



2016

*‘Pérdida Parental en la Infancia
y consecuencias en la edad
adulta’*

**TRABAJO
FIN DE GRADO**

TUTORA:

Mercedes Martínez Marcos

AUTORAS:

Lucía González Mansilla

Macarena Martínez Martínez



4º curso

Grado en Enfermería

ÍNDICE

1) <i>Resumen/ Abstract</i>	(pág. 2)
2) <i>Introducción</i>	(pág. 4)
3) <i>Metodología</i>	(pág. 10)
4) <i>Resultados</i>	(pág. 16)
5) <i>Discusión</i>	(pág. 23)
6) <i>Limitaciones</i>	(pág. 26)
7) <i>Conclusión</i>	(pág. 27)
8) <i>Agradecimientos</i>	(pág. 28)
9) <i>Bibliografía</i>	(pág. 29)
10) <i>Anexos</i>	(pág. 33)

1) RESÚMEN

INTRODUCCIÓN: La muerte parental antes de los dieciocho años es uno de los eventos más estresantes que puede experimentar un niño durante su desarrollo y que puede provocar la aparición de diferentes consecuencias a lo largo de su vida adulta. A pesar de esto, no existen demasiados estudios que abarquen el tema de manera específica y los resultados obtenidos son dispares por la falta de uniformidad en la población escogida y la diversidad de variables estudiadas.

OBJETIVO: Identificar la asociación entre la pérdida de una figura parental en la infancia, antes de los dieciocho años, y la aparición de consecuencias en la edad adulta.

METODOLOGIA: Revisión narrativa. Se utilizaron las bases de datos PubMed, Cochrane Plus, Scielo, CUIDEN, CINALH y PsycInfo. Se realizó una revisión de los artículos publicados en inglés, castellano, francés y portugués de los últimos diez años, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. También se revisaron las referencias de los artículos seleccionados.

RESULTADOS: Se revisaron 14 artículos. Las consecuencias derivadas de la muerte de uno de los padres en la infancia pueden abarcar diferentes áreas de la salud, tanto del hijo en duelo como del cuidador sobreviviente. Los resultados más destacables concernieron al cortisol, que se vio aumentado; al riesgo de aparición de demencia, que supuso el doble de probabilidad de sufrirla; al riesgo de padecer cáncer, que se encontró influido por el desarrollo de depresión y de abuso de sustancias, las cuales fomentan conductas sexuales de riesgo. Y la aparición de problemas mentales, entre los que se identificaron, trastornos depresivos, episodios de autolesión, psicosis, fobias simples y trastornos del pánico.

CONCLUSIONES: El desarrollo de intervenciones previas y posteriores al fallecimiento, así como el comportamiento y la comunicación del padre sobreviviente con el hijo en duelo son una herramienta fundamental para atenuar la aparición de consecuencias de la pérdida a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: Infancia, muerte parental, duelo, desarrollo, edad adulta.

ABSTRACT

BACKGROUND: The parental death before the eighteen years old is one of the most stressful event that a child can experience during his development and provokes the appearance of different consequences along their adult life. Despite this, there are not too many studies that cover the issue in a specific way and the results are mixed because of the lack of uniformity in the target population and the variables studied.

AIM: To identify the relation between the loss of a parental figure during the childhood, before the eighteen years old, and the consequences in the adulthood.

METHODOLOGY: A narrative review. We used the database PubMed, Cochrane Plus, Scielo, CUIDEN, CINALH y PsycInfo. We reviewed articles published in English, Spanish, French and Portuguese in the last ten years, that met the inclusion and exclusion criteria. We also review the references of the selected articles.

RESULTS: We reviewed 14 articles. The consequences of the death of one parent in the childhood can cover different areas of the health, from both the grieving son and the survivor caregiver. The most significant results have concerned the cortisol, which was increased, the risk of the dementia, that supposed the twice of probability to suffer; the risk of cancer, that was influenced by the development of depression and substance abuse which promote sexual risk behaviour. And the emergence of mental problems, like depressive disorders, episodes of self-injury, psychosis, simple phobias and panic disorders.

CONCLUSIONS: The development of the pre and post death interventions as such as the behavior and communication between the parent who survive and the son in grief are fundamental tools to attenuate the consequences of the emergence of long-term loss.

KEY WORDS: Childhood, Parental Death, Grief, Development, Adulthood.

2) INTRODUCCIÓN

Todo el mundo experimenta sentimientos de pérdida a lo largo de su vida, pero la muerte de un ser querido es uno de los acontecimientos más duros y sin comparación, por el vacío y la tristeza que produce. La muerte de un ser querido y el duelo que lo acompaña son diferentes, puesto que cada persona sufre y vive el dolor acorde a su personalidad, su entorno y sus circunstancias personales (1).

La muerte y el duelo son procesos que forman parte del ciclo vital de todo ser humano. Puede ser que este suceso se produzca durante la edad adulta y/o que se produzca de forma prematura en la infancia (2).

Lo común y ‘natural’ es que este proceso se dé cuando la persona se encuentra en la edad adulta o en una edad más madura, y aunque se trate de un duro golpe, en esta etapa la persona ya puede ser capaz de entender y asumir este hecho. Un adulto debe ser capaz de desarrollar un duelo normal cuando fallecen sus padres (3).

En cambio, atravesar este proceso durante la infancia puede ser una de las experiencias más estresantes y traumáticas de la vida de los niños y niñas, pudiendo producir graves secuelas tanto a corto plazo tras la muerte de la figura parental como en los años venideros e incluso en su edad adulta (2).

Los adultos, los niños y adolescentes viven y asumen la muerte de un ser querido de manera distinta. Esto sucede debido a diferentes motivos como, por ejemplo: las personas jóvenes tienen más vida por delante, deben volver al colegio, instituto o universidad, etc. Si la pérdida del ser querido se produce durante una etapa temprana de la vida, estas personas deben volver a la normalidad, puesto que aún tienen vidas que construir y experiencias que vivir (3).

La muerte de un padre o una madre es uno de los procesos más estresantes que se pueden dar en la vida de un niño. La manera en la que un niño o niña sufren una pérdida temprana puede reproducirse posteriormente, es decir, puede volver a desarrollar el duelo en distintas ocasiones durante el resto de su vida. Esta pérdida podría determinar la seguridad con la que el niño ve el mundo y el desarrollo de sus relaciones tanto amistosas como amorosas (4). Las etapas de duelo, descritas por *E. Kübler-Ross*, que toda persona adulta puede atravesar tras la pérdida de un ser querido son:

- **Negación:** esta etapa nos ayuda a anteponernos a la pérdida. Presentamos sentimientos de conmoción, nos sentimos sobrepasados por la situación, no podemos seguir adelante.
- **Ira:** no tiene que ser lógica, simplemente aflora. Puedes sentirte enfadado contigo mismo, con los médicos, con el fallecido, con Dios, con los que te rodean. Este sentimiento se puede repetir a lo largo de todo el duelo.
- **Negociación:** puede ir acompañada de sentimientos de culpa. Tendemos a hacer cualquier cosa para mitigar nuestro dolor.
- **Depresión:** aparecen sentimientos de vacío, sientes que la vida carece de sentido. Es un proceso vital para la superación de la pérdida.
- **Aceptación:** desde el exterior se puede confundir con sensación de acuerdo con el suceso que se ha producido, pero no es así. Las personas en duelo comienzan a asumir de manera sana y realista la pérdida de su ser querido.

El duelo en el niño es parecido al duelo en la edad adulta, con la diferencia que a lo largo de esta etapa la necesidad de tener una figura de apego es mayor (14).

Según **Parkes**, existen diferentes tipos de asesores con distintas funciones encaminadas a conseguir una serie de objetivos, entre los que se encuentran: aumentar la realidad de la pérdida, ayudar a tratar tanto las emociones que se expresan como las que no, asistiendo en la superación de los obstáculos, y en encontrar una manera de recordar a la persona fallecida. Entre estos asesores se encuentran enfermeros que tienen el fin de proporcionar apoyo al niño de manera individual o en grupo (1). Es importante el desarrollo de métodos preventivos en los niños que han perdido a uno de sus padres.

Alrededor de 170 millones de niños en el mundo son huérfanos de padre/madre o ambos (5). A pesar de constituir una elevada cifra, existen escasas publicaciones acerca de este tema. En países desarrollados como EEUU, se conoce que aproximadamente 1 de cada 20 niños experimenta la pérdida de una figura parental (6). En Canadá, y países occidentales, tan solo el 4% de los niños sufren la pérdida de un padre (6). Las mayores tasas de muertes parentales se han objetivado en países del África subsahariana, debido mayoritariamente a causa del VIH (7). En Asia, las muertes son causa directa de enfermedades terminales, accidentes, suicidios y desastres naturales (8). En España, en el año 2011, las principales causas de muertes durante la edad reproductiva fueron: 1% malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, 39% por causas externas como

accidentes de tráfico, suicidios y SIDA/VIH, 10% enfermedades cardiovasculares, 25% tumores y el resto por causas desconocidas (9).

