



## REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Revista Oficial de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología (FIAP)  
[Official Journal of the Latin-American Federation of Psychological Associations]

[www.elsevier.es/rips](http://www.elsevier.es/rips)



# Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo



Manuel Fernández-Alcántara\*, M. Nieves Pérez-Marfil, Andrés Catena-Martínez, Miguel Pérez-García y Francisco Cruz-Quintana

*Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada, España*

Recibido el 15 de septiembre de 2015; aceptado el 19 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 22 de noviembre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Duelo complicado;  
Psicopatología;  
Emoción;  
Centralidad;  
Fin de vida

**Resumen** La pérdida de un ser querido puede dar lugar a un duelo complicado, caracterizado por intensos síntomas de anhelo, tristeza o pérdida de sentido. La identificación del duelo complicado es central para poder ofrecer tratamientos adecuados. Sin embargo, no se conoce con claridad el perfil sintomatológico, ni la influencia que tienen el tipo de pérdida en la intensidad del duelo. En este estudio descriptivo participaron un total de 68 personas que habían sufrido una pérdida, al menos seis meses antes de la evaluación. Completaron una batería de pruebas sobre intensidad del duelo y psicopatología. Los resultados señalan que todas las variables psicopatológicas mostraron altas relaciones significativas con la intensidad de síntomas de duelo. La centralidad con que se percibió la pérdida y los sentimientos de hostilidad predijeron en gran medida los valores de duelo complicado y con mayor intensidad de experiencias de duelo y de síntomas psicopatológicos. El perfil sintomatológico en duelo complicado se relaciona con un gran abanico de psicopatología. La pérdida de un hijo parece ser un importante factor de riesgo para el desarrollo de duelo complicado.

© 2015 Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### KEYWORDS

Complicated grief;  
Psychopathology;  
Emotion;  
Centrality;  
End-of-life

### Influence of emotional psychopathology and type of loss in the intensity of grief

**Abstract** The loss of a loved one may provoke complicated grief, which is characterized by intense symptoms of yearning, sadness, or loss of life meaning. Identifying those at risk of developing complicated grief is crucial to provide adequate treatment. However, little is known about the symptom profile or the influence that the type of loss may have on grief intensity. A descriptive design was carried out. A total of 68 participants that have lost a loved one due to death, at least six months ago, took part on the research. They completed a range of

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mfernandez@ugr.es](mailto:mfernandez@ugr.es) (M. Fernández-Alcántara).

emotional self-report measures. All psychopathological variables showed high and significant relations with the intensity of grief. The centrality perceived and feelings of hostility predicted the score of complicated grief. Finally, the loss of a son was associated with complicated grief and with higher scores on the experiences of loss and emotional psychopathology. Symptom profile of those with complicated grief is associated with a large number of psychopathological variables, including depression, anxiety and post-traumatic stress disorder. The loss of a son seems to be an important risk factor for developing complicated grief.

© 2015 Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Un proceso de duelo puede definirse como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas y conductuales que tienen lugar tras la pérdida de un ser querido (Romero, 2013). Ante el fallecimiento de un ser querido son diversas las trayectorias documentadas por la investigación (véase Arizmendi y O'Connor, 2015 para una reciente revisión). La mayor parte de las personas dispone de adecuados recursos de afrontamiento para hacer frente a la pérdida, mostrando importantes signos de resiliencia (Bonanno y Diminich, 2013; Bonanno, Westphal y Mancini, 2011). Modelos como el *Dual Process Model Coping* indican que durante el proceso de duelo normal tiene lugar una oscilación o movimiento entre el procesamiento de aspectos directamente relacionados con la pérdida, y aquellos que permiten la adaptación a un nuevo medio sin el fallecido (Fasse y Zech, 2015; Stroebe y Schut, 2010). La oscilación o la flexibilidad es la que permite dicha adaptación, así como continuar viviendo con su recuerdo, sin que este interfiera de manera negativa en el funcionamiento cotidiano (Bonanno y Burton, 2013). Sin embargo, la literatura también recoge que entre un 10 y un 15% de las personas que experimentan una pérdida van a desarrollar síntomas de duelo intenso durante un periodo de tiempo prolongado (Kersting, Brähler, Glaesmer y Wagner, 2011; Prigerson, Vanderwerker y Maciejewski, 2008). Actualmente se denomina a esta categoría duelo complicado o duelo prolongado. Los síntomas centrales incluyen un fuerte anhelo por la persona que ha fallecido, dificultad para aceptar la pérdida, sentimientos de shock o incredulidad, emociones como la rabia, la amargura, la pena o la culpabilidad con respecto al fallecimiento y problemas importantes a nivel del funcionamiento cotidiano que se mantienen, al menos seis meses tras la pérdida (Boelen y Prigerson, 2012; Prigerson et al., 2009; Shear et al., 2011). A pesar de que existe controversia con respecto a incluir el duelo dentro del abanico de la psicopatología (Wakefield, 2013a, 2013b), diversas investigaciones coinciden al señalar que dicho proceso puede cronificarse, generando importante malestar en la persona (Simon et al., 2011).

El desarrollo de un duelo complicado depende de un gran número de factores y variables. El reciente modelo de Maccallum y Bryant (2013) pone el acento en los procesos biográficos y de identificación. La percepción del fallecido como un elemento básico para definir nuestra propia identidad sería un factor de riesgo de gran importancia (Maccallum y Bryant, 2013). Así mismo, señalan toda una serie de variables moderadoras entre las que se encuentran los estilos de apego ansiosos y evitativos, la rumiación, los estilos de afrontamiento y de apego, déficits en aspectos

emocionales, principalmente asociados con la flexibilidad (Bonanno, Papa, Lalande, Westphal y Coifman, 2004; Gupta y Bonanno, 2011), o la historia de psicopatología previa. Finalmente, toda una serie importante de variables contextuales tienen que tomarse en consideración, puesto que explican parte de dicho proceso (Zech, 2006).

