



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2015-2016

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Participación ocupacional en padres en duelo

Judith Palomo Balmaña

Febrero 2016

Trata todo lo que tengas como si fuera una porcelana preciosa porque algún día desaparecerá.

DIANA BRADLEY, superviviente del atentado de la ciudad de Oklahoma el 19 de abril de 1995, que perdió a su madre, a sus dos hijos y su pierna derecha en la explosión

Directoras

1. Elisabet Capdevila Puigpiquer. Terapeuta Ocupacional. Profesora de la Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa.
2. Bárbara Mansilla Barreiro. Terapeuta Ocupacional. Profesora de la Universidade da Coruña.

Resumen

El duelo parental, entendido como el duelo que sufren los padres tras la pérdida de un hijo/a, es una experiencia devastadora que comporta una gran exigencia de capacidades y habilidades para superarlo.

Objetivo: Determinar qué componentes de la participación ocupacional se ven afectados en el proceso de duelo de padres tras la pérdida de un hijo/a; en base al Modelo de Ocupación Humana.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en 4 bases de datos (Pubmed, Scopus, Sociological abstract y OTseeker) acerca del proceso de duelo en padres tras la pérdida de un hijo/a. Los resultados se filtraron mediante una eliminación de duplicados y los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, se obtuvieron un total de 14 artículos.

Resultados: El fallecimiento de un hijo altera todos los componentes de la participación ocupacional de los padres (volición, habituación y capacidad de desempeño), modificando las actividades que realizaban en sus áreas de la ocupación y ejerciendo un efecto negativo en su salud. El proceso de duelo es altamente influenciado por componentes personales de los padres y por su ambiente.

Conclusiones: Se manifiesta la necesidad de continuar esta línea de investigación para determinar si la terapia ocupacional puede mejorar la participación ocupacional, salud y/o bienestar de los padres.

Palabras clave: duelo parental, participación ocupacional, modelo de ocupación humana, terapia ocupacional

Tipo de trabajo: revisión bibliográfica

Resumo

O loito parental, entendido como o loito que sofren os país tras a perda dun fillo/a é una experiencia devastadora que supón una gran demanda de capacidades e habilidades para supéralo.

Obxectivo: Determinar que compoñentes da participación ocupacional vense afectados no proceso de loito dos país tras a perda dun fillo/a; en base o Modelo de Ocupación Humana.

Metodoloxía: Realizouse una revisión bibliográfica en 4 bases de datos (PubMed, Scopus, abstractos Sociological e OTSeeker) acerca do proceso de loito en país tras a perda dun fillo/a. Os resultados filtráronse mediante una eliminación de duplicados e os criterios de inclusión e exclusión. Finalmente, obtivéronse un total de 14 artigos.

Resultados: O falecemento dun fillo altera todos os compoñentes da participación ocupacional dos país (volición, habituación e capacidade de desempeño), modificando as actividades que realizaban nas súas áreas da ocupación e exercendo un efecto negativo na súa saúde. O proceso de loito é altamente influenciado por compoñentes persoais dos país e polo seu ambiente.

Conclusiones: Maniféstase a necesidade de continuar esta liña de investigación para determinar se a terapia ocupacional pode mellorar a participación ocupacional, saúde e benestar dos país.

Palabras clave: Loito parental, participación ocupacional, modelo da ocupación humana, terapia ocupacional.

Tipo de traballo: Revisión da literatura

Abstract

Parental bereavement, understood as bereavement that parents suffer after a loss of a child, is a devastating experience that involves a great demand for skills and abilities to overcome it.

Objectives: To determine which occupational participation components are affected in the process of parental bereavement; based on Model of Human Occupation.

Methods: A literature review on 4 databases (Pubmed, Scopus, Sociological abstract and OTseeker) was performed about the grieving process for parents after the loss of a child. The results were filtered through eliminating of duplicates and inclusion and exclusion criteria. Finally, a total of 14 items were obtained.

Results: The death of a child alters all parents components of occupational participation (volition, habituation and performance capacity), modifying activities performed in their occupational areas and having a negative effect on their health. The grieving process is highly influenced by personal components of the parents and their environment.

Conclusions: It is proposed to continue this line of research to determine whether occupational therapy can improve occupational participation, health and / or well-being of parents.

Key words: parental bereavement, occupational participation, model of human occupation, occupational therapy

Type of work: literature review

Índice

Resumen	4
Resumo	5
Abstract.....	6
1. Introducción	9
1.1. La pérdida.....	9
1.2. Duelo	9
1.2.1. “Duelo normal”.....	11
1.2.2. Etapas	12
1.3. El duelo en padres tras el fallecimiento de un hijo	14
1.4. Terapia Ocupacional y duelo.....	15
1.4.1. La pérdida de un hijo/a desde el Modelo de Ocupación Humana	16
1.4.2. Participación ocupacional.....	17
2. Formulación de la pregunta de estudio.....	22
3. Metodología	23
3.1. Tipo de estudio	23
3.2. Fecha de consulta	23
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	23
3.4. Bases de datos	24
3.5. Resultados.....	25
3.6. Selección de los resultados	26
3.7. Análisis de las variables de estudio	26
3.8. Plan de análisis.....	27
4. Resultados.....	29
4.1. Resultados relacionados con los artículos.....	29
4.2. Resultados relacionados con la ocupación.....	34

5. Discusión y conclusiones.....	48
6. Agradecimientos	55
7. Bibliografía.....	56
Apéndice I: Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	59
Apéndice II: Resultados de la búsqueda tras la eliminación de duplicados	61
Apéndice III – Resultados relacionados con la ocupación por artículo	102

1. Introducción

1.1. La pérdida

La pérdida forma parte de las transiciones de la vida y la naturaleza humana. Cualquier cambio implica una pérdida, incluso el más positivo, como por ejemplo un ascenso implica la pérdida de las antiguas funciones o tareas laborales.

Cada pérdida es inevitable y va acompañada de su dolor, afectándonos de una forma particular.

También en las transiciones del ciclo vital nos encontramos con pérdidas; como pasar de la niñez a la adolescencia, cambiar del colegio al instituto, etc.

Así, todo cambio implica una pérdida, del mismo modo que cualquier pérdida es imposible sin el cambio¹.

Robert A. Neimeyer relaciona la pérdida: con la privación de algo que hemos tenido (como cuando perdemos a un amigo), con el fracaso para conservar o conseguir algo que tiene valor para nosotros (como cuando nos roban), con una disminución medible en alguna sustancia o proceso (como cuando perdemos alguna capacidad) y con la destrucción o la ruina (como en las pérdidas que provoca la guerra¹).

Según Lelia Nomen, la afectación de la pérdida dependerá del grado de afectación que otorgamos a esta misma². A este factor, también le debemos añadir la circunstancia en la que se desarrolla la pérdida, como por ejemplo si es una pérdida repentina o prevista, las causas de la pérdida, etc.

1.2. Duelo

El duelo se define como “el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo, estaba psicosocialmente vinculado”³.

Se suelen asociar el duelo con la pérdida humana por muerte, sin embargo el duelo es un proceso que sigue una pérdida de cualquier

índole, en la cual haya una vinculación afectiva hacia aquello que se pierde.

Existen muchas teorías acerca del duelo, una de las más conocidas equivale a la concepción del duelo desde un modelo psicodinámico, el padre del cual fue S. Freud. Según este autor, el proceso de duelo se caracteriza por un talante de dolor, la pérdida de interés en todo aquello del mundo exterior que no recuerde al objeto perdido, la incapacidad para escoger un nuevo objeto de amor y la imposibilidad para entregarse al trabajo productivo⁴.

Los modelos biológicos consideran que el duelo es una respuesta automática a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para afrontar las demandas de la nueva situación. En la misma dirección encontramos los modelos cognitivos que defienden que la pérdida de alguien significativo modifica todos los constructos personales del deudo, es decir altera la idea personal de cómo es el mundo y cómo funciona⁵.

Por otra parte, hay modelos basados en la teoría de G. Caplan sobre las crisis y la salud mental. Según este autor, la persona necesita aportaciones a niveles físico, psicosocial y sociocultural; al fallecer una persona de su círculo se ve alterado el aporte psicosocial, e influido a su vez por lo sociocultural, el duelo se vivencia como una crisis accidental. La no adaptación a esta crisis puede provocar en la persona una pérdida de salud y/o predisponerla al padecimiento de una enfermedad mental⁵.

Todos estos modelos se centran en el duelo vivido como una experiencia individualizada. Los modelos fenomenológicos defienden que el duelo conlleva profundos cambios sociales (posición social, estatus y roles); de la misma forma que una visión constructivista entiende el duelo como la reconstrucción de un mundo de significados, siendo este un proceso tanto social como individual⁶.

1.2.1. "Duelo normal"

El DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, define el duelo como un proceso adaptativo, una reacción normal ante la muerte de una persona querida, manifestado por algunos individuos mediante sentimientos de tristeza, insomnio, anorexia, pérdida de peso, etc. La persona que atraviesa un episodio de duelo considera su estado como normal⁷.

Existe mucha controversia alrededor de una clasificación del duelo, en el DSM-IV-TR era incluido como criterio de exclusión de un trastorno depresivo mayor, sin embargo en el DSM-V se eliminó, mientras en el CIE-11, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas con la Salud*, se mantiene⁸.

Las respuestas normales y anómalas de duelo abarcan un espectro en el que la intensidad de la reacción, la presencia de una serie de comportamientos relacionados con el proceso y el tiempo determinarán la diferenciación de las mismas⁹.

El duelo que no sigue el curso esperado es denominado duelo complicado, patológico o disfuncional. Este tipo de duelo interfiere sensiblemente en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo su salud¹⁰. El DSM-V incluye una nueva categoría nombrada trastorno por duelo complejo persistente que comprende este tipo de duelo¹¹.

El duelo es una condición humana natural frente a la pérdida, por eso el dolor que siente el deudo es comprensible y no debe medicalizarse. Las reacciones al duelo reciben distintos manejos entre las diversas culturas y por lo tanto no es aconsejable que un sistema de diagnósticos estandarice las formas de calificarlas¹². Sin embargo, existen una serie de reacciones normales al procesar un duelo, las cuales se exponen en la siguiente tabla.

Tabla I. Reacciones normales en el duelo⁵

Fisiológicas	Conductuales	Afectivas	Cognitivas
Aumento morbimortalidad	Trast. Del sueño y alimentarios	Tristeza, apatía, abatimiento, angustia	Incredulidad / Irrealidad
Vacío en estómago	Conducta distraída	Ira, frustración y enfado	Confusión
Opresión pecho y garganta	Aislamiento social	Culpa y autoreproche	Preocupación
Hipersensibilidad al ruido	Soñar con el fallecido	Ansiedad	Sentido de presencia
Sensación de despersonalización	Evitar recordatorios	Soledad, abandono	Alucinaciones fugaces y breves
Falta de aire	Llorar y/o suspirar	Emancipación y/ alivio	Dificultades de concentración, atención y memoria
Palpitaciones	Buscar y llamar en voz alta	Fatiga	Pensamientos e imágenes recurrentes
Debilidad muscular	Llevar y atesorar objetos	Impotencia e indefensión	Obsesión por recuperar la pérdida
Falta de energía	Visitar lugares que frecuentaba el fallecido	Shock	Distorsiones cognitivas
Dolor de cabeza y sequedad de boca	Hiper-hipo actividad	Anhelos	

1.2.2. Etapas

Hay varios autores, (Lindemann, Worden, Parkes, etc.)¹³ que definen etapas o fases que se producen durante el proceso de duelo. Estas no siguen un ciclo continuo y permanente, sino que se pueden desarrollar en un orden aleatorio y repetitivo (una persona puede pasar varias veces por una misma etapa).

No existe un patrón típico del proceso del duelo, ni un patrón universal, dependerá de las características de cada persona, de la relación afectiva con la pérdida y cómo ésta se produjo, y del apoyo que reciba la persona durante este proceso del duelo.

A continuación se detallan las etapas del proceso de duelo según Kübler-Ross en su libro "On Death and Dying"¹⁴ de 1969:

1- La negación

Consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o situación desencadenada por la pérdida. Se trata de una respuesta temporal que nos paraliza y nos hace escondernos de los hechos. La frase que podría resumir la esencia de esta etapa es: “Esto no me puede estar pasando a mí”.

2- La ira

Los sentimientos de enojo están presentes a lo largo de todo el proceso, pero con más intensidad en esta etapa. El enfado puede ir hacia la persona fallecida, hacia nosotros mismos, hacia la familia u otros terceros. La frase que podría contener la esencia de esta etapa es: “¿Por qué yo? ¡No es justo!”, “¿Cómo puede sucederme esto a mí?”.

3- La negociación

El sentimiento que más aparece es el de volver atrás una y otra vez: “ojalá lo hubiera hecho mejor”, para volver al estilo de vida previo a la pérdida. La frase que resume esta etapa es “¿Qué hubiera sucedido si...?”

4- La depresión

La persona comienza a comprender la certeza de la muerte y expresa un aislamiento social en el que se rechaza la visita de seres queridos, presenta sentimientos de vacío y profundo dolor. Se suele mostrar impaciente ante tanto sufrimiento sintiendo un agotamiento físico y mental. Además la irritabilidad y la impotencia toman protagonismo, ya que durante esta etapa se enfrenta a la irreversibilidad de la muerte.

5- La aceptación

Esta etapa consiste en aceptar la realidad de la pérdida, y comprender que ésta tiene un carácter permanente. Comenzamos a depositar nuestras energías en nuestras amistades y en nosotros mismos estableciendo una relación distinta con la persona fallecida.

La rutina diaria toma un mayor protagonismo en la vida de la persona mientras que ya no se invocan los recuerdos del ser querido con sentimientos de culpa.

1.3. El duelo en padres tras el fallecimiento de un hijo

La pérdida de un hijo comporta vivir uno de los duelos de mayor exigencia de capacidades y habilidades de afrontamiento para superarlo. De hecho, distintos estudios de duelo parental sugieren que este es más intenso que el sucedido por el fallecimiento de amigos, parejas o hermanos¹⁵.

Es tal su dimensión, que parece un tema tabú dentro de la sociedad. Tal es así que no existe ninguna palabra, excepto en hebreo (“shjol”), para nombrar a un padre o madre con hijos/as fallecidos, como si hay otras para designar roles de personas con familiares fallecidos, como por ejemplo viudo/a¹⁶.

Los padres han descrito el fallecimiento de un hijo como complicada, estresante, dramática, profunda, disruptiva y devastadora experiencia¹⁷.

Existen 3 causas primordiales que justifican la intensidad del duelo parental:

1. Ruptura del orden natural o ciclo vital.

En la mayoría de países desde principios del siglo XX el fallecimiento de un hijo se ha vuelto un evento extraño. Provocando que los padres esperen morir antes que ellos. Cuando este proceso es revertido, tanto los padres como su soporte social no están preparados para responder a las necesidades de los padres¹⁸.

2. Sentimientos de fracaso

Los padres presentan sentimiento de fracaso provocados por no evitar o prevenir la muerte de su hijo y no cumplir con su rol protector. Esto ocurre indistintivamente de la causa del fallecimiento, causando un sentimiento de culpa abrumador en los padres¹⁹.

3. Interrupción en la estructura familiar

El fallecimiento de un hijo rompe con la estructura familiar que daba estabilidad. Los padres en duelo no solo luchan contra la intensa tristeza o soledad provocada por el fallecimiento, también deben reorganizar y reestructurar los roles familiares y las responsabilidades compensando la ausencia del hijo/a²⁰.

1.4. Terapia Ocupacional y duelo

La praxis de la terapia ocupacional convive frecuentemente en situaciones cercanas a la pérdida: pérdida de funcionalidad, de salud, de bienestar, etc.

Sin embargo, no es tan común relacionar la terapia ocupacional con el proceso de duelo vivido por el fallecimiento de una persona cercana. Debido a esto, no se han realizado estudios acerca del proceso de duelo desde nuestra profesión.

Las reacciones normales en el afrontamiento a la muerte de una persona cercana pueden alterar la salud y/o bienestar del deuto. Desde esta premisa, y tal y como define la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), la terapia ocupacional puede utilizar la ocupación para promover la salud y el bienestar de las persona²¹. De hecho, existe una Unidad de Duelo en México que contiene los servicios de Terapia Ocupacional, los cuales se ofrecen como alternativa para que el doliente enfoque sus pensamientos en actividades creativas, artísticas y manuales, y que éstas sirvan como apoyo a la recuperación de la pérdida²².

Historicamente siempre se había entendido el duelo como un proceso individual de mayoritariamente afectación emocional. Las nuevas visiones del duelo nos llevan a entenderlo como un proceso tanto social como individual, en el cual el ambiente es un factor clave para el afrontamiento de la pérdida y los nuevos cambios que provoca, los cuales pueden

repercutir en las ocupaciones de los deudos.

Pibart²³ define la terapia ocupacional como la disciplina que promueve la actividad de las personas para encontrar nuevas formas de adaptación a la vida y por tanto, un lugar de tránsito entre la persona con dificultades en su desempeño ocupacional y la sociedad. Sabemos que el duelo es proceso adaptativo, de cómo la persona se habitúa a vivir sin el fallecido/a, pero por falta de investigación desconocemos, desde nuestra disciplina, cómo es o cómo se ve alterado el desempeño ocupacional en personas en proceso de duelo.

Este trabajo pretende conocer la repercusión que tiene la pérdida de un hijo/a en la vida diaria de sus padres. El análisis de la información encontrada se recopilará en base al Modelo de Ocupación de Humana (MOHO)²⁴.

1.4.1. La pérdida de un hijo/a desde el Modelo de Ocupación Humana

Desde el Modelo de Ocupación Humana, el fallecimiento de un hijo es un cambio en las condiciones ambientales de su entorno más próximo.

Basándonos en los modelos biológicos del duelo, por sus repercusiones y características el fallecimiento de un hijo se considera un cambio catastrófico, ya que es una alteración drástica de las circunstancias externas que afectan a la situación de vida ocupacional de los padres. Se rompe el proyecto de vida de los padres, así como también su rol paterno, lo que requiere una reorganización fundamental, por lo tanto se producen cambios sociales justificados por los modelos fenomenológicos.

Además, según defienden los modelos cognitivos, puede conllevar un cambio transformacional, ya que puede alterar fundamental o cualitativamente el patrón establecido de pensamiento, sentimiento y desempeño de los padres.

La heterarquía, concebida como la relación dinámica que hay entre las diferentes bases de la ocupación, nos revela que un cambio de dicha dimensión en la condición ambiental repercutirá en otros factores de la

participación ocupacional, propósito que se pretende analizar en este trabajo, por lo cual se explica a continuación.

1.4.2. Participación ocupacional

La participación ocupacional es la participación en trabajo, juego o actividades de la vida diaria que forman parte del propio contexto sociocultural y que son deseados y/o necesarios para el propio bienestar. Involucra desempeño y experiencia subjetiva e implica hacer cosas con significado personal y social.

La participación ocupacional se comprende por:

- **Volición**

El MOHO define la volición como un patrón de pensamiento y sentimientos de la persona como actor en el propio mundo que ocurren a medida que uno anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que uno hace. Es decir, acerca de las cosas que han hecho, están haciendo o podrían hacer.

La volición es un proceso continuo, a través del tiempo y un ciclo de experimentar, interpretar, anticipar y elegir las ocupaciones.

Este ciclo se ve influenciado por los componentes de la volición:

- La causalidad personal, o sentido personal de competencia y efectividad. Involucra:
 1. El sentido de capacidad personal: valoración de las propias capacidades físicas, intelectuales y sociales; es un conocimiento activo de las capacidades personales para llevar a cabo la vida que uno desea vivir.
 2. La autoeficacia: pensamientos y sentimientos relacionados con la eficacia percibida para utilizar las capacidades personales en el logro de resultados deseados, influenciado por el autocontrol y los logros en relación con los esfuerzos.

- Valores

Convicciones que llevan consigo una fuerte disposición a actuar conforme ellas. Involucran compromisos de desempeño en formas culturalmente significativas, lo que conlleva a un sentimiento de pertenencia y propiedad.

Incluye convicciones personales, las cuales definen qué es importante, y sentido de obligación, derivado de lo que percibimos como formas correctas de actuar.

- Intereses

Lo que uno encuentra placentero y satisfactorio hacer. A través de la experiencia desarrollamos un patrón de intereses, que nos ayuda a elegir. Las reacciones afectivas que suelen vivir personas en duelo, así como los sentimientos de fracaso descritos en los duelos parentales indican que la volición se puede ver alterada tras el fallecimiento de un hijo/a.

• **Habitación**

La habitación es una disposición internalizada para mostrar patrones constantes de comportamiento guiados por nuestros hábitos y roles y ajustados a las características de los ambientes temporales, físicos y sociales. Por lo tanto, nos organiza nuestra rutina de vida.

Está formada por los hábitos, tendencias adquiridas a responder y desempeñarse automáticamente de ciertas maneras en entornos o situaciones conocidas. Favorecen la regulación del comportamiento al proveer una manera regulada de lidiar con las exigencias ambientales, además reducen la capacidad de atención consciente requerida y constituyen costumbres sociales. Por lo tanto, dan un carácter familiar a la vida.

Existen 3 influencias de los hábitos en las ocupaciones diarias:

- Cómo se desempeñan las actividades rutinarias; lo que llevará a surgir hábitos del desempeño ocupacional, los que definen las formas particulares de hacer las actividades familiares.
- Cómo se utiliza habitualmente el tiempo; por lo que nos limitan los

hábitos de rutina, relacionados también con el espacio. La rutina provee un grado de estructura y predicción a la vida.

- Estilos de comportamiento, se manifiestan a lo largo de las actividades y dan un carácter único y estable al desempeño.

Todos los hábitos sirven para preservar patrones de acción, por lo que son naturalmente resistentes al cambio, encontrando una tenacidad en los hábitos antiguos. Esto pasa porque los hábitos están basados en nuestras creencias más fundamentales acerca de cómo está construido el mundo, presuponen un orden particular en el mundo físico, temporal y social. Por esto, cuando son interferidos nos podemos encontrar despertando sin la sensación habitual de estar firmemente anclados en el mundo temporal.

El fallecimiento de un hijo/a interrumpe en la estructura familiar, por lo que los hábitos de los padres se verán alterados y los padres presentarán resistencia a los cambios.

La acción rutinaria es influenciada por el hecho de que cada uno de nosotros pertenece a sistemas sociales y actúa en ellos, es decir, que incorpora un rol, lo que nos provee de una identidad y acciones pertinentes al propio rol.

Disponer de un rol internalizado es incorporar un estatus definido socialmente o en forma personal y su conjunto correspondiente de actitudes y acciones. Identificarse con cualquier rol significa internalizar tanto los atributos que la sociedad asigna al rol como la propia interpretación personal de este.

Los roles organizan las acciones de tres formas principales: según el modo y contenido de nuestras acciones, según las acciones propias del rol y lo que hacemos, y finalmente dividen nuestros ciclos diarios y semanales según la participación en estos.

El cambio de roles, como puede producirse en padres que solo tenían un solo hijo/a, es complejo e incluye alteraciones en la identidad personal, relación personal con otros, tareas que otros esperan que desempeñemos y modo en que se organiza el estilo de vida propio, etc.

- **Capacidad de desempeño**

La capacidad de desempeño se define como la capacidad de hacer cosas, provista por las condiciones de los componentes objetivos subyacentes físicos y mentales, y la experiencia subjetiva correspondiente. Por lo tanto comprende un aspecto objetivo, el cual incluye las estructuras y funciones del cuerpo, y un componente subjetivo, el cual da forma a cómo las personas se desempeñan. Ambos aspectos se complementan y contribuyen al desempeño.

La experiencia subjetiva desarrolla el concepto de cuerpo vivido, entendido como la experiencia de ser y conocer el mundo a través de un cuerpo particular, es decir, cómo vivimos a través de nuestro cuerpo.

El proceso de duelo repercutirá en factores fisiológicos, conductuales, afectivos y cognitivos de los padres, por lo tanto también afectará a sus componentes físicos y mentales.

- **Entorno o ambiente**

El entorno se define como las características particulares físicas, sociales, culturales, económicas y políticas de los contextos personales que impactan en la vida ocupacional de la persona. Y que pueden desarrollar oportunidades o restricciones a la ocupación. Así como también podemos encontrar recursos o demandas.

Dentro del entorno de una persona existen:

- Los espacios, que son los contextos físicos que están delineados y dispuestos de forma que influyen sobre lo que las personas hacen dentro de ellos.
- Los objetos, cosas naturales o fabricadas con las cuales las personas interactúan y cuyas propiedades determinan lo que hacen con ellas.
- Los grupos sociales, entendidos como el conjunto de personas que se reúne por varios propósitos, formales e informales, e influyen sobre lo que esas personas hacen dentro de ellos. Es decir, la interacción con otras personas.

- Las formas/tareas ocupacionales, definidas como secuencias convencionales de acción que son a la vez, coherentes, orientadas a un propósito, sostenidas en un conocimiento colectivo, reconocidas culturalmente y que tienen un nombre. Como por ejemplo, pasar la aspiradora.

Todos estos conceptos se unen para formar un lugar ocupacional, es decir, un conjunto coherente de espacios, objetos, tareas/formas ocupacionales o grupos sociales que constituyen un contexto significativo para el desempeño.

El duelo parental es uno de lo más complicados de afrontar porque el fallecimiento de un hijo/a es considerado algo insual para la sociedad, de forma que ni los padres ni su soporte social está preparado para afrontar esta pérdida. Esto revela que el soporte social es clave para en la superación del duelo, el apoyo que reciban los padres les ayudará a afrontar la pérdida.

2. Formulación de la pregunta de estudio

No existe literatura científica de Terapia Ocupacional que estudie el proceso de duelo.

Este trabajo pretende conocer, a partir de artículos científicos de otras disciplinas, información no tan solo del desempeño ocupacional de los deudos, sino conseguir una visión holística que englobe todos los factores que inciden en la vida diaria y en las ocupaciones de padres tras la pérdida de un hijo/a.

La síntesis y el análisis de la información encontrada se recopilará en base al Modelo de Ocupación de Humana.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es identificar la literatura científica que trata acerca del proceso de duelo vivido por padres tras el fallecimiento de su hijo/a y analizar y sintetizar la información obtenida desde las bases de la terapia ocupacional, utilizando el Modelo de Ocupación Humana, y destacando los aspectos que afectan y se relacionan con la participación ocupacional de los padres durante este proceso.