La idea de muerte en el niño es un término cambiante que va evolucionando según la etapa del desarrollo en la que este se encuentra (10). Según **Piaget** (11), la idea de muerte cambia de forma a medida que el niño crece:

- **Antes de los dos años**, el niño no es capaz de comprender el concepto de muerte puesto que carece de pensamiento operacional, sólo es capaz de sentir la ausencia y presencia, que manifiesta a través de la angustia.
- **Entre los tres y siete años**, comienza a ser consciente de la idea de muerte comprendiéndola como un suceso reversible o temporal con atribuciones fantásticas pudiendo adquirir características tenebrosas.
- **Entre los siete y los doce**, momento en el que se conforma el pensamiento operacional, permitiendo adquirir una idea de muerte apropiada en cuanto a inmovilidad, universalidad e irrevocabilidad; aunque aún es incapaz de proyectar un pensamiento abstracto para comprender la permanencia y absolutidad de la muerte.
- **A partir de los doce años**, el pensamiento se acerca al pensamiento adulto siendo capaz de generar ideas propias y de entender la muerte de forma universal haciéndose preguntas lógicas sobre ella (ejemplo: ‘*Si murió él, ¿moriremos todos?*’).

Por otro lado, **Freud** (12), considera que el duelo se encuentra caracterizado por el dolor, por la pérdida de interés en el mundo que le rodea puesto que no tiene que ver con el ‘objeto’ perdido, la incapacidad para seleccionar un nuevo objeto de amor y la imposibilidad para desarrollar el trabajo productivo. Con respecto al duelo en la infancia, Freud considera que el niño sólo está preparado para enfrentarse a la pérdida (examen de realidad) cuando el significado del ‘objeto ausente’ se haya simbolizado.

Por último, **Bowlby** (14), pretendió abarcar los diferentes roles y estados cambiantes de los vínculos de apego durante la vida, ya sea cuando existen dificultades o se rompen por separaciones, pérdidas o la muerte de un ser querido. Los efectos de la separación prematura de niños sanos con sus figuras de apego atraviesan tres fases:

- **Fase de protesta**: se inicia desde unas horas de la separación hasta una semana. El niño demuestra su malestar mediante ansiedad, enfado, llanto intenso, golpes, etc. Tiene la esperanza de que la figura de apego (ejemplo: su madre) vuelva pronto, negándose a recibir ayuda o consuelo por parte de otras personas.
- **Fase de desesperación**: el niño se muestra más inactivo, llora de manera monótona y su conducta sugiere desesperanza. Pierde el interés por el medio externo y empieza a sentir que el regreso de la figura de apego no va a suceder.
- **Fase de desapego**: desaparece la agitación física, desaparece el llanto y el niño comienza a interesarse de nuevo por el medio. No rechaza el consuelo de otras personas, vuelve a sonreír y a socializarse.

Diversos autores (13) han descrito que la pérdida de una figura parental antes de los cinco años, tiene un efecto catastrófico, siendo muy difícil diferenciar entre duelo y trauma en el estado psicológico del niño.

Este acontecimiento, se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo normal del niño ya que puede predisponerle a sufrir cuadros depresivos, ansiedad y duelo patológico en la edad adulta; puesto que pierde a la persona que le proporciona consuelo, apoyo y seguridad; y con ella, la relación íntima necesaria para la construcción de su 'yo' futuro. Por lo tanto, la reacción de un niño frente a la pérdida de una figura parental dependerá de diversos factores como el momento evolutivo de este, las distintas circunstancias externas y principalmente la actitud con la que los adultos que conforman el entorno del niño tengan con él. La manera con la que los niños resuelvan las experiencias de pérdida determinará la capacidad con la que puedan soportar y solucionar experiencias de pérdidas posteriores (14).

La pérdida de una figura parental viene ligada a la aparición de diferentes efectos y consecuencias en la vida del hijo en duelo (15), estos efectos pueden ser a corto (en los años posteriores al fallecimiento) y largo plazo (en la juventud y edad adulta). Las diferentes afecciones que se pueden producir, dependen de múltiples factores como: aspectos del fallecimiento (muerte repentina o no, tipo de muerte), si el fallecido es el padre o la madre, el sexo del hijo, edad del hijo afectado, así como el concepto de muerte que tenga el niño y los recursos de este o que se le proporcionen desde su entorno para afrontar la tristeza y el desarrollo de un duelo normal.

Un estudio (16) demostró que los efectos a corto plazo tras el fallecimiento de uno de los padres pueden aparecer según la edad del niño a la que se produce la muerte y el sexo de

este. Se conoce que los niños más pequeños son propensos a somatizar los efectos siendo los más comunes: encopresis, pérdida de apetito y problemas de sueño. Mientras que los niños más mayores tienden a sufrir trastornos de la conducta y problemas de rendimiento escolar. En lo que se refiere al sexo del niño, se encuentra descrito que las niñas son propensas a sufrir síntomas depresivos y síntomas internalizados frente a los niños que demuestran conductas más externalizadas durante el duelo.

Pero la pérdida de una figura parental también produce consecuencias a posteriori, es más, según numerosos estudios y varias corrientes teóricas psicoanalistas este suceso supone un importante factor de riesgo para la aparición de alteraciones psicopatológicas en la edad adulta. Esto, como ocurre con los efectos a corto plazo, viene ligado a factores que aumentarían el riesgo de padecer este tipo de alteraciones. Entre ellos se encuentran edad (cuanto más joven más efectos), sexo (las niñas son más vulnerables frente a los niños), el modo del fallecimiento y las experiencias posteriores (un buen cuidado y adaptación al duelo disminuirían los riesgos) (17).

Es normal que aparezcan reacciones a la pérdida, si estas no se produjeran podrían ser un indicativo de que el niño esté reprimiendo su dolor, pasándolo de manera inadvertida o de forma retardada. Este hecho predispone al niño a desarrollar un duelo patológico (14).

Un estudio realizado en la Universidad de Aarhus (Dinamarca) demostró que las personas expuestas a la muerte de un padre, presentan un 50% más de riesgo de mortalidad en los años posteriores a la pérdida, siendo el riesgo mayor entre los niños cuyos padres murieron por causas no naturales frente a causas naturales. Se concluyó que la pérdida de una figura parental durante la infancia se relaciona con un mayor riesgo de mortalidad por causas externas y enfermedades, siendo esto independiente de la edad del niño en duelo, su sexo, el género del progenitor fallecido, la causa de la muerte, así como las características poblacionales y antecedentes socioeconómicos (18).

El papel de la enfermera en este proceso puede ser de vital importancia. Realizar intervenciones con niños y el apoyo enfermero, sería muy adecuado cuando supiésemos que la muerte parental está cercana (por ejemplo, en el caso de un padre/madre diagnosticado de cáncer en situación terminal), pueden ayudar a aclarar numerosas preguntas sobre el concepto de muerte y duelo, sobre la enfermedad, puede enseñar formas de cómo presentar tus respetos al fallecido, cómo honrar su memoria, cuáles pueden ser los sentimientos que podrían sentir y que son normales durante el proceso, etc.

Estas intervenciones podrían ayudar a los niños a crear un sistema de creencias sanas sobre el proceso de morir y el significado de la pérdida, así como, comprender la naturalidad de la muerte ayudaría a dar forma a sus ideas y percepciones dándoles la oportunidad de resolver las dudas existentes. Debemos tener en cuenta que cada niño responde de forma distinta ante la pérdida. Ellos demuestran si están preparados o no para hablar y afrontar la pérdida, si tienen interés, realizarán preguntas a las que deberemos contestar adaptando el lenguaje a su edad, sin contar mentiras y midiendo nuestras palabras para no dar lugar a malinterpretaciones, puesto que los niños entienden las palabras literalmente. Cuando no puedan soportar seguir hablando del tema te lo demostraran, cambiando de tema o simplemente yéndose. (4)

Existen pocos estudios que hablen sobre la experiencia de la muerte de alguno de los padres, o donde se contrasten los diferentes efectos del duelo de acuerdo a la edad, o sobre las variaciones en la percepción de los jóvenes en el ambiente sociocultural (15). Además, a lo largo de los años, muchos autores han tendido a minimizar el impacto de la muerte en la infancia, ya que tienen una capacidad de comprensión y mecanismos de defensa distintos a los adultos, entre los que se encuentran: una disminución de la negación, no pierden la autoestima y no demuestran sus sentimientos tan abiertamente. Siendo la principal deferencia entre el duelo de un niño y un adulto que las expresiones emocionales intensas no son continuas en los primeros.

Esto hace que en determinadas ocasiones este comportamiento sea interpretado de manera errónea como que “el niño no entiende” o “que ya ha superado su dolor” (19).

Por estos motivos y por el importante papel que puede jugar la enfermería en el cuidado de los niños en duelo, se plantea como objetivo, identificar la asociación entre la pérdida de una figura parental en la infancia, antes de los dieciocho años, y la aparición de consecuencias en la edad adulta.

3) MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa. Para lo cual se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos científicos incluidos en las bases de datos PubMed (Medline), Cochrane Plus, Cinahl, Scielo, Cuiden y PsycInfo. Como estrategia de búsqueda primaria se utilizaron los descriptores de los Tesoros de las bases de datos y descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), los cuales fueron: “pérdida parental”, “muerte de los padres”, “duelo”, “infancia” e “impacto en el desarrollo”; y Medical Subject Headings (MeSH), que fueron “bereaved”, “parental death”, “child development”, “children development”, “childhood”, “children disease”, “impacts on health”, “grief”, “bereavement” y “loss of a parent”.

