por lo que no hay una cobertura universal y ni tan siquiera existe un motivo de baja médica que sea el del duelo, solo tienes 4 días (E1, 6 años de experiencia).*

También son necesarias soluciones para casos de muerte repentina en la que el paciente no ha estado institucionalizado y no está dentro del ámbito de ninguna institución.

*Siempre tienes la sensación de ser un apagafuegos, solo hay entrada en los recursos cuando se da una situación límite o hay una larga enfermedad detrás, si no, la persona, está desamparada (E3, 10 años de experiencia).*

Otro aspecto que muchos profesionales han destacado es la importancia de la escuela y el sistema educativo para que se implemente formación para los profesores y también en los estudios de grado, tanto en los de Trabajo Social como en los de psicología o pedagogía. Por último, en algún caso apuntan a los desequilibrios territoriales que se dan en cuanto a los recursos y a la dificultad de conocerlos todos, por lo que deberían existir directorios en cada centro de salud, hospital, tanatorio, consulta psicológica, etc. A pesar de lo anteriormente expuesto, existen muchas opiniones afirmando que sí que hay recursos de calidad, pero no se conocen.

*Considero que sí existen bastantes recursos pero que no están visibilizados y ni los profesionales ni el público en general los conocen ya*

*que no forman parte del Sistema Nacional de Salud y además el tema sigue siendo algo tabú (E3, 12 años de experiencia).*

## 4. Discusión

Y ya, para finalizar, se presentan las conclusiones más importantes a las que se ha llegado con los datos obtenidos contrastando los resultados de las entrevistas con el discurso teórico existente sobre el tema.

- Existe un discurso homogéneo y un consenso elevado acerca de las consecuencias que tiene la muerte de uno de los progenitores, tanto emocional como socialmente. Como ya apuntaba Herrera Santi (2012) y se ha demostrado con la investigación, la muerte de un miembro de la familia extensa afectará a la realización de las funciones familiares y propiciará un cambio en la estructura, necesitando una readaptación y una aceptación ante la pérdida de la relación que tenía con la persona fallecida. El nivel de estrés puede variar en función del entorno familiar o social, el proceso de duelo que lleven a cabo y de la relación que se mantenía con la persona fallecida.
- Por otro lado, hay una visión unánime acerca de cómo se trata el duelo de los niños y adolescentes y cómo sigue siendo un tema tabú en el que se tiende a la sobreprotección y a la ocultación de los sentimientos y de las circunstancias. Apuntan a que los comportamientos típicos siguen siendo: no dejarle participar en los rituales ni en las conversaciones, esconderle la realidad o no ser claros con ellos. Los profesionales se encuentran día a día con falsas creencias relacionadas con el duelo de los niños y adolescentes que deslegitiman su proceso.
- Contrastando las entrevistas y la base teórica se constatan las diferentes formas de afrontar el duelo según la etapa evolutiva del niño, ya que el duelo se afronta o transita de forma diferente según el momento evolutivo en el que se encuentre la persona. Es normal que los niños más pequeños pasen de estados de tristeza a estados de alegría de forma brusca y que sus expresiones no sean siempre de sufrimiento, ya que si bien son capaces de experimentar el malestar, no saben ponerle nombre, tienen la línea entre la ficción y la realidad no muy clara ni definida. En el caso de los adolescentes, el hecho de encontrarse en un momento de muchos cambios bruscos en los ámbitos físico y emocional y de tener un mayor acceso a comportamientos de riesgo (drogas, alcohol, etc.) puede complicarles aún más el proceso de duelo.
- No existen, ni en la esfera pública ni en la privada, suficientes recursos para tratar temas de pérdida familiar, ni siquiera en el ámbito de los cuidados paliativos. Además, casi la mitad de la población no tiene acceso a este tipo de recursos ya que

solo los hospitales de referencia cuentan con ellos. También se debería incrementar y protocolarizar la asistencia en estos casos en el Sistema Nacional de Salud, sobre todo en la Atención Primaria, con formación específica, así como en el ámbito educativo para que el profesorado pueda acompañar a los alumnos que se encuentran en esta situación. Teniendo en cuenta la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 2006) en sus artículos 12 y 24, queda patente que el estado no dispone de recursos ni profesionales para garantizar a los niños y adolescentes los apoyos ni servicios necesarios ante una situación de estas características.