La identificación de aquellas personas que se encuentran en un duelo complicado es importante para poder ofrecer una atención emocional y psicológica adecuada (García y Landa, 2015). Diversos estudios han señalado cómo la terapia específica de duelo es útil y efectiva en aquellos casos de duelo complicado, mientras el acompañamiento en procesos de duelo normal tiene efectos menos claros (García, Landa, Grandes, Pombo y Mauriz, 2013; Jordan y Litz, 2014; Mancini, Griffin y Bonanno, 2012). Un problema importante al respecto es el perfil psicopatológico de aquellas personas en duelo complicado. Simon et al. (2007) señalaron la importante comorbilidad entre el duelo complicado, el trastorno depresivo mayor y el trastorno de estrés post-traumático. Recientes estudios también han señalado la relación con otros aspectos emocionales como trastornos de ansiedad (Pini et al., 2012) y otros tipos de psicopatología (Boelen, Van Den Bout, De Keijser y Hoijtink, 2003). La existencia de dichas asociaciones dificulta obtener un diagnóstico adecuado e identificar aquellos casos susceptibles de recibir tratamiento. Sin embargo, por lo que conocemos, no existen recientes estudios en población española que permitan conocer hasta qué grado y con qué aspectos psicopatológicos se relaciona el duelo intenso y sus diferentes experiencias o manifestaciones.

Una variable importante a la hora de entender la intensidad del duelo es la relación que existía entre el fallecido y la persona en duelo. Si bien el duelo complicado puede desarrollarse ante una pérdida de cualquier tipo, la literatura parece indicar que hay casos donde se da con mayor frecuencia. Por ejemplo, al comparar la muerte de un hermano con la muerte de un compañero de la misma edad, se encontraron síntomas de duelo y emocionales más intensos en aquellos que habían perdido a un hermano (Herberman Mash, Fullerton y Ursano, 2013). Diversos estudios han puesto de relevancia que la pérdida de un hijo es un estresor importante que puede desencadenar un duelo complicado con mayor facilidad, siendo considerada una de las pérdidas más traumáticas (Lannen, Wolfe, Prigerson, Onelov y Kreicbergs, 2008; Middleton, Raphael, Burnett y Martinek, 1998). Así, parece que el sufrimiento que genera es más intenso que el que tiene lugar tras la pérdida de un cónyuge u otro pariente (Zetumer et al., 2015). En esta línea,

Esmailpour y Bakhshalizadeh Moradi (2015) encontraron diferencias con respecto a las experiencias de duelo, indicando que la pérdida de un hijo supuso mayores síntomas somáticos, búsqueda de explicaciones y sentimientos de abandono.

El tipo de pérdida parece no influir en los recorridos o trayectorias de duelo, aunque sí parecen ser diferentes en algunos aspectos (Lotterman, Bonanno y Galatzer-Levy, 2014). En un estudio longitudinal realizado con población de edad avanzada se encontraron diferencias en los síntomas depresivos en función de si el duelo fue debido al fallecimiento de un hijo o de una pareja (Maccallum, Galatzer-Levy y Bonanno, 2015). Sin embargo, estas variaciones fueron explicadas por otras variables sociodemográficas. En este sentido, son escasos los estudios donde se comparen, a través de diferentes pruebas, las diferencias en la intensidad del duelo tomando en cuenta el tipo de pérdida.

Por ello, los objetivos del presente estudio fueron: a) evaluar a través de diferentes pruebas los índices de psicopatología en personas que se encontraran sufriendo un proceso de duelo debido al fallecimiento de un ser querido, y b) evaluar la intensidad y las experiencias del proceso de duelo en función del tipo de pérdida. Las hipótesis fueron las siguientes: a) la intensidad del duelo irá asociada a mayores síntomas psicopatológicos de manera global (incluyendo los principales reportados por la literatura: depresión, ansiedad y estrés post-traumático), y b) aquellos participantes que hayan perdido a un hijo mostrarán síntomas más intensos de duelo en comparación con otro tipo de pérdidas (cónyuge o padres).

## Método

### Participantes

Tomaron parte en el estudio un total de 68 participantes. Fueron reclutados de la Unidad Clínica de la Facultad de Psicología (Granada), la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Clínico San Cecilio (Granada) y de diferentes asociaciones de duelo (Jaén y Albacete). Sus principales características sociodemográficas aparecen descritas en la tabla 1. La edad media fue de 41,25 años ( $DT = 12,66$ ) y el tiempo en meses transcurrido desde el fallecimiento fue de 29,55 ( $DT = 25,25$ ). Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: a) haber experimentado la pérdida de un ser querido hace, al menos 6 meses, b) no tener un diagnóstico de enfermedad neurológica, y c) ser mayor de edad. Los criterios de exclusión fueron: a) imposibilidad para leer y escribir y b) tener más de 65 años.

### Instrumentos

Inventario de Duelo Complicado (IDC; adaptación al castellano por Limonero- García, Lacasta- Reverte, García, Maté-Méndez y Prigerson, 2009). Instrumento elaborado por Prigerson et al. (1995) compuesto por 19 ítems en una escala Likert de 5 puntos (de 0 a 4). Los ítems reflejan los síntomas principales que caracterizan el duelo complicado: anhelo por el fallecido, rumiaciones, aspectos emocionales o alucinaciones. La consistencia interna ha demostrado ser alta en diferentes estudios, alcanzando valores de  $\alpha = 0,94$ .

**Tabla 1** Características sociodemográficas de la muestra

Variables	N	%
<i>Género</i>		
Hombre	21	30,9%
Mujer	47	69,1%
<i>Estado Civil</i>		
Soltero	21	30,9%
Casado	32	47,1%
Viudo	7	10,3%
Separado	8	11,8%
<i>Nivel de Estudios</i>		
Primarios	17	25%
Bachillerato/FP	10	14,7%
Universitarios	40	60,3%
<i>Vínculo Pérdida</i>		
Hijos	20	29,4%
Parejas/Hermanos	14	20,6%
Padre/Madre	32	47,1%
Abuelos	2	2,9%

Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD; adaptación al castellano por García-García, Landa-Petralanda, Trigueros-Manzano y Gaminde-Inda, 2005). Instrumento para evaluar los sentimientos asociados con el duelo más intenso o complejo. Tiene dos subescalas, la primera de ellas explora la conducta y los sentimientos del doliente en los momentos inmediatos al fallecimiento, mientras que la segunda explora los sentimientos actuales del doliente en relación con el fallecido. Tiene un total de 21 ítems con 5 categorías de respuesta tipo Likert, desde "completamente verdadera" (5 puntos) hasta "completamente falso" (1 punto). Una puntuación más baja en las escalas indica un proceso de duelo más intenso, mientras que una puntuación mayor indica un duelo con menor intensidad. La adaptación al castellano señala una adecuada fiabilidad, con  $\alpha = 0,75$  y  $\alpha = 0,86$  respectivamente.