En todas las bases de datos se utilizaron términos similares del lenguaje libre en inglés y castellano. La búsqueda se limitó, en ciertas estrategias, según el año de publicación del artículo eligiendo solo aquellos publicados desde el 2006 en adelante.

Estos descriptores fueron unidos entre sí mediante matemática booleana, los operadores más usados fueron: AND y OR. En la tabla 1 se muestran las estrategias de búsqueda empleadas para la búsqueda bibliográfica.

En primer lugar, se realizó una selección de estudios a grandes rasgos utilizando los siguientes limitadores:

- Publicación de investigaciones cualitativas y cuantitativas
- Publicaciones redactadas en: inglés, portugués, francés y castellano.
- Publicaciones que hayan sido publicados en los últimos diez años, desde 2006.

En una selección más exhaustiva, se discriminaron de forma precoz (consultando el resumen o *abstract*) acorde a estos *criterios de inclusión*:

- Aquellos estudios que fueran investigaciones originales, sin tener en cuenta el tipo de diseño, en los que se hablara de la pérdida parental (tanto materna como paterna)
- Aquellos estudios en los que este suceso se hubiera producido durante la infancia del niño (antes de los 18 años)
- Aquellos estudios en los que se reflejaran las consecuencias a largo plazo (en la edad adulta) de esta pérdida en la infancia con respecto a cualquier aspecto de la salud del individuo.

- En lo que concierne al “tipo” de fallecimiento de la figura parental se incluyeron: “Muerte por enfermedad (VIH, enfermedad cardíaca, infecciosa, respiratoria, oncológica y neurodegenerativa” y “muerte accidental” (accidentes de tráfico o suicidio).

Se excluyeron aquellos estudios:

- Cuyo objeto de investigación fueran niños maltratados cuyos padres fallecieron en la infancia.
- Que trataran sobre niños cuya muerte de la figura se haya producido antes de su nacimiento.
- Que trataran sobre niños con minusvalías y/o enfermedades incapacitantes (encefalopatías, discapacidad intelectual, enfermedades genéticas) los cuales hubieran sufrido la pérdida.
- Que se centraran en niños que hayan sido abandonados por una figura parental (tanto madre como padre independientemente o no, de que fuera la figura fallecida).
- Que traten sobre niños cuyos padres presentasen una enfermedad mental y hayan fallecido por cualquier causa.

Se llevó a cabo la lectura del resumen de los artículos recuperados y aquellos que cumplieron los criterios de inclusión, **14** artículos, fueron leídos en su totalidad e incluidos en la revisión.

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda utilizadas en las diferentes bases de datos y artículos seleccionados

BASES DE DATOS	LÍMITES	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS RECUPERADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
CUIDEN	- <u>Palabra clave</u> - <u>Año de publicación:</u> 2006-2016	(“parental”) AND (“death”)	2	0
CUIDEN	- <u>Palabra clave</u> - <u>Año de publicación:</u> 2006-2016	(“muerte”) AND (“padres”)	82	0
CUIDEN	- <u>Palabra clave</u> - <u>Año de publicación:</u> 2006-2016	(“pérdida en la infancia”)	15	0
CUIDEN	- <u>Palabra clave</u> - <u>Año de publicación:</u> 2006-2016	(“death”) AND (“parental”) NOT (“child”)	2	0
PUBMED	<u>Text availability:</u> Free Full Text <u>Publication dates:</u> 5 years	“Bereaved” OR “death” AND “parental” AND “child development”	58	1

	<u>Ages</u> : Child: birth- 18 years.			
PUBMED	<u>Publication dates</u> : 5 years <u>Ages</u> : Child : birth- 18 years.	“Bereaved” OR “death” AND “parental” AND “children development”	130	2
PUBMED	<u>Text availability</u> : Abstract <u>Publication dates</u> : 5 years <u>Ages</u> : Child: birth- 18 years.	“bereaved” OR “death” AND “parental” AND “children disease”	163	0
PUBMED		“parental death” AND “childhood” AND “grief”	42	0
PUBMED	<u>Text availability</u> : Abstract <u>Publication dates</u> : 5 years <u>Ages</u> : Child : birth- 18 year	“parental death” AND “childhood” AND “grief”	12	3
PUBMED	<u>Publication dates</u> : 5 years <u>Ages</u> : Child: birth- 18 year	“health impact” AND “child” AND “parental death”	45	2

COCRHANE PLUS	<p>-MeSH: “Utilizar solo el término” /” Expandir todos los árboles” /” Empieza con”</p> <p>-Búsqueda simple:</p> <p>“Resultados en ingles” /”</p> <p>Aparición de los términos en título y resumen”</p> <p>-Año de publicación:</p> <p>2006-2016</p>	“Parental death”	66	2
COCHRANE PLUS	<p>-MeSH: “Utilizar solo el término” /” Expandir todos los árboles” /” Empieza con”</p> <p>-Búsqueda simple:</p> <p>“Resultados en ingles” /”</p> <p>Aparición de los términos en título y resumen”</p> <p>-Año de publicación:</p> <p>2006-2016</p>	“childhood grief”	9	0

COCHRANE PLUS	<p><u>-MeSH</u>: “Utilizar solo el término” /” Expandir todos los árboles” /” Empieza con”</p> <p><u>-Búsqueda simple</u>: “Resultados en ingles” /” Aparición de los términos en título y resumen”</p> <p><u>-Año de publicación</u>: 2015-2010</p>	“loss of a parent” AND “childhood”	14	0
SCIELO	<p><u>Revistas</u> <Búsqueda de títulos></p> <p><u>Idioma</u>: English</p> <p><u>Sin barra de navegación</u>.</p>	“Parental death”		0
CINAHL	<p><u>Fecha de publicación</u>: 2010-2016.</p> <p><u>Grupos de edad</u>: Child: 6-12 years</p>	“Parental death” OR “grief and loss” AND “child development”	82	1
PsycINFO	<u>-Texto completo</u>	“Parental death in childhood”	141	3

	<u>-Fecha de publicación:</u> 5 años			
--	---	--	--	--

4) RESULTADOS

Se seleccionaron catorce estudios, de los cuales uno fue un estudio cualitativo y trece fueron estudios cuantitativos: cuatro estudios descriptivos longitudinales y uno transversal, tres estudios de cohorte prospectivos y uno retrospectivo; tres estudios de casos y controles y un ensayo clínico aleatorizado.

La mayoría de la población de estudio pertenecieron a Norteamérica, ocho estudios realizados entre Estados Unidos, Canadá y sólo uno en Brasil. Cinco estudios fueron realizados en Europa, entre Reino Unido, Suecia y Albania.

Los resultados se sintetizaron en tres categorías: Consecuencias fisiopatológicas, consecuencias psiquiátricas e intervenciones precoces para evitar la aparición de consecuencias en la edad adulta.

❖ **Consecuencias fisiopatológicas**

Seis estudios analizaron las respuestas fisiopatológicas que se producen a largo plazo en la edad adulta (20, 21, 22, 23, 24, 25).

Tres estudios relacionaron la muerte parental en la infancia con la producción de cortisol (20, 21, 22). Los tres estudios observaron que experimentar la pérdida de uno de los padres en la infancia produce un aumento de la concentración de cortisol en la etapa adulta, entre 5-20µg, lo que supone un 5-10% aprox. en la variación de la concentración de cortisol (20, 21, 22). Para medir estos niveles se emplearon diferentes métodos:

- Test de la Dexamentasona (20), que consistió en la administración de 1,5 mg de dexametasona la noche previa al control analítico con el fin de determinar los valores de cortisol y adenocorticotropina (ACTH) en las muestras sanguíneas de los participantes del estudio.
- Extracción de cuatro muestras sanguíneas (21) en los participantes (jóvenes y sus cuidadores) a los que se les obligó a discutir sobre problemas actuales en el momento del estudio.
- Recogidas de muestra salival (22) en distintos momentos del estudio (antes, inmediatamente después y pasados 15 y 30 minutos) tras enfrentarse al cuidador y al niño en una discusión sobre un tema desagradable para ambos. La recogida de muestras se repitió 7 años después de la pérdida, con el fin de comparar la influencia de los eventos negativos recientes a esta y en años posteriores.

Las cifras de cortisol se encontraron influenciadas por diferentes factores y acontecimientos que se relacionaron con los resultados obtenidos, estos fueron: la crianza parental positiva (22), los eventos negativos recientes al momento del estudio y los eventos negativos post duelo (21).

Los resultados obtenidos no fueron relevantes para la adenocorticotropina (ACTH), es decir, no hubo un aumento de su concentración; en cambio las concentraciones de cortisol mostraron efectos más representativos en hombres que en mujeres, como consecuencia de la pérdida parental (20). Además, se clarificó que las cifras de cortisol no se encuentran modificadas por los acontecimientos negativos recientes al momento del estudio (21). Por otro lado, los niveles de crianza positiva bajos, así como la exposición a eventos estresantes post duelo implican una modificación de los niveles de cortisol, elevándolos. Convirtiéndose los acontecimientos estresantes y la crianza parental en factores de vulnerabilidad en la producción de cortisol (22).

