



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2018-2019

TRABAJO FIN DE GRADO

Duelo patológico. Detección, prevención, tratamiento e intervención enfermera. Revisión bibliográfica.

Javier Gómez Rodríguez

Tutora: Belén Rodríguez San Adrián

Junio 2019

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

Índice

RESUMEN:	2
INTRODUCCION:	6
OBJETIVOS:	18
• Principal:.....	18
• Específicos:.....	18
DESARROLLO	19
Tipo de estudio.....	19
Método.....	19
DISCUSIÓN	24
Detección del duelo normal y duelo patológico	24
Factores de riesgo de sufrir un duelo patológico:	29
Medidas de prevención de desarrollo de duelo patológico	31
Tratamiento del duelo y duelo patológico	33
Intervención de la enfermería durante el duelo	40
CONCLUSIÓN	44
BIBLIOGRAFÍA:	46

RESUMEN:

Introducción: El duelo es el proceso de adaptación natural y universal que se lleva a cabo después de sufrir una pérdida. La pérdida de un ser querido es un hecho doloroso, único y personal además de inevitable y que lleva asociado una serie de consecuencias negativas que afectan a la salud física y psicológica. Si estas situaciones de duelo no son resueltas con normalidad y se alargan en el tiempo o tiene consecuencias excesivas se puede producir el duelo patológico o complicado.

Objetivo: El objetivo de la revisión bibliográfica es conocer el proceso del duelo, duelo patológico, su detección y tratamiento, así como la intervención enfermera en este proceso.

Desarrollo: Se han utilizado las bases de datos: Google Scholar, Scielo, Ibecs, Pubmed. Los criterios de inclusión fueron: artículos sobre el duelo, duelo patológico, detección, tratamiento e intervención enfermera, artículos publicados de los últimos 20 años, publicaciones en español e inglés y artículos con posibilidad de acceder al texto completo de manera gratuita. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron: "Duelo", "Duelo patológico", "Duelo complicado", "Duelo en atención primaria", "Fases del duelo", "Diagnóstico del duelo", "Prevención del duelo complicado", "Tratamiento del duelo", "Family therapy", "Pharmacological treatment" y "Grief". Como operadores booleanos se emplearon: AND y OR.

Discusión: Se exponen las principales manifestaciones que se dan en el duelo (sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas), además de una serie de circunstancias que pueden orientar hacia la detección de un duelo patológico, los factores de riesgo de desarrollar un duelo patológico (personales, relacionales, circunstanciales y sociales), las medidas de prevención para evitar su desarrollo, tanto antes como después del fallecimiento, las principales terapias y tratamientos para el duelo y el duelo complicado, y se explica el papel de la enfermería durante el duelo, tanto a la hora de promover y ayudar a desarrollar un duelo normal y como para la detección de posibles complicaciones.

Conclusiones: El conocimiento del proceso de duelo normal y sus posibles complicaciones evita el que se produzcan alarmas injustificadas o se realicen intervenciones innecesarias. Se debería incluir en el DSM cómo concepto para un correcto tratamiento y es importante mencionar que una precoz detección de los riesgos de desarrollar el duelo patológico, así como el apoyo para la realización de las medidas de prevención de este son la mejor forma de ayudar para la elaboración de un duelo normal.

Palabras clave: Duelo, duelo patológico, duelo complicado, prevención, tratamiento, intervención enfermera.

Introducción: O duelo é o proceso de adaptación natural e universal que ten lugar tras sufrir unha perda. A perda dun ser querido é un feito doloroso, único e persoal e inevitable e asociado a unha serie de consecuencias negativas que afectan a saúde física e psicolóxica. Se estas situacións de duelo non se resoven normalmente e alárganse no tempo ou teñen consecuencias excesivas, pode ocorrer unha dor patolóxica ou complicada. Neste artigo falaremos sobre a detección, prevención, tratamento e papel da enfermaría nunha dor complicada.

Obxectivo: O obxectivo desta revisión bibliográfica é coñecer o proceso de duelo, de duelo patolóxico, a súa detección e tratamento, así como a intervención da enfermaría neste proceso.

Desenvolvemento: Empregáronse bases de datos: Google Scholar, Scielo, Ibecs, Pubmed. Os criterios de inclusión foron: artigos sobre duelo, duelo patolóxico, detección, tratamento e intervención da enfermaría, artigos publicados nos últimos 20 anos, publicacións en castelán e inglés e artigos coa posibilidade de acceder gratuitamente ao texto completo. As palabras clave utilizadas na busca foron: "duelo", "duelo patolóxico", "dor complicado", "duelo de atención primaria", "fases de duelo", "diagnóstico de loito", "prevención de loito complicado", " Tratamento de duelo ", " Terapia familiar ", " Tratamento farmacolóxico "e" Dolor ". Usáronse os seguintes operadores booleanos: AND e OR.

