



Medicina Paliativa

www.elsevier.es/medicinapaliativa



ORIGINAL

Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo

Marta Villacieros Durbán*, Marisa Magaña Loarte, José Carlos Bermejo Higuera, Rosa Carabias Maza e Inés Serrano Fernández

Departamento de Investigación, Centro de Humanización de la Salud, Tres Cantos, Madrid, España

Recibido el 9 de marzo de 2012; aceptado el 21 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 6 de noviembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Duelo;
Duelo complicado;
Dolor;
Luto;
Síntomas depresivos;
Factores de riesgo

Resumen

Objetivos: Conocer el perfil de las personas que se encuentran en duelo complicado en un centro de escucha de duelo, centrándonos en factores de riesgo del ámbito sociodemográfico que pueden estar asociados a este proceso.

Método: Estudio descriptivo y correlacional en una muestra de 103 personas que acuden a un centro gratuito de escucha de duelo (CE). Se aplicó un cuestionario para recoger variables demográficas relacionadas con la pérdida y el nivel de duelo complicado según el Inventario de Duelo Complicado Prigerson (IDC). Criterios de inclusión: puntuación IDC > 25, mayoría de edad, pérdida hace al menos un mes y vivir en la Comunidad de Madrid. Se contrastan las medias con prueba T para muestras independientes y ANOVA de un factor. Pearson para el grado de asociación. Intervalo de confianza de 95 y 99%.

Resultados: Tasa de respuesta de un 71,42% (130), de los cuales el 79,23% (103) cumplía los criterios de inclusión: 76,7% (79) mujeres y 23,3% (24) hombres con una media de edad de 56 años. La puntuación media de duelo complicado fue de 44,11. Perdieron un ser querido hace una media de 12,76 meses. En un 36,9% (38) falleció su cónyuge, en 31,1% (32) un hijo, en 20,4% (21) su padre/madre. El 54,4% (67) valora que tenía un vínculo positivo, el 28,2% (29) normal y el 10,7% (7) negativo. El 53,4% (55) había recibido ayuda psicológica previa y el 63,1% (63) farmacológica. Más meses desde la pérdida se asociaron a un peor vínculo con el fallecido. El parentesco de cónyuge e hijo se asociaron a una mayor puntuación en el IDC.

Conclusiones: Quienes han perdido un cónyuge, un hijo y personas que han tardado más tiempo en pedir ayuda específica para elaborar el duelo complicado están en una situación de vulnerabilidad mayor y requieren una atención específica para su problema.

© 2012 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: investigacion@humanizar.es (M. Villacieros Durbán).

KEYWORDS

Grief;
Complicated grief;
Bereavement;
Mourning;
Depressive
symptoms;
Risk factors

Study of the profile of a complicated grief population attending a grief listening centre

Abstract

Objective: To profile the complicated grief in the bereaved in a grief listening centre, focussing on some sociodemographic risk factors that may be associated with this process.

Method: A descriptive and correlational study was conducted on a sample of 103 people who came to a free grief listening centre. A questionnaire was used in order to collect demographic variables, loss related variables, and complicated grief level according to Prigerson Inventory of Complicated Grief (ICG). Inclusion criteria: ICG >25, full legal age, one month post-loss, and to live in the Comunidad de Madrid. For the comparison of the means, the *t* test for independent samples and the one-way ANOVA were performed, with the Pearson *r* for degree of association. All were calculated with a 95% and 99% confidence interval.

Results: The response rate was 71.42% (130), 79.23% (103) fulfilled the inclusion criteria, 76.7% (79) women and 23.3% (24) were men with an average age of 56 years. The mean ICG was 44.11. The mean time since the loss of a loved one was 12.76 months. Just over one-third (36.9%, 38) lost a spouse, 31.1% (32) lost a child, and 20.4% (21) a parent. Just over half (54.4%, 67) considered they had a positive bond, 28.2% (29) a common bond, and 10.7% (7) a negative one. Psychological help had previously been received by 53.4% (55), and pharmacological help by 63.1% (63). More post-loss months were associated with the worse bond with the deceased. A spouse and child relationship was associated with greater score in ICG.

Conclusions: Those who lost a spouse or a child, and the people that took longer to ask for specific grief help, were in a especially vulnerable position, and need specific attention to solve their problems.