Solo un estudio (23) investigó el riesgo de aparición de demencia en relación con la muerte temprana de los padres. Para obtener los resultados se midió si factores como: el sexo, los años de educación, los antecedentes familiares de demencia y la frecuencia de aparición del gen APOEε4 son factores independientes de otros factores de riesgo comunes, como la edad avanzada, para cualquier persona en la aparición de la demencia. Se identificó que el gen APOEε4 puede estar involucrado en el riesgo de aparición de la demencia según los subtipos clínicos: ausencia de demencia, Alzheimer y demencia vascular. Para la pérdida parental se clarificó que el sexo, el gen APOEε4 y los antecedentes familiares de demencia son factores influyentes en la aparición del riesgo independientes de los factores comunes que pueden aparecer en cualquier persona que no haya sufrido este evento. Los participantes del estudio que sufrieron la muerte de uno de los padres en la infancia presentaron el doble de riesgo de sufrir demencia en la vejez. Finalmente, los resultados del estudio concluyeron que aparecieron 70 casos de demencia entre los participantes de 77 a 88 años, 24 posibles casos fueron prevalentes y 46 casos incidentes que surgieron durante el seguimiento.

Un estudio (24) investigó sobre el desarrollo de cáncer tras la adolescencia y hasta los cuarenta años en relación a la pérdida de uno de los padres antes de los dieciocho años. Los factores que influyeron en el desarrollo de la enfermedad fueron: el estrés emocional propio de la pérdida y las conductas sexuales de riesgo relacionadas con el abuso de

alcohol y sustancias y la depresión. Se demostró que la muerte parental antes de los dieciocho años es un factor de riesgo en el desarrollo de cáncer de cuello de útero por VPH. Además, la pérdida parental se asoció con el desarrollo de cáncer de páncreas, independientemente de la causa de muerte, cinco años tras producirse esta.

Con respecto a la autopercepción de la salud en relación a la muerte parental en la infancia, un estudio (25) mostró que sólo el 17% de la población de este, sufrió la muerte de uno de los padres, e indicaron que su salud era más pobre que en aquellos que no habían sufrido la pérdida. Algunos factores que condicionaron los resultados fueron: pasar hambre en la infancia y la suficiencia de ingresos en la actualidad. Se identificó que los hombres que habían sufrido la muerte parental y hambre en la infancia, mostraron un impacto significativo en la autopercepción de la salud, siendo esta más pobre, independientemente de los ingresos económicos obtenidos en la actualidad.

❖ **Consecuencias psiquiátricas:**

Seis estudios (26, 27, 28, 29, 30, 31) se relacionaron con la aparición de trastornos o síntomas psiquiátricos a raíz de la pérdida parental antes de los dieciocho años. Todos ellos mostraron que el fallecimiento de cualquiera de los padres en la infancia puede predisponer a la aparición de problemas de salud mental, aunque en esto influyen otros factores del entorno del niño durante el duelo y en momentos posteriores a la pérdida

En relación a la pérdida parental antes de los dieciséis años y a la aparición de diferentes trastornos mentales, un estudio (26) también lo vinculó con el uso de servicios de salud mental. Los adultos que perdieron a un padre en la infancia mostraron una prevalencia significativa de aparición de trastornos mentales entre los que se incluyeron el trastorno de ansiedad, distimia o trastorno bipolar, habiendo también relación con un aumento en el uso de servicios de salud mental en la edad adulta, a raíz del evento. Se concluyó que los principales trastornos psiquiátricos que pueden aparecer tras una muerte parental fueron: la fobia simple y los trastornos de pánico, siendo el segundo el que se asocia de manera más significativa.

Dos estudios relacionaron la aparición de trastornos depresivos con la muerte parental en la infancia (27, 28). El estudio de Melhem NM, et al (27) investigó si la muerte repentina de los padres, por suicidio, lesiones no intencionadas o causas naturales, antes de los dieciocho años predispone a la aparición de consecuencias en el desarrollo del duelo y en

el desarrollo de incapacidades funcionales y trastornos de salud mental; mientras que otro estudio (28) relacionó la mala adaptación al duelo del hijo sobreviviente con los síntomas depresivos maternos y la comunicación madre e hijo, tras la muerte de un padre. Los resultados mostraron que durante los tres primeros años después de la muerte parental, los niños en duelo presentaban síntomas de duelo prolongado lo que podría desarrollar un duelo complicado en la edad adulta, convirtiéndose en un predictor de trastornos psiquiátricos (27), además, estos niños, tienden a mostrar una discapacidad funcional con un incremento de la incidencia y un comienzo temprano de la depresión (27). Por otro lado, se identificó que el cariño de la madre, la sensibilidad y la comunicación eficaz madre e hijos, se asocian con niveles más bajos de mala adaptación al duelo y síntomas depresivos en el niño (28); siendo de importancia también la consideración positiva de la madre hacia sus hijos, así como, la profundidad de la conversación entre ambos puesto que disminuyen los síntomas depresivos y la mala adaptación al duelo (28). Una reacción normal de la madre frente a la pérdida, como el llanto o la tristeza, se encuentra asociada con una comunicación más eficaz entre esta y los hijos, mientras que una respuesta emocional inusual demuestra menor eficacia en la comunicación (28).

Dos estudios analizaron la relación entre la muerte parental en la infancia y el desarrollo de episodios autolesivos durante la adolescencia y la edad adulta (29, 30). Aunque ambos estudios describieron el mismo fenómeno, la autolesión, cada uno lo hizo relacionándola con diferentes acontecimientos. Un estudio (29), la asoció con la muerte parental debido a cáncer, mientras que el otro estudio (30) lo hizo en función al sexo del padre fallecido y a las diferentes causas de muerte (causas externas/ abuso de sustancias, causas naturales y otras causas). Los factores que condicionaron el aumento de las cifras de intentos autolesivos fueron: la escasa cohesión familiar, la desconfianza en la atención proporcionada al padre antes de morir, la percepción de que la asistencia sanitaria invirtió pocos esfuerzos en la curación o en el alivio del sufrimiento del padre, la creencia de que el tratamiento sería curativo tres días antes del fallecimiento, que al menos uno de los padres había sufrido depresión o hubiera tenido problemas durante su vida laboral y además, la falta de apoyo social (29). Influyó también el género del padre fallecido, las causas de la muerte, la educación proporcionada por los padres al hijo, así como los ingresos disponibles para la familia (30). Los resultados obtenidos en relación a los ingresos hospitalarios a causa de episodios autolesivos, demostraron que las mujeres fueron más veces ingresadas por primera vez que los hombres. De todos los ingresos,

independientemente del género, el 84,7% fueron a causa de envenenamiento mediante fármacos, siendo la edad media del primer ingreso mayor en hombres. Las mayores tasas de ingresos se relacionaron con la muerte de un padre a causa de suicidio o a abuso de sustancias, y en este resultado influyó la educación proporcionada por los padres y los ingresos disponibles para la familia.

Únicamente un estudio investigó sobre la aparición de psicosis en relación a una muerte parental en la infancia (31). Se estimó que los niños que eran demasiado pequeños, menores de tres años, en el momento de la pérdida no mostraron resultados significativos derivados del suceso. En niños más mayores fueron significativos los efectos directos al evento tras ajustar la medición en torno a edad, género, etnia, centro de estudios e historia familiar de psicosis.

❖ **Intervenciones precoces para evitar la aparición de consecuencias en la edad adulta**

Tres estudios investigan a cerca de las intervenciones que se pueden realizar en los niños en duelo a causa de la muerte de uno de los padres, y cómo estas influyen en la aparición o no de consecuencias en la etapa adulta (22, 32, 33).

El estudio de Hagan MJ, et al (22), demostró que las interacciones cercanas y de apoyo con el cuidador pueden promover la adquisición de habilidades de afrontamiento y el dominio necesario para afrontar con éxito los retos estresantes actuales y posteriores a la muerte. Un cuidado apropiado después de una muerte parental puede fomentar la adaptación a acontecimientos negativos posteriores a esta muerte.

De manera similar Sandler, et al (32) desarrollaron un programa de intervenciones preventivas en familias en duelo, mediante: doce sesiones con todas las familias participantes de dos horas de duración; cuatro sesiones con el cuidador sobreviviente y el hijo en duelo de cada familia, así como dos encuentros individuales con cada familia, para valorar los resultados del programa. La finalidad fue observar si estas intervenciones disminuían la probabilidad de sufrir trastornos mentales en los hijos y padres en duelo. Tras la realización del programa, se identificó que los participantes a los que se les realizó las intervenciones, presentaban niveles más bajos de externalización de síntomas de problemas mentales, así como tasas más bajas de diagnósticos de trastornos mentales, tanto para el cuidador como para los hijos, frente a los participantes del grupo de control.