Inventario de Experiencias en Duelo (IED; adaptación al castellano por García-García, Landa, Trigueros-Manzano y Gaminde-Inda, 2001). Se trata de un instrumento creado para evaluar los diferentes síntomas o experiencias tras la pérdida de un ser querido. Consta de un total de 135 ítems y una escala de respuesta dicotómica de dos opciones: verdadero o falso. Está compuesto por un total de 18 subescalas. De éstas, nueve son las que se han utilizado tradicionalmente debido a sus mejores propiedades psicométricas: desesperanza, enfado, culpa, aislamiento social, pérdida de control, rumiación, despersonalización, somatización y ansiedad ante la muerte. Los valores de alfa de Cronbach de la adaptación al castellano oscilaron entre  $\alpha = 0,43$  y  $\alpha = 0,85$ .

Escala sobre la centralidad del evento (ECE; adaptación al castellano por Fernández-Alcántara et al., 2015). Escala compuesta por 20 ítems con un rango de respuesta entre 1 (completamente en desacuerdo) y 5 (completamente de acuerdo). Evalúa el grado en que un suceso de carácter traumático (en este caso la pérdida de un ser querido) supuso un punto de inflexión en la vida, forma parte de la identidad de la persona, y supone un punto de referencia para

**Tabla 2** Medias, desviaciones típicas y máximos-mínimos de las diferentes escalas de duelo y de psicopatología

Variabes	Medias (DT)	Mínimo-Máximo	Mínimo-Máximo Teórico
<i>Intensidad del Duelo</i>			
IDC	29,55 (14,02)	2-59	0-76
ITRIG - Pasado	20,90 (7,74)	8-40	8-40
ITRIG - Presente	28,53 (9,94)	13-54	13-65
<i>Experiencias de Duelo (IED)</i>			
Desesperanza	0,40 (0,26)	0-0,94	0-1
Enfado	0,51 (0,29)	0-1	0-1
Culpa	0,33 (0,28)	0-1	0-1
Aislamiento Social	0,40 (0,30)	0-1	0-1
Pérdida de Control	0,63 (0,21)	0-1	0-1
Rumiación	0,48 (0,20)	0-0,92	0-1
Despersonalización	0,61 (0,26)	0-1	0-1
Somatización	0,34 (0,24)	0-0,95	0-1
Ansiedad ante la Muerte	0,54 (0,23)	0-1	0-1
<i>Centralidad (ECE)</i>	72,70 (17,40)	20-100	20-100
<i>TEPT (EGEP)</i>			
Reexperimentación	6,54 (5,05)	0-19	0-20
Evitación	5,52 (5,50)	0-22	0-28
Hiperactivación	4,97 (4,55)	0-20	0-20
<i>Psicopatología (SCL-90-R)</i>			
Somatización	1,08 (0,92)	0-3,25	0-2,30
Obsesión	1,29 (0,94)	0-3,5	0-3,72
Interpersonal	0,90 (0,83)	0-2,89	0-3,60
Depresión	1,32 (0,85)	0,08-3,38	0-3,60
Ansiedad	0,98 (0,84)	0-3,10	0-3,40
Hostilidad	0,77 (0,83)	0-3,67	0-3,70
Fobia	0,62 (0,77)	0-3,14	0-3,70
Paranoia	0,70 (0,67)	0-2,67	0-3,70
Psicoticismo	0,60 (0,60)	0-2,40	0-2,70

nuevas experiencias o aprendizajes. Ha mostrado importantes asociaciones con variables psicopatológicas como el estrés post-traumático, la ansiedad o la depresión (Berntsen y Rubin, 2006). Los valores de fiabilidad de la adaptación al castellano son altos ( $\alpha = 0,92-0,94$ ).

Escala de Evaluación Global del Estrés Post-Traumático (EGEP; Crespo y Gómez, 2012). Escala para evaluar los diversos componentes del trastorno de estrés post-traumático. Está compuesta por varias partes. En el presente estudio solamente se utilizó la parte 2, formada por un total de 62 ítems que evalúan las dimensiones de reexperimentación, evitación e hiperactividad asociados a la vivencia de un suceso de carácter traumático. La consistencia interna de las diferentes subescalas varió entre 0,73 y 0,86. En el presente estudio se utilizaron los valores de intensidad de las tres categorías de síntomas.

Inventario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R; Derogatis, 2002). El SCL-90-R es una medida breve compuesta por 90 ítems designada para evaluar un amplio rango de psicopatología. En este estudio se utilizó la versión completa incluyendo 9 subescalas: somatización, obsesión, problemas interpersonales, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoia y psicoticismo. Los índices de fiabilidad de las diferentes escalas varían entre 0,81 y 0,90. En el presente estudio se trabajaron con las puntuaciones típicas para poder comparar entre las diferentes subescalas.

## Procedimiento

Los participantes que aceptaron tomar parte en el estudio y cumplieron los criterios de inclusión comenzaron una investigación que incluyó la evaluación de las áreas emocionales relacionadas con el duelo, junto con una batería de evaluación neuropsicológica. La duración total fue de tres sesiones de una hora y media cada una. En la primera de ellas completaron las diferentes medidas de autoinforme que se han descrito anteriormente. Todas las sesiones se realizaron en un entorno tranquilo, siendo llevadas a cabo por el mismo investigador bajo condiciones homogéneas. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación Humana de la Universidad de Granada. Todos los participantes fueron informados en la primera sesión y firmaron el consentimiento informado por escrito antes de iniciar la primera sesión de evaluación. La evaluación se llevó a cabo conforme a las normas éticas de la Declaración de Helsinki.