© 2012 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La pérdida de un ser querido es uno de los acontecimientos con mayor impacto en la vida de una persona. En algunos casos se convierte en la principal fuente de estrés y malestar¹. Así, la elaboración de las pérdidas constituye un tema central en la existencia humana².

En nuestra cultura, duelo se refiere al proceso psicológico y psicosocial que sigue a la muerte de una persona con la que se estaba vinculado². Se trata de una reacción normal que comprende pensamientos, emociones y comportamientos que buscan la adaptación a la nueva realidad. Para algunas personas este proceso se puede complicar y alargar en el tiempo con el sufrimiento añadido que conlleva¹.

Cuando se dan alteraciones en el curso o intensidad del duelo hablamos de duelo complicado³. El manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV-TR lo incluye en el conjunto de problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica⁴. Las manifestaciones patológicas en un duelo complicado son múltiples, entre ellas: marcada dificultad para aceptar la pérdida, fuertes sentimientos de culpa, rabia, abandono, alteración o detención del curso biográfico, cambios emocionales bruscos o aparición de cuadros psicopatológicos con sintomatología depresiva, ansiosa, somática, trastornos de conducta, dependencias e incluso síntomas psicóticos⁵⁻⁷. Incluso algunos autores apoyan el que sea considerado un trastorno en sí mismo⁸⁻¹¹.

La mayoría de las personas se recupera en un periodo de tiempo relativamente corto que oscila entre los

2 y 3 años. Existen factores que pueden condicionar positiva o negativamente este proceso, incrementando o suavizando la intensidad y duración del mismo y, por tanto, el sufrimiento. Según los autores, son factores de riesgo para una mayor vulnerabilidad los predictores relacionados con el dolor: parentesco, causa de fallecimiento, tiempo desde la pérdida, expresiones de rabia y culpa; los predictores individuales: edad, género, nivel educativo, pérdidas significativas previas, religión, espiritualidad, apego ansioso y apego evitativo¹²; los predictores sociales: apoyo social, condiciones de convivencia, apoyo profesional; y los predictores ambientales: ser miembro de una organización religiosa, deterioro económico, trabajo remunerado, uso de medicación y eventos significativos en torno a la pérdida^{6,13-19}.

Sobre los factores protectores destacan la capacidad de dar sentido a la experiencia, la buena gestión emocional, la capacidad de autocuidado¹⁵, la resiliencia²⁰ y las creencias religiosas²¹⁻²⁴.

Existen diferentes propuestas para la elaboración del duelo. Hay estudios que defienden desde el tratamiento exclusivamente farmacológico²⁵ hasta los que indican lo contrario porque tratar los síntomas no incide en la elaboración del duelo¹³. Encontramos estudios que proponen la atención con psicoterapia (terapia interpersonal, cognitivo conductual y entrevista motivacional) o combinando psicoterapia y psicofármacos^{26,27}. También existe evidencia a favor del abordaje específico de duelo complicado: en un estudio en el que se compara la aplicación de la terapia de duelo complicado frente a la terapia interpersonal en una muestra de personas con duelo complicado se obtuvieron

mejores resultados con el tratamiento específico del duelo complicado²⁸.

Una de las formas más recomendadas de acompañar a las personas durante este proceso es el *counselling*²⁹. Este tipo de relación de ayuda toma de la psicología humanista su referencia y trabaja con base en actitudes como la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional³⁰. El *counselling* se puede realizar de forma individual o en los llamados grupos de ayuda mutua según las necesidades y circunstancias específicas de la persona en duelo³¹⁻³⁴.

En nuestro trabajo de mejora de la atención ofrecida para la elaboración del duelo y teniendo en cuenta los factores revisados en la literatura el objetivo principal de este estudio es conocer el perfil de las personas que están en duelo complicado y que acuden a un centro de escucha (CE) o acompañamiento de duelo para recibir ayuda, centrándonos en los factores de riesgo del ámbito sociodemográfico relacionados con la pérdida del ser querido y que pueden asociarse al nivel de duelo complicado.