- El papel del trabajador social sanitario y su intervención en enfermedad y duelo no tienen un reconocimiento ni un espacio plenamente definido, ya que hay muchos aspectos que deben mejorarse, aunque sí tiene una metodología y unos roles definidos. Hay deficiencia de profesionales en la mayor parte de equipos que atiende estas situaciones (solo en un 50% de los casos existe la figura) y ni siquiera lo suelen hacer a jornada completa. Además, es un campo poco estudiado desde la perspectiva de la intervención social, al menos en comparación con la sanitaria o psicológica. Por ello se puede explicar la poca presencia que tienen estos profesionales en las intervenciones y en los recursos específicos existentes y también la excesiva burocratización de la práctica (gestión de prestaciones, tramitación, expedientes, etc.).
- La temática no tiene ninguna presencia en los estudios del Grado en Trabajo Social ni en formaciones de postgrado o máster, solo puede accederse a través de cursos muy específicos. Se demanda que esté presente, además, en los estudios de disciplinas como la de educación o pedagogía para así poder realizar un acompañamiento de los niños y adolescentes desde los centros educativos.
- Durante la intervención desde el Trabajo Social, existe poca profundidad y seguimiento de los casos una vez la persona ha fallecido. En los casos de enfermedad, la intervención se centra casi exclusivamente en el paciente y no en la familia, y una vez se ha producido el desenlace se centra, en la mayoría de las veces, en una llamada pasadas unas semanas.

A partir del estudio realizado se han identificado una serie de posibles líneas de investigación que se podrían desarrollar en un futuro para aportar un mayor conocimiento sobre el tema, así como ideas sobre cómo mejorar la intervención.

Los principales ámbitos de análisis serían: la adolescencia y los factores de riesgo ligados al momento evolutivo en el que se encuentra el joven, los recursos específicos para niños en edades de preescolar (0 a 6 años) para afrontar una muerte familiar y que sean adecuados a sus

capacidades e intereses o el rol del padre y de la madre dentro de la familia nuclear, ya que, como han apuntado algunos entrevistados, siguen representando papeles diferentes y esto tiene una influencia a la hora de afrontar la muerte de uno de ellos.

En cuanto al papel del trabajador social se podría ampliar la investigación a la figura que ocupa en los hospitales dentro de los equipos de atención al final de la vida y en las unidades de cuidados paliativos, al protocolo de intervención del trabajador social sanitario en casos de final de vida con niños y adolescentes a cargo y también desde los servicios sociales de primera atención en caso de niños y adolescentes en situación de pérdida de un familiar.

Sería interesante conocer más profundamente la forma de abordar el tema en los grados de ciencias sociales como son Trabajo Social, psicología, educación social, o pedagogía, así como las opciones de formación de máster o doctorado.

Para finalizar, y volviendo al rol que tiene el trabajador social en las situaciones de duelo familiar, para poder evidenciar los beneficios que aporta durante la intervención, hay que seguir investigando y construyendo un mayor cuerpo teórico que respalde su intervención y sus beneficios a través de los resultados y de la rigurosidad científica.

## **ANEXOS**

### **Guion de la entrevista para profesionales del ámbito psicológico**

A continuación, se expone el guion de la entrevista a profesionales del ámbito psicológico:

1. Según su experiencia, ¿considera que la muerte de un familiar dentro de la familia nuclear es un estresor para el niño/adolescente? ¿Por qué?
2. ¿Cuáles cree que son los principales efectos o consecuencias en los niños y adolescentes de la pérdida de un miembro de la familia (sobre todo progenitor)? ¿Cómo cree que les puede afectar en su futuro desarrollo y en qué ámbitos existe mayor riesgo?
3. En su opinión, los efectos que comentaba sobre los niños/adolescentes, ¿en qué se diferencian de los que sufre el adulto?
4. ¿Qué efectos o consecuencias tiene sobre la estructura y funcionalidad familiar dicha pérdida? ¿sobre qué aspectos del desarrollo de la familiar es más importante incidir?
5. Según su experiencia, ¿existen recursos suficientes para atender este tipo de situaciones? ¿Cuáles creen que son los principales ámbitos de mejora?

### **Guion de la entrevista en el ámbito del Trabajo Social sanitario**

A continuación, se expone el guion de la entrevista a profesionales del ámbito del Trabajo Social sanitario:

1. En su día a día, ¿cuál es el método o actuaciones dentro del equipo de atención a la familia en casos de enfermedad crónica o terminal? ¿Existe un protocolo de seguimiento posterior una vez se produce el desenlace y la familia abandona el hospital?
2. Según su experiencia en los centros médicos u hospitalarios, ¿cuáles son los recursos más habituales para afrontar este tipo de situaciones? ¿En qué ámbitos de la familia es más importante incidir, existiendo mayor riesgo?
3. ¿Cree que el trabajador social sanitario tiene suficiente presencia en los equipos? ¿Cree que el Trabajo Social es una disciplina relevante que podría ayudar a lograr un mayor impacto en la intervención? ¿Por qué?