Para ello se plantea la siguiente pregunta:

- ¿Qué información puede aportar la literatura científica acerca de la participación ocupacional en padres en proceso de duelo por la pérdida de su hijo/a?

3. Metodología

3.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio de este trabajo corresponde a una revisión bibliográfica acerca del proceso de duelo de padres tras el fallecimiento de un hijo/a.

3.2. Fecha de consulta

La búsqueda se realizó durante el mes de Noviembre del 2014.

La base de datos Pubmed fue programada para que mandara un correo a la autora con los nuevos artículos que seguían la misma estrategia de búsqueda. Las demás bases de datos fueron actualizadas. En ningún caso se hallaron nuevos artículos para la revisión.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

❖ Sobre la temática

Los artículos incluidos han sido aquellos que tratan sobre padres (formados por una pareja homosexual o heterosexual) con hijos fallecidos en un período no mayor de 10 años desde la escritura del artículo. Además, el artículo deberá tratar del proceso de duelo que viven los padres o ser estudios multivariados. Así como también se aceptarán artículos que traten propiamente de la ocupación o un área de la ocupación.

Se excluirán artículos que traten acerca del duelo complejo y/o estudien intervenciones realizadas en padres en duelo. De la misma forma serán excluidos los estudios que solo comprendan padres con hijos fallecidos antes de los 6 meses o después de los 18 años.

❖ Sobre los artículos

Los criterios de inclusión acerca de los artículos son los siguientes:

- Tipo de estudio: revisiones sistemáticas y artículos científicos
- Idiomas: inglés, español y portugués.

- Data de publicación: entre 2009 y Noviembre 2014

Se resumen los criterios de inclusión en la siguiente tabla:

Tabla II. Criterios de inclusión y exclusión

	Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Temática	La muestra deben ser padres con hijos fallecidos	Que el estudio solo comprenda padres con hijos fallecidos antes de los 6 meses o después de los 18 años.
	El tema tratado en el artículo debe ser sobre el proceso de duelo, la ocupación y/o ser un estudio multivariable	Que trate acerca del duelo complejo y/o una intervención en padres en duelo
Tipo artículo	Revisión sistemática	Artículos de opinión
	Artículos científicos	
	Publicación entre 2009 y Noviembre 2014	
	En español, inglés o portugués	

3.4. Bases de datos

En primer lugar, y con el fin de comprobar si existía o no una revisión sistemática sobre el tema que respondiese a la pregunta, se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos Cochrane. Se localizaron un total de 2 artículos:

1. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD000452. DOI: 10.1002/14651858.CD000452.pub3
2. Horey D, Flenady V, Heazell AEP, Khong TY. Interventions for supporting parents' decisions about autopsy after stillbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.: CD009932. DOI: 10.1002/14651858.CD009932.pub2.

Sin embargo, ninguno de estos dos artículos cumple los criterios de inclusión. Ya que el primero trata de una muerte perinatal, motivo por el cual es excluido. Y el segundo no comprende los motivos de inclusión, ya que trata del soporte a los padres para decidir acerca de la realización de autopsia a su hijo fallecido.

A continuación, se realizó una búsqueda en bases de datos de estudios originales de distintos ámbitos:

- Ámbito sanitario:
 - o Pubmed
 - o Otseeker
- Ámbito social:
 - o Sociology Abstract
- Multidisciplinares:
 - o Scopus

En el apéndice I se adjunta la estrategia de búsqueda utilizada específicamente en cada base de datos.

3.5. Resultados

Según cada base de datos se obtuvieron los siguientes artículos:

- Pubmed: 55 (combinando términos MeSh con lenguaje natural).
- Scopus: 395
- Sociological abstract: 40
- OTseeker: 0

El total de resultados iguala la suma de 490 registros. Con el fin de eliminar los duplicados, se empleó el gestor de referencias bibliográficas Refworks. Este eliminó un total de 57 artículos que estaban repetidos. Por lo tanto, el total de resultados obtenidos fue de 433.

3.6. Selección de los resultados

Una vez eliminados los duplicados, se procedió a descartar manualmente los artículos que no cumplían con los criterios de inclusión de la búsqueda. Este procedimiento se realizó mediante la lectura de títulos, resúmenes y/o textos completos de los 433 artículos.

En el apéndice II se encuentra la lista de dichos artículos, en caso de los artículos descartados se especifica el motivo de exclusión.

Finalmente se seleccionaron 14 artículos.

3.7. Análisis de las variables de estudio

Variables relacionadas con los artículos

- Revista de procedencia y factor de impacto
- Tipología del artículo: estudio original / de investigación o revisión bibliográfica. Además en el primer caso se estudiará también:
 - o Número de participantes
 - o Edad de los hijos/as en el momento de defunción
 - o Tiempo transcurrido entre el fallecimiento y la creación del artículo
 - o Causa del fallecimiento

Variables relacionadas con la ocupación:

- Factores de la participación ocupacional de los padres, en concreto:
 - Dentro de la volición se estudiarán tanto el sentido de capacidad como la autoeficacia que compenen la causalidad personal; los valores de los padres diferenciando las convicciones personales del sentido de obligación; y sus intereses.
 - La habituación se examinará a partir de la información obtenida acerca de los hábitos y roles en los padres.
 - Se analizará la capacidad de desempeño investigando acerca de los componentes físicos y mentales de los padres y su experiencia de ser y conocer a través de su cuerpo (cuerpo vivido).

- Factores del ambiente de los padres, distinguiendo:
 - Contextos físicos
 - Contextos sociales
 - Procedencia geográfica o cultura de los padres.
- Factores relacionados con las áreas de ocupación:
 - Juego
 - Trabajo
 - Actividades de la vida diaria

3.8. Plan de análisis

Las variables relacionadas con los artículos han sido recogidas y analizadas mediante una hoja de cálculo del gestor de datos Microsoft Excel.

Las variables relacionadas con la ocupación han sido agrupadas mediante la tabla ejemplar de la siguiente página.

Tabla III. Tabla ejemplar para recolectar variables relacionadas con la ocupación

Artículo				
Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	
			Autoeficacia	
		Valores	Convicciones personales	
			Sentido de obligación	
	Intereses			
	Habitación	Hábitos		
		Roles		
	Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		
		Cuerpo vivido		
	Áreas de ocupación	Trabajo		
Juego				
Actividades de la vida diaria				
Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos		
		Demandas / restricciones		
	Contexto social	Oportunidades / recursos		
		Demandas / retriicciones		
	Cultura			

4. Resultados

4.1. Resultados relacionados con los artículos

Revista de procedencia y factor de impacto

En cuanto a la revista de procedencia se destacan la revista Death Studies, con 4 artículos, y la revista OMEGA con 3 artículos, todos los demás artículos proceden de distintas revistas: Social Work, Palliative and Supportive Care, Qualitative Health Research, Revista Chilena de Pediatría, Family Science, Health Communication y Southern Communication Journal.

El factor de impacto de estas revista en 2014 ha sido medido a partir del Journal Citations Report (JCR) y SCImago Journal and Country Rank (SJR), se exponen en la siguiente tabla:

Tabla IV. Factor de impacto de las revistas según JCR y SJR

Revista	JCR	SJR
Death Studies	0,774	0,405
Family Science	-	0,145
Health Communication	1,297	0,616
Omega	0,414	0,278
Palliative and Supportive Care	1,211	0,459
Qualitative Health Research	1,441	0,651
Revista Chilena de Pediatría	-	0,124
Social Work	1,222	0,405
Southern Communication Journal	-	0,244

Los demás resultados de las variables relacionadas con los artículos, conjuntamente con la cultura o procedencia de los participantes, han sido integrados en la siguiente tabla y comentados a continuación:

Tabla V. Resultados de las variables relacionadas con los artículos

Estudio	Revista	Tipo de estudio	Tamaño muestra	Cultura padres	Edad fallecimiento	Causa fallecimiento	Tiempo entre fallecimiento y estudio
Alam et al., 2015	Death Studies	EO* – cualitativo	18	Caucásica	M= 9,2 años	Cáncer	8-9 años
Barrera et al., 2009	Death Studies	EO – cualitativo	31	Asiática, europea y del este	M = 9,2 años	Cáncer	6-7 años
Cacciatory et al., 2014	Omega	EO – mixto	503	EEUU, R.U, Australia y Canadá	45 % antes de nacer	Varias	M= 4,31 años
Cacciatory & Raffo, 2011	Social Work	EO – cualitativo	6	Caucásica, judía, europea-canadiense	De perinatal a adulto	Traumáticas e inesperadas	-
Cummings, 2009	Palliative and Supportive Care	Revisión sistemática					
DeGroot & Carmack, 2013	Death Studies	EO – cualitativo	1	EEUU	10 y menos años	Accidente de coche	4 años
Gibson, Gallagher & Jenkins, 2015	Death Studies	EO - cualitativo	11	Irlanda del Norte	Entre 15 y 27 años	Suicidio	2-7 años
Hooghe, Neimeyer & Rober, 2012	Qualitative Health	EO - cualitativo	2	Holandesa	6 meses	Leucemia	6 años
Hunt & Greeff, 2012	Omega	EO – cualitativo	22	Sur África	M = 16,71 años	Varias	10 años
Ronen et al., 2010	Omega	EO – cualitativo	3	EEUU	M = 5 años	Enfermedades	1-3 años
Stoebe, Schut & Finkenauer, 2015	Family Science	Revisión sistemática					
Titus & de Souza, 2011	Health Communication	EO – cualitativo	10	EEUU	Entre 5 días y 17 años	Varias	1-5 años

Participación ocupacional en padres en duelo

Toller, 2011	Southern Communication	EO – cualitativo	16	Caucásica	M = 14,1	Varias	M=8,2 años
Vega, Rivera & González, 2012	Revista Chilena de Pediatría	EO - cualitativo	8	Chilena	Entre 3 y 8 años	Cáncer	2-6 años

*EO = Estudio Original

De los 14 artículos seleccionados, 12 son estudios originales, mientras solo dos son revisiones bibliográficas. Además, la mayoría de estudios originales tienen una metodología cualitativa, 11 de 12, y solo un estudio ha usado una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa). Todos los artículos son en inglés, a excepción de uno que está en español.

En la siguiente figura se clasifican los estudios según el número de participantes, madres y padres que participaron en esto. Destacar que el único estudio en que participan un número mayor de 35 participantes es el artículo de metodología mixta que cuenta con 503 padres, un número mucho más elevado que en los demás artículos.



Figura 1: Número de participantes

El conjunto de todos los estudios comprenden a padres y madres de prácticamente todo el mundo, ya que incluyen personas de todos los continentes, menos la antártica. Sin embargo, las procedencias que más predominan son de Estados Unidos y Europa. Destacando una mayoría de cultura caucásica.

La edad de los hijos/as en el momento de defunción es especificada en los artículos de distintas formas:

- Tres artículos utilizan un período de tiempo entre las edades límite, el mínimo de todos los artículos es 5 días y el máximo 27 años.
- Cinco artículos realizan una media de la edad de todos los hijos/as, la media total de los artículos que usan este sistema es 10,84.
- Un artículo menciona la edad con mayor proporción, 45% fueron muertes durante el embarazo o en el parto.
- Uno puede decir la edad exacta, ya que solo participan los padres de un niño en el estudio, el cual tenía 6 meses cuando murió.
- Otro artículo menciona que en el momento de defunción los niños/as estaban entre el período perinatal y hasta la edad adulta.
- Un artículo comenta la edad máxima, 10 años.

El tiempo transcurrido entre el fallecimiento y el estudio es especificado mayoritariamente entre un período, donde el tiempo transcurrido más corto es 1 año y el más largo es 9 años. La otra forma de establecer este tiempo es a partir de la media de este período de todos los casos, la media global es de 7,5 años.

La causa de fallecimiento en algunos estudios es concreta, mientras otros comprenden diversas causas:

- En cinco estudios la causa de fallecimiento es una enfermedad, 4 de los cuales específicamente es cáncer.
- En un estudio la causa de fallecimiento es el suicidio
- En otro el motivo es un accidente de coche
- Finalmente, en todos los artículos restantes existen diversas causas, las cuales comprenden muertes previstas o repentinas.

4.2. Resultados relacionados con la ocupación

En el apéndice III se encuentran los resultados individuales de cada artículo.

A. Volición

A.1. Causalidad personal

A.1.1. Sentido de capacidad personal

En general, los padres que están vivenciando el proceso de duelo estiman que sus capacidades han empeorado. Globalmente, se sienten vulnerables y ausentes respecto de sí mismos y sus vidas (Cacciatory & Raffo, 2011; Hunt & Greeff, 2012; Hooghe, Neimeyer & Robert, 2012). Pero sobretodo, las capacidades más afectadas son las sociales (Gibson, Gallagher & Jenkins, 2015). Los padres comentan tener dificultad en las interacciones sociales del día a día (Gibson, Gallagher & Jenkins, 2015) y en hablar propiamente de la pérdida (Hooghe, Neimeyer & Robert, 2012).

También mencionan dificultades en actividades que requieren de memoria y concentración (Gibson, Gallagher & Jenkins, 2015).

Referente a como perciben su estado de salud, según Cacciatory et al., (2014) el 33,8% de padres afirman notar un empeoramiento en su salud, un 46,9% dicen no haber notado cambios y un 13,01% sentir mejora.

Por otra parte dos artículos (Barera et al., 2009; Vega, Rivera & Gonzalez, 2012) destacan cambios positivos pues los padres comentan haber madurado y crecido personalmente, ya que han aprendido de la pérdida (Ronen et al., 2010).

A.1.2. Autoeficacia

En varios estudios (Barrera et al., 2009; De Groot & Carmack, 2013; Cummings, 2009; Toller, 2011; Vega, Rivera & González, 2012; los padres sienten que han fracasado en las capacidades para proveer y proteger a sus hijos, fallando así en su rol protector por no prevenir o evitar la muerte de su hijo/a. Según Vega, Rivera & González (2012) en casos de enfermedad, donde la muerte era esperada, la convicción que tanto ellos

como el profesional sanitario hicieron todo lo posible para ayudar a sus hijos/as les facilita la superación de la pérdida.

A lo largo de su proceso también admiten que tienen momentos de incompetencia personal (Hunt Greff, 2012). Así como una sensación de estar “fuera de control”, están inseguros acerca de sus competencias (Titus & de Souza, 2011).

En De Groot & Carmack (2013) relacionado a la afrontación de la pérdida una madre comenta:

“Prové, sin éxito, de hacer cualquier cosa para escapar de la realidad – distraerme (estando ocupada), evitándolo (durmiendo), escapando (viajando), negándolo o llorando. Pero no funciona, no hay escapatoria”.

A.2. Valores

A.2.1. Convicciones personales

Pese a que los estudios incluyen a padres de distintas culturas, los artículos muestran convicciones que comparten.

La principal convicción es el importante valor que le dan al hecho que su hijo/a sea recordado (Titus & de Souza, 2011; Toller, 2011; Barrera et al., 2009; Alam et al, 2015). Para ello, pueden hacer memoriales o fiestas en su honor, donde se hable del niño/a, con estos actos a parte de honrar su memoria también sienten que los mantienen en sus vidas y reconocen así el importante rol que tuvieron en la familia (Barrera et al., 2009; Hooghe, Neimeyer & Robert, 2012).

Dos artículos (Titus & de Souza, 2011; De Grot & Carmack, 2013) indican la necesidad de los padres de darle un significado a la muerte de sus hijos/as. De hecho, Stoebe, Schut & Finkenaur (2015) revelan que los padres que no dan significado al fallecimiento presentan más reacciones negativas de duelo.

Los artículos (Barrera et al., 2009; Alam et al, 2015) demuestran que la pérdida de un hijo/a provoca que los padres den mayor importancia a su

pareja y, en caso de tenerlos, a sus demás hijos. También a detalles como la casa, objetos con significado especial o voluntariados (Ronen et al., 2010). A su vez, según Alam et al. (2015) también disminuye la importancia dada al trabajo.

En Grot & Carmack (2013) algunos padres refieren haber cambiado sus creencias acerca de la muerte, en Vega, Rivera & González (2012) hay padres que piensan que existe un vínculo espiritual permanente con sus hijos y según Stoebe, Schut & Finkenaur (2015) los padres buscan una explicación al fallecimiento o una atribución de responsabilidad. En este último caso, Stoebe, Schut & Finkenaur (2015) aclaran que una reacción frecuente en los padres es culpar a la madre.

Finalmente, mencionar la importancia que los padres dan a las personas de su ambiente social, por quienes se preocupan porque pensarán (Ronen et al., 2010; Gibson, Gallagher & Jenkins, 2015). De hecho, en Toller (2011) una madre sugiere que sería positivo educar a sus familiares y amigos en cómo ayudarles.

A.2.2. Sentido de obligación

Se identifican dos acciones donde los padres actúan por un valor percibido como formas correctas de actuar, la primera según Hunt & Greeff (2012) se basa en proteger a los demás hijos, a la cual según Vega, Rivera & González (2012) se le puede añadir la obligación de convertirse en el pilar de la familia.

La segunda, expuesta por Gibson, Galagher & Jenkins (2015) está relacionada con la vuelta al trabajo, equiparado como algo inevitable y donde también procuran mantener un rol modélico para los jóvenes o lealtad a los compañeros de trabajo.

A.3. Intereses

Vega, Rivera & González (2012) menciona que en las primeras semanas

tras el fallecimiento de su hijo/a a los padres solo les interesa dormir, para no sentir el dolor.

Por otra parte, en cuanto a formas de afrontamiento, según Toller (2011) los padres sienten la necesidad de hablar para afirmar y autentificar sus experiencias en el duelo, aunque los hombres tienden más a procesar el duelo mediante actividades y las mujeres hablando (Alam et al, 2015; Hunt & Greeff, 2012; Toller, 2011). Hunt & Greeff (2012) revelan que aumenta el interés en “la vida” después de la muerte.

Con el tiempo, los padres construyen nuevas metas y objetivos en su vida, los cuales están enfocados a intereses personales, como música o ejercicio, y/o a ayudar a los demás (Barrera et al., 2009; Stoebe, Shcut & Finkenaur, 2015).

En dos artículo (Barrera et al., 2009; De Groot & Carmack, 2013) y, conectado con la convicción personal de recordar a sus hijos, las padres muestran interés para actividades con este fin, por ejemplo en De Groot & Carmack (2013) manifiestan que unos padres empezaron una recolección de fondos para construir un parque en memoria a sus hijos.

Referido al trabajo, según Gibson, Galagher & Jenkins (2015) los padres pueden perder el interés, energía y creatividad para empezar nuevos proyectos, hasta tal punto que algunos se plantean cambiar de profesión para realizar una que ayude a los demás.

B. Habitación

B.1. Hábitos

Los hábitos en los padres pueden cambiar mucho si después de la pérdida no mantienen a hijos/as con vida. En estos casos, la rutina se rompe totalmente y los padres deben empezar nuevas actividades y rutinas (Barrera et al., 2009).

Incluso pese a mantener hijos con vida, existen una serie de rituales o hábitos nuevos que los padres empiezan para mantener una relación y

recordar a su hijo difunto, como visitar el cementerio, llevar un medallón con su foto, hacer un pastel en su cumpleaños, visitar el hospital donde estuvo en su aniversario, etc. (Ronen et al., 2010; Hooghe, Neimeyer & Robert, 2012; Barrera et al., 2009; Cacciatory et al. 2009).

Por otro lado, la pérdida de un hijo/a puede provocar cambios en el trabajo de los padres, según Gison, Gallagher & Jenkins (2015) procurando equilibrar mejor el tiempo pasado en este y con la familia, o como se explica en Alam et al. (2015) directamente buscando uno nuevo.

Finalmente, referente a los hábitos de vida saludables, dos artículos comentan la dificultad por mantenerlos después del fallecimiento de un hijo/a. Cummings (2009) comenta que la pérdida contribuye a tener una dieta pobre o falta de ejercicio físico, y Cacciatory et al. (2012) mencionan que aumenta la toma de alcohol y drogas.

B.2. Roles

Con el fallecimiento del hijo/a los padres pierden su rol de madre/padre e identidad (Toeller, 2011). Incluso cuando siguen en vida otros hijos, los cuales les brindan fuerza para aceptar su nueva identidad de padre (Vega, Rivera & González, 2012).

Así, empiezan un proceso de redefinir su identidad (De Groot & Carmack, 2013). Según Titus & de Souza, (2011) algunos padres entienden esta nueva identidad como “padre con hijo fallecido”, en Barrera et al. (2009) otros la entienden como una identidad totalmente nueva, la cual se niegan a aceptar por creer que terminará con su rol de madre/padre anterior.

Según Cummings (2009) no cambian tan solo sus roles, sino que se interrumpe la estructura familiar y los padres pierden la estabilidad otorgada por el hogar, por lo que deben reorganizar y reestructurar los roles familiares y las responsabilidades de toda la familia.

Durante el proceso de duelo el rol de pareja adquiere importancia y se

fortalece, ya que pasan mayor tiempo juntos (Barrera et al., 2009). Según Hooghe, Neimeyer & Robert (2012) la pareja se convierte en su mayor confidente, existe una relación dinámica de equilibrio-balance en cada uno. Un solo artículo (Vega, Rivera & González, 2012) ha especificado que es común que haya un cambio de liderazgo en el matrimonio. Contradictoriamente, algunas parejas al vivenciar este proceso se terminaban separándose (De Groot & Carmack, 2013).

Según Stoebe, Schut & Finkernaur (2015) una estrategia de afrontamiento es tener un nuevo rol, como puede ser tener otro hijo/a, ayudar a los demás o integrarse en una corporación (Vega, Rivera & González, 2012). Además, según Alam et al. (2015) las madres pueden adquirir un rol de cuidadoras de hijos y de encargadas de gestiones familiar. Gibson, Galagher & Jenkins (2015) mencionan que tener un rol de trabajador también les hace sentir que hacen algo positivo y justifica su existencia.

C. Capacidad de desempeño

C.1. Componentes físicos y mentales

Varios artículos (Barrera et al., 2009; De Groot & Carmack, 2013; Stoebe, Schut & Finkenaur, 2015; Hunt & Greeff, 2012; Vega, Rivera & González, 2012) mencionan que los padres en duelo presentan unos sentimientos de culpabilidad, tristeza, ira e impotencia, así como de vacío y soledad. Estos pueden llegar a ser tan intensos que causen dolores físicos (Barrera et al., 2009; De Groot & Carmack, 2013; Hunt & Greeff, 2012) y/o abrumen los mecanismos de supervivencia, produciendo posibles estados de shock (Cacciatory & Raffo, 2011). Además pueden provocar ideación suicida (De Groot & Carmack, 2013; Titus & de Souza, 2011), según Cummings (2009) los padres en duelo presentan mayor riesgo de suicidio, especialmente si el hijo tenía entre 1 y 6 años.

Según Stoebe, Schut & Finkenaur (2015) los padres en duelo presentan

mayores problemas de salud y pobre bienestar en comparación con padres que no están en duelo. Los problemas de salud más frecuentes son la depresión, la cual tiene mayor porcentaje en mujeres que en hombres y menor en personas religiosas, y la ansiedad (Stoebe, Schut & Finkenaur, 2015). Según Cacciatory et al. (2014) estos se disminuyen con el tiempo. Además muchos también presentan dificultades en el sueño y fatiga extrema, producida por una pérdida de la energía (Gibson, Gallagher & Jenkins, 2015; Hunt & Greeff, 2012).

Otros componentes de la salud que pueden verse afectados son: alta presión arterial, psoriasis, problemas cardíacos, migrañas, aumento de peso, ataques de pánico, bajo nivel del sistema inmunitario, aparición de esclerosis múltiple, déficit en concentración, procesos mentales y memoria, abuso de drogas o alcohol, etc. (Cacciatory et al., 2014; Gibson, Gallagher & Jenkins, 2015; Cummings 2009; Así como mayor posibilidad de desarrollar un trastorno mental (Cummings 2009).

Finalmente, añadir que según Hooghe, Neimeyer & Robert (2012) los padres también pueden mostrar dificultades en explicar sus sentimientos en palabras y también según Ronen et al. (2010) en regular su estado anímico.

C.2. Cuerpo vivido

En varios artículos (Caciatory & Raffo, 2011; Toller, 2011; Titus & de Souza, 2011) los padres sienten que con el fallecimiento de sus hijos una parte de ellos también murió, se sienten ausentes respecto a si mismos y sus vidas. Aunque, contradictoriamente, según Barrera et al. (2009) algunos padres sienten que su hijo/a todavía sigue vivo.

Según Hunt & Greeff (2012) y Ronen et al. (2010) existe una dificultad en aceptar la pérdida de su hijo/a. Solo Hunt & Greeff (2012) defienden que todavía requiere más tiempo acostumbrarse a la nueva situación, de forma que los padres viven constantemente anhelando a sus hijos. Esta adaptación les provoca ansiedad y emociones como culpabilidad, soledad

y miedo se instalan en su comportamiento durante un largo plazo.

El cuerpo vivido dependerá de la experiencia subjetiva de cada padre o madre. Ejemplos:

- En el artículo escrito por De Groot & Carmack (2013) una madre describe que durante una primera etapa siente que vive en dos mundos en tensión, el que construye una nueva vida y el que está continuamente en duelo; tiempo después menciona que los dos mundos pueden vivir juntos.
- Según, Hooghe, Neimeyer & Robert (2012) un padre comenta haber creado una “corteza” alrededor de la tristeza para protegerlo y aislarla. Su grueso depende del tiempo transcurrido y de la situación.
- En el artículo escrito por Vega, Rivera & González (2012) unos padres comentan: ...“Nuestro dolor y sufrimiento está, sí...nuestra pena está. Esto va a estar por siempre, pero hay que a vivir con eso.”

D. Áreas de la ocupación

D.1. Trabajo

Según Alam et al. (2015) disminuye la importancia que los padres le dan al trabajo. Sin embargo, Hunt & Greeff (2012) revelan que los hombres necesitan ocuparse, y Stoebe, Schut & Finkenaur (2015) comentan que los padres que trabajan más horas presentan menos síntomas de duelo. Contradictoriamente, Gibson, Galagher & Jenkins (2015) refieren que los padres tienden a reducir la ambición y la carga laboral, mientras al inicio las madres trabajan más duro.