Material y método

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo y correlacional cuyos datos se recogieron mediante autoinforme entre marzo de 2010 y marzo de 2011 en un CE o acompañamiento de duelo. Este centro ofrece ayuda gratuita a personas que pasan por una situación de crisis debido a una pérdida u otras necesidades. El primer contacto es telefónico por parte de la persona que desea recibir ayuda. El conocimiento de este recurso (publicitado como centro de acompañamiento de duelo) es a través de la página web, tríptico en papel o por difusión informal. En el CE el acompañamiento consiste habitualmente en 20 sesiones. Lo lleva a cabo un equipo de 100 voluntarios con titulación universitaria y cualificación específica para ello mediante cursos de relación de ayuda, habilidades básicas de *counselling*, asesoramiento e intervención en procesos de duelo y entrenamiento en prácticas de *counselling*. Existe constancia de iniciativas similares en otros lugares con resultado satisfactorio³⁵.

Sujetos

Se ofreció la participación a 182 usuarios del CE en situación de duelo y que todavía no habían iniciado el acompañamiento. Respondieron al cuestionario 130, por lo que la tasa de respuesta fue de un 71,42%. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, vivir en la Comunidad de Madrid y querer comenzar las sesiones de escucha y haber sufrido una pérdida hace al menos un mes de un ser querido, familiar o no.

Instrumento

Se utilizó el Inventario de Duelo Complicado de Prigerson (IDC) para medir la variable de duelo complicado. Este cuestionario consta de 19 ítems con buena consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach=0,94) y estabilidad temporal (fiabilidad test-retest a los 6 meses=0,80). El resultado

fluctúa entre 0 y 76 puntos, correspondiendo las puntuaciones más altas a una mayor probabilidad de padecer el duelo complicado. Según los autores, una puntuación > 25 es un indicador de duelo complicado¹.

Las variables sociodemográficas incluidas mediante 5 preguntas adicionales fueron: meses desde la pérdida, parentesco (esposo/a o compañero/a, hijo/a, padre/madre, sobrino/a, hermano/a y otro), tipo de vínculo (problemático, distante/frío, normal, conforme al vínculo que nos une, de gran intimidad y afecto, otro), ayuda psicológica previa (sí o no) y ayuda farmacológica previa (antidepresivos, ansiolíticos, otros, no nada).

Procedimiento

Una vez que un usuario llamaba al centro para pedir ayuda y tras una primera entrevista se le asignaba un voluntario que le acompañaría durante las 20 sesiones y un número de identificación para anonimizar los datos del cuestionario en el caso de que aceptara participar.

Previamente a la recogida de los datos se instruyó a los voluntarios del CE en cómo hacerlo. El voluntario le explicaba la posibilidad de participar en el estudio y en el caso de aceptar el cuestionario en papel lo completaba el usuario preferiblemente en la primera sesión; aquellos cuyo nivel de angustia era muy elevado también podían esperar a la segunda o tercera sesión para completarlo. Una vez realizado, el voluntario lo entregaba a la persona encargada de concertar las citas.

Análisis de datos

La herramienta empleada fue el SPSS versión 20.0. Se utilizó análisis descriptivo para las variables demográficas y las relacionadas con la pérdida y el duelo. Se exploró la asociación entre variables mediante coeficiente de correlación de Pearson. A través de la probabilidad asociada al estadístico de Levene se comprobó la hipótesis de igualdad de varianzas. Mediante la t de Student para muestras independientes se comprobó la igualdad de medias entre los niveles de cada variable. Con ANOVA de un factor se comprobó la igualdad de medias. Los intervalos de confianza fueron de 95 y de 99%.

Ética

En la primera página del cuestionario se informaba de quién realiza la investigación, con qué objetivo y cómo responder. Se garantizaba la confidencialidad y una adecuada protección de datos, así como los fines, limitados a la investigación. Previamente a la recogida de datos el diseño de la investigación fue revisado por el Comité de Ética Asistencial del Centro.

Resultados

La media de edad fue de 56 años (desviación típica de 15,59 con un rango de 62, mínimo de 29 y máximo de 91), de los cuales el 76,7% fueron mujeres y el 23,3% hombres.