## Análisis de los datos

En primer lugar se calcularon los diferentes estadísticos descriptivos de las medidas de autorreporte para el total de la muestra. Se utilizaron correlaciones bivariadas de Pearson

**Tabla 3** Correlaciones entre las medidas de intensidad de duelo (IDC y ITRD) y las medidas psicopatológicas

Variables Psicopatológicas	IDC	ITRIG-Pasado	ITRIG-Presente
Centralidad	0,71**	-0,63**	-0,74**
Reexperimentación	0,64**	-0,58**	-0,60**
Evitación	0,58**	-0,48**	-0,52**
Hiperactivación	0,74**	-0,57**	-0,59**
Somatización	0,59**	-0,56**	-0,41**
Obsesión	0,63**	-0,57**	-0,40**
Interpersonal	0,60**	-0,47**	-0,41**
Depresión	0,67**	-0,54**	-0,49**
Ansiedad	0,62**	-0,57**	-0,43**
Hostilidad	0,70**	-0,55**	-0,47**
Fobia	0,62**	-0,53**	-0,43**
Paranoia	0,52**	-0,42**	-0,29*
Psicoticismo	0,68**	-0,53**	-0,43**

\*\*  $p < 0,01$ ,\*  $p < 0,05$ . Nota. IDC = Inventario de duelo complicado, ITRD = Inventario de Texas Revisado de Duelo.

para conocer las relaciones entre las diferentes variables de duelo (intensidad y experiencias/síntomas) con la psicopatología. Se empleó una regresión lineal simple para evaluar el rol de la psicopatología en la intensidad del duelo. Con objeto de conocer las diferencias en función del tipo de pérdida la muestra se dividió en tres grupos: pérdida de un hijo, de una pareja o un hermano y pérdida de un padre o una madre. Debido a que solamente dos participantes habían experimentado la pérdida de un abuelo, fueron eliminados de esta fase del análisis. Se realizaron análisis de varianza con el tipo de pérdida como variable independiente de tres niveles, y los diferentes índices de intensidad y de experiencias-síntomas de duelo como variables dependientes. Se realizaron análisis *post-hoc* utilizando el estadístico de Bonferroni.

## Resultados

### Evaluación de la psicopatología y su relación con la intensidad y emociones del duelo

Los valores medios, así como el rango de puntuaciones de las variables asociadas a la experiencia de duelo y de los diversos índices de psicopatología se muestran en la [tabla 2](#). La intensidad del duelo correlacionó positivamente con todos los índices de psicopatología evaluados (recordemos que en el ITRD una menor puntuación indica mayor intensidad del duelo). Dichas relaciones fueron altas, con valores superiores a 0,50 para las medidas de duelo complicado, y con valores algo más bajos en las medidas del ITRD (véase la [tabla 3](#)). Con respecto a las experiencias concretas de duelo, evaluadas a través del IED, observamos la misma tendencia, con excepción de las escalas de ansiedad ante la muerte, donde solo se encontraron relaciones con la centralidad del evento, y la escala de pérdida de control, que mostró las asociaciones más bajas con los diferentes variables psicopatológicas (véase la [tabla 4](#)).

**Tabla 4** Correlaciones entre las diferentes experiencias de duelo (IED) y las medidas psicopatológicas

Variables Psicopatológicas	Desesperanza	Enfado	Culpa	A.Social	P. Control	Rumiación	Despersonalización	Somatización	Ansiedad Muerte
Centralidad	0,60**	0,39**	0,50**	0,37**	0,23*	0,58**	0,70**	0,48**	0,36**
Reexperimentación	0,52**	0,51**	0,53**	0,39**	0,42**	0,60**	0,53**	0,67**	0,10
Evitación	0,63**	0,52**	0,55**	0,54**	0,21	0,33**	0,47**	0,55**	0,08
Hiperactivación	0,61**	0,55**	0,42**	0,49**	0,41**	0,39**	0,56**	0,56**	0,11
Somatización	0,66**	0,58**	0,45**	0,45**	0,33**	0,41**	0,44**	0,68**	0,09
Obsesión	0,77**	0,56**	0,44**	0,58**	0,26	0,37**	0,56**	0,59**	0,12
Interpersonal	0,70**	0,57**	0,46**	0,54**	0,29	0,29	0,52**	0,43**	0,22
Depresión	0,78**	0,57**	0,61**	0,66**	0,35**	0,36**	0,54**	0,58**	0,18
Ansiedad	0,68**	0,60**	0,58**	0,50**	0,38**	0,41**	0,47**	0,65**	0,21
Hostilidad	0,66**	0,70**	0,48**	0,45**	0,28	0,32**	0,53**	0,48**	0,06
Fobia	0,64**	0,52**	0,46**	0,43**	0,39**	0,37**	0,47**	0,62**	0,15
Paranoia	0,62**	0,54**	0,32**	0,43**	0,09	0,27*	0,48**	0,40**	0,02
Psicoticismo	0,74**	0,61**	0,58**	0,59**	0,30	0,35**	0,53**	0,60**	0,02

\*\*  $p < 0,01$ ,\*  $p < 0,05$

**Tabla 5** Diferencias en la intensidad del duelo en función del tipo de pérdida

Intensidad del duelo	Hijos M (DT)	Pareja/Hermanos M (DT)	Padres/Madres M (DT)	Post-hoc
IDC	38,80 (12,51)	26,78 (12,65)	24,71 (12,73)	H>P-H = P-M
ITRD-Pasado	16,55 (7,55)	21,35 (7,01)	23,75 (7,11)	P-H = P-M>H
ITRD-Presente	22,65 (9,14)	29 (7,31)	32,12 (10,16)	P-H = P-M>H

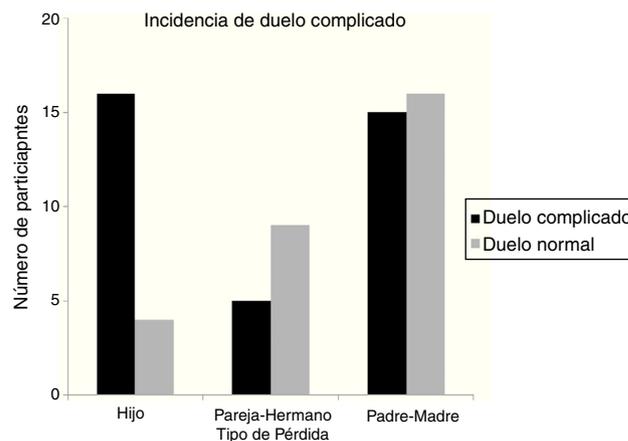
Nota. IDC = Inventario de duelo complicado, ITRD = Inventario de Texas Revisado de Duelo.