En caso de trascurrir mucho tiempo sin trabajar, puede suceder que se olviden de cómo era su vida laboral (Cacciatory & Raffo, 2011).

Gibson, Galagher & Jenkins (2015), que realizaron su estudio con población de Irlanda del Norte, exponen que el tiempo de reincorporación al trabajo es entre 0 y 12 meses. Este mismo artículo evidencia las

situaciones más complicadas que se encontraban los padres en el trabajo:

- Encontrarse con compañeros que no saben de la muerte de su hijo
- Mantener conversaciones sobre hijos de compañeros o eventos importantes como graduaciones o aniversarios
- Trabajar con jóvenes que les recuerdan a sus hijos.
- Frases relacionadas con suicidio como “me voy a matar”.

D.2. Juego

En varios artículos (Alam et al., 2015; Barrera et al., 2009; Cacciatory & Raffo, 2011; Hooghe, Neimeyer & Robert, 2012; Ronen et al., 2010; Vega, Rivera & González, 2012) los padres empiezan a realizar actividades para mantener el vínculo con sus hijos fallecidos, estos pueden ser rituales, memoriales conmemorativos, hacer un parque, ver fotos suyas, etc. Incluso realizar una fiesta para su cumpleaños o dar regalos a niños hospitalizados.

Muchos de ellos también asisten a terapias o grupos de apoyo (Cacciatory et al., 2014; Hooghe, Neimeyer & Robert, 2012; Titus & de Souza, 2011), así como también empiezan actividades de voluntariado (Cacciatory et al., 2014; Hunt & Greeff, 2012) o se inscriben en alguna corporación (Vega, Rivera & González, 2012).

Según Barrera et al. (2009) los padres pasan mayor tiempo con su pareja. Algunos rezan (Alam et al., 2015), así como en De Groot & Carmack (2013) también se menciona una madre que se va de vacaciones, como método de huida.

Según De Groot & Carmack (2013), se ha observado que los padres intentan mantenerse ocupados para no pensar en la muerte de sus hijos mediante actividad recreativas. Stoebe, Schut & Finkenaur (2015) verifican que la actividad predice menos trastornos mentales en los padres (no en madres).

Por otra parte, según Ronen et al. (2010) estar en lugares con otros niños/as puede causarles dolor, aunque esto disminuye con el tiempo.

Toller (2011) menciona como una madre explica como escribió una carta a familiares y amigos contando como ayudarla, es un apoyo para los demás y uno mismo.

D.3. Actividades de la vida diaria

Según Toler (2011) los padres pueden presentar dificultad para realizar las actividades de la vida diaria: preparar comidas, cuidado de los hijos, limpieza de la casa, llamadas, etc. sobre todo poco tiempo después del fallecimiento. Titus & de Souza (2011) y Barrera et al. (2009) mencionan que obtienen ayuda de amigos y vecinos para estas tareas.

Según Vega, Rivera & González (2012), el fallecimiento afecta a toda la familia, su dinámica y su calidad de vida; es por eso que los padres pasan mayor tiempo cuidando a los demás hijos y procurando mejorar el ambiente familiar (Alam et al. 2015). Hunt & Greeff (2012) advierten que los padres pueden pasar por alto su sufrimiento para proteger a los demás. Además, según Hooghe, Neimeyer & Robert (2012) en el día a día con su pareja siempre están pendientes de como se siente el otro y Stoebe, Schut & Finkenaur (2015) advierten que aparece un espacio o discrepancias en sus relaciones sexuales.

E. Ambiente

E.1.Contextos físicos reconocidos como oportunidades y/o recursos

En varios artículos (Cacciatory et al., 2014; Cacciatory & Raffo, 2011; Titus & de Souza, 2011) los padres nombran la asistencia a grupos de ayuda al duelo como un recurso. En estos grupos pueden compartir experiencias con padres que han pasado por la misma situación (Toeller, 2011), sintiéndose así partes de un grupo, lo que disminuye la sensación de

choque, injusticia y desamparo (Vega, Rivera & González, 2012).

Otro recurso que emplean los padres es asistir a un terapeuta o psicoterapeuta (Cacciatory et al., 2014; Hooghe, Neimeyer & Robert, 2012), en ningún artículo especifica exactamente que tipo de terapeuta.

Algunos padres contemplan asistir al trabajo como una oportunidad de salir de casa y distraerse estando ocupados (Alam et al., 2015; Gibson, Gallagher & Jenkins, 2015)

Por otra parte, como manifiestan Ronen et al. (2010) puede suceder que los padres no realicen ningún cambio en la habitación o en las fotos de la casa, y guarden algún objeto, como prueba del valor de su hija.

Los padres reconocen que el mejor apoyo dentro del hogar fueron las ayudas de forma tangible, como que les limpiaran la casa, preparan comida, etc. (Toeller, 2011)

E.2.Contextos físicos reconocidos como demandas y/o restricciones

Contrariamente a lo anterior, asistir al trabajo también puede tener repercusiones negativas en los padres, según Gibson, Gallagher & Jenkins (2015) la evitación por parte de los compañeros de trabajo hace sentir culpa y dolor a los padres; de la misma forma, ellos también evitan los compañeros para que no le pregunten cómo están por miedo a su propia reacción.

Los objetos y contextos que recuerden demasiado a sus hijos/as fallecidos también pueden provocar dolor, en Ronen et al. (2010) una madre comenta que evita los juguetes que pertenecían a su hija para no hundirse.

Cacciatory & Raffo (2011) estudiaron el proceso de duelo en madres lesbianas, y en este caso se manifestó que la mayoría de madres se

sentían incómodas en los grupos de ayuda al duelo.

E.3.Contextos sociales reconocidos como oportunidades y/o recursos

Según Stoebe, Schut & Finkenaur (2015) existe una diferencia de género en la búsqueda de ayudas, ya que las madres buscan más apoyo social que los padres.

En los casos en que las relaciones superan unidas el proceso de duelo de su hijo/a, el mayor sostén del padre o madre es su pareja, esposo o esposa (Cacciatory & Raffo, 2011). Según Stoebe, Schut & Finkenaur (2015) al vivenciar el afrontamiento de esta experiencia las parejas tienen dificultades para llegar a acuerdos juntos y apoyarse, aunque suelen resolver los problemas mediante comunicación abierta, compartir la percepción de la experiencia, sensibilidad, aceptar las diferencias y adaptación del otro. Si superan los obstáculos, la relación suele fortalecerse y brindar estabilidad y soporte (Alam et al., 2015; Barrera et al., 2009; Cacciatory et al, 2014; Ronen et al., 2010).

En caso de haberlos, los demás hijos se vuelven también una fuente vital de fuerza, soporte y un propósito de vida (Barrera et al., 2009; Vega, Rivera & González, 2012).

Se destaca la ayuda percibida por parte de la familia y amigos (Alam et al., 2015; Cacciatory & Raffo, 2011), los cuales se esfuerzan para entender la lucha por la que están pasando los padres (Toller, 2011) y les ayudan en tareas de cuidar de los demás hijos o traer comida y realizan visitas cortas (Barrera et al., 2009; Hunt & Greeff, 2012).

En dos artículos (Barrera et al., 2009; Cacciatory & Raffo, 2011) los padres destacan la ayuda percibida por el personal sanitario. Así como también de gente que no se esperaban, en diferentes formas como cartas, llamadas, etc. (Titus & de Souza, 2011).

Indiferentemente del vínculo personal, todos los padres concuerdan que necesitan personas con quién poder hablar de su hijo/a difunto y de su proceso de duelo (Barrera et al., 2009; Toller, 2011; Vega, Rivera & González, 2012).

Según Hunt & Greeff (2012), los padres revelan que necesitan a alguien que sepa escuchar, que abrace, que no de demasiados o inapropiados consejos. Es por eso que les es más fácil hablar con otros padres en duelo, que hayan pasado una experiencia similar o profesionales sensibles (Hooghe, Neimeyer & Robert, 2012).

E.4.Contextos sociales reconocidos como demandas y/o restricciones

La muerte de un hijo es una ruptura del ciclo vital, ya que se espera que los padres mueran antes que los hijo, esto provoca que la sociedad, incluyendo el soporte social de los padres (amigos, familiares, organizaciones religiosas, personal sanitario, etc.) no esté preparada para responder a las necesidades de los padres (Cummings, 2009). Por otra parte, tal y como explica Toller (2011) hay que tener en cuenta que las personas de este entorno también están vivenciando el duelo por el fallecimiento del niño/a.

Existen situaciones en las que los padres no consiguen comunicarse con sus familiares, provocando así que la relación sea más distante y empeore (Alam et al., 2015; Cacciatory et al., 2014). De la misma forma, tampoco encuentran soporte en su círculo social de amigos y/o conocidos (Gibson, Gallagher & Jenkins, 2015; Ronen et al., 2010; Titus & de Souza, 2011). Según Toller (2011) esto es debido a que no saben como actuar y temen herirlos; esta evitación provoca que los padres se sienten aislados y estigmatizados en ambientes sociales (Titus & de Souza, 2011). Además en fechas importantes como Navidades ellos mismo quieren alejarse de la gente (De Groot & Carmack, 2013).

Aún en los casos donde amigos y familiares apoyan a los padres esta asistencia es por un período corto e insuficiente de tiempo (Toller, 2011). O bien, dan un apoyo que los padres reciben como erróneos o negativos, tal como hablar insensiblemente, dar consejos, minimizar sentimientos o utilizar clichés, como 'está en un sitio mejor' (Hunt & Greeff, 2012; Toller, 2011). Incluso hablar de la muerte de su hijo/a puede ser perjudicial si los padres no están preparados, e inclusive estándolo les puede costar compartir emociones con gente que no ha pasado lo mismo (Hooghe, Neimeyer & Robert, 2012).

Titus & de Souza (2011) refieren que la pareja puede ser una fuente de estrés, debido a la diferencia de duelo entre ambas personas, por ejemplo, cuando el marido se siente impotente ante el dolor de su esposa y ella siente resentimiento por la falta de afecto de su marido. Además, según Gibson, Gallagher & Jenkins (2015) el fallecimiento provoca mayor distancia entre ellos en las parejas que solían dedicar mucho tiempo al niño/a y no tenían comunicación; de hecho, según Stoebe, Schut & Finkenaur (2015) las parejas que pierden un hijo tienen mayor porcentaje de divorcio.

Finalmente, mencionar que las madres lesbianas que están vivenciando el proceso de duelo por el fallecimiento de su hijo/a presentan un sentimiento de incomodidad tanto en grupos de madres lesbianas como en grupos de ayudas a padres en duelo. No sienténdose así parte de ninguno de ellos. En su día a día tienen que luchar contra los prejuicios de la sociedad en cuanto a la formación de familiar por parte de personas homosexuales (Cacciatory & Raffo, 2011).

5. Discusión y conclusiones

La predominancia de estudios cualitativos revela el interés científico de estudiar el duelo y su proceso centrado en la visión y experiencia de las personas que pasan por este, en este caso los padres. Sin embargo, este factor es limitado por las variables de estudio, en las cuales se buscaba que el artículo tratase del proceso de duelo, eliminando otros artículos que tan solo pretendían medir y/o evaluar el duelo.

En los artículos las culturas frecuentes corresponden a estadounidense y europea. Esto puede deberse a factores como los idiomas en los que realizaron la búsqueda, las bases de datos utilizadas y las revistas de procedencia de los artículos.

La participación ocupacional ha sido estudiada a partir de sus distintos componentes, en los resultados individuales de cada artículo, encontrados en apéndice III, se observa como estos no ofrecían información acerca de todos los aspectos de la participación ocupacional. Dependiendo de la temática del artículo se podía obtener mayor información de volición, habituación, capacidad de desempeño, áreas de ocupación y/o ambiente; así como también ha sucedido que algún artículo no ofreciera información en alguno de estos puntos.

Este hecho se debe a que los artículos provienen de revistas y temáticas distintas. Pese a que todos trataban acerca del proceso de padres en duelo, se centran en diferentes temáticas: de salud, de relación con el hijo fallecido, acerca del ambiente, etc.

Esta heterogeneidad también ha otorgado a la revisión distintos puntos de vista que han ayudado a complementar y obtener una información más global acerca de la vida ocupacional de los padres.

Las características de cada estudio y factores de riesgo y/o protectores acerca del duelo, como características personales, circunstanciales a la muerte, relacionales-sociales y otras^{10; 25} han influido en la información

recolectada acerca de la participación ocupacional.

Dentro de la volición se observa:

- Respecto al sentido de capacidad personal que tienen los padres hay dos valoraciones contradictorias, por una parte los que opinan que sus capacidades han empeorado, principalmente la social y la intelectual, y por otra parte los que creen que han madurado y crecido personalmente. Esta discordancia es posible que sea producida por el tiempo transcurrido entre el fallecimiento y la realización de los distintos estudios.
- La autoeficacia se puede ver claramente influida según la causa de la muerte de los hijos/as. Una muerte esperada, producto de una enfermedad, provoca en los padres un duelo anticipatorio, el cual ofrece a las personas implicadas la posibilidad compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida²⁶.
- Como la temática de los estudios está centrada en el proceso de duelo los valores mencionados por los padres también giran entorno al fallecimiento de su hijo/a y sus consecuencias: como recordar a su hijo, apoyar a la familia, etc. Se subyace que pasan por alto muchos otros valores de los padres, aunque es posible que estos no se vean afectados por el fallecimiento de su hijo/a. También se observa la influencia que tiene la cultura y sociedad en las actividades que realizan a partir de un sentido de obligación.
- Los intereses que presentan los padres van modificando a lo largo del proceso de duelo. El terapeuta ocupacional podría ayudar a los padres en la búsqueda de nuevas actividades, procurando que experiten logro y competencia personal en su realización, lo que aumentaría su sentido de efectividad y autoestima.

Tener otros hijos/as actúa como factor protector y fortalece la habituación de los padres, ya que ayudan a preservar o disponer de una rutina dentro del hogar. Por otra parte, pese a que los padres continúan ejerciendo un rol paterno, el fallecimiento de su hijo/a rompe su identidad, la cual tendrán que reconstruir. Destacar la información obtenida por Stoebe, Schut & Finkernaur (2015), los cuales mencionan que adquirir un nuevo rol es considerado una estrategia de enfrentamiento. Por lo tanto, favorece la superación de la pérdida. El desempeño de roles depende de la realización de determinadas actividades²⁷, por lo que los terapeutas ocupacional podemos ayudar a los padres a encontrar nuevos roles que le faciliten la creación de una identidad.

Respecto a la capacidad de desempeño se evidencian los cambios que se producen en los componentes físicos y mentales. Aunque predominan las reacciones afectivas, también se puede ver comprometida la salud de los padres. Las circunstancias personales, como la edad, las estrategias de afrontamiento o cómo han vivido un duelo anteriormente, así como los hábitos relacionados con la salud que tenían antes y mantienen o modifican, resultarán decisivos en cómo varíe la capacidad de desempeño de los padres. Desde la terapia ocupacional se puede fomentar la ocupación como medio de prevención de enfermedades y promoción de la salud, así como ayudar a los padres a mantener unos hábitos de vida saludables.

La participación ocupacional de los padres se ve alterada en todos sus componentes tras la pérdida de su hijo/a, transformando así su vida ocupacional. Esto determina que el fallecimiento de un hijo se puede considerar tanto un cambio catastrófico, como un cambio transformacional.

Pese a que se ha obtenido información acerca de las tres áreas de ocupación, ésta es muy delimitada a actividades y/o circunstancias de estas áreas relacionadas con el fallecimiento de su hijo y la nueva vida que están construyendo.

- La área del desempeño de la que se ha obtenido mayor información es la del trabajo, esto ha sido gracias a un artículo (Gibson, Gallagher & Jenkins, 2015) que trataba sobre como los padres se reincorporan a este; las dificultades que presentan los padres para volver al trabajo son por motivos volitivos, debido a una pérdida de interés; referentes a la capacidad de desempeño, debido a dificultades en la memoria, concentración, etc.; y/o por el ambiente social de este, el cual puede restringir la participación por falta de apoyo de los compañeros.
- En la área de juego se manifiesta que los padres empiezan nuevas actividades para conmemorar a sus hijos/as difuntos, así como empiezan nuevas actividades ligadas a sus intereses personales. Destaco la información facilitada por Stoebe, Schut & Finkenaur (2015) donde mencionan que la actividad predice menos trastornos mentales en los padres (no en madres), este artículo es una revisión y no ofrece más información sobre que tipo de actividad se refiere. Sería interesante desde la terapia ocupacional inspeccionar el estudio, y mejor todavía, poder realizar un estudio donde se intervenga con una ocupación significativa para evidenciar la repercusión que tiene en la salud y bienestar de los padres.
- Dado que los artículos provienen de otras disciplinas ajenas a la terapia ocupacional, es poca la información obtenida acerca de las actividades de la vida diaria. Solo se comenta que los padres presentan dificultades en realizarlas durante un período corto posterior al fallecimiento, sin especificar de cuánto tiempo, ni mayor información sobre dichas actividades de su día a día. Es necesaria

una mayor investigación acerca de cómo se ve afectado el día a día y las actividades de los padres tras el fallecimiento de su hijo/a.

La importancia del ambiente es reflejado en los diferentes artículos, donde se obtiene más información del contexto social que del físico.

Dado que se estudia la influencia del contexto físico sin especificar ninguna actividad, se ha sintetizado información de los contextos físicos más frecuentados por los padres. Obteniendo información acerca de: grupos de duelo, terapias, el trabajo y su hogar. Sorprendentemente, todos los contextos menos asistir a terapia, se contemplan como recursos y limitadores de la participación por parte de los padres.

- Asistir a un grupo de ayuda al duelo es considerado un recurso por la mayoría de padres, al ser un espacio donde se sienten comprendidos e identificados con el grupo. Sin embargo, según Cacciatory & Raffo (2011) hay madres lesbianas que no comprenden este ambiente como recurso, ya que no se sienten cómodas en el grupo. Esto nos revela una situación donde se produce una injusticia ocupacional, ya que las madres no reciben apoyo para participar en las actividades de este ambiente como miembros del grupo²⁸.
- Los motivos por los cuales el trabajo puede restringir la participación han sido comentados anteriormente, y pese a estos, hay padres que consideran el trabajo un recurso como una oportunidad para salir de casa y distraerse. Esto revela la naturaleza ocupacional de los seres humanos, reconociendo la ocupación como una necesidad humana básica y fuente primaria del sentido de la vida²⁹. Los padres acaban de vivenciar un proceso que ha cambiado sus vidas, sin embargo la ocupación puede ofrecerles un nuevo significado.
- Dentro del hogar hay objetos pertenecientes al hijo/a fallecido, así

como otros objetos que recuerden a él/la. Mientras algunos padres visualizan estos objetos como valiosos, a otros les provocan un dolor emocional; esta diferencia puede deberse al tiempo transcurrido desde la muerte y/o a como los padres se adaptan a la pérdida. Separarse de los objetos del fallecido, guardando solamente los significativos, se considera parte de un periodo de adaptación³⁰.

Respecto al ambiente social se observa que, a excepción de los demás padres que también han vivido una experiencia similar, todos los demás grupos (familiares, amigos, compañeros y/o conocidos) pueden actuar como apoyo o limitador en la participación ocupacional de los padres. Tal y como explicaba Cummings (2009) esto es debido a que culturalmente se espera que los padres mueran antes que los hijos, por lo que la sociedad no está preparada para responder a las necesidades de los padres. La terapia ocupacional, al visualizar la persona como un ser bio-psico-social y ocupacional inmerso en un ambiente y con una cultura, debe tener en cuenta la influencia que tiene el ambiente de los padres en sus actividades. Por ello, en caso de intervención de padres en duelo se evidencia la necesidad de trabajar tanto con los padres como con su ambiente.

Pese a que se ha demostrado que la pérdida de un hijo/a altera la participación ocupacional, el duelo es un proceso adaptativo, una reacción normal a la pérdida, por lo que con apoyo y tiempo, si se desarrolla un proceso de duelo normal, los padres consiguen reequilibrar su participación ocupacional. Aun así, debido a que los artículos provienen de otras disciplinas, se recomienda continuar esta investigación desde la Terapia Ocupacional.

Por otra parte, los artículos han evidenciado que durante esta experiencia la salud de los padres se ve afectada. Además, si no se adaptan al cambio, el proceso de duelo puede conllevar a la aparición de enfermedades o trastornos mentales. Es en este punto, donde la terapia ocupacional debe actuar en prevención de la enfermedad y promoción de la salud de los padres en duelo.

En virtud de lo comentado anteriormente, se manifiesta la necesidad de continuar esta línea de investigación para determinar si la terapia ocupacional puede mejorar la participación ocupacional, salud y/o bienestar de los padres durante el proceso de duelo.

Limitaciones del estudio

Este estudio ha sido limitado por los años de publicación de los artículos y la lengua en que estaban escritos. Además, se acotó la búsqueda a artículos donde hubiera hijos fallecidos después de 6 meses y antes de 18 años para asegurar que formaran parte de los hábitos y roles de los padres.

6. Agradecimientos

A mis padres, mis grandes maestros de la vida.

A mis tutoras, Elisabet, Bárbara y Maria, por su dedicación y ayuda.

A todas las personas que me han apoyado en este proceso, gracias.

7. Bibliografía

1. Neimeyer RA. Aprender de la pérdida Keystone Heights: Paidós Iberica; 2000.
2. Nomen L. El duelo y la muerte: el tratamiento de pérdida Madrid: Pirámide; 2007.
3. Tizon JL. Pérdida, penam duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós y Fundació Vidal i Barraquer; 2004.
4. Freud S. Duelo y melancolía (1917) Buenos aires: Amorrortu Editores; 1986.
5. Porta VG, Romero Retes R, Oliete Ramirez E. Manifestaciones del duelo. Sociedad Española de Oncología Médica. [acceso 2016 Enero]. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprof/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>
6. Rodríguez Alvaro M, García Hernández AM, Toledo Rosel C. Hacia una visión constructivista del duelo. Index de Enfermería [revista en Internet]* 2008 [acceso Noviembre de 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300009&lng=es.
7. Tizon Garcia J. Pena, pérdida, duelo. Vivencias, investigación y asistencia Barcelona: RBA, D.L; 2004.
8. de Dios C, Goikolea JM, Colom F, Moreno C, Vieta E. Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2014; 7(4): p. 179-185.
9. Chan EKH, O'Neil I, McKenzie M, Love A, Kissane DW. What works for therapists conducting family meetings: treatment integrity in family-focused grief therapy during palliative care and bereavement. Journal of Pain and Symptom Management. 2004 Junio; 27(6): p. 502-512.
10. Barreto P, De la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. Psicooncología. 2012; 9(2-3): p. 355-368.

11. American Psychiatric Association D5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Barcelona: Masson; 2014.
12. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente. El duelo como trastorno psiquiátrico. Boletín de Información Clínica. 2012 Julio; 23(7).
13. Liberman D. Una nueva visión del duelo. In Liberman D. Es hora de hablar del duelo.: Atlantida; 2012.
14. Kübler-Ross E. On death and dying New York: The Macmillan Company; 1969.
15. Seecharan GA, Andresen EM, Norris K, Toce SS. Parents' Assessment of Quality of Care and Grief Following a Child's Death. Archives of Pediatrics & adolescent medicine. 2004 Junio; 158(6): p. 515-20.
16. Torres Layrise S. Duelo en padres que han perdido hijos. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. [acceso Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/25%20Duelo%20en%20padres%20que%20han%20perdido%20hijos.pdf>.
17. Hinds PS, Oakes LL, Hicks J, Angheliescu DL. End-of-life care for children and adolescents. Seminars in oncology nursing. 2005 Febrero; 21(1): p. 53-62.
18. Davies R. New understandings of parental grief: literature review. Journal of Advanced Nursing. 2004 Junio; 46(5): p. 506-13.
19. Hasui C, Kitamura T. Agresion and guilt during mourning by parents who lost an infant. Bulletin of the Menninger Clinic. 2004; 68(3): p. 245-59.
20. Lang A, Goulet C, Amsel R. Explanatory model of health in bereaved parents post-fetal / infant death. International Journal of Nursing Studies. 2004 Noviembre; 41(8): p. 869-880.
21. World Federation of Occupational Therapist. Statement on occupational therapy. WFOT; 2011 [acceso en Noviembre 2015]. Disponible en:

- <http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf>
22. Unidad de duelo. Robles Funerales. [acceso Diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.roblesfunerales.com.mx/index.php/unidad-duelo>
23. Cantero Garlito PA, Solano Martínez O (compiladores). Hacia una definición de la terapia ocupacional en España [monografía en Internet]. TOG (A Coruña); 2011 [citado Diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num4/mono4.pdf>.
24. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana; teoría y aplicación. Buenos aires: Panamericana; 2011.
25. Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Psicooncología. 2008; 5(1): p. 103-116.
26. Gómez Sancho M. La pérdida de un ser querido: el duelo y el luto. 2nd ed. Madrid: Arán Ediciones, S.L; 2007.
27. Canosa Domínguez N, Díaz Seoane B, Talavera Valverde, MA. Terapia ocupacional: importancia del contexto [artículo en internet]*. Terapia-ocupacional [acceso Enero 2016]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Terapia_ocupacional_importancia_del_contexto.shtml
28. World Federation of Occupational Therapist. Position Statement on Human Rights. WFOT [acceso enero 2016] Disponible en: http://www.wfot.org/wfot2010/docs/WI_04_Elizabeth%20Townsend.pdf
29. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional (3ª edición). Buenos aires: Médica Panamericana, 2006.
30. Meza Dávalos EG, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez B. El proceso del duelo: un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2008; 13(1): p. 28-31.

Apéndice I: Estrategia de búsqueda bibliográfica

Pubmed

Se ha realizado una búsqueda con las palabras bereavement o grief, junto con padre y niño o adolescente. Restringiendo los resultados a artículos o revisiones publicados entre los años del 2009 al 2014. Limitando la búsqueda a los idiomas, inglés, español o portugués.