¿Qué aspectos de la intervención cree que se podrían mejorar en la atención a las familias?

---

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales (5.ª ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Campos Toledo, L. (2015). El tema del duelo en la práctica del trabajador social. *Trabajo Social*, 17, 239-252.
- Cánovas Leonhardt, P., Sahuquillo Mateo, P., Císcar Cuñat, E., y Martínez Vázquez, C. (2014). Estrategias de intervención socioeducativa con familias: Análisis de la orientación familiar en los servicios especializados de atención a la familia e infancia de la Comunidad Valenciana. *Revista Educación XXI*, 2012(2), 265-288. <https://doi.org/10.5944/educxx1.17.2.11491>
- Colegio de Médicos de Bizkaia. (2017). *Guía sobre el duelo en la infancia y adolescencia*. Recuperado 15 noviembre 2021, de <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-TRATAMIENTO-DUELO.pdf>
- Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública. (2012). *Guía de intervención de Trabajo Social Sanitario*. Generalidad Valenciana. Recuperado 15 noviembre 2021, de <https://studylib.es/doc/6941813/gu%C3%ADa-de-intervenci%C3%B3n-de-trabajo-social-sanitario>
- De Hoyos López, M. (2015). ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños? *Acta Pediátrica Española*, 2015(2), 27-32.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Naciones Unidas. Recuperado 15 noviembre 2021, de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Gallego, C., Tomás, E. (2016). *Introducción a los métodos y técnicas de investigación cualitativa en ciencias sociales*. Capítulo 2. Universidad de Zaragoza.
- García Ledesma, R., Mellado Cabrera, A., Illarramendi Hernández, C., y Pérez Cequera, M. (2015). Uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo: intervención psicoterapéutica en una familia por duelo infantil. *Alternativas en Psicología*, 33, 8-21. <http://www.alternativas.me/22-numero-33-agosto-2015-enero-2016/97-uso-de-tecnicas-con-enfoque-sistémico-narrativo-intervencion-psicoterapeutica-en-una-familia-por-duelo-infantil>
- González Calvo, V. (2006). *Trabajo Social Familiar e intervención en procesos de duelo con familias*. Ponencia presentada en el IV Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, Zaragoza.

- Dialnet. Recuperado 15 noviembre 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002448>
- Herrera Santi, P. (2012). Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Revista Humanidades Médicas*, 2012(2), 184-191. Recuperado 15 noviembre 2021, de <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/89/122>
- Instituto Catalán de Oncología. (2004). *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*. Generalidad de Cataluña. Recuperado 15 noviembre 2021, de [http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc\\_modelo\\_trabajo\\_social\\_at.\\_oncologica.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf)
- Martínez González, M., Álvarez González, B., y Fernández Suárez, A. (2015). *Orientación familiar. Contextos, evaluación e intervención*. Sanz y Torres.
- Pedraz, A. (2004). La revisión bibliográfica. *Nure Investigación*, 2. CCUMA. Recuperado 15 noviembre 2021, de <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEI/DocuI/Revision.pdf>
- Ponce de León Romero, L., y Fernández García, T. (2008). *Trabajo Social con familias*. Alianza Editorial.
- Samter, N. (2012). Método de comparaciones constantes. En J. Paola, P. Danel y R. Manes (Comp.), *Reflexiones en torno al Trabajo Social en el campo gerontológico: Tránsitos, miradas e interrogantes* (p. 137-151). Universidad de Buenos Aires. Recuperado 21 marzo 2021, de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/27629>
- Taguena Belmonte, J., y Vega Budar, M. (2012). Técnicas de investigación social. Las entrevistas abierta y semidirectiva. *Revista de investigación en ciencias sociales y humanidades Nueva Época*, 1(1), 58-94. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado 15 noviembre 2021, de [https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/7465/tecnicas\\_de\\_investigacion\\_social\\_las\\_entrevistas\\_abiertas\\_y\\_semidirectivas.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/7465/tecnicas_de_investigacion_social_las_entrevistas_abiertas_y_semidirectivas.pdf)