Dado el tamaño muestral del presente estudio, se realizó una regresión lineal con el total del IDC como variable criterio, utilizando las menores variables predictoras posibles. Se incluyeron como variables predictoras aquellas asociadas tradicionalmente al duelo complicado (sub escalas de depresión y ansiedad del SCL-90-R), la medida de centralidad del evento (por su documentada relación con el estrés post-traumático) y la subescalas de hostilidad del SCL-90-R (por ser la que mostró relaciones más altas con los valores del IDC). El modelo resultó significativo ( $F(4, 59) = 35,09$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,68$ ). Las variables estadísticamente significativas fueron los niveles de centralidad del evento ( $\beta$  estandarizada = 0,44,  $t = 5,11$ ,  $p < 0,001$ ) y los niveles de hostilidad ( $\beta$  estandarizada = 0,34,  $t = 3,65$ ,  $p = 0,001$ ).

### Intensidad y síntomas de duelo en función del tipo de pérdida

Se establecieron tres grupos en función del tipo de duelo. En primer lugar se realizaron ANOVAS y pruebas  $\chi^2$  para comprobar las diferencias entre los mismos. No se encontraron diferencias con respecto al sexo ni al tiempo en meses transcurrido desde el fallecimiento. Por el contrario, y como cabría esperarse, se encontraron diferencia en la edad de los grupos y el estado civil. Con respecto a la edad ( $F(2, 63) = 13,10$ ,  $p < 0,001$ ), aquellos que habían perdido a un hijo fueron los de más edad ( $M = 51,60$ ) en comparación con los que perdieron a una pareja o un hermano ( $M = 40,64$ ) y los que perdieron a un padre ( $M = 36,16$ ). Las diferencias con respecto al estado civil ( $\chi^2(6) = 53,44$ ,  $p < 0,001$ ) se debieron a que la mayor parte del grupo que había perdido a un hijo se encontraba casado (95%), mientras que en los otros dos grupos hubo mayor variabilidad.

Los valores de duelo complicado fueron diferentes entre los tres grupos ( $F(2, 62) = 7,57$ ,  $p = 0,001$ ,  $\eta^2_p = 0,20$ ). Posteriores análisis utilizando la prueba de Bonferroni mostraron diferencias significativas entre haber perdido a un hijo en comparación con los otros dos grupos ( $p = 0,30$  para la comparación con duelo por pareja o hermanos y  $p = 0,001$  para la comparación con padres), indicando mayores valores de duelo complicado para aquellos que habían perdido a un hijo (véase la tabla 5). Con respecto al ITRD, se encontraron también diferencias, tanto en los sentimientos en el pasado ( $F(2, 63) = 6,12$ ,  $p = .004$ ,  $\eta^2_p = 0,16$ ), como en los sentimientos de duelo actuales ( $F(2, 63) = 6,36$ ,  $p = 0,003$ ,  $\eta^2_p = 0,17$ ). En este caso los análisis *post-hoc* mostraron diferencias significativas entre la pérdida de un hijo y la pérdida de un padre o una madre ( $p = 0,003$  para la comparación entre duelo por la pérdida de hijo y de un padre en el ITRD pasado, y  $p = 0,002$  para la misma comparación en el ITRD presente).



**Figura 1** Número de participantes pertenecientes a la categoría de duelo normal o duelo complicado en función del tipo de pérdida.

Para comprobar la incidencia de duelo complicado en cada uno de estos grupos se consideró una puntuación superior a 25 en el IDC como criterio (véase la fig. 1). Se encontraron diferencias significativas, mostrando que aquellos que habían perdido a un hijo tuvieron mayor incidencia de duelo complicado ( $\chi^2(2) = 7,71$ ,  $p = 0,021$ ).

Con respecto a las diferentes experiencias asociadas al duelo, evaluadas a través del IED, se realizaron idénticos análisis de varianza para las diferentes dimensiones (véase la tabla 6). Resultaron estadísticamente significativas las dimensiones de desesperanza ( $F(2, 63) = 9,56$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2_p = 0,23$ ), enfado ( $F(2, 63) = 4,39$ ,  $p = 0,016$ ,  $\eta^2_p = 0,12$ ), culpa, ( $F(2,63) = 4,12$ ,  $p = 0,021$ ,  $\eta^2_p = 0,12$ ), pérdida de control ( $F(2, 63) = 4,90$ ,  $p = 0,011$ ,  $\eta^2_p = 0,12$ ), despersonalización ( $F(2,63) = 6,41$ ,  $p = 0,003$ ,  $\eta^2_p = 0,17$ ), y somatización ( $F(2,63) = 5,86$ ,  $p = 0,005$ ,  $\eta^2_p = 0,16$ ). Los diferentes análisis *post-hoc* mostraron que aquellos que habían perdido un hijo mostraron un mayor número de síntomas en cada una de las dimensiones. En concreto los valores más altos se obtuvieron en despersonalización, pérdida de control, desesperanza y enfado (véase la tabla 6).

### Discusión

Los objetivos del presente estudio fueron en primer lugar evaluar, a través de diferentes pruebas, los índices de psicopatología en personas que se encontraran sufriendo un proceso de duelo debido al fallecimiento de un ser querido y, en segundo lugar, evaluar la intensidad y las experiencias del proceso de duelo en función del tipo de pérdida.