Se ha realizado dos tipos de búsqueda, una mediante exclusivamente términos en lenguaje Tesouro Medical Subject Heading (MeSH):

```
((("Bereavement"[Mesh]) OR "Grief"[Mesh]) AND "Parents"[Mesh]) AND ("Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh])
```

Filters: Review, Classical Article, Clinical Trial, From 2009/01/01 to 2014/12/31, Spanish, English, Portuguese

Con 18 resultados

Y otra combinado los términos de lenguaje natural con los de mesh:

```
(((((child*[tiab] OR adolescent*[tiab])) AND (grief[tiab] OR bereavement[tiab])) AND parent*[tiab])) OR (((("Bereavement"[Mesh]) OR "Grief"[Mesh]) AND "Parents"[Mesh]) AND ("Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh])))
```

Filters: Review, Classical Article, Clinical Trial, From 2009/01/01 to 2014/12/31, Spanish, English, Portuguese

Con 55 resultados

Scopus

Se ha realizado una búsqueda con las palabras bereavement o grief, junto con padre y niño o adolescente. Restringiendo los resultados a artículos o revisiones publicados entre los años del 2009 al 2014, limitado a las áreas de medicina, profesiones sanitarias, psicología y ciencias sociales. También se han excluido las otras áreas, ya que al hacerlo se reducía el número de resultados. Finalmente, se ha acotado la búsqueda a los idiomas, inglés, español y portugués:

TITLE-ABS-KEY ((bereavement OR grief) AND parent* AND (child* OR adolescent*)) AND DOCTYPE (ar OR re) AND PUBYEAR > 2008 AND PUBYEAR < 2015 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "HEAL")) AND (EXCLUDE (SUBJAREA , "NURS" OR "ARTS" OR "BIOC" OR "NEUR" OR "AGRI" OR "ECON" OR "IMMU" OR "PHAR" OR "EART" OR "ENVI" "VETE")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English" "Spanish" OR "Portuguese"))

Se han obtenido 395 resultados.

Sociological abstract

Se ha realizado una búsqueda con las palabras bereavement o grief, junto con padre y niño o adolescente. Restringiendo los resultados a artículos o revisiones publicados entre los años del 2009 al 2014. Limitando el idioma al inglés, y excluyendo los otros dos (francés y alemán). E escogiendo el tipo de fuente de revistas científicas e excluyendo las tesis doctorales.

(bereavement OR grief) AND parent* AND (child* OR adolescent*)

- **Tipo de fuente:** Scholarly Journals
- **Idioma:** (Inglés) NOT (Francés AND Alemán)
- **Fecha de publicación:** 01/ 01/ 2009 - 12/ 31/ 2014

Se han obtenido 40 resultados

OTseeker

Se ha realizado una búsqueda con las palabras bereavement o grief junto a padres y niño. No se han obtenido resultados.

(Bereavement OR grief) AND parent* AND child*

Apéndice II: Resultados de la búsqueda tras la eliminación de duplicados

Artículo	Inclusión / Exclusión
1. Posthumous collection and use of reproductive tissue: A committee opinion. Fertil Steril 2013;99(7):1842-1845.	No, trata aspectos genéticos
2. Abernethy A, Burns C, Wheeler J, Currow D. Defining distinct caregiver subpopulations by intensity of end-of-life care provided. Palliat Med 2009;23(1):66-79.	No, acerca de intervenciones para cuidadores de personas cerca de la muerte
3. Adam EK, Chyu L, Hoyt LT, Doane LD, Boisjoly J, Duncan GJ, et al. Adverse adolescent relationship histories and young adult health: Cumulative effects of loneliness, low parental support, relationship instability, intimate partner violence, and loss. J Adolescent Health 2011;49(3):278-286.	No, trata de relaciones en adolescentes adversos
4. Adams SM, Good MW, Defranco GM. Sudden infant death syndrome. Am Fam Physician 2009 May 15;79(10):870-74.	No, trata de un síndrome
5. Agllias K. No longer on speaking terms: The losses associated with family estrangement at the end of life. Fam Soc 2011;92(1):107-113.	No, acerca del alejamiento de la familia al final de vida
6. Agllias K. The Gendered Experience of Family Estrangement in Later Life. Affilia - J Women Soci Work 2013;28(3):309-321.	No, trata separación entre padres e hijos
7. Aho AL, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Sorvari L, Kaunonen M. Evaluating a bereavement follow-up intervention for grieving fathers and their experiences of support after the death of a child--a pilot study. Death Stud 2011 Nov-Dec;35(10):879-904.	No, evalúa una intervención en padres en duelo
8. Alabran JL, Hooper JE, Hill M, Smith SE, Spady KK, Davis LE, et al. Overcoming autopsy barriers in pediatric cancer research. Pediatric Blood Cancer 2013;60(2):204-209.	No, trata sobre la autopsia en investigación en cáncer pediátrico
9. Alam R, Barrera M, D'Agostino N, Nicholas DB, Schneiderman G. Bereavement Experiences of Mothers and Fathers Over Time After the Death of a Child Due to Cancer. Death Stud 2012 2012;36(1):1-22.	Si
10. Alameda A, Barbero J. Bereavement in parents of oncological children. Psicooncologia 2009;6(2-3):469-483.	No, preparación muerte niño en oncol.
11. Alciati A, Gesuele F, Casazza G, Foschi D. The	No, pérdida de

relationship between childhood parental loss and metabolic syndrome in obese subjects. Stress Health 2013;29(1):5-13.	padres relacionada con la obesidad
12. Alisic E, Boeije HR, Jongmans MJ, Kleber RJ. Supporting children after single-incident trauma: Parents' views. Clin Pediatr 2012;51(3):274-282.	No, apoyo a niños con traumas
13. Allen RES, Wiles JL. How Older People Position Their Late-Life Childlessness: A Qualitative Study. J Marriage and Family 2013 2013;75(1):206-220.	No, acerca del final de vida en mayores sin hijos
14. Appel CW, Johansen C, Deltour I, Frederiksen K, Hjalgrim H, Dalton SO, et al. Early parental death and risk of hospitalization for affective disorder in adulthood. Epidemiology 2013;24(4):608-615.	No, relacionado con la muerte de padres
15. Ashurst KL, Hans JD, Smith DR. The resilience factor: What extension can learn from adolescents coping with parental cancer. J Extension 2009;47(2).	No, resiliencia en hijos con padres con cáncer
16. Atwood GE, Stolorow RD. The demons of phenomenological contextualism: A conversation. Psychoanal Rev 2012;99(2):267-286.	No, estudia factores fenomenológicos de una conversación
17. Avelin P, Erlandsson K, Hildingsson I, Rådestad I. Swedish parents' experiences of parenthood and the need for support to siblings when a baby is stillborn. Birth 2011;38(2):150-158.	No, muerte prenatal
18. Ayers TS, Wolchik SA, Sandler IN, Twohey JL, Weyer JL, Padgett-Jones S, et al. The family bereavement program: Description of a theory-based prevention program for parentally-bereaved children and adolescents. Omega 2013;68(4):293-314.	No, muerte de padres
19. Azaiza F, Ron P, Shoham M, Tinsky-Roimi T. Death and dying anxiety among bereaved and nonbereaved elderly parents. Death Stud 2011;35(7):610-624.	No, muerte por ansiedad según proceso de duelo
20. Bache M, Guldberg A. Young people who have lost a parent because of alcoholism need special attention. Nordic Psychology 2012;64(1):58-71.	No, muerte de padres y alcohol
21. Backett-Milburn K, Jackson S. Children's Concerns about their Parents' Health and Well-being: Researching with ChildLine Scotland. Children and Society 2012;26(5):381-393.	No, preocupación de niños sobre la salud de los padres
22. Backhouse J, Graham A. Grandparents Raising Their Grandchildren: Acknowledging the Experience of Grief. Australian Social Work 2013;66(3):440-454.	No, abuelos que crían a niños
23. Bailey A, Sharma M, Jubin M. The mediating role of	No, apoyo social

<p>social support, cognitive appraisal, and quality health care in black mothers' stress-resilience process following loss to gun violence. Violence Vict 2013;28(2):233-247.</p>	<p>madres negras víctimas de violencia</p>
<p>24. Baker JN, Windham JA, Hinds PS, Gattuso JS, Mandrell B, Gajjar P, et al. Bereaved parents' intentions and suggestions about research autopsies in children with lethal brain tumors. J Pediatr 2013 Aug;163(2):581-586.</p>	<p>No, autopsia en niños fallecidos por cáncer</p>
<p>25. Barrera M, O'Connor K, D'Agostino NM, Spencer L, Nicholas D, Jovcevska V, et al. Early parental adjustment and bereavement after childhood cancer death. Death Stud 2009;33(6):497-520.</p>	<p>Si</p>
<p>26. Barrera M, Alam R, D'Agostino NM, Nicholas DB, Schneiderman G. Parental Perceptions of Siblings' Grieving After a Childhood Cancer Death: A Longitudinal Study. Death Stud 2013;37(1):25-46.</p>	<p>No, percepción padres del hermano en duelo</p>
<p>27. Bartik W, Maple M, Edwards H, Kiernan M. Adolescent survivors after suicide: Australian young people's bereavement narratives. Crisis 2013;34(3):211-17.</p>	<p>No, adolescentes que han tratado suicidarse</p>
<p>28. Battaglia M, Pesenti-Gritti P, Medland SE, Ogliari A, Tambs K, Spatola CAM. A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO2, panic disorder, and the effect of childhood parental loss. Arch Gen Psychiatry 2009;66(1):64-71.</p>	<p>No, pérdida padres</p>
<p>29. (30) Bayer JK, Nicholson JM. Problems with sleep, eating, and adherence to therapy are common among children with cystic fibrosis. J Pediatr 2009;155(5):759-760.</p>	<p>No, enfermedad en adolescentes</p>
<p>30. Beardslee WR, Gladstone TRG, O'Connor EE. Developmental Risk of Depression: Experience Matters. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2012;21(2):261-278.</p>	<p>No, depresión juvenil</p>
<p>31. Belt RH, Kouvo A, Flykt M, Punamäki R-, Haltigan JD, Biringen Z, et al. Intercepting the intergenerational cycle of maternal trauma and loss through mother-infant psychotherapy: A case study using attachment-derived methods. Clinical Child Psychol Psychiatr 2013;18(1):100-120.</p>	<p>No, psicoterapia madre – hijo</p>
<p>32. Benini F, Ferrante A, Po' C, Jankovic M. The development of practical guidelines for the care of deceased children is perhaps a Utopia? Arch Pediatrics Adolesc Med 2012;166(3):291-292.</p>	<p>No, guía práctica para el cuidado de niños fallecidos</p>
<p>33. (Bergstraesser E, Inglin S, Abbruzzese R, Marfurt-</p>	<p>No, cuidados</p>

Russenberger K, Hošek M, Hornung R. The needs of professionals in the palliative care of children and adolescents. Eur J Pediatr 2013;172(1):111-118.	paliativos en niños y adolescentes
34. Blank NM, Werner-Lin A. Growing up with grief: revisiting the death of a parent over the life course. Omega 2011;63(3):271-290.	No, muerte padres
35. Blume ED, Balkin EM, Aiyagari R, Ziniel S, Beke DM, Thiagarajan R, et al. Parental perspectives on suffering and quality of life at end-of-life in children with advanced heart disease: An exploratory study. Pediatric Critical Care Med 2014;15(4):336-342.	No, perspectiva de los padres en final de vida de los hijos
36. Boelen P. Intolerance of uncertainty and emotional distress following the death of a loved one. Anxiety, Stress and Coping 2010;23(4):471-478.	No, intolerancia a la incertidumbre en la muerte de un querido
37. Boelen PA, Spuij M. Symptoms of post-traumatic stress disorder in bereaved children and adolescents: Factor structure and correlates. J Abnorm Child Psychol 2013;41(7):1097-108.	No, síndrome pos traumático en niños con duelo
38. Bolton JM, Au W, Walld R, Chateau D, Martens PJ, Leslie WD, et al. Parental bereavement after the death of an offspring in a motor vehicle collision: A population-based study. Am J Epidemiol 2014;179(2):177-185.	No, no habla del proceso, si enfermedades post. Y más de 5 años desde publicación artículo
39. Bondi SA. The birthday party. JAMA pediatrics 2013;167(1):7.	No, obra de teatro
40. Borasino S, Morrison WE, Silberman J, Feudtner C. Factors associated with pediatric critical care attending follow-up with families after the death of a patient: A national survey with an experimental design. Pediatric Critical Care Med 2011;12(6):622-627.	No, relación familia – médico
41. Braiden H-, McDaniel B, Duffy J, McCann M. A pilot study of the Incredible Years BASIC parenting programme with bereaved families. J Children's Services 2011;6(3):141-155.	No, familias en duelo
42. Brandom BW, Callahan P, Micalizzi DA. What happens when things go wrong? Paediatr Anaesth 2011 Jul;21(7):730-736.	No, muerte por anestesia
43. Bratt E-, Östman-Smith I, Sparud-Lundin C, Axelsson BA. Parents experiences of having an asymptomatic child diagnosed with hypertrophic cardiomyopathy through family screening. Cardiol Young 2011;21(1):8-14.	No, experiencia padres de niños con enfermedad

<p>44. Brent D, Melhem N, Donohoe MB, Walker M. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. <i>Am J Psychiatry</i> 2009;166(7):786-794.</p>	<p>No, muerte padres</p>
<p>45. Brent DA, Melhem NM, Masten AS, Porta G, Payne MW. Longitudinal Effects of Parental Bereavement on Adolescent Developmental Competence. <i>J Clinical Child Adolesc Psychol</i> 2012;41(6):778-791.</p>	<p>No, efecto en adolescentes de la muerte de padres</p>
<p>46. Brewer J, Sparkes AC. The meanings of outdoor physical activity for parentally bereaved young people in the United Kingdom: Insights from an ethnographic study. <i>J Adventure Education and Outdoor Learning</i> 2011;11(2):127-143.</p>	<p>No, efecto en adolescentes de la muerte de padres</p>
<p>47. Brewer JD, Sparkes AC. Young people living with parental bereavement: Insights from an ethnographic study of a UK childhood bereavement service. <i>Soc Sci Med</i> 2011;72(2):283-290.</p>	<p>No, adolescentes en duelo</p>
<p>48. Brewer J, Sparkes AC. Parentally bereaved children and posttraumatic growth: Insights from an ethnographic study of a UK childhood bereavement service. <i>Mortality</i> 2011;16(3):204-222.</p>	<p>No, muerte padres</p>
<p>49. Bright KL, Belew Huff M, Hollon K. A broken heart "the physician's role: Bereaved parents' perceptions of interactions with physicians. <i>Clin Pediatr</i> 2009;48(4):376-382.</p>	<p>No, interacción con psicólogos</p>
<p>50. Briller SH, Schim SM, Thurston CS, Meert KL. Conceptual and design issues in instrument development for research with bereaved parents. <i>Omega (United States)</i> 2012;65(2):151-68.</p>	<p>No, diseño instrumento evaluación padres</p>
<p>51. Brimhall AS, Engblom-Deglmann ML. Starting Over: A Tentative Theory Exploring the Effects of Past Relationships on Postbereavement Remarried Couples. <i>Fam Process</i> 2011;50(1):47-62.</p>	<p>No, matrimonio que vuelven a casarse</p>
<p>52. Brodzinsky DM. Children's Understanding of Adoption: Developmental and Clinical Implications. <i>Professional Psychology: Research and Practice</i> 2011;42(2):200-07.</p>	<p>No, trata de niños adoptados</p>
<p>53. Buchanan K. Failed neonatal transport: A heartache for all concerned. <i>Advances in Neonatal Care</i> 2009;9(2):82-84.</p>	<p>No, cuidado en neonatales</p>
<p>54. Büchi S, Mörgeli H, Schnyder U, Jenewein J, Glaser A, Fauchère J-, et al. Shared or discordant grief in couples 2-6 years after the death of their premature baby: effects on suffering and posttraumatic growth.</p>	<p>No, bebé prematuro</p>

Psychosomatics 2009;50(2):123-130.	
55. (58) Bugge KE, Darbyshire P, Rokholt EG, Haugstvedt KTS, Helseth S. Young Children's Grief: Parents' Understanding and Coping. Death Stud 2014 Jan 2, 2014;38(1):36-43.	No, duelo en niños
56. Bunik M, Dunn DM, Watkins L, Talmi A. Trifecta approach to breastfeeding: Clinical care in the integrated mental health model. J Human Lactation 2014;30(2):143-147.	No, trata de la lactancia materna
57. Bylund Grenklo T, Kreicbergs U, Valdimarsdóttir UA, Nyberg T, Steineck G, 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. Psychooncology 2014;23(9):989-997.	No, muerte padres
58. Cacciatore J, Lacasse J, Lietz C, Mcpherson J. A parents TEARS: Primary results from the traumatic experiences and resiliency study. Omega 2013;68(3):183-205.	Si
59. Cacciatore J, Ong R. Through the touch of God: Child death and spiritual sustenance in a Hutterian colony. Omega 2011;64(3):185-202.	No, vivencia de la muerte en tribu
60. Cacciatore J, Raffo Z. An exploration of lesbian maternal bereavement. Soc Work 2011;56(2):169-177.	Si
61. Caeymaex L, Joussetme C, Vasilescu C, Danan C, Falissard B, Bourrat M-, et al. Perceived role in end-of-life decision making in the NICU affects long-term parental grief response. Arch Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition 2013;98(1):F26-F31.	No, final de vida en bebes
62. Callahan AB. The Parent Should Go First: A Dance/Movement Therapy Exploration in Child Loss. American J Dance Therapy 2011;33(2):182-195.	No, no habla del proceso de duelo, sino danza terapia
63. (66) Callanan MA. DIVERSITY IN CHILDREN'S UNDERSTANDING OF DEATH. Monogr Soc Res Child Dev 2014;79(1):142-150.	No, cómo los niños entienden la muerte
64. Canada AL, Schover LR. The psychosocial impact of interrupted childbearing in long-term female cancer survivors. Psychooncology 2012;21(2):134-143.	No, impacto psicosocial en madres supervivientes de cáncer
65. Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Taku K, Vishnevsky T, Triplett KN, et al. A short form of the posttraumatic growth inventory. Anxiety, Stress and Coping 2010;23(2):127-37.	No, crecimiento traumático

66. Carr A. The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. <i>J Fam Ther</i> 2014;36(2):107-57.	No, intervención en niños con problemas
67. Carr A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. <i>J Fam Ther</i> 2009;31(1):3-45.	No, intervención en niños y adolescentes con dificultades
68. Carr D, Boerner K. The impact of spousal loss on parent-child relations in later life: Are effects contingent upon the quality of the late marriage? <i>Family Science</i> 2013;4(1):37-49.	No, pérdida del cónyuge
69. Carter BS, Brown JB, Brown S, Meyer EC. Four wishes for Aubrey. <i>J Perinatology</i> 2012;32(1):10-14.	No, cuidados neonatales
70. Chan CLW, Wang C-, Ho AHY, Qu Z-, Wang X-, Ran M-, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among bereaved and non-bereaved survivors following the 2008 Sichuan earthquake. <i>J Anxiety Disord</i> 2012;26(6):673-679.	No, comparativa supervivientes de terremoto
71. Chan MF, Lou F-, Arthur DG. A survey comparing the attitudes toward perinatal bereavement care of nurses from three Asian cities. <i>Evaluation and the Health Professions</i> 2010;33(4):514-533.	No, comparativa cuidado enfermeras asiáticas
72. Chen J, Choi YJ, Mori K, Sawada Y, Sugano S. Those Who are Left Behind: An Estimate of the Number of Family Members of Suicide Victims in Japan. <i>Soc Indicators Res</i> 2009;94(3):535-544.	No, estimación del número de familiares víctimas de suicidio
73. Cheung M, Nguyen PV. Connecting the Strengths of Gestalt Chairs to Asian Clients. <i>Smith College Studies in Social Work</i> 2012;82(1):51-62.	No, atención al duelo en enfermos
74. Chiu Y-, Huang C-, Yin S-, Huang Y-, Chien C-, Chuang H-. Determinants of complicated grief in caregivers who cared for terminal cancer patients. <i>Supportive Care in Cancer</i> 2010;18(10):1321-1327.	No, duelo en cuidadores
75. Christiansen DM, Elklit A, Olf M. Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss. <i>Gen Hosp Psychiatry</i> 2013;35(6):605-611.	No, no habla del proceso
76. Cianciaruso LB, Zavala AN. Culturally competent care for nontraditional family structures. <i>Osteopathic Family Physician</i> 2013;5(6):217-224.	No, familias con estructuras no tradicionales
77. Clarke P, Booth D. Copying medical summaries on deceased infants to bereaved parents. <i>Acta Paediatrica, International J Paediatrics</i> 2011;100(9):1262-1266.	No, muerte neonatal y sumario médico, no proceso

<p>78. Cluver L, Fincham DS, Seedat S. Posttraumatic stress in AIDS-orphaned children exposed to high levels of trauma: The protective role of perceived social support. J Trauma Stress 2009;22(2):106-112.</p>	<p>No, trata del estrés postraumático en niños huérfanos</p>
<p>79. Coffino B. The role of childhood parent figure loss in the etiology of adult depression: Findings from a prospective longitudinal study. Attachment and Human Development 2009;11(5):445-470.</p>	<p>No, muerte de padres, depresión mayor</p>
<p>80. Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused CBT for traumatic grief in military children. J Contemp Psychother 2011;41(4):219-27.</p>	<p>No, niños con padres militares</p>
<p>81. Cohen JA, Mannarino AP. Supporting children with Traumatic Grief: What educators need to know. School Psychol Int 2011;32(2):117-31.</p>	<p>No, duelo en niños</p>
<p>82. Cohen JA, Mannarino AP, Kliethermes M, Murray LA. Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. Child Abuse Neglect 2012;36(6):528-541.</p>	<p>No, jóvenes con trauma</p>
<p>83. Condon J. Women's mental health: a "wish-list" for the DSM V. Arch Womens Ment Health 2010;13(1):5-10.</p>	<p>No, salud mental en mujeres</p>
<p>84. Contro N, Davies B, Larson J, Sourkes B. Away from home: Experiences of Mexican American families in pediatric palliative care. J Social Work in End-of-Life and Palliat Care 2010;6(3):185-204.</p>	<p>No, cuidados paliativos lejos de casa</p>
<p>85. (88) Cooper CJ, Said S, Nunez A, Alkhateeb H, McCallum RW. Chronic vomiting and diarrhea in a young adult female. Am J Case Rep 2013;14:449-52.</p>	<p>No, vómitos y diarrea en adolescentes</p>
<p>86. Corr C. Siblings and child friends in death-related literature for children. Omega: J Death and Dying 2009;59(1):51-68.</p>	<p>No, hermanos y amigos en literatura del duelo</p>
<p>87. Costantino M. Parenting children with disabilities: Navigating through the storms. J Creativity Mental Health 2010;5(1):87-92.</p>	<p>No, niños con discapacidad</p>
<p>88. Crettenden A, Wright A, Beilby E. Supporting families: Outcomes of placement in voluntary out-of-home care for children and young people with disabilities and their families. Children and Youth Services Rev 2014;39:57-64.</p>	<p>No, soporte familiar en niños con discapacidad</p>
<p>89. Cutler J, Lenzi G, Berrettini S, Martini A, Martinelli S. How to motivate newborn hearing screening in the absence of a national programme: a collaboration between parents and professionals. J Matern Fetal</p>	<p>No, audición neonatal</p>

Neonatal Med 2012;25 Suppl 4:114-115.	
90. Daigle MS, Labelle RJ. Pilot evaluation of a group therapy program for children bereaved by suicide. Crisis 2012;33(6):350-357.	No, evaluación para niños en duelo por un suicidio
91. Darlington A-, Heule F, Passchier J. Granting wishes: Parents' perception of a wish fulfilment for a child with a life-threatening illness. Acta Paediatrica, International J Paediatrics 2013;102(10):e480-e482.	No, niños con enfermedades potencialmente mortales
92. De Lisle-Porter M, Podruchny AM. The dying neonate: family-centered end-of-life care. Neonatal network : NN 2009;28(2):75-83.	No, centrado en las curas del final de vida
93. DeGroot JM, Carmack HJ. "It May Not Be Pretty, But It's Honest": Examining Parental Grief on the Callapitter Blog. Death Stud 2013;37(5):448-470.	Si
94. Delalibera M, Coelho A, Barbosa A. Validation of prolonged grief disorder instrument for Portuguese population. Acta Med Port 2011;24(6):935-942.	No, instrumento de duelo prolongado
95. Delgado E, Barfield RC, Baker JN, Hinds PS, Yang J, Nambayan A, et al. Availability of palliative care services for children with cancer in economically diverse regions of the world. Eur J Cancer 2010 ;46(12):2260-2266.	No, cuidados paliativos en niños con cáncer
96. Delva W, Vercoutere A, Loua C, Lamah J, Vansteelandt S, De Koker P, et al. Psychological well-being and socio-economic hardship among AIDS orphans and other vulnerable children in Guinea. AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV 2009;21(12):1490-1498.	No, niños huérfanos en Guinea
97. Demmer C, Rothschild N. Bereavement among South African adolescents following a sibling's death from AIDS. African J AIDS Research 2011;10(1):15-24.	No, duelo en niños
98. Denny SS, Morhardt D, Gaul JE, Lester P, Andersen G, Higgins PJ, et al. Caring for children of parents with frontotemporal degeneration: A report of the AFTD task force on families with children. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2012;27(8):568-578.	No, padres con degeneración frontotemporal
99. Díaz CO, Gutiérrez ER. Palliative cares. Dolor, Clínica y Terapia 2009;6(6):8-10.	No, cuidados paliativos
100. Dickens N. Prevalence of Complicated Grief and Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents Following Sibling Death. Family J 2014;22(1):119-126.	No, duelo en niños por la muerte de un hermano