En cuanto al parentesco con el fallecido el 36,9% había perdido a su cónyuge, el 31,1% a su hijo/a, el 20,4% a un progenitor, el 8,7% a un hermano/a y el 2,9% a un amigo/a u otra relación. Para proceder a análisis posteriores se redujeron estas categorías a 4: cónyuge, hijo/a, padre/madre y otros (agrupando hermano y amigo). En relación con la variable tipo de vínculo afectivo para el 54,4% el vínculo que existía era «de gran intimidad y afecto», para el 28,2% era «normal conforme al vínculo que nos une», el 10,7% señalaron «otra» y la referían como «especial». Un 4,9% expresó que el vínculo era «problemático o conflictivo» y un 1,9% «distante o frío». Para los análisis posteriores el tipo de vínculo afectivo se agrupó en 3, de forma que el 65,0% expresaba haber tenido un vínculo positivo (englobando «de gran intimidad y afecto» y «especial»), el 28,2% «normal conforme al vínculo que nos une» y el 6,8% un vínculo negativo (incluyendo «problemático o conflictivo» y «frío o distante»).

En relación con la ayuda previa recibida el 53,4% manifestó haber recibido ayuda psicológica previa, mientras que el 45,6% no. En cuanto a la ayuda farmacológica el 63,1% recibió ayuda farmacológica previa mientras que el 36,9% no lo hizo. De los que contaron con ayuda farmacológica previa el 14,6% recibió antidepresivos, el 25,2% ansiolíticos, el 20,4% antidepresivos y ansiolíticos y el 2,9% señaló la opción otros (hipnóticos). El 40% recibió ambas ayudas, el 38% una de las 2 y el 23% ninguna.

Siguiendo el criterio del IDC se estimó que una puntuación superior a 25 en el IDC señala la presencia de duelo complicado¹. Así, de los 130 que respondieron se eliminó del análisis a 27 participantes que tenían una puntuación inferior o igual a 25 por lo que la muestra final fue de 103 participantes. Es decir, el 79,23% de los que contestaron al cuestionario sufría duelo complicado.

El nivel medio de duelo complicado resultó de 44,11 (desviación típica de 10,41 con un rango de 43, mínimo de 25 y máximo de 68). Mediante el Alfa de Cronbach se obtuvo una consistencia interna de 0,827. El tiempo transcurrido desde la pérdida fue de 12,76 meses (con desviación

típica de 20,07), es decir, en torno al año después del fallecimiento.

Contraste de medias y correlaciones

Al comparar las medias de la variable de duelo complicado en función del parentesco se observa que existen diferencias significativas entre los que perdieron a su padre/madre (media = 37,00) frente a los que perdieron a su cónyuge (media = 47,94) y frente a los que perdieron a su hijo/a (media = 44,68). Cabe señalar que las medias en duelo complicado de quienes perdieron a su cónyuge y quienes perdieron un hijo/a resultaron estadísticamente iguales (tabla 1).

No se encontraron diferencias significativas entre las medias en duelo complicado en función del sexo ni del tipo de vínculo afectivo (tabla 1). Tampoco en función de la ayuda psicológica previa recibida, pero sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\alpha = 0,001$) a nivel del duelo complicado según se había recibido ayuda farmacológica previa o no, siendo la media en duelo complicado de los que han recibido ayuda farmacológica previa (media = 46,154) superior a los que no la recibieron (media = 40,631) (tabla 1).

La diferencia de medias de los meses desde la pérdida entre los distintos tipos de vínculo afectivo resultó también estadísticamente significativa ($\alpha = 0,05$). Los que mantenían una relación «negativa» obtuvieron una media superior (de 32,5 meses) frente a los que su relación era «normal conforme al vínculo que nos une» (media = 9,706) y «positiva» (media = 12,022) (tabla 1).

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\alpha = 0,05$) entre medias de meses desde la pérdida en función de haber recibido o no ayuda psicológica previa. Los que recibieron ayuda psicológica previa perdieron a su ser querido hace más tiempo (media = 17,645) que los que no habían recibido ayuda psicológica previa (media = 7,319) (tabla 1).

Tabla 1 Medias t de Student para muestras independientes y ANOVA de un factor. Intervalo de confianza de 95 y 99%

Variable	Nivel de la variable	Media	Desviación típica
Sexo	Hombre	41.791	10.438
	Mujer	44.822	10.374
Parentesco	Cónyuge ^b	47.947	10.007
	Hijo/a ^a	44.687	10.293
	Padre/madre ^{a,b}	37.000	8.983
	Otro	44.000	9.708
Tipo de vínculo	Positivo	45.285	14.115
	Normal	44.103	9.131
	Negativo	44.000	10.681
Ayuda psicológica previa	Sí	44.909	10.303
	No	42.957	10.175
Ayuda farmacológica previa	Sí ^c	46.153	10.084
	No ^c	40.631	10.175

^a muestra diferencias estadísticamente significativas ($\alpha = 0,030$).