Otro estudio (33), investigó cómo la realización de intervenciones individualizadas previas y posteriores al fallecimiento de una madre a causa del cáncer, influyó en el desarrollo normal del niño y la familia en duelo. Los resultados demostraron que la información sobre la muerte y la enfermedad de la madre que obtuvo el niño, así como la anticipación de la noticia de la muerte y la participación en el funeral, le ayudaron a adquirir conceptos más consistentes sobre la finalidad de la muerte. La relación entre el padre fallecido y el hijo en duelo, cambia a medida que el niño crece, y por ello el niño siente la necesidad de recopilar información sobre su madre fallecida, para entender y forjar sus sentimientos hacia ella. Respecto a la continuidad y los cambios que se producen en la vida del niño durante su crecimiento, el terapeuta que realizó las intervenciones supuso una figura de transición y de apoyo en los momentos más significativos, y en los momentos del desarrollo cognitivo y emocional del niño. Se concluyó, que para que el niño desarrollara los roles necesarios para sobrevivir a la pérdida de su madre, fue importante tener un entorno óptimo a su alrededor, con el objetivo de disminuir las complicaciones de la pérdida, siendo el padre sobreviviente el referente que contiene lo necesario para la reconstrucción del duelo del niño.

5) DISCUSIÓN

En relación a las cifras de cortisol, estas se encuentran incrementadas en los participantes que sufrieron una muerte parental en la infancia, siendo los hombres los más afectados (20), e influyendo en este incremento los eventos negativos post duelo (21), así como bajos niveles de crianza parental positiva (22). El aumento de la concentración de cortisol, puede condicionar la aparición de trastornos de ansiedad y depresión (20,21). Otros tipos de separación de los padres, muestran una disminución de los niveles de cortisol (34). Con respecto a los resultados obtenidos, podría ser que el tipo, la duración y la intensidad del evento traumático, sean las características que definen si el cortisol aumenta o disminuye. Las interacciones cercanas de apoyo con el cuidador, pueden favorecer habilidades de afrontamiento y dominio para sobrellevar los retos estresantes actuales y los posteriores a la pérdida. Los déficits de estas habilidades, aumentan el impacto emocional y psicológico ante el estrés, elevando los niveles de cortisol (22).

Con respecto al riesgo de padecer demencia, la pérdida de una figura parental en la infancia supone el doble de riesgo de padecer demencia en la vejez. El gen APOEε4 se definió como un modulador del riesgo de aparición de la enfermedad, según los subtipos clínicos de demencia (23). Estudios anteriores, (35, 36) avalan que el riesgo de demencia, está condicionado por la muerte de los padres en la infancia. Los resultados obtenidos, concuerdan con resultados previos de otros estudios, donde se indica, que el riesgo de demencia incrementa cuando hay menos cuidado parental, y cuando se desarrolla un duelo prolongado en la edad adulta (23, 35, 36).

El estrés psicológico que provoca la muerte de un padre, puede llevar a desarrollar depresión, o abuso de alcohol u otras sustancias entre los hijos en duelo, favoreciendo el desarrollo de conductas sexuales de riesgo, y aumentando así, la probabilidad de sufrir cáncer de cuello de útero por VPH (24). Estudios previos, muestran un ligero aumento, aunque no fue significativo, del riesgo de padecer cáncer tras el duelo, aunque los estudios realizados hasta ese momento no se centraron específicamente en la influencia del estrés psicológico durante la infancia en los adultos que desarrollaron cáncer (37, 38).

Sobre la autopercepción de la salud, los sujetos que habían sufrido una pérdida parental, indicaron que esta era deficiente. Se clarificó que los hombres que padecieron hambre en la infancia, y que además sobrellevaron la muerte de uno de los padres, mostraron un impacto en la autopercepción de la salud (25).

Con respecto al desarrollo de consecuencias asociadas a problemas de salud mental, se identificó que la muerte de un padre en la infancia, aumenta el riesgo de padecer trastornos mentales posteriores, siendo los más frecuentes: trastornos de ansiedad, distimia, trastorno bipolar, trastornos depresivos, fobia simple y trastornos del pánico (26). Según otro estudio, uno de los factores que puede influir en la aparición de trastornos del pánico, es el miedo al abandono después de la muerte de un padre antes de los dieciséis años (39).

La muerte parental repentina, produce tasas más elevadas de episodios depresivos y de discapacidad funcional, siendo común mostrar síntomas de duelo prolongado durante los tres primeros años posteriores a la muerte (21).

En cuanto a la muerte de un padre, el desarrollo de síntomas depresivos en la madre, y síntomas de mala adaptación al duelo en los niños, disminuyen con la demostración de cariño y sensibilidad por parte de la madre, y con el establecimiento de una comunicación eficaz entre el cuidador sobreviviente y el hijo en duelo (28).

La autolesión, puede ser un síntoma relacionado con trastornos psiquiátricos graves a causa de una muerte parental. Este síntoma se suele producir más en sujetos con escasa cohesión familiar, antes y después de la pérdida (29). En cuanto a los ingresos hospitalarios debido a intentos autolesivos, la mayoría de estos fueron a causa de envenenamientos por fármacos, siendo las mayores tasas relacionadas con la muerte paterna por abuso de sustancias o suicidio. Otro estudio (40) apoya los resultados obtenidos sobre el comportamiento autolesivo en relación a muertes repentinas, o por abuso de sustancias, más que por muertes naturales, indicando, además que las muertes parentales por lesión, suicidio y homicidio están relacionadas con un mayor impacto en el riesgo de autolesión en la edad adulta.

El último síntoma psiquiátrico hallado tras la muerte parental en la infancia, fue la psicosis. Los niños mayores de tres años, mostraron resultados más significativos de los efectos directos de la separación por muerte de la figura parental (31).

Con respecto a la realización de intervenciones durante el duelo encaminadas a evitar o minimizar la aparición de consecuencias en la edad adulta, se encontraron cifras más bajas de externalización de síntomas de problemas mentales y de diagnóstico de estos, tanto en el cuidador como en el hijo sobreviviente (32). Aunque estas intervenciones no deben

realizarse con jóvenes que muestren niveles altos de trastornos mentales, puesto que estos jóvenes necesitan otras intervenciones más intensivas.

Para terminar, se demostró que para que el niño comprenda la finalidad de la muerte, era adecuado proporcionarle información sobre esta y la enfermedad, así como hacerle participe durante el duelo. El cuidador sobreviviente es la fuente que contiene lo necesario para la construcción del duelo del niño (33). Otro estudio apoya los resultados obtenidos, puesto que todas estas intervenciones proporcionan un modelo saludable para el niño en duelo, proporcionando una crianza parental consistente, respondiendo así a las preguntas que tenga el niño sobre la pérdida y a cerca de sí mismo (41).

6) LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Las limitaciones de la revisión provienen de:

- Los estudios incluidos proceden de un número limitado de bases de datos electrónicas y sólo se incluyeron los estudios en inglés y castellano.
- Algunos de los estudios encontrados no tratan en exclusividad el tema de interés, puesto que se relacionan con otros tipos de acontecimientos traumáticos de la vida del niño.
- Los estudios no toman un criterio común en cuanto a la edad.
- Varios de los estudios incluidos en la revisión analizaron muestras muy distintas, algunas de escaso tamaño y otras de gran tamaño.
- Los países donde se realizaron los estudios fueron poco representativos.
- Los estudios midieron variables muy diferentes, por lo que los resultados no se pudieron unificar de manera contundente.

7) CONCLUSIÓN

La muerte de una figura parental en la infancia tiene repercusiones en la etapa adulta, entre las que hemos encontrado consecuencias fisiopatológicas, psiquiátricas y relacionadas con la realización de intervenciones para evitar o minimizar dichas consecuencias a largo plazo.

La realización de intervenciones con la familia y el niño en conjunto, previas y posteriores a la muerte, son un elemento protector frente a la aparición de consecuencias a largo plazo derivadas del fallecimiento de uno de los padres.

Es imprescindible que se fomente la comunicación con el niño, y que se le tome en cuenta en la construcción del duelo puesto que ellos también sufren la pérdida, aunque no exterioricen los síntomas propios a causa de esta. El padre sobreviviente tiene un papel fundamental en el desarrollo del duelo del niño. Este, debe mostrarse natural ante la aparición de los sentimientos propios y del hijo, ya que esto fortalece el vínculo entre ambos.

Con estas intervenciones y con el desarrollo de una adecuada comunicación, podemos ayudar a mitigar los efectos de este evento tan traumático en la vida del niño. Las enfermeras pueden desempeñar un rol interesante en el desarrollo de estas técnicas, dado que es un profesional dotado de la capacidad para tratar con la enfermedad, la muerte y con los sentimientos que estos conllevan. El trabajo de los profesionales de enfermería, está ligado tanto al paciente como a la familia; por ello, podría ser el profesional idóneo para observar de manera holística las relaciones establecidas entre el cuidador y el hijo sobreviviente, así como los síntomas tempranos de mala adaptación al duelo para poder intervenir de manera adecuada y precoz los efectos a largo plazo de la muerte parental.

8) AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecemos a nuestra tutora Mercedes Martínez Marcos por el apoyo y la contribución proporcionada para la realización de este trabajo.