Discusión: Expóñense as principais manifestacións que se producen no duelo (sentimentos, sensacións físicas, cognicións e conductas), así como unha serie de circunstancias que poden orientar cara á detección dun duelo patolóxico, os factores de risco de desenvolver un duelo patolóxico (persoal, relacional, circunstancial e social), medidas preventivas para evitar o seu desenvolvemento, antes e despois da morte, as principais terapias e tratamentos para o duelo e o duelo complicado e explícase o papel da enfermaría durante o duelo, tanto á hora de promover e axudar a desenvolver un duelo normal e tamén de cara á detección de posibles complicacións.

Conclusiones: O coñecemento do proceso normal de duelo e as súas posibles complicacións evita a aparición de alarmas inxustificadas ou intervencións innecesarias. Debe incluírse no DSM como un concepto de tratamento axeitado e é importante mencionar que a detección precoz dos riscos de desenvolver dor patolóxica, así como o apoio para a implementación de medidas de prevención para iso é o mellor xeito de axudar. a elaboración dun duelo normal.

Palabras clave: Duelo, duelo patolóxico, duelo complicado, prevención, tratamento, intervención da enfermaría.

Introduction: Grief is the natural and universal adaptation process that takes place after suffering a loss. The loss of a loved one is a painful, unique and personal fact as well as inevitable and associated with a series of negative consequences that affect physical and psychological health. If these situations of mourning are not resolved normally and lengthen in time or have excessive consequences, pathological or complicated grief may occur. In this article we will talk about the detection, prevention, treatment and role of nursing in complicated grief.

Objective: The objective of this the objective of this literature review is to know the process of mourning and pathological grief, its detection, prevention and treatment, as well as the role of nursing in this process.

Duelo patolóxico. Detección, prevención, tratamento e intervención enfermera.

Development: Databases have been used: Google Scholar, Scielo, Ibecs, Pubmed. The inclusion criteria were: articles on grief, pathological grief, detection, treatment and nursing intervention, articles published in the last 20 years, publications in Spanish and English and articles with the possibility of accessing the complete text for free. The key words used in the search were: "Duel", "Pathological mourning", "Complicated grief", "Duel in primary care", "Phases of mourning", "Diagnosis of mourning", "Prevention of complicated mourning", " Grief treatment ", " Family therapy ", " Pharmacological treatment "and" Grief ". The following were used as Boolean operators: AND and OR.

Discussion: The main manifestations that occur in the duel are exposed (feelings, physical sensations, cognitions and behaviors), as well as a series of circumstances that can guide towards the detection of a pathological grief, the risk factors of developing a pathological grief (personal, relational, circumstantial and social), preventive measures to prevent their development, both before and after death, the main therapies and treatments for the normal and pathological grief and is explained the role of nursing during grief, their role in promoting and helping develop a normal grief and its role at the time of detection of possible complications.

Conclusions: The knowledge of the normal grieving process and its possible complications avoids the occurrence of unwarranted alarms or unnecessary interventions. It should be included in the DSM as a concept for proper treatment and it is important to mention that an early detection of the risks of developing pathological grief, as well as support for the implementation of prevention measures for this is the best way to help the elaboration of a normal duel.

Keywords: Mourning, pathological mourning, grief, complicated grief, prevention, treatment, nursing intervention.

INTRODUCCION:

La pérdida de un ser querido se encuentra entre los sucesos vitales negativos, críticos y/o traumáticos que pueden afectar la salud física y psicológica de las personas que están atravesando un duelo. Diversidad de estudios dan cuenta de los efectos negativos que las pérdidas pueden tener sobre la salud, sobre el aumento de las tasas de mortalidad, morbilidad, suicidio y de trastornos emocionales, psicosomáticos y mentales. (Lundin,1984; Parkes,1972; Stroebe & Stroebe,1987/1994) ^{1,2}

La RAE define el duelo como el conjunto de “demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”. Se define también como “Una reacción afectiva dolorosa ante la pérdida de un objeto o persona amada”. Es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. Puede ser real o percibida, y tanto de una persona, objeto, función, status, relaciones...etc.

Es algo personal y único y cada persona lo experimenta a su modo y manera, sin embargo, produce reacciones humanas comunes. Es una experiencia que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales. ^{3, 4}

Existen pocos datos acerca de la prevalencia de personas con duelo, pero se estima que el 5% de la población sufre anualmente la pérdida de un ser querido. ²

La teoría del apego de Bowlby nos ofrece una manera de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen. Esta teoría describe el desarrollo psicoemocional sano en el ser humano. La persona desarrolla de forma instintiva vínculos (apegos).