^b muestra diferencias estadísticamente significativas ($\alpha = 0,000$).

^c muestra diferencias estadísticamente significativas ($\alpha = 0,009$).

Tabla 2 Pearson para el grado de asociación entre variables. Intervalo de confianza de 99%

Variables	Correlaciones Pearson		
	Duelo Complicado	Edad	Meses desde la pérdida
Duelo complicado	1		
Edad	0,140	1	
Meses desde la pérdida	0,019	0,081	1

Pero con respecto a las correlaciones de las variables indicadoras de tiempo ni los meses desde la pérdida ni la edad de la persona en duelo se asociaron a las puntuaciones en duelo complicado (tabla 2).

Discusión

Con estos datos podríamos componer un perfil del usuario tipo que acude al CE como una mujer de 55 años, viuda desde hace aproximadamente un año, que manifiesta haber tenido un vínculo afectivo positivo con su marido y que ha recibido ayuda antes de llegar al CE (farmacológica, psicológica o ambas). Obtendría en el IDC una puntuación de duelo complicado de 44.

Así, en nuestro estudio se observa que las personas que sufren duelo complicado con más síntomas (o mayores puntuaciones) son los que perdieron a su cónyuge o a un hijo/a y que los que tardaron más tiempo en acudir al CE manifestaban tener una relación de alguna forma negativa con el fallecido.

Este resultado sobre el parentesco con el fallecido debe interpretarse con prudencia ya que Prigerson elaboró el IDC tomando como criterio de inclusión los participantes cuyo proceso de duelo fuera por pérdida de cónyuges¹. Por esta razón dicho IDC puede estar sobreestimando ciertos aspectos relacionados con la viudedad frente a otras posibles circunstancias que también forman parte de la muestra objeto de estudio. Sería necesario contar con una muestra más numerosa para indagar sobre aspectos de validez de contenido. No obstante, hemos obtenido un dato de fiabilidad muy satisfactorio, lo cual indica que el instrumento es preciso.

En la misma línea, estudios sobre factores de riesgo en duelo plantean la pérdida del cónyuge como mayor predictor de soledad emocional frente a la pérdida de padres o de hijos¹³. De la misma forma, desde la teoría relacional de la soledad de Weiss³⁶, se entiende que para la mayoría de las personas su pareja constituye el apego emocional más cercano. Así también en la Escala de Sucesos Vitales Estresantes el fallecimiento del cónyuge constituye el acontecimiento vital de mayor estrés en la vida de una persona³⁷.

Por otro lado, teniendo presente que el CE es un recurso de ayuda gratuito, cabe mencionar otra posible interpretación a la menor puntuación en duelo complicado de las personas que pierden un hijo frente a los que pierden un cónyuge; la situación de viudedad puede implicar un empeoramiento de las condiciones económicas, perjuicio que podría mediar entre la variable parentesco y la puntuación en duelo complicado^{6,13,15}, lo cual es un aspecto a tener en cuenta en futuros estudios en este centro.

En relación con el tratamiento y el trabajo terapéutico necesario para la elaboración del duelo complicado encontramos varios aspectos a remarcar. El primero es que nuestros resultados pueden estar poniendo de relieve que si bien la medicación para el estado de ánimo depresivo ayuda a tratar los síntomas derivados^{26,27}, esta no resulta efectiva para paliar el duelo si no va acompañada de la elaboración del mismo²⁸ ya que encontramos puntuaciones superiores en duelo complicado entre quienes recibían medicación.

En contra de lo que defienden algunos estudios, en concreto sobre tratamiento de duelo complicado con escitalopram como tratamiento suficiente²⁵, parece apropiado tener en cuenta que aunque en duelo complicado aparecen síntomas característicos de otros trastornos⁷⁻⁹, y que incluso es concomitante con depresión y trastorno de estrés posttraumático²⁸, no se limita a estos y por tanto el abordaje ha de ser más amplio.