101.	Dimery M. Creating memories. Midwives 2010;38-39.	No, muerte en recién nacidos o neonatales
102.	Donovan LA, Wakefield CE, Russell V, Cohn RJ. Hospital-based bereavement services following the death of a child: A mixed study review. Palliat Med 2014 Nov 13.	No, identificar servicios que ofrecen a las familias
103.	Dopp AR, Cain AC. The role of peer relationships in parental bereavement during childhood and adolescence. Death Stud 2012;36(1):41-60.	No, muerte padres
104.	Dorsey S, Briggs EC, Woods BA. Cognitive-Behavioral Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2011;20(2):255-269.	No, estrés en niños
105.	Draper A, Hancock M. Childhood parental bereavement: the risk of vulnerability to delinquency and factors that compromise resilience. Mortality 2011;16(4):285-306.	No, muerte padres
106.	Dyregrov A, Gjestad R. Sexuality following the loss of a child. Death Stud 2011;35(4):289-315.	No, habla aspecto concreto (sexualidad)
107.	Edgar-Bailey M, Kress VE. Resolving child and adolescent traumatic grief: Creative techniques and interventions. J Creativity in Mental Health 2010;5(2):158-176.	No, duelo en niños
108.	Eggly S, Meert KL, Berger J, Zimmerman J, Anand KJS, Newth CJL, et al. A framework for conducting follow-up meetings with parents after a child's death in the pediatric intensive care unit. Pediatric Critical Care Med 2011;12(2):147-52.	No, marco para las reuniones con padres con hijos fallecidos en unidad pediátrica int.
109.	Elder JH, D'Alessandro T. Supporting families of children with autism spectrum disorders: questions parents ask and what nurses need to know. Pediatr Nurs 2009;35(4):240-"245, 253".	No, trata de ayuda a las familias con niños autistas
110.	Elliott JP. The Medical and Legal Aspects of Maternal Mortality. Semin Perinatol 2012;36(1):73-78.	No, muerte madre
111.	Ellis J, Dowrick C, Lloyd-Williams M. The long-term impact of early parental death: Lessons from a narrative study. J the Royal Society of Medicine, Supplement 2013;106(2):57-67.	No, muerte padres
112.	Emanuel L. Holding on; being held; letting go: The relevance of Bion's thinking for psychoanalytic work with parents, infants and children under five. J	No, pensamiento de Bion en psicoanálisis

Child Psychotherapy 2012;38(3):268-283.		
113.	Emerson E, Brigham P. Health behaviours and mental health status of parents with intellectual disabilities: Cross sectional study. Public Health 2013;127(12):1111-1116.	No, padres con discapacidad intelectual
114.	Erel-Brodsky H. Ghosts in the nursery: the secret thoughts of a sick child's parents. Am J Psychother 2014;68(1):81-102.	No, padres con niños enfermos
115.	Essakow KL, Miller MM. Piecing Together the Shattered Heirloom: Parents' Experiences of Relationship Resilience After the Violent Death of a Child. American J Family Therapy 2013;41(4):299-310.	No, relación de resiliencia
116.	Fadda S. Psychological aspects when counseling families who have children with cochlear implants. J Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2011;24(SUPPL. 1):104-106.	No, familias con niños con implantes cocleares
117.	Fanos JH, Little GA, Edwards WH. Candles in the Snow: Ritual and Memory for Siblings of Infants Who Died in the Intensive Care Nursery. J Pediatr 2009;154(6):849-853.	No, rituales para los hermanos de niños que murieron
118.	Farmer E, Selwyn J, Meakings S. 'Other children say you're not normal because you don't live with your parents'. Children's views of living with informal kinship carers: Social networks, stigma and attachment to carers. Child and Family Social Work 2013;18(1):25-34.	No, estigma y experiencia de niños que no viven con sus padres
119.	Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. The Lancet 2012;379(9812):266-282.	No, salud mental en niños refugiados
120.	Fearnley R. Death of a parent and the children's experience: Don't ignore the elephant in the room. J Interprofessional Care 2010;24(4):450-459.	No, muerte padres
121.	Feigelman B, Feigelman W. Suicide survivor support groups: Comings and goings, part I. Illness Crisis and Loss 2011;19(1):57-71.	No, soporte a víctimas de intento de suicidio
122.	Feigelman W, Gorman BS, Jordan JR. Stigmatization and suicide bereavement. Death Stud 2009;33(7):591-608.	No, estigma y duelo por suicidio
123.	Feigelman W, Jordan J, Gorman B. Personal growth after a suicide loss: Cross-sectional findings suggest growth after loss may be associated with	No, crecimiento personal después de una pérdida por

	better mental health among survivors. Omega: J Death and Dying 2009;59(3):181-202.	suicidio
124.	Feigelman W, Jordan JR, Gorman BS. Parental grief after a child's drug death compared to other death causes: Investigating a greatly neglected bereavement population. Omega: J Death Dying 2011;63(4):291-316.	No, comparación duelo según muertes
125.	Feigelman W, Gorman BS, Jordan JR. Stigmatization and Suicide Bereavement. Death Stud 2009 Aug 2009;33(7):591-608.	No, relacionado con el duelo por suicidio
126.	Feigelman W, Jordan JR, Gorman BS. Parental Grief After A Child's Drug Death Compared To Other Death Causes: Investigating A Greatly Neglected Bereavement Population. Omega - J Death and Dying 2011;63(4):291-316.	No, comparación duelos según causas
127.	Fineran KR. Helping Foster and Adopted Children to Grieve the Loss of Birthparents: A Case Study Example. Family Journal 2012;20(4):369-375.	No, adopción de niños
128.	Fisher JR, Hammarberg K. Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. Asian J Androl 2012 Jan;14(1):121-129.	No, aspectos psicológicos y sociales de la infertilidad en hombres
129.	Flax M. A crisis in the analyst's life: Self-containment, symbolization, and the holding space. Psychoanal Q 2011;80(2):305-336.	No, crisis de los analistas
130.	Fleming PJ. English multi-agency approach to the investigation of sudden unexpected deaths in infancy and the care of bereaved families. Current Pediatric Reviews 2010;6(1):15-18.	No, investigación agencia acerca enfoque inglés
131.	Flescher S. Googling for ghosts: A meditation on writers' block, mourning, and the holocaust. Psychoanal Rev 2012;99(1):1-17.	No, meditación sobre escritores
132.	Flood M. Separated fathers and the 'fathers' rights' movement. J Family Studies 2012;18(2-3):235-245.	No, separación de padres
133.	Forinder U, Norberg AL. "Now we have to cope with the rest of our lives". Existential issues related to parenting a child surviving a brain tumour. Supportive Care in Cancer 2010;18(5):543-551.	No, niños supervivientes de tumor cerebral
134.	Foster TL, Gilmer MJ, Davies B, Dietrich MS, Barrera M, Fairclough DL, et al. Comparison of continuing bonds reported by parents and siblings	No, comparación oadres t;y hermanos de vínculo con el

	after a child's death from cancer. Death Stud 2011;35(5):420-440.	niño fallecido
135.	Foster TL, Lafond DA, Reggio C, Hinds PS. Pediatric palliative care in childhood cancer nursing: from diagnosis to cure or end of life. Semin Oncol Nurs 2010 Nov;26(4):205-21.	No, cuidados paliativos en pediatría
136.	Friedberg RD, Brelsford GM. Using cognitive behavioral interventions to help children cope with parental military deployments. J Contemporary Psychotherapy 2011;41(4):229-236.	No, niños con padres militares
137.	Fuentes CL, Duffer MR, Vasquez MJT. Gendered Borders: Forensic Evaluations of Immigrant Women. Women and Therapy 2013;36(3-4):302-318.	No, evaluación forense en mujeres inmigrantes
138.	Furlong A. Meditation on lovesickness, loss, and temporality. J Am Psychoanal Assoc 2009;57(5):1071-1096.	No, enfermo de amor y pérdida
139.	Gerrish NJ, Neimeyer RA, Bailey S. Exploring Maternal Grief: A Mixed-Methods Investigation of Mothers' Responses to the Death of a Child From Cancer. J Constructivist Psychology 2014;27(3):151-173.	No, duelo en madres
140.	Gibson J, Gallagher M, Jenkins M. The experiences of parents readjusting to the workplace following the death of a child by suicide. Death Stud 2010;34(6):500-528.	Si
141.	Girard GA, Silber TJ. The aftermath of adolescent suicide: Clinical, ethical, and spiritual issues. Adolescent Medicine: State of the Art Reviews 2011;22(2):229-239.	No, suicidios en adolescentes
142.	Giuliani J. Uncommon misery: Modern psychoanalytic perspectives on infertility. J Am Psychoanal Assoc 2009;57(1):215-226.	No, psicoanálisis de la infertilidad
143.	Gladstone TRG, Beardslee WR, O'Connor EE. The Prevention of Adolescent Depression. Psychiatr Clin North Am 2011;34(1):35-52.	No, prevención de depresión en adolescentes
144.	Glazer HR, Clark MD, Thomas R, Haxton H. Parenting after the death of a spouse. American J Hospice and Palliative Medicine 2010;27(8):532-536.	No, muerte esposa
145.	Goenjian AK, Walling D, Steinberg AM, Roussos A, Goenjian HA, Pynoos RS. Depression and PTSD symptoms among bereaved adolescents 61/2 years after the 1988 Spitak earthquake. J Affect	No, adolescentes en duelo y depresión

Disord 2009;112(1-3):81-84.		
146.	Goldsmith J, Cowen H. The inheritance of loss. J Child Psychotherapy 2011;37(2):179-193.	No, la influencia del cuerpo en la infancia
147.	Goldstein H, Akre C, Belanger RE, Suris JC. Detached, distraught or discerning? Fathers of adolescents with chronic illness: a review of the literature. Int J Adolesc Med Health 2013;25(2):109-117.	No, enfermedad crónica
148.	Gordon C, Barton E, Meert KL, Eggly S, Pollack M, Zimmerman J, et al. Accounting for medical communication: Parents' perceptions of communicative roles and responsibilities in the pediatric intensive care unit. Communication and Medicine 2009;6(2):177-188.	No, comunicación de médicos en cuidados paliativos
149.	Gordon J. An evidence-based approach for supporting parents experiencing chronic sorrow. Pediatr Nurs 2009;35(2):115-119.	No, soporte a padres con dolor crónico
150.	Graungaard AH, Andersen JS, Skov L. When resources get sparse: A longitudinal, qualitative study of emotions, coping and resource-creation when parenting a young child with severe disabilities. Health 2011;15(2):115-136.	No, estudio de emociones en padres con hijos con discapacidad severa
151.	Gray LB, Weller RA, Fristad M, Weller EB. Depression in children and adolescents two months after the death of a parent. J Affect Disord 2011;135(1-3):277-283.	No, depresión después de la muerte de padres
152.	Greeff AP, Vansteenwegen A, Herbiest T. Indicators of family resilience after the death of a child. Omega: J Death and Dying 2011;63(4):343-358.	No, no habla del proceso
153.	Green V. Grief in two guises: 'Mourning and melancholia' revisited. J Child Psychotherapy 2013;39(1):76-89.	No, melancolía en niños y adolescentes
154.	(165) Gregory JP. A parent's perspective. Monographs in Human Genetics 2010;18:1-15.	No, perspectiva de hijo con enfermedad
155.	Grenklo TB, Kreicbergs U, Hauksdóttir A, Valdimarsdóttir UA, Nyberg T, Steineck G, et al. Self-injury in teenagers who lost a parent to cancer: A nationwide, population-based, long-term follow-up. JAMA Pediatrics 2013;167(2):133-140.	No, jóvenes con padres con cáncer
156.	Grinyer A. A bereavement group for parents whose son or daughter died from cancer: how shared experience can lessen isolation. Mortality 2012 Nov	No, habla de la ayuda de grupos en padres en duelo

2012;17(4):338-354.	
157. Gross DM. A piece of my mind. Yitgadal. JAMA : the journal of the American Medical Association 2011;306(11):1177-1178.	No, fallecimiento adulto
158. Groß J, Jantzer V, Stute F, Parzer P, Brunner R, Willig K, et al. Anticipatory grief in adolescents and young adults coping with parental cancer. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2012;61(6):414-431.	No, anticipar el duelo en jóvenes
159. Grotevant HD, Mcroy RG, Wrobel GM, Ayers-Lopez S. Contact between adoptive and birth families: Perspectives from the Minnesota/Texas adoption research project. Child Dev Perspectives 2013;7(3):193-98.	No, contacto entre familia adoptiva y biológica
160. Gudmundsdottir M. Embodied grief: Bereaved parents' narratives of their suffering body. Omega: J Death and Dying 2009;59(3):253-269.	No, duelo anticipado final de vida
161. (172) Gundersen T. Human dignity at stake - how parents of disabled children experience the welfare system. Scandinavian J Disability Research 2012;14(4):375-390.	No, padres con niños con discapacidad
162. Hagan MJ, Luecken LJ, Sandler IN, Tein JY. Prospective effects of post-bereavement negative events on cortisol activity in parentally bereaved youth. Dev Psychobiol 2010 May;52(4):394-400.	No, efectos en la actividad del cortisol
163. 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 Mar;214(1):231-238.	No, efectos en la actividad del cortisol
164. Hagan MJ, Tein JY, Sandler IN, Wolchik SA, Ayers TS, Luecken LJ. Strengthening effective parenting practices over the long term: effects of a preventive intervention for parentally bereaved families. J Clin Child Adolesc Psychol 2012;41(2):177-188.	No, prueba la efectividad de un programa de duelo
165. Hagedoorn M, Kreicbergs U, Appel C. Coping with cancer: The perspective of patients' relatives. Acta Oncol 2011 ;50(2):205-11.	No, experiencia del paciente de cáncer
166. Haley M, Hammond H, Ingalls L, Marín MR. Parental reactions to the special education individual education program process: Looking through the lens of grief. Improving Schools 2013;16(3):232-243.	No, reacción de los padres al decirles que su hijo necesita una educación especial

167.	Hallberg U, Óskarsdóttir S, Klingberg G. 22q11 deletion syndrome - the meaning of a diagnosis. A qualitative study on parental perspectives. Child: Care, Health and Development 2010;36(5):719-725.	No, perspectiva de los padres en diagnósticos
168.	Hamama-Raz Y, Rosenfeld S, Buchbinder E. Giving birth to life-again!: Bereaved parents' experiences with children born following the death of an adult son. Death Stud 2010;34(5):381-403.	No, tener otro hijo por perder uno mientras ejercía de militar
169.	Hamdan S, Mazariegos D, Melhem NM, Porta G, Payne MW, Brent DA. Effect of parental bereavement on health risk behaviors in youth: A 3-year follow-up. Arch Pediatrics and Adolescent Med 2012;166(3):216-223.	No, muerte padres
170.	Hamdan S, Melhem NM, Porta G, Walker Payne M, Brent DA. The phenomenology and course of depression in parentally bereaved and non-bereaved youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012;51(5):528-536.	No, relación depresión – duelo en jóvenes
171.	Harper M, O'Connor R, Dickson A, O'Carroll R. Mothers continuing bonds and ambivalence to personal mortality after the death of their child - An interpretative phenomenological analysis. Psychology, Health and Medicine 2011;16(2):203-214.	No, ambivalencia y relación con el niño
172.	Harper M, Oconnor RC, Ocarroll RE. Factors associated with grief and depression following the loss of a child: A multivariate analysis. Psychology, Health Med 2014;19(3):247-252.	No, factores perdida asociados a depre o duelo
173.	Hatters Friedman S, Kessler A, Nagle Yang S, Parsons S, Friedman H, Martin RJ. Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. Acta Paediatrica, International J Paediatrics 2013;102(9):e392-e397.	No, psiquiatría en servicios de cuidados intensivos en neonatal
174.	Haydel ME, Mercer BL, Rosenblatt E. Training assessors in therapeutic assessment. J Pers Assess 2011;93(1):16-22.	No, asesoramiento terapéutico
175.	Heath JA, Clarke NE, Donath SM, McCarthy M, Anderson VA, Wolfe J. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer: An Australian perspective. Med J Aust 2010;192(2):71-75.	No, síntomas y sufrimiento en final de vida de niños
176.	Heath MA, Donald DR, Theron LC, Lyon RC. AIDS in South Africa: Therapeutic interventions to strengthen resilience among orphans and vulnerable children. School Psychol Int 2014;35(3):309-337.	No, intervenciones en niños huérfanos o vulnerables
177.	Hezell AEP, McLaughlin M-, Schmidt EB, Cox P, Flenady V, Khong TY, et al. A difficult	No, consentimiento autopsia

<p>conversation? the views and experiences of parents and professionals on the consent process for perinatal postmortem after stillbirth. <i>BJOG</i> 2012;119(8):987-997.</p>	
<p>178. Hendrickson KC. Morbidity, mortality, and parental grief: a review of the literature on the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents. <i>Palliat Support Care</i> 2009 Mar;7(1):109-119.</p>	<p>No, habla morbilidad – salud en duelo dependiendo muerte</p>
<p>179. Henry M, Greenfield BJ. Therapeutic effects of psychological autopsies: The impact of Investigating Suicides on Interviewees. <i>Crisis</i> 2009;30(1):20-4.</p>	<p>No, investigación en suicidios</p>
<p>180. Hensley PL, Slonimski CK, Uhlenhuth EH, Clayton PJ. Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. <i>J Affect Disord</i> 2009;113(1-2):142-149.</p>	<p>No, depresión y dolor relacionada con el duelo</p>
<p>181. Hinton DE, Peou S, Joshi S, Nickerson A, Simon NM. Normal Grief and Complicated Bereavement Among Traumatized Cambodian Refugees: Cultural Context and the Central Role of Dreams of the Dead. <i>Cult Med Psychiatry</i> 2013;37(3):427-464.</p>	<p>No, duelo en refugiados</p>
<p>182. Hogwood J, Campbell T, Butler S. I wish I could tell you but I can't: adolescents with perinatally acquired HIV and their dilemmas around self-disclosure. <i>Clin Child Psychol Psychiatry</i> 2013 Jan;18(1):44-60.</p>	<p>No, adolescentes con VIH</p>
<p>183. Höjer I. Parents with children in foster Care - How do they perceive their contact with social workers? <i>Practice</i> 2011;23(2):111-123.</p>	<p>No, padres con niños en hogares de acogida</p>
<p>184. Hood M, Sylvia S. Presenting concerns and characteristics of families seeking treatment at a medical crisis coping center. <i>Illness Crisis and Loss</i> 2009;17(3):189-199.</p>	<p>No, tratamiento de crisis en niños</p>
<p>185. Hooghe A, Neimeyer RA, Rober P. "Cycling around an emotional core of sadness": Emotion regulation in a couple after the loss of a child. <i>Qual Health Res</i> 2012;22(9):1220-31.</p>	<p>Si</p>
<p>186. Hoover SM, Bratton SL, Roach E, Olson LM. Parental experiences and recommendations in donation after circulatory determination of death. <i>Pediatric Critl Care Med</i> 2014;15(2):105-111.</p>	<p>No, experiencia en donar órganos de hijos</p>
<p>187. Huang J, Valdimarsdóttir U, Fall K, Ye W, Fang F. Pancreatic cancer risk after loss of a child: A register-based study in Sweden during 1991-2009. <i>Am</i></p>	<p>No, trata del riesgo de sufrir cáncer en el páncreas</p>

	J Epidemiol 2013;178(4):582-589.	después de la muerte de un hijo
188.	Hung NC, Rabin LA. Comprehending childhood bereavement by parental suicide: a critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions. Death Stud 2009;33(9):781-814.	No, duelo en niños por el suicido de padre / madre
189.	Hunt S, Greeff AP. Parental bereavement: A panoramic view. Omega: J Death and Dying 2011;64(1):41-63.	Si
190.	Hynson J. Helping parents cope with the loss of a child. Medicine Today 2013;14(8):60-62.	No, ayuda para afrontar la muerte
191.	Inglin S, Hornung R, Bergstraesser E. Palliative care for children and adolescents in Switzerland: A needs analysis across three diagnostic groups. Eur J Pediatr 2011;170(8):1031-1038.	No, cuidados paliativos en niños y adolescentes
192.	Ishikawa N, Pridmore P, Carr-Hill R, Chaimuangdee K. Breaking down the wall of silence around children affected by AIDS in Thailand to support their psychosocial health. AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV 2010;22(3):308-313.	No, niños afectados por el VIH
193.	Jacobs JR, Bovasso GB. Re-examining the long-term effects of experiencing parental death in childhood on adult psychopathology. J Nerv Ment Dis 2009;197(1):24-27.	No, efectos de la muerte de padres en la infancia
194.	Jain S, Jain R. 8 tips for talking to parents and children about school shootings. Current Psychiatry 2013;12(4):46.	No, tiroteos en la escuela
195.	Jalmsell L, Kreicbergs U, Onelöv E, Steineck G, Henter J-. Anxiety is contagious - Symptoms of anxiety in the terminally ill child affect long-term psychological well-being in bereaved parents. Pediatric Blood Cancer 2010;54(5):751-757.	No, relación con la ansiedad
196.	Jalmsell L, Onelöv E, Steineck G, Henter J-, Kreicbergs U. Hematopoietic stem cell transplantation in children with cancer and the risk of long-term psychological morbidity in the bereaved parents. Bone Marrow Transplant 2011;46(8):1063-1070.	No, investigación si trasplante afecta al bienestar de los padres
197.	Jandial R. Operative death and pediatric neurosurgery missions: international perspective and transcultural considerations. Mortality 2013;18(4):376-386.	No, neurocirugía en pediatría
198.	Janusz B, Drozdowicz L. The influence of	No, afrontar la

<p>unreconciled grief in the family on the functioning and development of a child. Psychiatr Pol 2013;47(5):865-73.</p>	<p>muerte para el desarrollo del niño</p>
<p>199. Jarry M. Personal accounts: a peer saplings story: lifting the veil on parents with mental illness and their daughters and sons. Psychiatr Serv 2009;60(12):1587-1588.</p>	<p>No, hijos con enfermedades mentales</p>
<p>200. Jellinek MS, Okoli UD. When a Student Dies: Organizing the School's Response. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2012;21(1):57-67.</p>	<p>No, organización y responsabilidad de abandono escolar</p>
<p>201. Jenkins S. Secondary victims and the trauma of wrongful conviction: Families and children's perspectives on imprisonment, release and adjustment. Austr New Zealand J Criminol 2013;46(1):119-137.</p>	<p>No, perspectiva de los niños en penas de prisión</p>
<p>202. Jerome A. Comforting children and families who grieve: Incorporating spiritual support. School Psychology International 2011;32(2):194-209.</p>	<p>No, soporte espiritual en duelo</p>
<p>203. Jind L, Elklit A, Christiansen D. Cognitive schemata and processing among parents bereaved by infant death. J Clinical Psychology in Medical Settings 2010;17(4):366-377.</p>	<p>No, solo estudia cognición mediante una escala.</p>
<p>204. (Jönsson L, Hallström I, Lundqvist A. "The Logic of Care" - Parents' perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes. BMC Pediatrics 2012;12.</p>	<p>No, perspectiva de padres en hijos diabéticos</p>
<p>205. Kacel E, Gao X, Prigerson HG. Understanding bereavement: what every oncology practitioner should know. J Support Oncol 2011 Sep-Oct;9(5):172-180.</p>	<p>No, profesionales oncológicos deben entender el duelo</p>
<p>206. Kaggwa EB, Hindin MJ. The psychological effect of orphanhood in a matured HIV epidemic: An analysis of young people in Mukono, Uganda. Social Science and Med 2010;70(7):1002-1010.</p>	<p>No, efecto psicológico de VIH maduro en orfandad</p>
<p>207. Kaplow JB, Howell KH, Layne CM. Do Circumstances of the Death Matter? Identifying Socioenvironmental Risks for Grief-Related Psychopathology in Bereaved Youth. J Trauma Stress 2014;27(1):42-49.</p>	<p>No, riesgos socioambientales en duelo en jóvenes</p>
<p>208. Kaplow JB, Layne CM, Saltzman WR, Cozza SJ, Pynoos RS. Using Multidimensional Grief Theory to Explore the Effects of Deployment, Reintegration, and Death on Military Youth and Families. Clin Child</p>	<p>No, duelo en familias de jóvenes militares</p>

Fam Psychol Rev 2013;16(3):322-340.		
209.	Kaplow JB, Saunders J, Angold A, Costello EJ. Psychiatric symptoms in bereaved versus nonbereaved youth and young adults: A longitudinal epidemiological study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010;49(11):1145-54.	No, síntomas del duelo en jóvenes en duelo y no
210.	Kaplow JB, Shapiro DN, Wardecker BM, Howell KH, Abelson JL, Worthman CM, et al. Psychological and Environmental Correlates of HPA Axis Functioning in Parentally Bereaved Children: Preliminary Findings. J Trauma Stress 2013;26(2):233-240.	No, comparación HPA en niños y adultos en duelo
211.	Kar N. Psychological impact of disasters on children: Review of assessment and interventions. World J Pediatrics 2009;5(1):5-11.	No, impacto psicológico en niños
212.	Kars MC, Grypdonck MH, Beishuizen A, Meijer-van den Bergh EM, van Delden JJ. Factors influencing parental readiness to let their child with cancer die. Pediatr Blood Cancer 2010; 54(7):1000-1008.	No, perspectiva padres en final de vida de sus hijos
213.	Kars MC, Grypdonck MHF, De Korte-Verhoef MC, Kamps WA, Meijer-Van Den Bergh EMM, Verkerk MA, et al. Parental experience at the end-of-life in children with cancer: 'Preservation' and 'letting go' in relation to loss. Supportive Care in Cancer 2011;19(1):27-35.	No, experiencia de padres en final de vida de sus hijos
214.	Keane H. Foetal personhood and representations of the absent child in pregnancy loss memorialization. Feminist Theory 2009 2009;10(2):153-171.	No, pérdida en el embarazo
215.	Keenan A. Parental loss in early adolescence and its subsequent impact on adolescent development. J Child Psychotherapy 2014;40(1):20-35.	No, pérdida padres
216.	Keene Reder EA, Serwint JR. Until the last breath: Exploring the concept of hope for parents and health care professionals during a child's serious illness. Arch Pediatrics and Adolescent Med 2009;163(7):653-657.	No, esperanza en padres y profesionales de niños con enferm.
217.	Keeshin BR, Strawn JR. Psychological and Pharmacologic Treatment of Youth with Posttraumatic Stress Disorder: An Evidence-based Review. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2014;23(2):339-411.	No, tratamiento de estrés postraumático en jóvenes
218.	Kelley MC, Trinidad SB. Silent loss and the	No, muerte fetal

clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2012;12.		
219.	Kerig PK, Sink HE, Cuellar RE, Vanderzee KL, Elfstrom JL. Implementing trauma-focused CBT with fidelity and flexibility: A family case study. J Clinical Child and Adolescent Psychol 2010;39(5):713-722.	No, estrés y duelo traumático en niños
220.	Kersting A, Dolemeyer R, Steinig J, Walter F, Kroker K, Baust K, et al. Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. Psychother Psychosom 2013;82(6):372-381.	No, pérdida hijo durante el embarazo
221.	Kersting A, Kroker K, Schlicht S, Baust K, Wagner B. Efficacy of cognitive behavioral internet-based therapy in parents after the loss of a child during pregnancy: pilot data from a randomized controlled trial. Arch Womens Ment Health 2011 Dec;14(6):465-477.	No, pérdida hijo durante el embarazo
222.	Kessing LV, Bukh JD, Bock C, Vinberg M, Gether U. Does bereavement-related first episode depression differ from other kinds of first depressions? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45(8):801-808.	No, depresión en niños con duelo y sin
223.	Khodyakov D, Carr D. The Impact of Late-life parental death on adult sibling relationships. Res Aging 2009;31(5):495-519.	No, muerte padres
224.	Kimani Chege G, Cheboswony M, Kodero HM, Misigo BL. The self-concept and academic performance of institutionalized and non-institutionalized HIV/AIDS orphaned children in Kisumu municipality. Educational Research and Rev 2009;4(3):106-110.	No, VIH en niños huérfanos
225.	Kirk S, Pritchard E. An exploration of parents' and young people's perspectives of hospice support. Child: Care, Health and Development 2012;38(1):32-40.	No, expectativas padres sobre cuidados paliativos
226.	Knapp C, Madden V, Button D, Brown R, Hastie B. Partnerships between pediatric palliative care and psychiatry. Pediatr Clin North Am 2011;58(4):1025-1039.	No, relación entre pediatras de cuidados paliativos y psiquiatra
227.	Knapp CA, Contro N. Family support services in pediatric palliative care. Am J Hosp Palliat Care 2009 2010 ;26(6):476-482.	No, soporte familiar en servicios pediátricos
228.	Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady	No, muerte perinatal