**Tabla 6** Diferencias en los diferentes síntomas o experiencias de duelo en función del tipo de pérdida

Experiencias de Duelo	Hijos Media (DT)	Pareja/Hermanos Media (DT)	Padres/Madres Media (DT)	Post-hoc
Desesperanza	0,60 (0,28)	0,33 (0,20)	0,31 (0,22)	H>P-H = P-M
Enfado	0,65 (0,30)	0,39 (0,21)	0,46 (0,28)	P-M = H>P-H
Culpa	0,47 (0,35)	0,24 (0,20)	0,28 (0,24)	H>P-M = P-H
Aislamiento Social	0,50 (0,26)	0,37 (0,28)	0,41 (0,30)	ns
Pérdida de Control	0,74 (0,14)	0,54 (0,23)	0,59 (0,22)	H>P-M = P-H
Rumiación	0,54 (0,18)	0,46 (0,17)	0,43 (0,20)	ns
Despersonalización	0,77 (0,25)	0,60 (0,23)	0,51 (0,23)	H = P-H>P-M
Somatización	0,48 (0,23)	0,26 (0,13)	0,28 (0,25)	H>P-M = P-H
Ansiedad ante la muerte	0,52 (0,20)	0,54 (0,21)	0,55 (0,26)	ns

ns = no significativo.

Los resultados parecen indicar que la intensidad del duelo correlaciona positivamente con todos los índices de psicopatología evaluados. Dichas relaciones fueron altas, con valores superiores para las medidas de duelo complicado (evaluado a través del IDC), y con valores algo más bajos en las medidas del ITRD. Con respecto a las experiencias concretas de duelo, evaluadas a través del IED, observamos la misma tendencia, con excepción de las escalas de ansiedad ante la muerte, donde solo se encontraron relaciones con la centralidad del evento, y la escala de pérdida de control, que mostró las asociaciones más bajas con las diferentes variables psicopatológicas. Como variables predictoras se encontraron los niveles de centralidad del evento y los niveles de hostilidad. Es decir, que a una mayor importancia y percepción del acontecimiento como central en su vida y a mayor índice de hostilidad aumenta la probabilidad de desarrollar un duelo complicado,

La literatura informa y señala claramente la controversia actual respecto a considerar el proceso de cronificación, así como el intenso y disfuncional malestar tras la pérdida de un ser querido, como un trastorno específico (Wakefield, 2013a, 2013b). Si bien existen ciertos síntomas específicos del duelo complicado, entre los que destacan el anhelo por la persona fallecida o la sensación de que la vida no tiene sentido sin la persona, existe al mismo tiempo una elevada comorbilidad con otro tipo de psicopatología.

En este sentido, nuestros resultados van en la línea de que no existe un perfil psicopatológico específico en aquellos con duelo intenso o complicado, sino que éste es variable, mostrando relaciones altamente significativas con un gran número de síntomas. Estos resultados coinciden con investigaciones previas (Boelen et al., 2003; Pini et al., 2012; Simon et al., 2007), poniendo de relevancia la difícil identificación y clasificación del duelo complicado (García y Landa, 2015).

La identificación del duelo complicado es un tema central puesto que las intervenciones psicológicas parecen tener una utilidad diferente en función de la trayectoria del mismo. Las evidencias existentes actualmente sugieren que en duelo normal una intervención formal y estructurada no consigue mejorías significativas en el doliente, que en el caso del duelo de riesgo parece que se consigue alguna mejoría, mientras que en el duelo complicado las intervenciones formales y estructuradas consiguen mejorías significativas en los dolientes (García et al., 2013; García y

Landa, 2015). Recientes publicaciones de ensayos clínicos parecen apoyar estos resultados, mostrando la utilidad de terapias específicas para el duelo complicado que permitan integrar los aspectos emocionales de la pérdida (Bryant et al., 2014; Shear et al., 2014). Así mismo, la existencia de un trastorno depresivo mayor junto con el duelo implica una aproximación diferente, incluyendo la recomendación de psicofármacos (García y Landa, 2015).

Los resultados de la presente investigación sugieren que la centralidad del evento y los niveles de hostilidad son dos pilares que pueden ayudar y aportar conocimiento respecto al diagnóstico. No se trataría tanto de buscar un perfil de intensidad o especificidad sintomática, que se da claramente en otros muchos trastornos, sino en identificar en las personas aspectos relativos a cómo afecta la experiencia de pérdida a la identidad y a una dimensión emocional como la ira. Estos resultados están en la línea del modelo de Maccallum y Bryant (2013) que ponen el acento en los procesos biográficos y de identificación. Podríamos hipotetizar que la percepción del fallecido como un elemento básico para definir la propia identidad sería un factor de riesgo para el duelo complicado. La existencia de una alta centralidad también parece indicar que la pérdida se convierte en un evento traumático que provoca un corte en la historia biográfica del doliente, algo que puede explicar la existencia de alteraciones de la memoria autobiográfica en aquellos con duelo complicado cuando se les pide que hablen sobre sucesos no relacionados con la pérdida (Golden, Dalgleish y Mackintosh, 2007; Robinaugh y McNally, 2013). Así mismo, el hecho de que la centralidad sea una variable predictora de los síntomas de duelo complicado puede tener importante utilidad de cara a la evaluación. Conocer hasta qué punto el fallecimiento del ser querido es percibido como un antes y un después, o como un punto de inflexión en la vida puede ser una herramienta adecuada para identificar casos de duelo complejo en áreas como atención primaria. Además, en diversos estudios la centralidad ha mostrado una moderada relación con variables psicopatológicas como duelo complicado, ansiedad, depresión o estrés post-traumático (Berntsen y Rubin, 2006; Boelen, 2012; Fernández-Alcántara et al., 2015).

Son escasos los estudios en los que se evalúen las diferencias en la intensidad del duelo en función del tipo de pérdida. Nuestro estudio muestra que la pérdida de un hijo, frente a la del cónyuge y/o padres supone una fuente de

estrés sumamente más alta. Este grupo presenta unos síntomas más intensos de duelo, encontrándose los valores más altos en las dimensiones de despersonalización, pérdida de control, desesperanza y enfado. La pérdida de un hijo se puede considerar como un evento de carácter altamente traumático, provocando una gran cantidad de sufrimiento (Bosquet-del Moral et al., 2012; Montoya-Juárez et al., 2013; Montoya-Juárez et al., 2012). En este sentido las personas que están en estas circunstancias son un grupo de riesgo en sí mismo, en línea con lo señalado por otros estudios (Middleton et al., 1998; Zetumer et al., 2015).