Duelo patológico. Detección, prevención, tratamiento e intervención enfermera.

La tesis de Bowlby es que estos apegos provienen de la necesidad que tenemos de protección y seguridad; se desarrollan a una edad temprana, se dirigen hacia unas pocas personas específicas y tienden a perdurar a lo largo de gran parte del ciclo vital. La conducta de apego tiene un valor de supervivencia.

La meta de la conducta de apego es mantener un vínculo afectivo. Cuando tales vínculos se ven amenazados o rotos, se suscitan intensas reacciones emocionales. Cuanto mayor es el potencial de pérdida más intensas son estas reacciones y más variadas. En estas circunstancias, se activan las conductas de apego más poderosas: aferrarse, llorar, y quizás coaccionar mediante el enfado... cuando estas acciones son exitosas, se restablece el lazo, las actividades cesan y se alivian los estados de estrés y malestar. Si el peligro no desaparece sobrevendrá el rechazo, la apatía y el desespero. ^{5,6}

El duelo se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando el vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. La intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye. Algunos estudios refieren que 16% de las personas que pierde un familiar sufre una depresión durante el año siguiente, cifra que se incrementa hasta aproximadamente 85% en la población mayor de 60 años. ⁷

La expresión de duelo no es universal, ni uniforme, ni homogénea, y posee diferentes matices, expresiones, ritos y comprensiones desde variables socioculturales. ⁵

La caracterización mas común como consecuencia a una pérdida según las diferentes dimensiones de las personas es: en la dimensión física (dolor o sensación de “vacío” en el estomago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad a los ruidos, disnea, palpitaciones) en la dimensión emocional (sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad), en la dimensión cognitiva (dificultad para

7 Duelo patológico. Detección, prevención, tratamiento e intervención enfermera.

concentrarse, confusión, embotamiento mental, falta de interés por las cosas), en la dimensión conductual (aislamiento social, hiperactividad o inactividad, conductas de búsqueda, llanto), en la dimensión social (resentimiento hacia los demás, aislamiento social) y en la dimensión espiritual (Se replantean las propias creencias y la idea de trascendencia, se formulan preguntas sobre el sentido de la muerte y de la vida).⁵

Según los diferentes autores determinan que las personas durante el duelo pasan por diferentes fases, que pueden ser entre 3 y 5, aunque el desarrollo del duelo pasa por unas etapas que a grandes rasgos suponen tres:

- La primera etapa: es la de shock y se caracteriza por un estado de choque, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anestesiada, aturdimiento, perplejidad, sentido de irrealidad, negación y desconfianza. Se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardiaco, náuseas o temblor, nudo en la garganta, suspiros, sensación de vacío en el estómago.

Hay un rechazo, incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. Esta fase es de corta duración.

- La segunda etapa: es la de preocupación, central y de mayor duración. Se caracteriza por un estado depresivo que expresa con rabia, tristeza, insomnio, anorexia, debilidad, agotamiento, culpabilidad, sueños y pensamientos sobre el difunto, anhedonia e introversión.

Se producen momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna. Se recuerda constantemente al desaparecido y se añoran los pequeños detalles. Se asocia un sentimiento de gran soledad, no solamente social sino también emocional.

- La tercera etapa: es la de resolución o restablecimiento. Se caracteriza por la posibilidad de la persona para recordar el pasado sin dolor, recupera el interés por otras actividades y se establecen nuevas relaciones. Se separa de los objetos personales del fallecido, guardando solamente los significativos. El estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta un alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente, por la capacidad para establecer nuevas relaciones. 7, 8

Según los diferentes autores puede haber diferentes teorías del duelo con fases más específicas y diferenciadas.

- Sigmund Freud, fue el primero en elaborar una teoría del duelo clara y sólida. Afirmaba que el sufrimiento de la persona en duelo es debido a su apego interno con la fallecida. Sostenía que el objetivo del duelo es separar estos sentimientos y apegos del objeto perdido. Como resultado de un proceso de duelo el yo queda liberado de sus antiguos apegos y disponible para vincularse de nuevo con otra persona viva.
- Kubler- Ross, que trabajó con personas en situaciones terminales, y es una de las autoras mas importantes y conocidas, estableció cinco etapas, centradas principalmente en las fases que pasa un enfermo terminal afrontando su propio duelo: 9
 - Negación: Es probable que las personas se sientan culpables porque no sienten nada; presentan un estado de entumecimiento e incredulidad. Hay una imposibilidad de reconocer el hecho. Cumple con una función amortiguadora y adaptativa y se considera como una defensa provisional dando más tiempo para afrontar la situación.
 - Enfado o ira: El enfado puede proyectarse hacia otras personas o interiormente expresarse en forma de depresión, culpar a otro es una forma de evitar el dolor, aflicciones y

desesperación personales de tener que aceptar el suceso. También se encontraron reacciones emocionales de rabia, hostilidad y agresividad. Se halló que la ira estaba dirigida hacia todos en general, hacia la familia, amigos y obstáculos que se encuentran.