<p>V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. Cochrane Database Syst Rev 2013 19;6:CD000452.</p>	
<p>229. Kuipers E, Onwumere J, Bebbington P. Cognitive model of caregiving in psychosis. British J Psychiatry 2010;196(4):259-265.</p>	<p>No, modelo cognitivo en psicosis</p>
<p>230. Kuramoto SJ, Brent DA, Wilcox HC. The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. Suicide and Life-Threatening Behavior 2009;39(2):137-151.</p>	<p>No, impacto de suicidio de padre en niños y adolescentes</p>
<p>231. Laing IA. Conflict resolution in end-of-life decisions in the neonatal unit. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 2013;18(2):83-87.</p>	<p>No, resolución de conflictos en final de vida de neonatales</p>
<p>232. Lang A, Fleischer A, Duhamel F, Sword W, Gilbert K, Corsini-Munt S. Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. Omega: J Death and Dying 2011;63(2):183-196.</p>	<p>No, muerte perinatal</p>
<p>233. László KD, Ananth CV, Wikström AK, Svensson T, Li J, Olsen J, et al. Loss of a close family member the year before or during pregnancy and the risk of placental abruption: A cohort study from Denmark and Sweden. Psychol Med 2014;44(9):1855-1866.</p>	<p>No, riesgo al perder un familiar durante el embarazo</p>
<p>234. Laszlo KD, Liu XQ, Svensson T, Wikstrom AK, Li J, Olsen J, et al. Psychosocial stress related to the loss of a close relative the year before or during pregnancy and risk of preeclampsia. Hypertension 2013 Jul;62(1):183-189.</p>	<p>No, estrés psicosocial al perder alguien cercano durante el embarazo</p>
<p>235. László KD, Svensson T, Li J, Obel C, Vestergaard M, Olsen J, et al. Maternal bereavement during pregnancy and the risk of stillbirth: A nationwide cohort study in Sweden. Am J Epidemiol 2013;177(3):219-227.</p>	<p>No, relación duelo materno con muerte fetal</p>
<p>236. Lee M, Gardner JE. Grandparents' involvement and support in families with children with disabilities. Educational Gerontology 2010;36(6):467-499.</p>	<p>No, involucración de abuelos en nietos con discapacidad</p>
<p>237. Lee-Messner H, Stevenson E. Hello/goodbye new families: group work with five looked-after siblings in foster care together awaiting a move to separate adoptive families. J Child Psychotherapy 2014;40(3):271-286.</p>	<p>No, separar hermanos de hogares de acogida</p>
<p>238. Levesque JV, Maybery DJ. The Parental Cancer Questionnaire: Scale structure, reliability, and</p>	<p>No, cuestionario de padres con cáncer</p>

validity. <i>Supportive Care in Cancer</i> 2014;22(1):23-32.	
239. Levesque JV, Maybery DJ. Predictors of benefit finding in the adult children of patients with cancer. <i>J Psychosoc Oncol</i> 2014;32(5):535-554.	No, hijos adultos de padres con cáncer
240. Li J, Olsen J, Vestergaard M, Obel C, Baker JL, Sørensen TIA. Bereavement in early life and later childhood overweight. <i>Obesity Facts</i> 2012;5(6):881-889.	No, duelo en la infancia
241. Li J, Vestergaard M, Cnattingius S, Gissler M, Bech BH, Obel C, et al. Mortality after Parental Death in Childhood: A Nationwide Cohort Study from Three Nordic Countries. <i>PLoS Med</i> 2014;11(7).	No, mortalidad después de la muerte de padres en la infancia
242. Li J, Vestergaard M, Obel C, Precht DH, Christensen J, Lu M, et al. Prenatal stress and cerebral palsy: A nationwide cohort study in Denmark. <i>Psychosom Med</i> 2009;71(6):615-618.	No, estrés prenatal y parálisis cerebral
243. Li X, Huang X, Tan H, Liu A, Zhou J, Yang T. A study on the relationship between posttraumatic stress disorder in flood victim parents and children in Hunan, China. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> 2010;44(6):543-550.	No, estrés postraumático en víctimas de inundaciones
244. Librach SL, O'Brien H. Supporting Children's Grief within an Adult and Pediatric Palliative Care Program. <i>J Supportive Oncology</i> 2011;9(4):136-140.	No, duelo en niños
245. Lichtenthal WG, Currier JM, Neimeyer RA, Keesee NJ. Sense and significance: A mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. <i>J Clin Psychol</i> 2010;66(7):791-812.	No, analiza métodos
246. Lichtenthal WG, Neimeyer RA, Currier JM, Roberts K, Jordan N. Cause of death and the quest for meaning after the loss of a child. <i>Death Stud</i> 2013 Apr;37(4):311-342.	No, compara tipo de muerte violenta o no con duelo
247. Liisa AA, Marja-Terttu T, Päivi Å-, Marja K. Health care personnel's experiences of a bereavement follow-up intervention for grieving parents. <i>Scand J Caring Sci</i> 2011;25(2):373-382.	No, habla experiencia profesionales sanitarios
248. Lim S-, Ogawa Y. "Once i had kids, now i am raising kids": Child-parent relationship therapy (CPRT) with a sudanese refugee family-a case study. <i>International J Play Therapy</i> 2014;23(2):70-89.	No, relación padres – hijos
249. Lindgren H, Malm M-, Rådestad I. You don't leave your baby - Mother's experiences after a	No, experiencia de madres con niños nacidos fallecidos

stillbirth. Omega (United States) 2013;68(4):337-346.	
250. Little M, Sandler IN, Wolchik SA, Tein J-, Ayers TS. Comparing cognitive, relational and stress mechanisms underlying gender differences in recovery from bereavement-related internalizing problems. J Clin Child Adolescent Psychology 2009;38(4):486-500.	No, diferencia de duelo según género en jóvenes
251. (274) Livingston K. Opportunities for mourning when grief is disenfranchised: Descendants of Nazi perpetrators in dialogue with holocaust survivors. Omega: J Death and Dying 2010;61(3):205-222.	No, oportunidades de luto
252. Lo JC, Hong Y-, Lin C-. Healthcare utilization of bereaved family members following the 1999 Chi-chi earthquake: Evidence from administrative data. J Psychosom Res 2013;75(5):484-490.	No, asistencia sanitaria tras duelo por terremoto
253. Longfield K, Warnick A. Supporting children of parents who are dying. Can Oncol Nurs J 2009;19(1):10-12.	No, soporte a niños por muerte de padres
254. Loxterkamp L. Contact and truth: The unfolding predicament in adoption and fostering. Clinical Child Psychology and Psychiatry 2009;14(3):423-435.	No, adopción y acogida de niños
255. Luecken LJ, Hagan MJ, Sandler IN, Tein J-, Ayers TS, Wolchik SA. Longitudinal Mediators of a Randomized Prevention Program Effect on Cortisol for Youth from Parentally Bereaved Families. Prevention Science 2014;15(2):224-232.	No, relación cortisol con jóvenes en duelo
256. Luecken LJ, Kraft A, Appelhans BM, Enders C. Emotional and Cardiovascular Sensitization to Daily Stress Following Childhood Parental Loss. Dev Psychol 2009;45(1):296-302.	No, estrés en la infancia por duelo paterno
257. Luster T, Qin D, Bates L, Johnson D, Rana M. The Lost Boys of Sudan: Coping With Ambiguous Loss and Separation From Parents. Am J Orthopsychiatry 2009;79(2):203-211.	No, niños perdidos del Sudán, separación de los padres
258. Lyngstad TH. Bereavement and divorce: Does the death of a child affect parents' marital stability? Family Science 2013;4(1):79-86.	No, no habla proceso, solo estabilidad en el matrimonio
259. (282) Macdonald ME, Chilibeck G, Affleck W, Cadell S. Gender imbalance in pediatric palliative care research samples. Palliat Med 2010 Jun;24(4):435-444.	No, cuidados paliativos en pediatría según género
260. Macdonald R, Shildrick T. Youth and wellbeing: Experiencing bereavement and ill health in	No, bienestar en jóvenes marginados

	marginalised young people's transitions. <i>Sociology of Health and Illness</i> 2013;35(1):147-161.	con duelo
261.	Macy MA. Through the eyes of child: reflections on my mother's death from cancer. <i>J pain & palliative care pharmacotherapy</i> 2013;27(2):176-178.	No, muerte de la madre, duelo del hijo
262.	Mahon MM. Funeral directors and bereaved children: Beliefs and experiences. <i>Death Stud</i> 2009;33(9):828-847.	No, duelo en niños
263.	Malcom N. Images of heaven and the spiritual afterlife: Qualitative analysis of children's storybooks about death, dying, grief, and bereavement. <i>Omega: J Death and Dying</i> 2010;62(1):51-76.	No, libros de duelo para niños
264.	Maple M, Edwards H, Plummer D, Minichiello V. Silenced voices: Hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. <i>Health and Social Care in the Community</i> 2010;18(3):241-248.	No, hijos mayores de edad
265.	Maple M, Edwards HE, Minichiello V, Plummer D. Still part of the family: The importance of physical, emotional and spiritual memorial places and spaces for parents bereaved through the suicide death of their son or daughter. <i>Mortality</i> 2013 Feb 2013;18(1):54-71.	No, no habla proceso, sino memoriales
266.	Markel AP. The birth of Anisa: transforming sorrow into light through love and informed decisions. <i>Midwifery Today Int Midwife</i> 2009(90):18, 65-66.	No, nacimiento hija
267.	Marriage J. Integrating parents into the diagnostic and habilitation process. <i>Seminars in Hearing</i> 2013;34(1):3-10.	No, integración de los padres en el diagnóstico
268.	Martel SL. Biopower and Reproductive Loss: Speaking risk, silencing death-in-birth. <i>Cultural Studies</i> 2014 Mar 2014;28(2):327-345.	No, muerte en el nacimiento
269.	Martell MM, Witt SD, Witt DD. An Analysis of Books for Preschool Children Experiencing Bereavement and Loss. <i>Education and Society</i> 2013;31(1):37-52.	No, análisis del libros para niños sobre el duelo
270.	Martin KA, Hutson DJ, Kazyak E, Scherrer KS. Advice when children come out: The cultural "tool kits" of parents. <i>J Fam Issues</i> 2010;31(7):960-991.	No, hijos homosexuales
271.	McAdams RM, McPherson RJ, Batra M, Gerelmaa Z. Characterization of health care provider attitudes toward parental involvement in neonatal	No, actitud de los profesionales sanitarios y padres

<p>resuscitation-related decision making in Mongolia. Matern Child Health J 2014;18(4):920-929.</p>	<p>en neonatal</p>
<p>272. McBride MC, Toller P. Negotiation of face between bereaved parents and their social networks. Southern Communication Journal 2011;76(3):210-229.</p>	<p>No, negociación entre padres y trabajadora social, no proceso duelo</p>
<p>273. McClatchey I, Wimmer J. Healing components of a bereavement camp: Children and adolescents give voice to their experiences. Omega 2012;65(1):11-32.</p>	<p>No, experiencias de niños y adolescentes en duelo</p>
<p>274. McClatchey IS, Vonk ME, Palardy G. Efficacy of a camp-based intervention for childhood traumatic grief. Research on Social Work Practice 2009;19(1):19-30.</p>	<p>No, duelo traumático en la infancia</p>
<p>275. McClatchey IS, Wimmer JS. Coping with parental death as seen from the perspective of children who attended a grief camp. Qualitative Social Work 2014;13(2):221-236.</p>	<p>No, muerte padres</p>
<p>276. McClatchey IS, Vonk ME, Lee J, Bride B. Traumatic and Complicated Grief Among Children: One or Two Constructs? Death Stud 2014 Feb 7, 2014;38(2):69-78.</p>	<p>No, duelo en niños</p>
<p>277. McClatchey I, Vonk M, Palardy G. The prevalence of childhood traumatic grief - A comparison of violent/sudden and expected loss. Omega: J Death Dying 2009;59(4):305-323.</p>	<p>No, prevalencia de duelo traumático en la infancia</p>
<p>278. McCleary-Sills J, Kanesathasan A, Brakarsh J, Vujovic M, Dlamini K, Namisango E, et al. Foundation for the Future: Meeting the Psychosocial Needs of Children Living With HIV in South Africa and Uganda. J HIV/AIDS and Social Services 2013;12(1):49-62.</p>	<p>No, niños viviendo con VIH</p>
<p>279. McCusker CG, Doherty NN, Molloy B, Rooney N, Mulholland C, Sands A, et al. A controlled trial of early interventions to promote maternal adjustment and development in infants born with severe congenital heart disease. Child: Care, Health and Development 2010;36(1):110-117.</p>	<p>No, intervención en bebés con cardiopatía congénita grave</p>
<p>280. McGovern M, Tracey A. A comparative examination of schools' responses to bereavement and the associated needs of the school community in Galway, West of Ireland and Derry, Northern Ireland. Pastoral Care in Education 2010;28(3):235-252.</p>	<p>No, respuesta escolar al duelo infantil</p>
<p>281. McManus V, Abel S, McCreanor T, Tipene-Leach D. Narratives of deprivation: Women's life stories around Maori sudden infant death syndrome.</p>	<p>No, analiza historia de vida de las mujeres Maori.</p>

Social Science and Medicine 2010;71(3):643-649.		
282.	Meert KL, Briller SH, Schim SM, Thurston C, Kabel A. Examining the needs of bereaved parents in the pediatric intensive care unit: A qualitative study. Death Stud 2009;33(8):712-740.	No, no habla del proceso del duelo
283.	Meert KL, Donaldson AE, Newth CJ, Harrison R, Berger J, Zimmerman J, et al. Complicated grief and associated risk factors among parents following a child's death in the pediatric intensive care unit. Arch Pediatr Adolesc Med 2010 Nov;164(11):1045-1051.	No, trata de duelo complejo
284.	Meert KL, Eggly S, Berg RA, Wessel DL, Newth CJL, Shanley TP, et al. Feasibility and perceived benefits of a framework for physician-parent follow-up meetings after a child's death in the PICU. Crit Care Med 2014;42(1):148-157.	No, habla de un marco psicológico, no del proceso
285.	Meert KL, Eggly S, Berger J, Zimmerman J, Anand KJS, Newth CJL, et al. Physicians' experiences and perspectives regarding follow-up meetings with parents after a child's death in the pediatric intensive care unit. Pediatric Critical Care Medicine 2011;12(2):e64-e68.	No, experiencias de los médicos
286.	Meert KL, Schim SM, Briller SH. Parental bereavement needs in the pediatric intensive care unit: review of available measures. J Palliat Med 2011 Aug;14(8):951-964.	No, habla necesidad en PICU
287.	Meert KL, Templin TN, Michelson KN, Morrison WE, Hackbarth R, Custer JR, et al. The Bereaved Parent Needs Assessment: A new instrument to assess the needs of parents whose children died in the pediatric intensive care unit. Crit Care Med 2012;40(11):3050-3057.	No, instrumento para medir la asistencia necesaria a los padres
288.	Melhem NM, Porta G, Payne MW, Brent DA. Identifying prolonged grief reactions in children: Dimensional and diagnostic approaches. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013;52(6):599-607.	No, reacciones de duelo en niños
289.	Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W, Walker Payne M, Brent DA. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. Arch Gen Psychiatry 2011;68(9):911-919.	No, duelo en niños y adolescentes por muerte de sus padres
290.	Metel M, Barnes J. Peer-group support for bereaved children: A qualitative interview study. Child and Adolescent Mental Health 2011;16(4):201-207.	No, soporte al duelo en niño
291.	Miller PJ, Rosengren KS. Vii. final thoughts.	No, duelo en niños

Monogr Soc Res Child Dev 2014;79(1):113-124.		
292.	Milstein JM, Kovar LB, Kovar LJ, Paterniti DA. Piece of my mind. A path to wholeness. JAMA : the journal of the American Medical Association 2012;308(10):985-986.	No, caso real de cuidado de un bebe
293.	Mitchell C, Holdt N. The search for a timely diagnosis: Parents' experiences of their child being diagnosed with an Autistic Spectrum Disorder. J Child and Adolescent Mental Health 2014;26(1):49-62.	No, padres con hijos con trastorno del espectro autista
294.	Mitchell LM, Stephenson PH, Cadell S, Macdonald ME. Death and grief on-line: Virtual memorialization and changing concepts of childhood death and parental bereavement on the Internet. Health Sociology Review 2012;21(4):413-431.	No, trata de memoriales virtuales sobre el fallecimiento.
295.	Montesinos G. A, Román N. A, Muñoz M. M, Elías B. L. Grief support group: Ten years of experience in a Neonatal Unit. Rev Chil Pediatr 2013;84(6):650-658.	No, habla del apoyo de grupos de duelo
296.	Moody K, Siegel L, Scharbach K, Cunningham L, Cantor RM. Pediatric Palliative Care. Primary Care - Clinics in Office Practice 2011;38(2):327-361.	No, cuidados paliativos en pediatría
297.	Morelli AB, Scorsolini-Comin F, dos Santos MA. The impact of a child's death on the marital relationship of the parents. Ciencia e Saude Coletiva 2013;18(9):2711-2720.	No, hijo de 27 años
298.	Moss MS, Moss SZ. Meaning of the death of an elderly father: Two sisters' perspectives. Omega (United States) 2012;66(3):195-213.	No, muerte del padre
299.	Mueggler E. 'Cats give funerals to rats': making the dead modern with lament. J the Royal Anthropological Institute 2014 Jun 2014;20(2):197-217.	No, lamento por la muerte en China
300.	Mueller J, Alie C, Jonas B, Brown E, Sherr L. A quasi-experimental evaluation of a community-based art therapy intervention exploring the psychosocial health of children affected by HIV in South Africa. Trop Med Int Health 2011 Jan;16(1):57-66.	No, evaluación en niños afectados por VIH
301.	Mulligan J, MacCulloch R, Good B, Nicholas DB. Transparency, Hope, and Empowerment: A Model for Partnering With Parents of a Child With Autism Spectrum Disorder at Diagnosis and Beyond. Soc Work Mental Health 2012;10(4):311-330.	No, padres con niño con autismo
302.	Muñiz-Cohen M, Melhem NM, Brent DA. Health	No, muerte padres

<p>risk behaviors in parentally bereaved youth. Arch Pediatrics and Adolescent Medicine 2010;164(7):621-624.</p>	<p>en jóvenes</p>
<p>303. Needle JS. Home extubation by a pediatric critical care team: Providing a compassionate death outside the pediatric intensive care unit. Pediatric Critical Care Medicine 2010;11(3):401-403.</p>	<p>No, unidad de cura intensiva en pediatría</p>
<p>304. Neimeyer RA. Reconstructing meaning in bereavement. Rivista di Psichiatria 2011;46(5-6):332-336.</p>	<p>No, habla de reconstruir significado durante el duelo</p>
<p>305. Nielsen NM, Bager P, Simonsen J, Hviid A, Stenager E, Brønnum-Hansen H, et al. Major stressful life events in adulthood and risk of multiple sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2014;85(10):1103-1108.</p>	<p>No, experiencias estresantes en la adultez y riesgo de esclerosis múltiple</p>
<p>306. Nkomo N, Freeman M, Skinner D. Experiences of children heading households in the wake of the human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome (HIV/AIDS) epidemic in South Africa. Vulnerable Child Youth Stud 2009;4(3):255-63.</p>	<p>No, niños encargados de la familia por culpa del VIH</p>
<p>307. Noizet-Yverneau O, Deschamps C, Lempp F, Daligaut I, Delebarre G, David A, et al. Memory boxes in the neonatal period: Caregivers' opinions after 1year of practice. Arch Pediatre 2013;20(9):921-927.</p>	<p>No, opiniones de los cuidadores</p>
<p>308. O'Callaghan C, O'Brien E, Magill L, Ballinger E. Resounding attachment: Cancer inpatients' song lyrics for their children in music therapy. Supportive Care in Cancer 2009;17(9):1149-1157.</p>	<p>No, canciones de pacientes de cáncer para sus hijos</p>
<p>309. Ogata K, Ishikawa T, Michiue T, Nishi Y, Maeda H. Posttraumatic symptoms in japanese bereaved family members with special regard to suicide and homicide cases. Death Stud 2011;35(6):525-535.</p>	<p>No, duelo en familias por familiar suicidado</p>
<p>310. Olivier K, Strydom H. A profile of adolescents in households infected with, or affected by, HIV and AIDS. Soc Work 2010;46(4):409-421.</p>	<p>No, perfil de adolescentes en familias con VIH</p>
<p>311. Onuoha FN, Munakata T, Serumaga-Zake PAE, Nyonyintono RM, Bogere SM. Negative mental health factors in children orphaned by AIDS: Natural mentoring as a palliative care. AIDS Behavior 2009;13(5):980-988.</p>	<p>No, factores negativos en salud mental en niños huérfanos</p>
<p>312. Ortiz CD, Cozza SJ, Fullerton CS, Ursano RJ. Feasibility of a Multimedia Program for Parentally Bereaved Children. Child and Youth Care Forum 2013;42(6):489-506.</p>	<p>No, niños en duelo por fallecimiento de sus padres</p>

313.	Orzalesi M, Aite L. Communication with parents in neonatal intensive care. J Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2011;24(SUPPL. 1):135-137.	No, comunicación con los padres en cuidados intensivos de bebe neonatal
314.	Osman MP. Freud's rat man from the perspective of an early-life variant of the Oedipus complex. Psychoanal Q 2009;78(3):765-790.	No, perspectiva de Freud y complejo de Edipo
315.	Osofsky HJ, Osofsky JD, Kronenberg M, Brennan A, Hansel TC. Posttraumatic Stress Symptoms in Children After Hurricane Katrina: Predicting the Need for Mental Health Services. Am J Orthopsychiatry 2009;79(2):212-220.	No, estrés postraumático en niños después de un huracán
316.	Parker H, Farrell M, Ryder A, Fernley K, Cox C, Farasat H, et al. Family-focused children's end of life care in hospital and at home. Nursing children and young people 2014;26(6):35-39.	No, final de vida en niños
317.	Paula Vega V, Soledad Rivera M, Rina González R. Moving from survival to revival: Understanding parents who have lost children due to cancer. Rev Chil Pediatr 2012;83(3):247-257.	Si
318.	Pearce L. A place to say goodbye. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987) 2013;27(46):22.	No, enfermería
319.	Perry SE. Support for parents witnessing resuscitation: nurse perspectives. Paediatr Nurs 2009;21(6):26-31.	No, apoyo padres en reanimación, enferm.
320.	Plante J, Cyr C. Health care professionals' grief after the death of a child. Paediatr Child Health 2011;16(4):213-216.	No, cómo la muerte de un niño afecta a profesionales sanit.
321.	Pomeroy EC. The Bully at Work: What Social Workers Can Do. Soc Work 2013 Jan 2013;58(1):5-8.	No, trabajadores sociales y bullying
322.	Ponte J, Perpignan S, Mayo ME, Milla MG, Pegenaute F, Poch-Olive ML. Study on the professional procedures, experiences and needs of parents when they are told their child has a disability or developmental disorder. Breaking the news. Rev Neurol 2012 Feb 29;54 Suppl 1:S3-9.	No, procedimientos profesional para informar de discapacidad del hijo
323.	Potts S. Least said, soonest mended?: Responses of primary school teachers to the perceived support needs of bereaved children. J Early Childhood Research 2013;11(2):95-107.	No, soporte de profesoras para el duelo de un niño
324.	Prazak M. Studying life strategies of AIDS orphans in rural Kenya. Africa Today 2012;58(4):45-	No, estudio en huérfanos con VIH