Apoyando esta afirmación encontramos entre nuestros datos que solamente la ayuda farmacológica previa está relacionada con el duelo complicado; podría suceder que las personas que han recibido ayuda psicológica previa están en una situación de duelo un poco menos grave.

Por otro lado, ahondando en el tipo específico de ayuda a formalizar en el caso concreto del duelo complicado y defendiendo como Shear et al.²⁸ y otros^{29,31-33} que este requiere de un trabajo específico mediante *counselling*, destacamos que quienes tardan más en llegar al CE es más probable que antes hayan recibido ayuda psicológica previa. No obstante, siguen necesitados de ayuda (de un trabajo específico para elaborar el duelo) por lo que acuden al CE.

En relación con el tipo de vínculo, según los estudios acerca de la «continuidad del vínculo afectivo» vivido de manera externa o interna, uno u otro estilo marcan diferencias en la elaboración del duelo complicado. La manera externalizada iría acompañada de alucinaciones e ilusiones relacionadas con el difunto, mientras que la continuación de la relación de manera internalizada permite la reconstrucción del esquema de relación y posibilita la aceptación de la imposibilidad de reencontrarse con el fallecido¹².

Nuestros datos apoyan la dificultad que se observa en esta evolución hacia una relación interna con el fallecido³⁸. En concreto se observa que cuando el vínculo a interiorizar es negativo tardan más en acudir al CE tras el fallecimiento del ser querido. Tal vez para estas personas sea más difícil aceptar la imposibilidad de reencontrarse (quedando la mala relación sin resolver) y así la confusión propia de los primeros meses se perpetúa. Siendo un estudio correlacional no podemos atribuir causalidad sino hipotetizar sobre la misma. Además, en nuestros resultados existe mucha variabilidad en cuanto a tiempo desde la pérdida. Por otro lado, constituye una limitación a superar en futuros estudios sobre factores

de riesgo, conocer la situación económica de las personas en duelo, en concreto si esta se ve alterada como consecuencia del fallecimiento del ser querido o no^{14,15}, lo mismo que también podría ayudarnos a perfilar necesidades de atención especial recoger la causa del fallecimiento^{1,12,16,17}.

Para profundizar en factores protectores sería recomendable en futuros estudios conocer la existencia o no de creencias religiosas ya que puede ser un soporte que sirva de ayuda en esos momentos^{13,21-24}, el nivel de resiliencia²⁰, la capacidad de dar sentido a la experiencia y la buena gestión emocional, entre otras¹⁵.