9) BIBLIOGRAFÍA

- (1) Worden JW, Silverman PR. Parental death and the adjustment of schoolage children. *Omega J Death Dying*. 1996; 33:91-102.
- (2) Worden WJ. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Vol. 2. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A; 2004
- (3) Van Eerdewegh MM, Bieri MD, Parrilla RH, Clayton PJ. The bereaved child. *Br J Psychiatry*. 1982; 140:23-9.
- (4) Kübler-Ross E, Kessler D. On Grief and Grieving. 1th ed. Ediciones Luciérnaga. Barcelona (Spain); 2006.
- (5) Humanium.org [Internet]. Suiza, Francia, Alemania. Humanium, juntos por los derechos de los niños; [consultado febrero 2016- citado abril 2016]. Disponible en: <http://www.humanium.org/es/ninos-huerfanos/>
- (6) US Bureau of Census. *Suicide Deaths and Rates*. Washington, DC: National Center for Health Statistics; 1999: 129-135.
- (7) Unicef.org [Internet]. España. Unicef; [consultado febrero 2016- citado abril 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/media/media_45279.html
- (8) Aldeasinfantiles.es [Internet]. Madrid. Aldeas Infantiles SOS, un hogar para cada niño; [consultado febrero 2016- citado abril 2016]. Disponible en: <https://www.aldeasinfantiles.es/quienes-somos/mision-vision-y-valores/situacion-infancia>
- (9) INE.es [Internet]. España. Instituto Nacional de Estadística; Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2011. [consultado febrero 2016- citado abril 2016]. Disponible en: www.ine.es
- (10) Ladrón de Guevara López S. El desarrollo cognoscitivo como determinante del origen del concepto de muerte. *Procesos Psicológicos y Sociales*. Vol. 2 Año 2006 No. 1
- (11) Piaget J: El lenguaje y el pensamiento en el niño. Barcelona, ED. Paidós: 1967, p. 50-93.
- (12) Jacobo JM. Pulsión de muerte, terror e infancia. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2010; 69-73.
- (13) National Research Council and Institut of Medicine. *Prevention Mental, Emotional and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and*

- Possibilities. In: O'Connell, ME.; Boat, T.; Warner, KE., editors. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Sustances Abuse Among Children Youth and Young Adults: Research and Advances ad Promising Interventions. Washington DC: The National Academic Press; 2009.
- (14) Montouri E. El duelo visto desde la teoría del apego. Rev Asoc Psicoterapia Rep Argent. 2013.
- (15) Mazaira J. Efectos del fallecimiento parental en la infancia y la adolescencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1999; 19 (71): 407-418.
- (16) Vida S, Grienzko N. DSM-III-R and the phenomenology of childhood bereavement: a review. Canadian Journal of Psychiatry. 1989; 31: 148-155.
- (17) Goodyer IM. Family relationship, life events and childhood pscophatology. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1990; 31: 161-192.
- (18) Lavozdegalicia.es [Internet]. Galicia. La Voz de Galicia, Psiquiatría Infantil; [consultado febrero 2016- citado abril 2016]. Disponible en: <http://www.lavozdegalicia.es/noticia/salud/2014/07/22/muerte-padres-durante-infancia-asociada-mayor-mortalidad-anos-posteriores/00031406056638870494678.htm>
- (19) Pérez González MC. Efectividad de una intervención psicoeducativa enfermera como herramienta de ayuda en la elaboración del duelo infantil. NURE Inv. Internet]. 2009 [citado 6 de abril 2016]; 6 (41): 17. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/INV_NURE/proydueinf_41.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proydueinf_41.pdf)
- (20) Tyrka AR, Wier L, Price LH, Ross N, Anderson GM, Wilkinson CW et al. Childhood parental loss and adult hypothalamic-pituitary-adrenal function. Biol Psychiatry. 2008; 63: 1147-1154.
- (21) Hagan MJ, Luecken LJ, Sanler IN and Tein J-Y. Prospective effects of post-bereavement negative events on cortisol activity in parentally bereaved youth. Wiley Periodicals, Inc. Dev Psychobiol. 2010; 52: 394–400.
- (22) Hagan MJ, Roubinov DS, Gress-Smith J, Luecken LJ, Sandler IN, Wolchik S. Positive parenting during childhood moderates the impact of recent negative events on cortisol activity in parentally bereaved youth. Psychopharmacology (Berl). 2011 March; 214(1): 231-238.

- (23) Whalley LJ, Staff RT, Murray AD, Deary IJ y Starr JM. Genetic and environmental factors in late onset dementia: Possible role for early parental death. *Internal Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013; 28: 75-81.
- (24) Kennedy B, et al. Loss of a parent under risk of cancer in early life: a nationwide cohort study. Springer International Publishing Switzerland. 2014; 25: 499-506.
- (25) Phillips SP y Carver L. Early parental loss and self-rated health of older woman and men: A population-based multi-country study. *Plos One*. 2015 April; 10 (4): e0120762.
- (26) Stikkelbroek Y, Prinzie P, de Graaf R, Tenhave M, Cuijpers P. Parental death during childhood and psychopathology in adulthood. *Psychiatric Research*. 2012; 198: 516-520.
- (27) Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W, Walker Pyne M, Wrent DA. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Arch G Psychiatry*. 2011; 68 (9): 911-919.
- (28) Shapiro DN, Howell KH y Kaplow JB. Associations among mother- child communication quality, childhood maladaptive grief, and depressive symptoms. *Death Studies*. 2014; 38: 172-178.
- (29) Grenklo TB, Kreicbergs U, Valdimarsdóttir UA, Nyberg T, Steineck G y Fürst CJ. Self-injury in youths who lost a parent to cancer: nationwide study of the impact of family-related and health-care-related factors. *Psycho-Oncology*. 2014 April; 23: 989-997.
- (30) Rostila M, Berg L, Arat A, Vinnerljung B and Hjern A. Parental death in childhood and self-inflicted injuries in young adults-a national cohort study from Sweden. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016; DOI 10.1007/s00787-016-0833-6.
- (31) Morgan C. et al. Modelling the interplay between childhood and adult adversity in pathways to psychosis: Initial evidence from the AESOP study. *Psychol Med*. 2014; 44 (2): 407-419.
- (32) Sandler I, et al. Six-year follow-up of a preventive intervention for parentally-bereaved youth: A randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010 October; 164 (10): 907-914.
- (33) Biank NM y Werner-Lin A. Growing up with grief: Revisiting the death of a parent over the life course. *Omega*. 2011; 63(3): 271-290

- (34) Carlson M, Earls F. Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *Ann N Y Acad Sci.* 1997; 807:419-428
- (35) Norton MC, Ostbye T, Smith KR, Munger RG, Tschanz JT. Early parental death and late-life dementia risk: finding from the Cache Country Study. *Age Ageing.* 2009; 11:143-169
- (36) Norton MC, Smith KR, Ostbye T, et al. Early parental death and remarriage of widowed parents and risk factors of Alzheimer disease: The Cache Country Study. *Am J Geriatr Psychiat.* 2011; 19: 814-824
- (37) Li J, Johansen C, Hansen D, Olsen J. Cancer incidence in parents who lost a child: a nation-wide study in Denmark. *Cancer.* 2002; 95(10): 2237-2242
- (38) Levav I, Kohn R, Iscovich J, Abramson JH, Tsai WY, Vijdorovich D. Cancer incidence a survival following bereavement. *Am J Public Health.* 2000; 90(10): 1601-1607
- (39) Schoenfelder EN, Sandler IN, Wolchik S, Mackinnon D. Quality of social relationship and the development of depression in parentally-bereaved youth. *Journal of youth and adolescence.* 2011; 40:85-96.
- (40) Merlevede E, Spooren D, Henderick H, et al. Perceptions needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation.* 2004; 61:341-348
- (41) Saldinger A, Porterfield K, Cain A. Meeting the needs of parentally bereaved children: a framework for child-centered parenting. *Psychiatry.* 2004; 67(4): 331-352

10) ANEXOS

Tabla 1. Resumen de los artículos utilizados en la revisión narrativa

AUTORES	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO	VARIABLES DE ESTUDIO	RESULTADOS
Rostila M. et al. (2016)	Estudiar las diferencias en las pérdidas parentales durante las diferentes fases del desarrollo en la infancia para comparar los efectos entre hombres y mujeres	Estudio de cohorte	870.000 jóvenes que sufrieron la muerte de uno de los padres en la infancia (Suecia)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Causas de muerte y figura fallecida: ambos padres fallecidos, muerte de la madre por causas externas/sust. de abuso, muerte de la madre por causas naturales, muerte del padre por causas externas/sust. de abuso, muerte del padre por otras causas. ○ Edad del niño en el momento de la pérdida: 0-5 años, 6-11 años y 12-17 años. 	<ul style="list-style-type: none"> -Del total de la muestra, 3,7% muerte de los padres antes de los 18 años. -0,1% muerte de ambos padres -Muerte paterna 2,2% -Muerte materna 1,1% -Los participantes que sufrieron la pérdida las mujeres fueron más veces ingresadas al menos una vez por intento autolítico. -84,7% de los intentos autolíticos (en hombres y mujeres) fueron a causa de envenenamiento por fármacos -Mayores ingresos en participantes que sufrieron la muerte de un padre a causa de suicidio o abuso de sustancias. Se dio más entre mujeres.