64.		
325.	Preter M, Klein DF. Lifelong opioidergic vulnerability through early life separation: A recent extension of the false suffocation alarm theory of panic disorder. Neurosci Biobehav Rev 2014;46P3:345-51.	No, trastorno del pánico
326.	Pretorius E, Ross E. Loss, grief and bereavement: The experiences of children in kinship foster care. Soc Work 2010;46(4):469-485.	No, duelo en niños
327.	Puckey M, Bush A. "Passage to Paradise" Ethics and end-of-life decisions in children. Paediatric Respiratory Reviews 2011;12(2):139-143.	No, final de vida en niños
328.	Pudrovska T. Parenthood, Stress, and Mental Health in Late Midlife and Early Old Age. International J Aging and Human Development 2009;68(2):127-147.	No, personas mayores
329.	Pullen S, Golden MA, Cacciatore J. "I'll Never Forget Those Cold Words as Long as I Live": Parent Perceptions of Death Notification for Stillbirth. J Social Work in End-of-Life and Palliative Care 2012;8(4):339-355.	No, muerte fetal
330.	Raman N, Van Rensburg ABRJ. Clinical and psycho-social profile of child and adolescent mental health care users and services at an urban child mental health clinic in South Africa. African J Psychiatry (South Africa) 2013;16(5):356-363.	No, perfil clínico y social en niños y adolescentes en África
331.	Rangel APFN. Ethical dilemmas in the death of children. Mundo da Saude 2012;36(1):11-26.	No, no habla proceso
332.	Reed GS. An empty mirror: Reflections on nonrepresentation. Psychoanal Q 2009;78(1):1-26.	No, teoría de Andree Green
333.	Reed RV, Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors. The Lancet 2012;379(9812):250-265.	No, salud mental en niños desplazados y/o refugiados
334.	Reichmuth K, Embacher AJ, Matulat P, am Zehnhoff-Dinnesen A, Glanemann R. Responsive parenting intervention after identification of hearing loss by Universal Newborn hearing screening: The concept of the Muenster parental programme. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2013;77(12):2030-2039.	No, programa para pérdida auditiva
335.	Richardson M, Cobham V, McDermott B, Murray J. Youth Mental Illness and the Family: Parents' Loss and Grief. J Child Fam Stud	No, trastorno mental en jóvenes

2013;22(5):719-736.	
336. Richardson M, Cobham V, Murray J, McDermott B. Parents' grief in the context of adult child mental illness: a qualitative review. Clin Child Fam Psychol Rev 2011 Mar;14(1):28-43.	No, duelo en padres por enfermedad mental de hijo/s
337. Robert R, Zhukovsky DS, Mauricio R, Gilmore K, Morrison S, Palos GR. Bereaved Parents' Perspectives on Pediatric Palliative Care. J Social Work in End-of-Life and Palliative Care 2012;8(4):316-338.	No, perspectiva en unidad pediátrica paliativa
338. Robinson GE. Pregnancy loss. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014;28(1):169-178.	No, pérdida durante el embarazo
339. Rolls L. Narrating time: Minimising the disruption and discontinuities of children's experience of death. Illness Crisis and Loss 2010;18(4):323-339.	No, experiencias de muerte en niños
340. Romano H, Aurore A, Chollet-Xemard C, Marty J. Psychic stakes of perinatal death in medicine prehospital emergency. Annales Francaises de Medecine d'Urgence 2011;1(2):123-130.	No, muerte perinatal
341. Romer G, Kühne F, Bergelt C, Möller B. Mental healthcare for children of parents with cancer: Manualized interventional concept of child-oriented medical family counselling. Psychotherapeut 2011;56(5):400-408.	No, cuidados en niños con padres con cáncer
342. Ronen R, Packman W, Field N, Davies B, Kramer R, Long J. The relationship between grief adjustment and continuing bonds for parents who have lost a child. Omega: J Death and Dying 2010;60(1):1-31.	Si
343. Rosenberg AR, Baker KS, Syrjala K, Wolfe J. Systematic review of psychosocial morbidities among bereaved parents of children with cancer. Pediatr Blood Cancer 2012 Apr;58(4):503-512.	No, duelo en padres por hijos con cáncer, morbilidad antes de la muerte
344. Rosenberg AR, Baker KS, Syrjala KL, Back AL, Wolfe J. Promoting resilience among parents and caregivers of children with cancer. J Palliat Med 2013 Jun;16(6):645-652.	No, promover resiliencia en padres y cuidadores
345. Rostila M, Saarela J, Kawachi I. Mortality in parents following the death of a child: A nationwide follow-up study from Sweden. J Epidemiol Community Health 2012;66(10):927-933.	No, mortalidad en padres después de la muerte de un hijo
346. Rostila M, Saarela JM. Time does not heal all	No, muerte padres

	wounds: Mortality following the death of a parent. J Marriage Fam 2011;73(1):236-49.	
347.	Rousseau P. Blame. Palliative supportive care 2011;9(3):335-336.	No, cuidados paliativos
348.	Rubin S, Shechory-Stahl M. The continuing bonds of bereaved parents: A ten-year follow-up study with the two-track model of bereavement. Omega (United States) 2012;66(4):365-384.	No, relación con hijo fallecido y el estado de duelo, seguimiento durante 10 años.
349.	Rubino IA, Nanni RC, Pozzi DM, Siracusano A. Early adverse experiences in schizophrenia and unipolar depression. J Nerv Ment Dis 2009;197(1):65-68.	No, esquizofrenia y depresión
350.	Rudd RA, D'Andrea LM. Professional support requirements and grief interventions for parents bereaved by an unexplained death at different time periods in the grief process. Int J Emerg Ment Health 2013;15(1):51-68.	No, ayuda necesarias en dos primeras semanas por parte prof. a padres
351.	Saad R, Huijter HA-, Noureddine S, Muwakkit S, Saab R, Abboud MR. Bereaved parental evaluation of the quality of a palliative care program in Lebanon. Pediatric Blood and Cancer 2011;57(2):310-316.	No, evaluación programa de cuidados paliativos
352.	Salloum A, Overstreet S. Grief and trauma intervention for children after disaster: exploring coping skills versus trauma narration. Behav Res Ther 2012 Mar;50(3):169-179.	No, duelo en niños
353.	Sandler I, Ayers TS, Tein JY, Wolchik S, Millsap R, Khoo ST, et al. Six-year follow-up of a preventive intervention for parentally bereaved youths: a randomized controlled trial. Arch Pediatr Adolesc Med 2010;164(10):907-914.	No, intervención seguimiento adolescentes en duelo
354.	Sandler IN, Ma Y, Tein JY, Ayers TS, Wolchik S, Kennedy C, et al. Long-term effects of the family bereavement program on multiple indicators of grief in parentally bereaved children and adolescents. J Consult Clin Psychol 2010 Apr;78(2):131-143.	No, efectos en las niños y adolescentes por muerte de padre
355.	Sandler IN, Wolchik SA, Ayers TS, Tein J-, Luecken L. Family bereavement program (FBP) approach to promoting resilience following the death of a parent. Family Science 2013;4(1):87-94.	No, duelo familiar en la muerte de un padre
356.	Schaal S, Jacob N, Dusingizemungu J-, Elbert T. Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. BMC Psychiatry 2010;10.	No, duelo prolongado en huérfanos

357.	Schoenfelder EN, Sandler IN, Millsap RE, Wolchik SA, Berkel C, Ayers TS. Caregiver Responsiveness to the Family Bereavement Program: What Predicts Responsiveness? What Does Responsiveness Predict? Prevention Science 2013;14(6):545-556.	No, estudio a los cuidadores
358.	Schoenfelder EN, Sandler IN, Wolchik S, MacKinnon D. Quality of Social Relationships and the Development of Depression in Parentally-Bereaved Youth. J Youth and Adolescence 2011;40(1):85-96.	No, relaciones sociales y depresión en jóvenes en duelo por muerte padres
359.	Schott J, Henley A. After a late miscarriage, stillbirth or neonatal death. The j family health care 2010;20(4):116-118.	No, muerte fetal
360.	Sebold C, Koil C. Genetic library: grief and bereavement. J genetic counseling 2009;18(2):200-203.	No, genética
361.	Sefasi AP. Impact of HIV and AIDS on the elderly: A case study of Chiladzulu District. Malawi Medical Journal 2010;22(4):101-103.	No, impacto del VIH
362.	Shah PE, Clements M, Poehlmann J. Maternal resolution of grief after preterm birth: Implications for infant attachment security. Pediatrics 2011;127(2):284-292.	No, parto prematuro e implicaciones para la seguridad del bebe
363.	Shaw K, Ritchie D, Adams G. Does witnessing resuscitation help parents come to terms with the death of their child? A review of the literature. Intensive Crit Care Nurs 2011 Oct;27(5):253-262.	No, relación entre padres testigos reanimación y decidir
364.	Sheriff M, Weatherall A. A Feminist Discourse Analysis of Popular-Press Accounts of Postmaternity. Feminism & Psychology 2009 Feb 2009;19(1):89-108.	No, análisis del discurso feminista
365.	Sherr L, Mueller J, Varrall R. Evidence-based gender findings for children affected by HIV and AIDS - a systematic overview. AIDS Care 2009;21 Suppl 1:83-97.	No, niños con VIH
366.	Siden H, Steele R, Brant R, Cadell S, Davies B, Straatman L, et al. Designing and implementing a longitudinal study of children with neurological, genetic or metabolic conditions: charting the territory. BMC Pediatr 2010 Sep 20;10:67-2431-10-67.	No, estudio de niños
367.	Siebelink MJ, Albers MJ, Roodbol PF, van de Wiel HB. Key factors in paediatric organ and tissue donation: an overview of literature in a chronological working model. Transpl Int 2012 Mar;25(3):265-271.	No, trasplante de órganos en pediatría

368.	Siebelink MJ, Albers MJIJ, Roodbol PF, Van De Wiel HBM. Key factors in paediatric organ and tissue donation: An overview of literature in a chronological working model. Transplant Int 2012;25(3):265-271.	No, acerca del trasplante de órganos en niños
369.	Sikora K. The reaction of women after loosing their child while pregnant with it and their partners' behaviours. Ginekologia i Poloznictwo 2014;33(3):40-55.	No, muerte durante el embarazo y reacción de las parejas
370.	Smith K. "Almost the copy of my child that's dead": Shakespeare and the loss of Hamnet. Omega: J Death and Dying 2011;64(1):29-40.	No, análisis de textos de Shakespeare
371.	Snowdon C, Brocklehurst P, Tasker R, Platt MW, Harvey S, Elbourne D. Death, Bereavement and Randomised Controlled Trials (BRACELET): A methodological study of policy and practice in neonatal and paediatric intensive care trials. Health Technol Assess 2014;18(42).	No, cuidados paliativos en pediatría
372.	Snowdon C, Harvey SE, Brocklehurst P, Tasker RC, Platt MPW, Allen E, et al. The BRACELET Study: Surveys of mortality in UK neonatal and paediatric intensive care trials. Trials 2010;11.	No, estudio de mortalidad en unidad intensiva de pediatría
373.	(404) Snyder RL. Ambiguous genitalia: a case study involving a 24-week-gestation twin B. Neonatal network : NN 2010;29(2):63-73; quiz 103-107.	No, caso de un gemelos con genitales ambiguos
374.	Solari H. Psychotic denial of pregnancy. Current Women's Health Reviews 2010;6(1):22-27.	No, negación psi. del embarazo
375.	Solomon MZ, Browning DM, Dokken DL, Merriman MP, Rushton CH. Learning that leads to action: impact and characteristics of a professional education approach to improve the care of critically ill children and their families. Arch Pediatr Adolesc Med 2010 Apr;164(4):315-322.	No, impacto educación profesional en niños enfermos y sus familias
376.	Song J, Floyd FJ, Seltzer MM, Greenberg JS, Hong J. Long-Term Effects of Child Death on Parents' Health-Related Quality of Life: A Dyadic Analysis. Family Relations 2010;59(3):269-282.	No, pasaron más de 20 años desde el fallecimiento y el estudio
377.	(409) violence: Palestinian women's narratives of home, mental health, and resilience. Health and Place 2014;30:205-214.	No, violencia política en mujeres palestinas
378.	Spender Q. A short guide to understanding behavioural difficulties. Arch Dis Child 2013;98(8):625-628.	No, problemas de conducta en pediatría

379.	Spuij M, Prinzie P, Dekovic M, van den Bout J, Boelen PA. The effectiveness of Grief-Help, a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children: study protocol for a randomised controlled trial. <i>Trials</i> 2013 Nov 20;14:395-6215-14-395.	No, duelo en niños
380.	Spuij M, Prinzie P, Zijderlaan J, Stikkelbroek Y, Dillen L, de Roos C, et al. Psychometric Properties of the Dutch Inventories of Prolonged Grief for Children and Adolescents. <i>Clinical Psychology and Psychotherapy</i> 2012;19(6):540-551.	No, duelo en niños y adolescentes
381.	Spuij M, Van Londen-Huiberts A, Boelen PA. Cognitive-Behavioral Therapy for Prolonged Grief in Children: Feasibility and Multiple Baseline Study. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> 2013;20(3):349-361.	No, estudio en niños en duelo
382.	tammel N, Heeke C, Bockers E, Chhim S, Taing S, Wagner B, et al. Prolonged grief disorder three decades post loss in survivors of the Khmer Rouge regime in Cambodia. <i>J Affect Disord</i> 2013;144(1-2):87-93.	No, duelo prolongado en supervivientes del régimen en Cambodia
383.	Steele AC, Kaal J, Thompson AL, Barrera M, Compas BE, Davies B, et al. Bereaved parents and siblings offer advice to health care providers and researchers. <i>J Pediatric Hematology/Oncology</i> 2013;35(4):253-259.	No, consejos de padres y hermanos para los profesionales de salud
384.	Stroebe M, Schut H, Finkenauer C. Parents coping with the death of their child: From individual to interpersonal to interactive perspectives. <i>Family Science</i> 2013;4(1):28-36.	Si
385.	Sullivan J, Monagle P. Bereaved parents' perceptions of the autopsy examination of their child. <i>Pediatrics</i> 2011;127(4):e1013-e1020.	No, no habla del proceso de duelo, solo percepción de la autopsia
386.	Sullivan R, Edwards P, Sloggett A, Marshall CE. Families bereaved by road traffic crashes: Linkage of mortality records with 1971-2001 censuses. <i>Injury Prevention</i> 2009;15(6):364-368.	No, familias en duelo por pérdida familiar en accidente de coche
387.	Swanson PB, Kane RT, Pearsall-Jones JG, Swanson CF, Croft ML. How couples cope with the death of a twin or higher order multiple. <i>Twin Research and Human Genetics</i> 2009;12(4):392-402.	No, muerte en el parto de un gemelo o mellizo
388.	Sweat MT. How can I give spiritual care to those with special needs? <i>J Christian nursing</i> 2010;27(4):291.	No, apoyo espiritual a personas con necesidades especiales
389.	Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review. <i>Can J</i>	No, programa de interv. en suicidio

Public Health 2011 Jan-Feb;102(1):18-29.	
390. Taylor D, Le Coz P. Announcing the diagnosis: counselling the parents. Handb Clin Neurol 2013;111:93-99.	No, como anunciar la muerte
391. Tejedor Torres JC, López De Heredia Goya J, Herranz Rubia N, Nicolás Jimenez P, García Muñoz F, Pérez Rodríguez J. Recommendations on making decisions and end of life care in neonatology. An Pediatría 2013;78(3):190.e1-190.e14.	No, final de vida en neonatología
392. Terry AW. My Journey in Grief: A Mother's Experience Following the Death of Her Daughter. Qualitative Inquiry 2012 Apr 2012;18(4):355-367.	No, fallecimiento hija de 24 años
393. Analysis of Grief-Related Controversies in DSM-5. Research on Social Work Practice 2014;24(1):114-122.	No, análisis crítico del duelo en el DSM-5
394. Thompson AL, Miller KS, Barrera M, Davies B, Foster TL, Gilmer MJ, et al. A qualitative study of advice from bereaved parents and siblings. J Social Work in End-of-Life and Palliative Care 2011;7(2-3):153-172.	No, asesoramiento en duelo.
395. Thorn P. The shift from biological to social fatherhood-counselling men and their partners considering donor insemination. Hum Fertility 2013;16(1):40-43.	No, inseminación artificial
396. Titus B, de Souza R. Finding meaning in the loss of a child: Journeys of chaos and quest. Health Commun 2011;26(5):450-460.	No, no proceso solo significado a la muerte
397. Toller P. Bereaved parents' experiences of supportive and unsupportive communication. Southern Communication Journal 2011;76(1):17-34.	Si
398. Toller PW, McBride MC. Enacting Privacy Rules and Protecting Disclosure Recipients: Parents' Communication with Children Following the Death of a Family Member. J Family Communication 2013;13(1):32-45.	No, expresar a un niño la muerte de un familiar
399. Tomasini F. Is post-mortem harm possible? Understanding death harm and grief. Bioethics 2009;23(8):441-449.	No, postmortem y dolor
400. Tsey K, Whiteside M, Haswell-Elkins M, Bainbridge R, Cadet-James Y, Wilson A. Empowerment and Indigenous Australian health: A synthesis of findings from family wellbeing formative research. Health and Social Care in the Community	No, empoderar una comunidad indígena Australiana

2010;18(2):169-179.		
401.	Umphrey L, Cacciatore J. Coping with the ultimate deprivation: Narrative themes in a parental bereavement support group. Omega: J Death and Dying 2011;63(2):141-160.	No, habla de los grupos de apoyo
402.	Valizadeh L, Zamanzadeh V, Rahiminia E. Comparison of anticipatory grief reaction between fathers and mothers of premature infants in neonatal intensive care unit. Scand J Caring Sci 2013;27(4):921-926.	No, reacciones padre y madre en nacimiento prematuro
403.	Van Humbeeck L, Piers RD, Van Camp S, Dillen L, Verhaeghe ST, Van Den Noortgate NJ. Aged parents' experiences during a critical illness trajectory and after the death of an adult child: A review of the literature. Palliat Med 2013;27(7):583-595.	No, muerte hijo mayor de edad
404.	Virk J, Li J, Lauritsen J, Olsen J. Risk of childhood injuries after prenatal exposure to maternal bereavement: A Danish National Cohort Study. BMJ Open 2013;3(4).	No, pérdida madre
405.	Vlajinac H, Sipetic S, Marinkovic J, Ratkov I, Maksimovic J, Dzoljic E, et al. The stressful life events and Parkinson's disease: A case-control study. Stress Health 2013;29(1):50-55.	No, estudio control en Parkinson
406.	Wang L, Cao C, Wang R, Qing Y, Zhang J, Zhang XY. PAC1 receptor (ADCYAP1R1) genotype is associated with PTSD's emotional numbing symptoms in Chinese earthquake survivors. J Affect Disord 2013;150(1):156-159.	No, sobrevivientes del terremoto en China
407.	Warrick C, Perera L, Murdoch E, Nicholl RM. Guidance for withdrawal and withholding of intensive care as part of neonatal end-of-life care. Br Med Bull 2011;98(1):99-113.	No, guía para la retirada de cuidado en neonatal
408.	Wasant P, Rajchagool C. Down syndrome parents' support group in Thailand Siriraj Hospital, fifteen years experience: A review. J the Medical Association of Thailand 2009;92(9):1256-1262.	No, grupo de soport en padres con hijos con sín. De Down
409.	Watson MT, Stern NM, Foster TW. Helping Parents and Adoptees Through the Adoption Process Using Group Work. Family Journal 2012;20(4):433-440.	No, ayudar padres en proceso de adopción
410.	Way P. A Practitioner's View of Children Making Spiritual Meanings in Bereavement. J Social Work in End-of-Life and Palliative Care 2013;9(2-	No, experiencia espiritual de los niños en duelo

3):144-157.	
411.	Weaver-Hightower MB. Waltzing Matilda: An Autoethnography of a Father's Stillbirth. J Contemporary Ethnography 2012 Aug 2012;41(4):462-491.
	No, muerte fetal
412.	Webb NB. Play therapy for bereaved children: Adapting strategies to community, school, and home settings. School Psychology International 2011;32(2):132-143.
	No, duelo en niños
413.	Welch JG, Mannix MM, Boergers J, Jelalian E, Barbosa F, Fujii-Rios H, et al. Parental interest in a bereavement support visit when a child dies from cancer. Omega (United States) 2012;65(4):335-346.
	No, evalúa la posibilidad de realizar visita
414.	Werner-Lin A, Biank N. Holding Parents so They Can Hold Their Children: Grief Work with Surviving Spouses to Support Parentally Bereaved Children. Omega (United States) 2012;66(1):1-16.
	No, duelo por la muerte del cónyuge
415.	Werner-Lin A, Biank NM, Rubenstein B. There's no place like home: Preparing children for geographical and relational attachment disruptions following parental death to cancer. Clin Soc Work J 2010;38(1):132-143.
	No, muerte de padres por cáncer
416.	Werthmann J, Smits LJM, Li J. Parental mortality rates in a western country after the death of a child: assessment of the role of the child's sex. Gender Medicine 2010;7(1):39-46.
	No, tasas de mortalidad en padres después muerte hijo
417.	Whittingham K, Wee D, Sanders M, Boyd R. Responding to the challenges of parenting a child with cerebral palsy: A focus group. Disabil Rehabil 2011;33(17-18):1557-1567.
	No, retos de padres con hijos con parálisis cerebral
418.	Whittingham K, Wee D, Sanders MR, Boyd R. Sorrow, coping and resiliency: Parents of children with cerebral palsy share their experiences. Disabil Rehabil 2013;35(17):1447-1452.
	No, experiencia de padres con niños con parálisis cerebral
419.	Whittingham K, Wee D, Sanders MR, Boyd R. Predictors of psychological adjustment, experienced parenting burden and chronic sorrow symptoms in parents of children with cerebral palsy. Child: Care, Health and Development 2013;39(3):366-373.
	No, padres con niños con parálisis cerebral
420.	Wiener L, Sweeney C, Baird K, Merchant MS, Warren KE, Corner GW, et al. What do parents want to know when considering autopsy for their child with cancer? J Pediatric Hematology/Oncology
	No, acerca de la autopsia a niños con cáncer

2014;36(6):464-470.	
421. Williams C, Cairnie J, Fines V, Patey C, Schwarzer K, Aylward J, et al. Construction of a parent-derived questionnaire to measure end-of-life care after withdrawal of life-sustaining treatment in the neonatal intensive care unit. <i>Pediatrics</i> 2009;123(1):e87-e95.	No, cuestionario padre en retirada del soporte vital en tratamiento
422. Wills A, Wills J. I wish you knew... <i>Pediatr Nurs</i> 2009;35(5):318-321.	No, crítica a la atención sanitaria
423. Wilson SC, Supiano KP. Experiences of veterans' widows following conjugal bereavement: A qualitative analysis. <i>J Women and Aging</i> 2011;23(1):77-93.	No, experiencias de viudas
424. Withell B. The prebereavement psychological needs of AIDS-affected adolescents in Uganda. <i>Int J Palliat Nurs</i> 2009;15(3):128-133.	No, ayuda psicológica en adolescentes con VIH
425. Wolff T, Browne J. Organizing end of life care: Parallel planning. <i>Paediatrics and Child Health</i> 2011;21(8):378-384.	No, final de vida
426. Wool C. Systematic review of the literature: parental outcomes after diagnosis of fetal anomaly. <i>Adv Neonatal Care</i> 2011;11(3):182-192.	No, literatura de padres con hijos con anomalías fetales
427. Woolfall K, Young B, Frith L, Appleton R, Iyer A, Messahel S, et al. Doing challenging research studies in a patient-centred way: A qualitative study to inform a randomised controlled trial in the paediatric emergency care setting. <i>BMJ Open</i> 2014;4(5).	No, estudio cualitativo en emergencias pediátricas
428. Xu T, Yan Z, Duan S, Wang C, Rou K, Wu Z. Psychosocial well-being of children in HIV/AIDS-affected families in Southwest China: A qualitative study. <i>J Child Fam Stud</i> 2009;18(1):21-30.	No, bienestar psicosocial en niños con familiares con VIH
429. Xu Y, Herrman H, Tsutsumi A, Fisher J. Psychological and social consequences of losing a child in a natural or human-made disaster: a review of the evidence. <i>Asia Pac Psychiatry</i> 2013 Dec;5(4):237-248.	No, historia de vida completa
430. Yamazaki A. Living with Stillborn babies as family members: Japanese women who experienced intrauterine fetal death after 28 weeks gestation. <i>Health Care Women Int</i> 2010;31(10):921-937.	No, muerte del feto
431. Yopp JM, Rosenstein DL. Single fatherhood due to cancer. <i>Psychooncology</i> 2012;21(12):1362-	No, paternidad individual por cáncer

1366.	
432. Yuen WY, Duipmans JC, Jonkman MF. The needs of parents with children suffering from lethal epidermolysis bullosa. Br J Dermatol 2012;167(3):613-618.	No, necesidades de padres con hijos con epidermolosis
433. Zacharin MR. Puberty, contraception, and hormonal management for young people with disabilities. Clin Pediatr 2009;48(2):149-155.	No, jóvenes con discapacidad

Apéndice III – Resultados relacionados con la ocupación por artículo

Artículo 1: Bereavement experiences of mothers and fathers over time after the death of a child due to cancer (Alam et al., 2015)					
Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal		
			Autoeficacia		
		Valores	Convicciones personales	Padres: Disminuye la importancia dada al trabajo.. Madres: Le dan más importancia al cuidado de los demás hijos, así como a hablar de la muerte de su hijo/a	
				Sentido de obligación	
	Intereses		Padres: Pérdida de interés en el trabajo		
	Habitación	Hábitos	Madres: cambios en el trabajo o búsqueda de uno nuevo. Pasar más tiempo con la familia.		
		Roles	Madres: Cuidado de hijos, gestión familiar		
	Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales			
		Cuerpo vivido			
	Áreas de ocupación	Trabajo		Disminuye la importancia que le dan los padres	
Juego		Rezar. Buscan actividades de legado para mantener el vínculo con sus hijos fallecidos			
Actividades de la vida diaria		Ambos pasan mayor tiempo cuidando a los demás hijos; quieren mejorar el ambiente familiar.			

Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos	Padres: Ir al trabajo
		Demandas / restricciones	
	Contexto social	Oportunidades / recursos	Mejora en la relación con el esposo. Algunos familiares dan apoyo.
		Demandas / restricciones	Algunos familiares restringen la participación ya que los padres no consiguen comunicarse con ellos Con el tiempo la relación con la familia es más distante.
Cultura		Caucásica	

Artículo 2: A parents tears: primary results from the traumatic experiences and resiliency study (Cacciatory et al., 2014)

Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	Sentido de empeoramiento de su salud en un 33,8% y mejora un 13,01%.
			Autoeficacia	
		Valores	Convicciones personales	
			Sentido de obligación	
	Intereses			
	Habitación	Hábitos		Dificultad en mantener hábitos de vida saludables. Aumento en toma de alcohol y drogas
		Roles		
	Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		Depresión y ansiedad ->disminuye con el tiempo Aumento de peso. Fatiga diaria. Empeoramiento en distintos componentes de la salud: Alta presión arterial, psoriasis, problemas cardiacos, migrañas, ataques de pánico, bajo nivel del sist. Immunitario, etc.