- Negociación: se da en nuestra mente para ganar tiempo antes de aceptar la situación, retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente las pérdidas. Está relacionado con la posibilidad de alcanzar deseos, expectativas y objetivos orientados hacia el futuro, lo cual otorga a los pacientes y parientes una mayor motivación, fuerza y dirección. Las personas señalan que el pacto proporciona un sentido a la vida y les da más fuerza ante la adversidad, promoviendo una orientación positiva.
 - Depresión: es el enfado dirigido hacia adentro, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza, impotencia, la presencia de tristeza, pensamientos negativos, deseos de muerte, aislamiento social y una actitud de claudicación.
 - Aceptación: se da cuando después de la pérdida se puede vivir en el presente, sin adherirse al pasado. Si lo enfocamos de cara a un duelo propio por enfermedad, se da cuando se acepta la enfermedad, pero sin sentarse a observar pasivamente ésta, el enfermo lo acepta, pero hace lo necesario para alcanzar un estado de salud aceptable.¹⁰
- Bowlby realiza una clasificación que ordena el proceso del duelo, distinguiendo cuatro fases:
 - Fase de embotamiento, que dura habitualmente entre algunas horas y una semana y que puede ser interrumpida por descarga de ansiedad extremadamente intensas.
 - Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, que dura varios meses y con frecuencia, años. Muchas características

de esta fase deben ser consideradas como aspectos de la búsqueda efectiva de la figura pérdida, que va unida al comportamiento de apego que es una forma de conducta instintiva que se desarrolla en la persona como un componente normal. Siempre que una figura a la que se está apegado está inexplicablemente ausente, la ansiedad de separación como respuesta natural es inevitable.

- Fase de desorganización y desesperación: Algún tiempo después de la pérdida, al imponerse la noción de la realidad, se intensifican los sentimientos de desesperanza y soledad, la persona acepta finalmente la muerte y cae inevitablemente en una etapa de depresión y apatía.
- Fase de un grado mayor o menor de reorganización: esta última fase se inicia aproximadamente luego de un año de ocurrida la pérdida. El deudo se encuentra en condición de aceptar la nueva situación y es capaz de redefinirse a sí mismo y al nuevo contexto. Esta redefinición de sí mismo es tan penosa como determinante, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida y volver a la situación previa. Hasta que no se logra esta nueva definición, no pueden hacerse planes de futuro. 9
- Worden refiere que una de las dificultades al usar el enfoque de las etapas en el proceso de duelo es que las personas no atraviesan etapas en serie y que se encuentran solapamientos entre las diferentes fases y son poco diferenciadas. Considera más oportuno hablar de tareas, puesto que estas implican que la persona sea activa y pueda hacer algo en su recuperación, mientras que las fases implican pasividad, es decir, algo que la persona en duelo atraviesa. Incluye cuatro tareas en el duelo:
 - Aceptar la realidad de la pérdida.
 - Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida,

- Adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente
- Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo. 9, 11
- Niemeyer presenta un nuevo modelo teórico alternativo a las corrientes clásicas, define el duelo como una reconstrucción de significados y destaca lo particular y lo activo durante el proceso. Hay que aceptar la realidad de la pérdida por difícil que sea, así como expresar completamente todos los sentimientos. Postula que la muerte transforma las relaciones en lugar de ponerles fin. Según esto, no es necesario distanciarse de los recuerdos del ser querido, sino convertir una relación basada en la presencia física en otra basada en la conexión simbólica. Presenta también una reconstrucción de significados. El mundo de la persona queda transformado por la pérdida. La reconstrucción de un nuevo mundo de significados que tenga sentido no necesariamente lleva a la normalidad previa a la pérdida, sino que da la oportunidad de llegar a un estado de mayor desarrollo personal. 9

Cuando no se produce una adaptación normal a la pérdida, se produce el conocido como duelo patológico o complicado. Este se caracteriza por una intensificación en la cuál la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas y permanece en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución, apareciendo mayores complicaciones. 12