<p>Phillips SP, Carver, L. (2015)</p>	<p>Impacto de la muerte de uno o ambos padres antes de los 15 años en la autopercepción de la salud de los hijos sobrevivientes</p>	<p>Estudio de cohorte</p>	<p>200 hombres y 200 mujeres de: Canadá, Brasil, Colombia y Albania</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Autopercepción de la salud ○ Acontecimientos estresantes sufridos en la infancia ○ Suficiencia de ingresos en la actualidad 	<p>-Mejor autopercepción de la salud ('buena') los hombres -De total de la muestra, 17% sufrió una muerte parental. Se dio más en países de ingresos medios. -Más 'pobre salud' los que sufrieron la pérdida -<u>Mujeres</u>: asociación poco significativa entre la pérdida parental y la autopercepción de la salud -<u>Hombres</u>: impacto de la muerte de uno de los padres y el hambre en la infancia sobre la autopercepción de la salud independientemente de los ingresos actuales</p>
	<p>Existencia de asociación de la adversidad en la niñez y el</p>		<p>781 participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Adversidad en la niñez: muerte de los padres antes de los 16 años/ separación de los padres antes de los 16 años. ○ Presentar desventajas en la edad adulta: paro, redes sociales 	<p>-Interacción entre separación de los padres, la educación y desventajas en la edad adulta → efectos directos e indirectos significativos.</p>

<p>Morgan C. et al. (2014)</p>	<p>aumento del riesgo de psicosis y si hay interacción sinérgica con la mala educación y la desventaja en la edad adulta</p>	<p>Estudio de casos y controles</p>	<p>Casos: 390 residentes en UK Controles: 391 muestra aleatoria de la población</p>	<p>limitadas, pobre rendimiento escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Autoestima → 'Escala de Autoestima de Rosenberg) 	<p>-No significación evidente entre separación de los padres y psicosis y desventajas. -Efectos similares entre los diferentes grupos étnicos. -No interacción significativa entre muerte de los padres y la educación independientemente de las desventajas. -Niños <3 años durante la muerte → no permitió estimación significativa</p>
<p>Grenklo TB. et al. (2014)</p>	<p>Relación de la autolesión en la adolescencia y etapa adulta con la muerte de algún padre por cáncer</p>	<p>Estudio de cohorte retrospectivo</p>	<p>622 jóvenes suecos (18-26 años) que, en la adolescencia (13-16 años de edad), habían perdido a un padre por el cáncer</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ -Género→ AORI ○ Adversidades en la vida: Bulling, abuso sexual o psicológico, dx médico de depresión o prescripción de antidepresivos, sedantes o pastillas para dormir→ AOR2 ○ -Factores relacionados con la familia: Cohesión familiar durante la adolescencia hasta la pérdida y cohesión familiar después de la pérdida→ Medidos por la BMA y AOR3 	<p><u>-Factores relacionados con el cuidado de la salud:</u> Tanto la desconfianza en la atención proporcionada al padre moribundo, la percepción de los esfuerzos de asistencia sanitaria pobres para curar el padre o aliviar su sufrimiento, como la creencia de 3 días antes de la pérdida que el tratamiento sería probablemente curar se asociaron con la</p>

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Baja por enfermedad y adicción a sustancias tóxicas → AOR4 ○ Preocupación por el padre sobreviviente los primeros 6 meses después de la pérdida → AOR4 ○ Confianza en el cuidado proporcionado al padre fallecido → AOR4 ○ Recurrencia de la enfermedad → AOR4 ○ Diálogo entre el padre fallecido y el hijo antes de la muerte había → AOR4 	<p>autolesión. También se asoció que al menos un padre había presentado depresión o había tenido problemas en la vida laboral.</p> <p>En relación a los profesionales que intervienen en el cuidado de los padres próximos a la muerte, las intervenciones previas a la pérdida tienen como objetivo mejorar la comprensión familiar acerca de la enfermedad, el tratamiento y el cuidado, lo que podría ser un medio para mejorar la cohesión familiar, reduciendo por lo tanto el riesgo de autolesión de los hijos.</p> <p><u>-Factores relacionados con la familia:</u> La auto-lesión fue más frecuente en aquellos con una cohesión escasa familiar antes y después de la pérdida, explicándose por la falta de comunicación familiar. Un medio ambiente familiar</p>
--	--	--	--	---	---

					<p>negativo, es decir, la disfunción familiar y la falta de un familiar de confianza, así como la calidez o disciplina, se han identificado como un factor de riesgo para la auto-lesión.</p> <p>La ideación suicida, incluyendo pensamientos de hacerse daño a sí mismo, es un síntoma de la depresión, la cual es más común en mujeres jóvenes.</p>
Shapiro DN. et al. (2014)	Identificar asociaciones entre los síntomas depresivos maternos y la comunicación eficaz y examinar las asociaciones entre la eficacia de la comunicación materno-depresiva y	Estudio transversal	38 niños de entre 3 y 13 años y 26 adultos (cuidadores sobrevivientes).	<ul style="list-style-type: none"> ○ -Síntomas depresivos del niño→Short Mood and Feelings Questionnaire ○ -Síntomas de mala adaptación del duelo en el niño→The Inventory of Complicated Grief–Revised (ICG–R) ○ -Síntomas depresivos en la madre→Beck Depression Inventory (BDI-II) ○ -Comunicación entre la madre y el hijo. 	<p>-El cariño de la madre, la sensibilidad y lo que envuelve a la comunicación, se asocia con niveles más bajos de mala adaptación al dolor y síntomas depresivos en niños cuyos padres han muerto recientemente, así como de duelo mal adaptado.</p> <p>- La reacción normal de la madre frente a la pérdida está asociada con una mayor comunicación eficaz</p>

	síntomas de mala adaptación del duelo en los niños.				entre esta y los hijos, mientras que una respuesta emocional que fuera inusual se asocia con una eficacia de la comunicación menor. - Las madres que han sobrevivido tienen un papel fundamental para facilitar el duelo en el niño ayudándolos a expresar su dolor, contestando a preguntas sobre el padre o las circunstancias de la muerte y ajustándose a la adversidad que pueden ser secundarias a la pérdida.
Kennedy B. et al (2013)	Comprobar si la pérdida de un padre por la muerte está asociada con el desarrollo temprano de cánceres con una presunta o asociación con infecciones por VPH	Estudio de cohorte	Grupo de expuestos (muerte de un padre por cáncer antes de los 40 años): 2.811 personas de no expuesto, Grupo de no expuestos: 24.875 personas. (Suecia)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Edad de la pérdida: Antes o a los 18 años o después de los 18 años de edad. ○ Edad durante el seguimiento (grupos de 5 años). ○ Sexo ○ Periodo de calendario de seguimiento (grupos de 5 años) ○ Nivel socio-económico de la familia (trabajadores manuales, trabajadores no manuales, empleados o no clasificados). 	<ul style="list-style-type: none"> - La muerte de los padres durante la infancia (menores o iguales a 18 años de edad), se observó un mayor riesgo de cáncer de cuello de útero. - La muerte de los padres después de los 18 años de edad se asoció con un mayor riesgo de cáncer de estómago.

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Características de la muerte (paterna o materna) ○ Tiempo desde la muerte ○ Causa de la muerte: Esperada o inesperada ○ Tipo de cáncer. 	<p>- Principales cánceres relacionados con el VPH se destacaron principalmente por la pérdida en menor o igual a 18 años.</p> <p>-Se observó un aumento del riesgo del cáncer de páncreas tanto durante los primeros 5 años después de la pérdida como para las muertes de los padres relacionadas con el cáncer o no relacionadas.</p>
<p>Whalley LJ. et al. (2012)</p>	<p>Estudiar la asociación entre la muerte temprana de los padres (EPD) y aumento del riesgo de demencia en una muestra bien caracterizada de personas</p>	<p>Estudio longitudinal</p>	<p>Muestra inicial de 281 participantes de la que sólo se incluyeron en el estudio a 107.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Demencia (CIE-10) → investigación, H^a clínicas, test mentales, resultados de imágenes cerebrales, consultas telefónicas 	<p>-No diferencias significativas entre: sexo, educación, antecedentes familiares de demencia y la frecuencia de aparición del gen APOEε4.</p> <p>-Riesgo de presentar demencia fue dos veces mayor entre los que perdieron a uno de los padres.</p> <p>-Antes de la realización de la EPD →32 casos de demencia/100 participantes</p> <p>-Gen APOEε4 asociado con riesgo de demencia según subtipo clínico:</p>

	mayores en situación de riesgo de demencia				ausencia de demencia (30/153), Alzheimer (20/25) y demencia vascular (4/13). -70 casos de demencia entre los participantes de 77-88 años -24 posibles casos prevalentes -46 casos incidentes durante el seguimiento
Biank NM, Werner-Lin A (2011)	Describir el trabajo clínico realizado con un niño y su familia a lo largo de 14 años en dos situaciones clínicas diferentes	Estudio de Casos	Familia que sufrió la muerte de una madre a causa de cáncer en EEUU. El hijo sobre el que se basó el estudio tenía 8 años en el momento de la pérdida	Al tratarse de un estudio cualitativo no presenta variables de estudio	-Antes y durante la pérdida se le proporcionó al niño información sobre la enfermedad y la muerte. Y se le hizo partícipe en el funeral, lo que favoreció su comprensión sobre la finalidad de la muerte. -El niño busca en su terapeuta información sobre su madre fallecida, para forjar sentimientos hacia ella. -El terapeuta se convierte en una figura de transición en momentos significativos de la vida del niño.