		Cuerpo vivido		
	Áreas de ocupación	Trabajo		
		Juego		Asistencia a terapeuta o grupos de apoyo, mayor participación en voluntariados
		Actividades de la vida diaria		
Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos	Terapeuta o grupos de apoyo	
		Demandas / restricciones		
	Contexto social	Oportunidades / recursos	La relación con el cónyuge y/o hijos puede mejorar, fortalecer el vínculo.	
		Demandas / restricciones	Puede empeorar la relación con la familia cercana, a causa de dificultades en la comunicación después de la pérdida con cónyuge y/o hijos	
	Cultura		Estado unidos, reino unido, Australia y Canadá	

Artículo 3: An exploration of lesbian maternal bereavement (Cacciatory & Raffo, 2011)

Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	Se sienten absentas respecto a si mismas y su vidas.
			Autoeficacia	
		Valores	Convicciones personales	
			Sentido de obligación	
		Intereses		
	Habitación	Hábitos	Rituales o acciones para recordar al hijo/a, hacer un pastel en su cumpleaños, un tatuaje, llevar un medallón con su foto	

		Roles		Siente que nunca serán las de antes.
	Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		Desesperanza, estado de shock.
		Cuerpo vivido		Sienten que una parte de ellas también murió. Se sienten absentes respecto a sí mismas y sus vidas.
Áreas de ocupación	Trabajo		Una madre comenta no acordarse de cuando trabajaba	
	Juego		Realizan rituales y memoriales conmemorativos	
	Actividades de la vida diaria		Una madre explica que no condujo durante 2 meses	
Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos		Grupos de ayuda al duelo
		Demandas / restricciones		En estos grupos pueden sentirse incómodas, por ser lesbianas.
	Contexto social	Oportunidades / recursos		Apoyo de personal sanitario, de familia, y el más importante el de la pareja
		Demandas / restricciones		Sentimiento de incomodidad en grupos de madres lesbianas y en grupos de ayudas a padres en duelo. Prejuicios de la sociedad en cuanto a la formación de familia por parte de personas homosexuales
	Cultura		Diversas: caucásica, judía, europea-canadiense. Con religión judía, budista, protestante y atea.	

Artículo 4: The experiences of parents readjusting to the workplace following the death of a child by suicide. (Gibson, Gallagher & Jenkins, 2015)

Participación	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	Reconocen presentar dificultades en situación que requieren interacción social, también memoria y concentración
			Autoeficacia	

		Valores	Convicciones personales	Lo que pensarán sus compañeros de trabajo de él/los.
			Sentido de obligación	Volver al trabajo también por ser algo inevitable. Mantener un rol modélico para los jóvenes o lealtad a los compañeros de trabajo.
		Intereses		La energía, interés, creatividad y confianza en realizar nuevos proyectos en el trabajo se reduce. Posible disminución de la motivación en el trabajo, hasta llegar a pensar en cambiar de profesión para realizar una que "ayude a los demás".
Habitación		Hábitos		Equilibran el tiempo entre el trabajo y la familia.
		Roles		Poder tener un rol de trabajador les hace sentir que hacen algo positivo y justifica su existencia.
Capacidad de desempeño		Componentes físicos y mentales		Dificultades en el sueño, fatiga extrema y ansiedad. Déficit en concentración, procesos mentales y memoria.
		Cuerpo vivido		
Áreas de ocupación		Trabajo		<p>Dificultades para volver al trabajo. Los padres tienden a reducir la ambición y la carga laboral, mientras al inicio las madres trabajan más duro.</p> <p>Situaciones más complicadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encuentro con compañeros que no saben de la muerte de su hijo - Conversaciones de hijos de compañeros o eventos importantes como graduaciones o aniversarios - Trabajar con jóvenes que les recuerdan a sus hijos.

				- Frases relacionadas con suicidio como "me voy a matar". Reincorporación entre 0 y 12 meses
		Juego		
		Actividades de la vida diaria		
Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos		El trabajo les ofrece la oportunidad de salir de casa y distraerse estando ocupados
		Demandas / restricciones		La evitación por parte de los compañeros de trabajo les hacía sentir culpa y dolor. Así como también ellos también los evitan para que no le pregunten cómo está por miedo a su propia reacción.
	Contexto social	Oportunidades / recursos		
		Demandas / restricciones		
	Cultura			Irlanda del Nord

Artículo 5: Early parental adjustment and bereavement after childhood cancer death (Barrera et al., 2009).

Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	Siente que han madurado, crecido positivamente.
			Autoeficacia	Un 40% de los padres sienten que han fallado en "ser padres".
		Valores	Convicciones personales	Para ellos es importante mantener en su memoria y en diferentes contextos sociales a su hijo. Por ejemplo, haciendo memoriales. También es importante la relación

			con su pareja y si tienen otros hijos/as aun con vida.
		Sentido de obligación	
		Intereses	Interés en realizar actividades que recuerden a sus hijos/as. Están construyendo objetivos y metas. Donde se interesan más en intereses personales, como música o ejercicio.
Habitación	Hábitos		Algunos padres mantienen hábitos que los relacionan con su hijo/a como visitar el cementerio, o rituales (besar una foto). Un padre comenta que si "tu único hijo muere, no hay más rutina, es diferente, no hay razón para levantarse y hacer nada...". Así que empiezan nuevas actividades y rutinas.
	Roles		No tener que cuidar de su hijo/a les permite pasar mayor tiempo con su pareja, fortaleciendo este rol. Están en un proceso de redefinir su identidad, sin embargo creen que crear una nueva identidad terminará con su rol de padre/madre.
Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		Sentimientos de vacío y soledad. Tristeza y a veces dolor, el cual puede llegar a ser físico. Alivio porque su hijo ya no sufre.
	Cuerpo vivido		Algunos padres sienten que su hijo/a todavía sigue vivo.
Áreas de ocupación	Trabajo		
	Juego		El tiempo que antes dedicaban a cuidar sus hijos/s ahora lo dedican

			con actividades que los relacionan con él o pasando mayor tiempo con su pareja.
		Actividades de la vida diaria	Reciben ayuda, amigos y familiares les traen comida o ayudan en tareas de cuidar a los demás hijos.
Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos	
		Demandas / restricciones	
	Contexto social	Oportunidades / recursos	Reconocen que hablar del duelo y de su hijo/a difunto les ayuda. A la mayoría la pareja le brinda estabilidad y soporte. Los hijos/as vivos les brindan fuerza, soporte y un propósito de vida. Apoyo de amigos y familia que vive cerca, así como de grupos de apoyo, personal sanitario y algunos compañeros de trabajo con los que pueden hablar y les ayudan en tareas de cuidar de los demás hijos o traer comida.
		Demandas / restricciones	En las parejas que solían dedicar mucho tiempo al niño/a y no tenía comunicación provoca mayor distancia que puede conllevar al divorcio. Personas de su círculo social que no les ayudan
	Cultura		Asiática, europea y del este.

Artículo 6: "It may not be pretty, but it's honest": examing parental grief on the callpitter blog (DeGroot & Carmack, 2013)

Parti	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad
-------	----------	---------------------	----------------------

		personal	
		Autoeficacia	Para afrontar el duelo comenta: "Prové, sin éxito, de hacer cualquier cosa para escapar de la realidad – distraerme (estando ocupada), evitándolo (durmiendo), escapando (viajando), negándolo o llorando. Pero no funciona, no hay escapatoria". Siente que no protegió a sus hijos.
	Valores	Convicciones personales	Buscar un significado a las muertes de sus hijos. Cambia su creencias acerca la muerte (antes creía en cielo y infierno, ahora en algún tipo de reencarnación en diferentes planos, ya que sintió la presencia de sus hijos)
		Sentido de obligación	
	Intereses		Busca nuevos propósitos, así empieza la recolección de fondos para construir un parque en memoria a sus hijos.
Habitación	Hábitos		
	Roles		Menciona que debe crear una nueva identidad, ya que antes era madre y esposa y ahora no (divorciada).
Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		Al concienciarse que sus hijos fallecieron siente "dolores" de depresión, estados de shock. Sentimientos de culpabilidad, junto con ira e impotencia, por no haber protegido a sus hijos, los

			que pueden llevar a dolor físico, como dolores de cabeza. Admite haber tenido pensamientos suicidas Su comportamiento ha cambiado, puede pasarse horas sollozando
		Cuerpo vivido	Durante una primera etapa siente que vive en dos mundos en tensión, construir una nueva vida y la que está continuamente en duelo (la cual se pregunta acerca el fallecimiento de sus hijos), más adelante (en tiempo) menciona que los dos mundos pueden vivir juntos.
	Áreas de ocupación	Trabajo	
		Juego	Se fue 2 semanas de vacaciones a Italia. Intenta mantenerse ocupada para no pensar en la muerte de sus hijos.
		Actividades de la vida diaria	Cocinar
Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos	
		Demandas / restricciones	
	Contexto social	Oportunidades / recursos	
		Demandas / retriicciones	Quiere alejarse de la gente, sobretodo en fechas importantes como Navidades
	Cultura		Estado Unidense

Artículo 7: Morbidity, mortality and parental grief: A review of the literatura on the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents (Cummings, 2009).

Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	
			Autoeficacia	Los padres tienen el sentimiento de haber fallado en su rol protector, por no prevenir o evitar la muerte de su hijo/a
		Valores	Convicciones personales	
			Sentido de obligación	
		Intereses		
	Habitación	Hábitos		El fallecimiento de un hijo/a es un estresor psicológico en la vida de los padres, lo que afecta directa o indirectamente a su salud, contribuye a hábitos de vida no saludables como tener una dieta pobre o falta de ejercicio físico.
		Roles		El fallecimiento del hijo/a interrumpe la estructura familia, los padres pierden la estabilidad otorgada por el hogar, por lo que deben reorganizarse y reestructurar los roles familiares y las responsabilidades.
	Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		El sentimiento de culpabilidad puede abrumar los mecanismos de supervivencia de los padres Acerca mortalidad: · 4 artículos advierten que los padres en duelo tienen mayor riesgo de mortalidad, mientras otros 4 no encuentran relación entre ambos.

			<ul style="list-style-type: none"> · Los artículos que estudian el suicidio o la ideación suicida observan mayor riesgo de suicidio en padres en duelo, especialmente si el hijo tenía una edad entre 1 y 6 años. · Mayor posibilidad de morir de cáncer si el diagnóstico está hecho antes de la muerte del hijo. <p>Acerca morbilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> · 13 de 17 encuentran mayor riesgo de enfermedad (ansiedad, depresión, ideación suicida, cáncer, infarto de miocardio, esclerosis múltiple y abuso de drogas o alcohol); los otros 4 no encuentran mayor riesgo en cáncer o ACV) · Mayor posibilidad de desarrollar un trastorno mental · Las consecuencias cardiovasculares no son claras, un estudio encuentra que entre los 7 y 17 años después los padres tienen mayor riesgo de sufrir un infarto de miocardio, mientras otro no encuentra mayor riesgo de sufrir un ACV.
		Cuerpo vivido	
	Áreas de ocupación	Trabajo	
		Juego	
		Actividades de la vida diaria	
Ambiente		Contexto físico	Oportunidades / Recursos
			Demandas / restricciones

	Contexto social	Oportunidades / recursos	
		Demandas / restricciones	La muerte de un hijo es una ruptura del ciclo vital (se espera que los padres mueran antes que los hijos), esto provoca que la sociedad, incluyendo el soporte social de los padres (amigos, familiares, organizaciones religiosas, personal sanitario, etc.) no esté preparada para responder a las necesidades de los padres.
	Cultura		

Artículo 8: Parents coping with the death of their child: From individual to interpersonal to interactive perspectives (Stoebe, Schut & Finkenauer, 2015).

Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	
			Autoeficacia	
		Valores	Convicciones personales	Búsqueda de explicación al fallecimiento o atribución de la responsabilidad. Un síntoma de duelo frecuente en los padres puede ser culpar a la madre. Los padres que no “dan significado” al fallecimiento presentan más sint. de duelo
				Sentido de obligación
	Intereses		Ayudar a los demás.	
	Habitación	Hábitos		
		Roles	Una estrategia de afrontamiento es tener nuevo rol, puede ser tener otro hijo/a, ayudar a los demás Cambio en el rol de “liderazgo” en el	

			matrimonio.
	Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales	Síntomas somáticos e intensa tristeza. Las madres sienten mayor culpabilidad y tienen mayores niveles de depresión y ansiedad. Mayores problemas de salud y pobre bienestar en comparación con padres que no están en duelo. Se ha demostrado que la pareja que adquiere un rol protector “paga por esto” (le afecta a su bienestar y salud) y también afecta a su pareja. Los padres no religiosos presentan menos depresión.
		Cuerpo vivido	
	Áreas de ocupación	Trabajo	Los padres con alta educación o que trabajan más horas presentan menos síntomas de duelo
		Juego	La actividad y estrategias de afrontamiento afectivas predicen menos desorden mental en los padres (no madres)
		Actividades de la vida diaria	Aparece un espacio o discrepancias en las relaciones sexuales en las parejas
Ambiente		Contexto físico	Oportunidades / Recursos
			Demandas / restricciones
		Contexto social	Oportunidades / recursos

			experiencia, sensibilidad, aceptar diferencias y adaptación del otro.
		Demandas / retriaciones	Algunos estudios revelan que las parejas que pierden a un hijo tienen mayor porcentaje de divorcio
	Cultura		

Artículo 9: Parental Bereavement: a panoramic view (Hunt & Greeff, 2012).

Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	Se sienten vulnerables
			Autoeficacia	Admiten que tienen momentos de incompetencia personal.
		Valores	Convicciones personales	
			Sentido de obligación	Proteger a los demás hijos
		Intereses		Las mujeres necesitan más llorar y hablar. Aumenta el interés en "la vida" después de la muerte
	Habitación	Hábitos		
		Roles		
	Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		Angustia y culpabilidad. Pérdida de energía y fuertes dolores físicos. Pérdida de memoria, concentración, sueño. Síntomas de depresión. Sienten decepción, ira y culpa hacia algo (Dios, la iglesia...) o alguien en concreto (marido, personal sanitario...).
		Cuerpo vivido		Tardan en acostumbrarse a la nueva situación, de forma que los padres anhelan.. que sus hijos vuelvan, acariciarlos, oírlos, olerlos, etc. Esta adaptación a vivir sin ellos les

				provoca ansiedad. Emociones como culpabilidad, soledad y miedo se instalan en su comportamiento durante un largo plazo
	Áreas de ocupación	Trabajo		Los hombres necesitan más ocuparse, en el trabajo
		Juego		O en act. Recreativas. Ambos participan en actividades qde ayuda a los demás.
		Actividades de la vida diaria		Muchas veces los padres pasan por alto su sufrimiento para proteger a sus demás hijos
Ambiente		Contexto físico	Oportunidades / Recursos	
			Demandas / restricciones	
		Contexto social	Oportunidades / recursos	Las esposas reciben apoyo de sus maridos, también la familia cercana. Ayudas más importantes: Alguien que haya pasado por una experiencia similar, que sepa escuchar, que abrace, que no de demasiados o inapropiados consejos, visitas cortas, ayudas prácticas (como traer comida), etc.
			Demandas / retriicciones	Algunos amigos los evitan o les hablan de cosas insensiblemente, eso provoca soledad y que se aislen. Los familiares con quién ya no había buena relación antes del fallecimiento provocan mayor angustia. No ayuda dar consejos o minimizar los sentimientos de los otros. Profesionales de salud mental
		Cultura		Cultura no caucàsica, estudio realizado en Sur África

Artículo 10: Bereaved parents' experiences of supportive and unsupportive communication (Toller, 2011)				
Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	
			Autoeficacia	Sienten que han fracasado en las capacidades para proveer y proteger sus hijos
		Valores	Convicciones personales	Que su hijo sea recordado. Algunos padres también encuentran importante educar a sus familiares y amigos en cómo ayudarles
			Sentido de obligación	
		Intereses		Sienten la necesidad de hablar para afirmar y autenticar sus experiencias en el duelo. Los hombres suelen tender más a procesar el duelo mediante actividades y las mujeres hablando.
	Habitación	Hábitos		
		Roles		Pierden su rol como padre e identidad
	Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		
		Cuerpo vivido		Sienten que con el fallecimiento del hijo también pierden una parte de sí mismos
	Áreas de ocupación	Trabajo		
Juego			Una madre explica como escribio una carta a familiares y amigos contando como ayudarla, es un apoyo para los demás y uno mismo.	
Actividades de la vida diaria			Dificultades para realizarlas, sobretodo poco después del	

			fallecimiento, preparar comidas, cuidado de la casa, llamadas, etc.
Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos	Ayudas de forma tangible (que les limpien la casa preparen comida, etc.). Grupos de padres en duelo: compartir experiencias con padres que han pasado por la misma situación, sobretodo cuando la familia y amigos se han "cansado" de escuchar.
		Demandas / restricciones	
	Contexto social	Oportunidades / recursos	Familia y amigos se esfuerzan para entender la lucha/esfuerzo por el que están pasando los padres. Poder hablar y escuchar acerca de su hijo/a, que les escuchen a ellos también.
		Demandas / retriicciones	Muchas veces familia y amigos no saben como actuar y temen a herir a los padres, con lo que se alejan de ellos. También están pasando el duelo. El apoyo que brindan es por un período corto de tiempo. Se sienten aislados y estigmatizados Los clichés no ayudan a los padre, ej. Està en un sitio mejor, espero que encuentres la paz
Cultura		Caucásica	

Artículo 11: "Cycling around an emotional core of sadness": emotion regulation in a couple after the loss of a child (Hooghe, Neimeyer & Rober, 2012).

Volición | Causalidad | Sentido de | Dificultad para hablar propiamente

		personal	capacidad personal	de la pérdida porque les provoca dolor. Se sienten vulnerables debido a una "tristeza interior que les rodea continuamente y que puede estrechar o engrandar su tamaño"
			Autoeficacia	
		Valores	Convicciones personales	Hablar entre ellos de su hija para honrar a su memoria y mantenerla en sus vidas, también encuentran importante que los demás la mencionen.
			Sentido de obligación	
		Intereses		
Habitación	Hábitos		Cada año van al hospital donde murió.	
	Roles		En su rol de pareja una de las cosas más importantes es ser el primer confidente si la otra persona lo necesita. Comentan que existe una relación dinámica de equilibrio-balance en cada uno.	
Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		Para la mujer la tristeza va acompañada de memorias, pero no para el hombre. Dificultad en explicar sus sentimientos en palabras	
	Cuerpo vivido		Han creado una "corteza" alrededor de la tristeza para protegerlos y aislar esta. Su grueso depende del tiempo transcurrido y de la situación.	
Áreas de ocupación	Trabajo			
	Juego		Realizan actividades relacionadas con su hija, ej prender una vela en	

			<p>una iglesia cuando están de vacaciones.</p> <p>Asistieron a un psicoterapeuta cuando quisieron tener otro hijo, aun así lo hicieron en otra lengua (para mantener distancia del sufrimiento).</p>
		Actividades de la vida diaria	<p>Para ellos es importante seguir sintiéndose cerca de su hija en su día a día.</p> <p>En el día a día con su pareja siempre tienen un ojo a como se siente el otro, no describen el proceso como algo completamente individual.</p> <p>Como hablar les puede doler encuentran 3 formas de hablar "desde la distancia" (1.no directamente, metáforas,etc. 2.en un contexto de investigación y 3. Hablar en otro idioma)</p>
Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos	Asistir a psicoterapeuta
		Demandas / restricciones	
	Contexto social	Oportunidades / recursos	Sienten más facilidad al hablar con otros padres en duelo o profesionales sensibles.
		Demandas / restricciones	<p>Les cuesta compartir sus emociones con gente que no ha pasado por lo mismo porque no preguntan acerca de ello.</p> <p>La corteza puede ser agujereada cuando alguien pretende hablar de la muerte de su hija sin su "permiso".</p>

	Cultura	Holandesa
--	---------	-----------

Artículo 12: El transitar del sobrevivir al revivir: comprender la vivencia de padres y madres que han perdido a sus hijos a causa del cáncer (Vega, Rivera & González, 2012).

Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	Creen que todo lo sucedido les ha servido para crecer personalmente y ser mejor persona.
			Autoeficacia	Sienten que han fallado en proteger a su hijo La convicción de que tanto ellos como el profesional sanitario hicieron todo lo posible para ayudar a sus hijos/as les facilita la superación de la pérdida.
		Valores	Convicciones personales	Los padres creen que existe un vínculo espiritual permanente con sus hijos, los cuales se encargan de protegerlos.
			Sentido de obligación	Un padre comenta la "obligación" de convertirse él en el pilar de la familia para que no se derrumbara
		Intereses		Las primeras semanas solo les interesaba dormir para no sentir el dolor
	Habituaación	Hábitos		
		Roles		Creen haber fallado en su rol protector hacia su hijo/a. Los demás hijos les brindan fuerza para aceptar su nueva identidad de padre. Empiezan un nuevo rol en una corporación
	Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		Desanimo, apatía, intensa tristeza. También soledad, frustración y culpa. Mencionan que un paso

			adelante fué aceptar la pérdida y la nueva realidad, eso permitió expresar sus penas, rabias y miedos y liberarse.
		Cuerpo vivido	...“Nuestro dolor y sufrimiento está, sí...nuestra pena está. Esto va a estar por siempre, pero hay que a vivir con eso.”
	Áreas de ocupación	Trabajo	
		Juego	Un padre comenta como en los momentos en que se sentía muy mal se tranquilizaba viendo fotos de su hijo. Asisten una corporación
		Actividades de la vida diaria	El fallecimiento afecta a toda la familia, su dinámica y su calidad de vida. Al principio no desean ni realizar sus actividades cotidianas. Sueñan con sus hijos y estos les comentan que están bien
Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos	Poder asistir a la Corporación Re-Viviendo (agrupación de niños con enf. Oncológicas y acompañamiento al final de vida) donde comparten experiencias con sus pares, sintiéndose así partes de un grupo, lo que disminuye la sensación de choque, injusticia y desamparo.
		Demandas / restricciones	
	Contexto social	Oportunidades / recursos	Los demás hijos se transformaron en su razón de vida. Después de hablar de su hijo se siente liviano.

		Demandas / retricciones	
	Cultura		chilena

Artículo 13: The relationship between grief adjustment and continuing bonds for parents who have lost a child (Ronen et al., 2010).

Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	Consideran que han aprendido de la pérdida (o de su hijo/a).
			Autoeficacia	
		Valores	Convicciones personales	Valora mucho más detalles que antes no le eran tan importantes, como su hijo, la casa, voluntariados, etc. Se ha quedado con algunos obtejos con significado especial. Se preocupa por la opinión y sentimientos de los demás al hacer actividades relacionadas con su hijo/a
			Sentido de obligación	
			Intereses	
	Habitación	Hábitos		Mirar una foto de su hija cada día; llevar un medallón con su foto cada día.
		Roles		
	Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		Dificultades para regular su estado anímico.
		Cuerpo vivido		Dificultad en aceptar la pérdida de su hija
	Áreas de ocupación	Trabajo		
Juego			1 madre comenta que al ver otros niños/as con similitudes a su hija	

				fallecida le recuerdan a ella y se siente dominada por dolor; otra comenta que esto le pasaba al principio pero fue disminuyendo. Actividades para su aniversario, como realizar una fiesta o donar regalos a niños del hospital, aunque siempre se preocupaba por que sentirán o pensarán las personas que invita.
		Actividades de la vida diaria		Fue dando cosas que pertenecían a su hija a otros bebés, lo que la reconfortó.
Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos	No ha realizado ningún cambio en la habitación o en las fotos de la casa, y guarda algún objeto, como prueba del valor de su hija.	
		Demandas / restricciones	Evita los juguetes que pertenecían a su hija para no hundirse.	
	Contexto social	Oportunidades / recursos	Su matrimonio se ha fortalecido, mejora la relación con su hijo	
		Demandas / restricciones	El contexto social no habla con ella acerca de su hijo	
	Cultura	Estado unidense (San Francisco Bay Area)		

Artículo 14: Finding Meaning in the Loss of a Child - Journeys of chaos and quest (Titus & de Souza, 2011)

Participación ocupacional	Volición	Causalidad personal	Sentido de capacidad personal	Dificultad en la participación de interacciones sociales del día a día.
			Autoeficacia	Sensación de estar "fuera de control", están inseguros acerca sus competencias.

		Valores	Convicciones personales	<p>Importante hablar acerca el hijo/a, reconociendo así su importante rol en la familia.</p> <p>Sienten la necesidad de darle un significado a la muerte, para que no haya sido en vano, que aprendan de ello.</p>
			Sentido de obligación	
		Intereses		
	Habituaación	Hábitos		
		Roles		<p>Nueva identidad como “padres con un hijo fallecido”.</p> <p>Deben construir una nueva identidad, una nuevo significado de ellos mismos.</p>
Capacidad de desempeño	Componentes físicos y mentales		<p>Los padres a menudo guardan los sentimientos y emociones. Sensación e impotencia manifestada con pensamientos suicidas.</p> <p>1 madre comentan que siempre va a estar en duelo, pero que es normal y “sano” (healthy).</p>	
	Cuerpo vivido		Una madre siente que parte de su vida se ha ido con su hijo fallecido	
Áreas de ocupación	Trabajo			
	Juego		Asisten a grupos d ayuda al duelo	
	Actividades de la vida diaria		Obtuvieron ayuda de amigos y vecinos, quienes les llevaban comida y se ofrecían a lavarle la casa, etc.	
Ambiente	Contexto físico	Oportunidades / Recursos	Encontraron ayuda en grupos de duelo.	

		Demandas / restricciones	
	Contexto social	Oportunidades / recursos	La pareja gana importancia. Apoyo recibido de mucha gente que no s'esperaba, en diferentes formas carta, llamadas, etc. Así como también d amigos, familiares, etc.
		Demandas / retricciones	Las personas de su ambiente social suelen evitar mencionar el nombre del hijo por miedo a causar malestar en los padres. Los padres se sienten "señalados" en ambientes sociales. La pareja puede ser una fuente de estrés, debido a la diferencia de duelo entre ambas personas de la pareja, ej. el marido se siente impotente ante el dolor de su esposa y ella resentimiento por la falta de afecto de su marido. Los amigos no saben cómo ayudarles
	Cultura		Estado unidense