Tomando esto en cuenta se hace necesario implantar medidas de prevención de estos procesos de duelo complicado ante la pérdida de un hijo. Si bien esto no siempre es posible, especialmente en los casos en que el fallecimiento se produce de forma inesperada, sin tiempo ninguno para la anticipación, existen otros casos como el fallecimiento debido a un proceso de enfermedad. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto los complejos sentimientos asociados a cuidar a un niño con una enfermedad oncológica terminal, siendo el mayor sufrimiento el ver a sus hijos con dolor, aislados de su ambiente y con una gran incertidumbre con respecto al pronóstico o a cómo serían los últimos días (Montoya-Juárez et al., 2012, 2013). La posibilidad de grupos de apoyo o de intervenciones emocionales en estos padres durante la fase final del tratamiento son especialmente valoradas por los padres (Bosquet-del Moral et al., 2012; Montoya-Juárez et al., 2012).

No hay que olvidar en este sentido, la existencia de importantes obstáculos por parte de los profesionales sanitarios en la intervención y atención al final de vida y en los procesos de duelo (García-Caro et al., 2010). Un estudio realizado con psicólogos que trabajaron en diferentes unidades mostró cómo las propias emociones y los procesos de identificación tenían un gran peso en el modo de intervención, acompañados de diversos aspectos relacionados con la organización sanitaria (Fernández-Alcántara, García-Caro, Pérez-Marfil y Cruz-Quintana, 2013). A esto se añade por un lado, la inexistencia de criterios claros para la identificación del duelo complicado y, por otro, la falta de formación existente con respecto a los procesos de final de vida.

A pesar de que este grupo presenta síntomas en todas las dimensiones del IED, los valores más altos se encuentran en las dimensiones de despersonalización, pérdida de control, desesperanza y enfado. En este sentido, se vuelve a poner de manifiesto cómo los aspectos relacionados con la identidad y la ira parecen tener una gran importancia en el perfil sintomatológico de estos padres. Una posible explicación para estos valores tiene que ver con que la pérdida de un hijo sea experimentada como un evento traumático inesperado e incontrolado, siendo difícil darle sentido o significado (Gillies y Neimeyer, 2006).

La presente investigación adolece de una serie de limitaciones. En primer lugar, se trata de un diseño transversal, por lo que no se han podido controlar los niveles psicopatológicos de los participantes con anterioridad a la pérdida. Así mismo, el tamaño muestral es pequeño. En este sentido, dado que un importante porcentaje de participantes procedieron de asociaciones de duelo, es posible que exista un cierto sesgo en la selección de la muestra. Finalmente, no se controlaron variables específicas de cada proceso de duelo como la existencia de una despedida o el

tipo de apego de los diferentes participantes. Futuros estudios han de contar con un mayor número de participantes e incluir la evaluación de variables mediadoras de la experiencia de duelo intenso o complicado ante los diferentes tipos de pérdida,

Como conclusión, los resultados del presente estudio sugieren que desde el punto de vista de la prevención como del tratamiento en duelo complicado es importante prestar atención en el área emocional al desahogo emocional y el trabajo con cada una de las emociones, pero especialmente aquellas relacionadas con la ira, y desde un punto de vista más sociocognitivo a los aspectos de centralidad e identidad, especialmente en población de riesgo asociada a la pérdida de un hijo, donde el apoyo social puede paliar, pero no es suficiente para la elaboración de la pérdida.

## Financiación

MFA está financiado con una beca predoctoral FPU del Ministerio de Educación y Ciencia (AP2012-1744).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- Arizmendi, B. J. y O'Connor, M.-F. (2015). What is "normal" in grief? *Australian Critical Care*, 1-5 <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2015.01.005>
- Berntsen, D. y Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 219-231. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.01.009>
- Boelen, P. A. (2012). Variables mediating the linkage between loss centrality and postloss psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 801-806. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e318266ba02>
- Boelen, P. A. y Prigerson, H. G. (2012). Commentary on the Inclusion of Persistent Complex Bereavement-Related Disorder in DSM-5. *Death Studies*, 36, 771-794. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2012.706982>
- Boelen, P. A., Van Den Bout, J., De Keijser, J. y Hooijink, H. (2003). Reliability and validity of the Dutch version of the inventory of traumatic grief (ITG). *Death Studies*, 27, 227-247. <http://dx.doi.org/10.1080/07481180302889>
- Bonanno, G. A. y Burton, C. L. (2013). Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 591-612. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691613504116>
- Bonanno, G. A. y Diminich, E. D. (2013). Positive adjustment to adversity—trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54, 378-401. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. y Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15, 482-487. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x>
- Bonanno, G. A., Westphal, M. y Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of*