Aun así se trata de uno de los pocos estudios españoles con muestra completa de población no clínica y en situación de duelo complicado, por lo que tener en cuenta estos resultados puede contribuir a la mejora de la ayuda específica para la elaboración del duelo complicado. Aunque los resultados deben ser tomados con prudencia, sí parecen indicar la atención continuada en el proceso de duelo para algunos de los deudos, en concreto: viudos y viudas, quienes han perdido un hijo y personas que han tardado mucho tiempo en pedir ayuda específica para elaborar el duelo complicado (ya que el CE se publicita como centro de escucha de duelo) por estar en una situación de vulnerabilidad mayor requieren no solo una atención específica para su problema, sino también que se tengan en cuenta las circunstancias individuales que pueden estar mediando en el agravamiento de su duelo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Limonero J, Lacasta M, García J, Maté J, Prigerson H. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*. 2009;16:291-7.
2. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30:163-76.
3. Vargas RE. Duelo y pérdida. *Med Leg Costa Rica*. 2003;20:47-52.
4. American Psychiatric Association. DSM- IV- TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona. Masson S.A. 2001.
5. Bermejo JC. Estoy en duelo. PPC: Madrid; 2005.
6. Gamo E, del Álamo C, Hernangómez L, García Laborda A. Problemática clínica del duelo en la asistencia en salud mental. *Psiquiatr*. 2000;12:209-18.
7. Howarth RA. Concepts and controversies in grief and loss. *Journal of Mental Health Counseling*. 2011;33:4-10.
8. Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257:444-52.
9. Holland JM, Neimeyer RA, Boelen PA, Prigerson HG. The underlying structure of grief: a taxometric investigation of the prolonged and normal reactions to loss. *J Psychopathol Behav Assess*. 2009;31:190-201.
10. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*. 2009;6:1-12.
11. Simon NM, Wall MM, Keshaviah AK, Dryman MT, LeBlanc NJ, Shear MK. Informing the symptom profile of complicated grief. *Depress Anxiety*. 2011;28:118-26.
12. Field NP, Filanosky C. Continuing bonds, risk factors for complicated grief and adjustment to bereavement. *Death Stud*. 2010;34:1-29.
13. Van Der Houwen K, Stroebe M, Stroebe W, Schut H, van den Bout J, Wijngaards-De Meij L. Risk Factors for bereavement outcome: a Multivariate Approach. *Death Stud*. 2010;34:195-220.
14. Gamo E, Pazos P. El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2009;29:455-69.
15. Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*. 2008;5:383-400.
16. Lacasta MA, García ED. El duelo en cuidados paliativos- SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2007 [consultado 15 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.imersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=58249>
17. Mancini AD, Prati G, Bonanno GA. Do shattered worldviews lead to complicated grief? Prospective and longitudinal analyses. *J Soc Clin Psychol*. 2011;30:184-215.
18. Lobb EA, Kristjanson LJ, Aoun SM, Monterosso L, Halkett GKB, Davies A. Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Stud*. 2010;34:673-98.
19. Meert KL, Shear K, Newth CJL, Harrison R, Berger J, Zimmerman J, et al. Follow-up study of complicated grief among parents eighteen months after a child's death in the pediatric intensive care unit. *J Palliat Med*. 2011;14:207-14.
20. Shapiro ER. Whose recovery, of what? Relationships and environments promoting grief and growth. *Death Stud*. 2008;32:40-58.
21. Wortman JH, Park CL. Religion and spirituality in adjustment following bereavement: an integrative review. *Death Stud*. 2008;32:703-36.
22. Prigerson HG, Maciejewski PK. Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *Br J Psychiatry*. 2008;193:435-7.
23. Neimeyer RA, Currier JM, Coleman R, Tomer A, Samuel E. Confronting suffering and death at the end of life: the impact of religiosity, psychosocial factors, and life regret among hospice patients. *Death Stud*. 2011;35:777-800.
24. Kelley M, Chan KT. Assessing the role of attachment to god, meaning, and religious coping as mediator in the grief experience. *Death Stud*. 2012;36:199-227.
25. Letters to the Editor. Complicated Grief: a case series using escitalopram. *Am J Psychiatry*. 2007; 164 (11) [consultado 15 Ene 2012]. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=164&page=1760&journalID=13>
26. Reynolds CF, Stack J, Houle J. Diagnosis and treatment of Complicated Grief. Western Psychiatric Institute and Clinic of UPMC. 2011 [consultado 15 Ene 2012] Disponible en: www.physicianresources.com/psychiatry
27. Zhang B, El Jawahri A, Prigerson H. Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *J Palliat Med*. 2006;5:1188-203.
28. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of Complicated Grief: a Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2005;293:2601-8.
29. Barreto MP, Soler MC. Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. *Humanitas*. 2004;2:139-50.
30. Bermejo JC. Apuntes de relación de ayuda. Santander. 1998. Sal Terrae.
31. Vlasto C. Therapists'views of the relative benefits and pitfalls of group work and one-to-one counselling for berea-

- vement. *Counselling and Psychotherapy research*. 2010;10: 60–6.
32. Bermejo JC, Sánchez EJ. Grupos de ayuda mutua en el duelo: eficacia y perspectivas. *Mapfre Medicina*. 2007;18:82–90.
33. Breen LJ. Professionals' experiences of grief counselling: implications for bridging the gap between research and practice. *Omega*. 2011;62:285–303.
34. Oberhofer B. Counselling bereaved middle aged children: parental suicide survivors. *Clinical Social Work Journal*. 1991;19:35–48.
35. Gallagher M, Tracey A, Millar R. Ex clients' evaluation of bereavement counselling in a voluntary sector agency. *Psychol Psychother*. 2005;78:59–76.
36. Weiss RS. *Loneliness: The experience and emotional social isolation*. Cambridge: MA MIT Press; 1973.
37. González JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*. 1983;4:7–11.
38. Shear K, Monk T, Houck P, Melhem N, Frank E, Reynolds C, et al. An attachment- based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257:453–61.