					-Padre sobreviviente contiene lo necesario para ayudar al niño a construir su duelo
Hagan MJ. et al (2011)	Analizar la forma en la que la crianza positiva durante la infancia puede actuar como moderador en la actividad del cortisol ante situaciones de estrés.	Estudio longitudinal	55 adolescentes y adultos jóvenes de un programa experimental de prevención para familias con pérdida de los padres. (Arizona)	<p>Crianza positiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Calidez de los cuidados y disciplina efectiva en dos momentos, alrededor de 1 año después de la muerte y 11 meses después → Child Report of Parenting Behavior Inventory, (CRPBI) y Family Routines Inventor. ○ Refuerzo positivo → Family Routines Inventor ○ Intercambio de sentimientos con el cuidador ○ Comunicación entre hijos y padres en situaciones estresantes familiares ○ Interacción didáctica. ○ Disciplina efectiva <p>Eventos recientes negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Experiencia de los fenómenos negativos durante el año pasado → Negative Life Events Scale (NLES). ○ Externalización actual e internalización de los síntomas → 	<p>- Menores niveles de crianza positiva o la exposición a acontecimientos estresantes recientes pronostican un elevado nivel de cortisol.</p> <p>- Interacciones cálidas y de apoyo con el cuidador pueden promover la adquisición de habilidades de afrontamiento y el dominio necesario para afrontar con éxito los retos de los eventos estresantes actuales y posteriores.</p> <p>- La desregularización del eje HPA se ha conectado con el desarrollo y curso de la depresión. Los resultados actuales indican que la actividad del cortisol depende de los acontecimientos negativos u la crianza positiva.</p>

				<p>Youth Self-Report form o Young Adult Self- Report form.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Actividad del cortisol→Muestras salivares. 	- Un cuidado apropiado después de la muerte de los padres puede apoyar la adaptación positiva en acontecimientos negativos posteriores
Melhem NM. et al (2011)	Analizar el curso del duelo parental en niños y adolescentes y sus consecuencias psiquiátricas.	Estudio longitudinal	182 participantes cuyos padres habían fallecido entre los 30 y 60 años de edad y ellos tenían entre 7 y 18 años.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fenómeno del duelo en niños y adolescentes menores de 18 años→Inventory of Complicated Grief (ICG-RC) ○ Experiencias alrededor y después de la muerte→ Entrevista semiestructurada de “The Circunstancies of Exposoure to Death”. ○ Desórdenes psiquiátricos en niños y adolescentes menores de 18 años→ Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for Scholl-Assed Children Present (K-SAD-PL) y Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I and II Disorders (SCID-I and SCID-II). ○ Curso longitudinal de los trastornos psiquiátricos→ Longitudinal course of psychiatric disorders. ○ Estatus funcional→ Children’s Global Assessment Scale 	<p>-La muerte repentina en niños y adolescentes y la exposición a la muerte parental mostraron un incremento del riesgo de depresión y desórdenes de estrés post-traumáticos.</p> <p>-Durante los 3 primeros años después de la muerte parental, un subconjunto de niños y adolescentes que presentan duelo parental presentará reacciones de duelo prolongadas, las cuales consisten en un duelo prolongado en el adulto y los cuales pueden ser un predictor de la aparición de trastornos psiquiátricos en la historia familiar.</p> <p>-Las intervenciones preventivas han mostrados para los jóvenes en duelo y</p>

				<p>(CGAS) o The Global Assessment Scale (GAS).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Historia de abuso físico o sexual → Entrevista psiquiátrica de una sección del PTSD y Abuse Dimensions Inventory. ○ Síntomas de duelo → Mood and Feelings Questionnaire, the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, the Child PTSD Symptom Scale-Interview y Suicide Ideation Questionnaire-Junior. Para los que se hicieron mayores de 18 años durante el estudio, se emplearon: Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory, the PSTD Sympton Scale-Interview y the Adult Suicide Ideation Questionnaire. ○ Estatus socioeconómico → Holling head scaler ○ Cohesión familiar → Family Adaptability y Cohesion Evaluation Scales II. ○ Apoyo social → Survey of Children's Social Support y the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. 	<p>sus familias la reducción de las reacciones derivadas del duelo.</p>
--	--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Agresión y autoestima→ Aggression Questionnaire and the Weinberger Adjustment Inventory self-term subscale. 	
Stikkelbroek Y. et al (2011)	Examinar si la edad de inicio de ciertos trastornos mentales está relacionada con la pérdida de un padre y si la muerte de una figura parental durante la infancia está asociada con el uso de servicio de enfermedades mentales.	Estudio longitudinal	7076 participantes de entre 18-64 años que habían perdido a un padre antes de los 16 años.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedades mentales→ Diagnostic Statistical Manual-III-Revised (DSM-III-R). ○ Muerte parental→ Preguntando si habían perdido a un padre antes de los 16 años de edad. ○ Variables demográficas: Género, año, empleo; soltero, casado o en cohabitación; educación y residencia en zona rural o urbanizada. ○ Adversidades: Divorcio, abuso físico, psicológico o sexual antes de los 16 años, abandono o problemas psicológicos del padre. Se evaluó mediante preguntas. ○ Limitaciones funcionales→ Medical Outcomes Study Form-36 (MOS-SF-36). ○ Uso de servicios de salud mental: Preguntando cómo habían sido tratados en el desarrollo de enfermedades psiquiátricas. 	-La incidencia de la fobia simple y el trastorno de pánico fueron significativamente asociado con la muerte de los padres antes de la edad de 16 años Ajustado por variables sólo el trastorno de pánico fue significativamente asociado con la muerte de uno de los padres antes de los 16 años.

<p>Sandler I. et al. (2010)</p>	<p>Investigar como el programa de familias en duelo (FBP) en comparación con un control de la literatura conduce a menor prevalencia de trastornos mentales, niveles más bajos de problemas de salud mental y resultados de desarrollo más positivos en los jóvenes y la disminución de problemas de salud mental en el padre sobreviviente</p>	<p>Ensayo aleatorizado</p>	<p>156 familias colocadas en el FBP y grupo de control de la literatura (LC) al azar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dx de trastorno mental en hijos (DISCO-IV) y padres (YADISC-IV) ○ Internalización/externalización de síntomas de problemas y trastornos de salud mental → ‘Child Behavior Check List’ e ‘YSR’ ○ Autoestima → ‘Escala de Rosenberg’ ○ Competencia académica ○ Promedio de calificaciones ○ Alcohol, consumo de drogas y riesgo en la práctica sexual → ‘Scale Vigilance’ ○ Problemas de salud mental del padre sobreviviente → ‘Investigación Epidemiológica Psiquiátrica’ y ‘Depresion Beck Inventory’ 	<ul style="list-style-type: none"> -Participantes del FBP niveles más bajos de externalización de síntomas (en cuidadores y jóvenes). -Componentes del FBP tasas más bajas de externalización de dx y trastornos de salud mental que los del LC. -No se encontraron diferencias significativas en la internalización de síntomas de trastornos mentales tanto en cuidadores como en los jóvenes. -Los jóvenes del grupo FBP presentaron mayor autoestima que los del LC. -Los padres sobrevivientes del grupo FBP presentaron menos síntomas de desmoralización que los del LC.
<p>Hagan MJ. et al. (2010)</p>	<p>Investigar asociación entre los eventos negativos de la</p>		<p>Familias con al menos un hijo de entre 8-16</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cortisol: extracción de 4 muestras → prediscusión, inmediatamente después de la 	<ul style="list-style-type: none"> -Correlación significativa entre la producción de cortisol y los

	vida y un indicador del funcionamiento del eje HP y la respuesta del cortisol en una muestra de jóvenes y adolescentes que perdieron a sus padres.	Estudio de casos y controles	años que hubieran sufrido una pérdida parental entre 3 y 30 meses antes del inicio del estudio.	<p>discusión, 15 min después y 30 min después.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Conflictos interpersonales, cambios del entorno del niño, eventos de pérdida posterior al fallecimiento → ‘Scale NLES’ 	<p>acontecimientos negativos producidos tras la pérdida.</p> <ul style="list-style-type: none"> -No relación entre el cortisol y los eventos negativos recientes al momento del estudio -Síntomas de problemas mentales actuales no se relacionan con los acontecimientos negativos post-duelo -Nº total de acontecimientos negativos es un predictor independiente de la actividad del cortisol
Tyrka AR. et al (2008)	Demostrar si existe asociación entre la muerte parental y el aumento de la ACTH y de cortisol y si la calidad del cuidado de los padres podría mejorar este efecto.	Estudio de casos y controles	88 adultos sin trastornos psiquiátricos del eje HPA -44 que hubieran sufrido pérdida o separación parental -44 → ‘No loss group’	<ul style="list-style-type: none"> ○ Adversidad socioeconómica → ‘Childhood Trauma Questionnaire’ ○ Hª actual y duración del dx. Psiquiátrico → ‘Structured Clinical Interview for DSM-IV’ ○ Antecedentes de maltrato infantil → ‘Childhood Trauma Questionnaire’ ○ Cuidado de los padres y sobreprotección → ‘The Parental Bonding Instrument’ ○ ACTH, cortisol y estado de ánimo → Test Dexamentasona 	<ul style="list-style-type: none"> -Se encontraron cambios significativos neuroendocrinos y anímicos tras la realización del test. -Muerte parental y respuesta al test interacción y efectos en los sujetos del grupo de pérdida/separación. -Participantes del ‘Loss Group’ aumento de cortisol con menos cuidado