- Clinical Psychology*, 7, 511–535. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
- Bosquet-del Moral, L., Campos-Calderón, C. P., Hueso-Montoro, C., Pérez-Marfil, N., Hernández-Moliner, Á., Arcos-Ocón, L. y Cruz-Quintana, F. (2012). Vivencias y experiencias de duelo en madres tras un proceso de enfermedad oncológica de sus hijos. *Medicina Paliativa*, 19, 64–72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2010.11.003>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C. y Nickerson, A. (2014). Treating Prolonged Grief Disorder. *JAMA Psychiatry*, 71, 1332. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
- Crespo, M. y Gómez, M. (2012). La evaluación del estrés postraumático: Presentación de la escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clínica Y Salud*, 23, 25–41.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas [adaptación Española de J. L. González de Rivera]*. Madrid: TEA Ediciones.
- Esmailpour, K. y Bakhshalizadeh Moradi, S. (2015). The severity of grief reactions following death of first-grade relatives. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 20, 363–371.
- Fasse, L. y Zech, E. (2015). The Dual Process Model of Coping with Bereavement in the test of the subjective experiences of bereaved spouses. An interpretative phenomenological analysis. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, <http://dx.doi.org/10.1177/0030222815598668>
- Fernández-Alcántara, M., De los Santos-Roig, M., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M., Martí-García, C. y Cruz-Quintana, F. (2015). Adaptación al castellano de la Centrality of Event Scale (CES). *Universitas Psychologica*, 14 <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-2.acce>
- Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Pérez-Marfil, M. N. y Cruz-Quintana, F. (2013). Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida. *Anales de Psicología*, 29, 1–8. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.139121>
- García, J. A. y Landa, V. (2015). Family Physicians and Primary Bereavement Care. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17, 548–551.
- García, J. A., Landa, V., Grandes, G., Pombo, H. y Mauriz, A. (2013). Effectiveness of “primary bereavement care” for widows: a cluster randomized controlled trial involving family physicians. *Death Studies*, 37, 287–310. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2012.722041>
- García-Caro, M. P., Cruz-Quintana, F., Schmidt Río-Valle, J., Muñoz-Vinuesa, A., Montoya-Juárez, R., Prados-Peña, D. y Botella-López, M. C. (2010). Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 57–73.
- García-García, J., Landa, V., Trigueros-Manzano, M. y Gaminde-Inda, I. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27, 86–93.
- García-García, J., Landa-Petralanda, V., Trigueros-Manzano, M. y Gaminde-Inda, I. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 35, 353–358.
- Gillies, J. y Neimeyer, R. A. (2006). Loss, Grief, and the Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31–65. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530500311182>
- Golden, A.-M., Dalgleish, T. y Mackintosh, B. (2007). Levels of specificity of autobiographical memories and of biographical memories of the deceased in bereaved individuals with and without complicated grief. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 786–795. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.116.4.786>
- Gupta, S. y Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 635–643. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023541>
- Herberman Mash, H. B., Fullerton, C. S. y Ursano, R. J. (2013). Complicated grief and bereavement in young adults following close friend and sibling loss. *Depression and Anxiety*, 30, 1202–1210. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22068>
- Jordan, A. H. y Litz, B. T. (2014). Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, Assessment, and Treatment Considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45, 180–187. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036836>
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. y Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131, 339–343. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. G., Onelov, E. y Kreicbergs, U. C. (2008). Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: Impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 5870–5876. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2007.14.6738>
- Limonero- García, J., Lacasta- Reverte, M., García, J., Maté-Méndez, J. y Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16, 291–297.
- Lotterman, J. H., Bonanno, G. A. y Galatzer-Levy, I. (2014). The heterogeneity of long-term grief reactions. *Journal of Affective Disorders*, 167, 12–19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.048>
- Maccallum, F. y Bryant, R. A. (2013). A Cognitive Attachment Model of prolonged grief: integrating attachments, memory, and identity. *Clinical Psychology Review*, 33, 713–727. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.001>
- Maccallum, F., Galatzer-Levy, I. R. y Bonanno, G. A. (2015). Trajectories of depression following spousal and child bereavement: A comparison of the heterogeneity in outcomes. *Journal of Psychiatric Research*, 69, 72–79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.017>
- Mancini, A. D., Griffin, P. y Bonanno, G. A. (2012). Recent trends in the treatment of prolonged grief. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 46–51. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834de48a>
- Middleton, W., Raphael, B., Burnett, P. y Martinek, N. (1998). A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 235–241. <http://dx.doi.org/10.3109/00048679809062734>
- Montoya-Juárez, R., García-Caro, M. P., Campos-Calderón, C., Schmidt-Río-Valle, J., Sorroche-Navarro, C. y Cruz-Quintana, F. (2012). Suffering in children experiencing a terminal disease: The perspective of parents and professionals. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 46, 1300–1305. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600003>
- Montoya-Juárez, R., García-Caro, M. P., Schmidt-Río-Valle, J., Campos-Calderón, C., Sorroche-Navarro, C., Sánchez-García, R. y Cruz-Quintana, F. (2013). Suffering indicators in terminally ill children from the parental perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 720–725. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2013.04.004>
- Pini, S., Gesi, C., Abelli, M., Muti, M., Lari, L., Cardini, A. y Shear, K. M. (2012). The relationship between adult separation anxiety disorder and complicated grief in a cohort of 454 outpatients with mood and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 143, 64–68. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.026>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K. y Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>

- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A. y Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65–79. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8771222>
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C. y Maciejewski, P. K. (2008). Prolonged grief disorder: A case for inclusion in DSM-V. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, y W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165–186). Washington, DC: American Psychological Association.
- Robinaugh, D. J. y McNally, R. J. (2013). Remembering the Past and Envisioning the Future in Bereaved Adults With and Without Complicated Grief. *Clinical Psychological Science*, 1, 290–300. <http://dx.doi.org/10.1177/2167702613476027>
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10, 377–392. <http://dx.doi.org/10.5209/rev.PSIC.2013.v10.n2-3.43456>
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N. y Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103–117. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20780>
- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C. y Ghesquiere, A. (2014). Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons. *JAMA Psychiatry*, 71, 1287. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F. y Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 395–399. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.002>
- Simon, N. M., Wall, M. M., Keshaviah, A., Dryman, M. T., Leblanc, N. J. y Shear, M. K. (2011). Informing the symptom profile of complicated grief. *Depression and Anxiety*, 28, 118–126. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20775>
- Stroebe, M. y Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197–224. <http://dx.doi.org/10.1080/074811899201046>
- Wakefield, J. C. (2013a). DSM-5 grief scorecard: Assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. *World Psychiatry*, 12, 171–173. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20053>
- Wakefield, J. C. (2013b). The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: Psychiatric diagnosis and the future of empirically supported treatment. *Clinical Psychology Review*, 33, 825–845. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.03.007>
- Zech, E. (2006). *Psychologie du deuil: Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Bruxelles: Editions Mardaga.
- Zetumer, S., Young, I., Shear, M. K., Skritskaya, N., Lebowitz, B., Simon, N. y Zisook, S. (2015). The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 170, 15–21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.021>