El duelo normal o no complicado es una respuesta normal, con un carácter predecible de sus síntomas y su desarrollo. Supone el duelo en el que la persona puede aceptar la pérdida atravesando la crisis vital en la cual la pérdida lo situó, saliendo revitalizado de la situación, asumiendo una nueva identidad personal en la que se incluyan aspectos nuevos o renovados del sí mismo. 1,7,8

Se produce cuando hay una interrupción del proceso normal de duelo que prohíbe un cierre saludable y una curación de la persona afectada por la pérdida. La presencia o no de duelo patológico se va a caracterizar, fundamentalmente, por la intensidad y la duración de la reacción emocional. El duelo complicado constituye un síndrome único, como entidad diferente con síntomas distintos a los de la ansiedad y la depresión relacionados con el duelo normal.

La diferencia entre un “duelo normal” y un “duelo patológico”, esta determinado por la presencia de factores como: la falta de aflicción, la euforia que puede manifestarse como negación de la pérdida sufrida o como hecho de que el deudo siga con su vida como habitualmente, sin haber acusado a la pérdida como un suceso que debería haber afectado toda su vida.

Existen variedades de *duelo patológico* que pueden alterar tanto la salud mental como la salud física de las personas, al hacer que queden afligidas, con dificultades para reestablecer y/o mantener relaciones. Si dichas capacidades se vieran afectadas desde antes de la pérdida, las mismas podrán deteriorarse aún más a partir de esta.^{1, 5, 7}

El duelo patológico según sus características puede ser:

- Crónico
- Congelado, negado o pospuesto
- Enmascarado
- Exagerado
- *Duelo crónico:*

Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida.

La persona es incapaz de rehacer su vida, se muestra absorbida por constantes recuerdos y toda su vida gira en torno al fallecido, considerando como una ofensa hacia el difunto restablecer cierta normalidad.^{5, 7, 12}

- Duelo congelado, negado o pospuesto:

Se presenta en personas que, en las fases iniciales del duelo no dan signos de afectación o dolor por el fallecimiento de su ser querido. Se insta una especie de prolongación del embotamiento afectivo, con la dificultad para la expresión de emociones.

Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción.

Se desencadenará más tarde de manera excesiva. 5, 7

- Duelo enmascarado:

La persona experimenta síntomas (somatizaciones) y conductas que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida del ser querido.

Pueden aparecer como síntomas físicos (enfermedades psicosomáticas), o conductas desadaptativas (depresión inexplicable, hiperactividad).

Las personas que no se permiten vivir el duelo directamente pueden presentar síntomas psicosomáticos. El dolor puede ser un síntoma de duelo suprimido. 5, 12

- Duelo exagerado:

La persona experimenta la intensificación de un duelo normal, se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa. La persona es consciente de que sus síntomas están relacionados con una pérdida. Incluyen trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida. Algunos ejemplos pueden ser la depresión clínica posterior a una pérdida, la ansiedad en forma de ataques de pánico o conductas fóbicas, el abuso de alcohol u otras sustancias y el trastorno de estrés postraumático. 12

Los factores de riesgo relacionados con la aparición del duelo complicado son numerosos, los más generales son factores de la personalidad o del contexto social que afectan la salud de dolientes y no dolientes y se subdividen en: factores que modulan los efectos del duelo (como puede ser el disponer o no de apoyo psicológico) y factores con efectos específicos en el duelo (aspectos de la situación de la muerte/duelo que influyen en el impacto que tiene la pérdida o en su recuperación). Se pueden clasificar en circunstanciales, sociales, relacionales y personales.

11, 13

Se acepta generalmente que en torno a un tercio de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria, presentan problemas de salud mental que requerirían algún tipo de tratamiento y, aproximadamente una cuarta parte del total presenta problemas que podrían considerarse relacionados con algún tipo de pérdida. El conocimiento de los factores que pueden ser causa de problemas posibilita actuaciones preventivas. El conocimiento del proceso de duelo normal y de sus posibles complicaciones evita el que se produzcan alarmas injustificadas o se realicen intervenciones innecesarias y hace posible que se intervenga cuando sea verdaderamente necesario. ¹⁴

Los expertos (Prigerson H, Vanderwerker LC, Maciejewski PK), ponen de manifiesto que la falta de criterios consensuados y medidas sensibles del duelo, dificultan el desarrollo y replicación de las investigaciones, que faciliten conocer cuáles son los tratamientos más efectivos. Existen dudas acerca de los efectos negativos que puedan llegar a tener los protocolos de actuación preventiva. Hay evidencias de que las intervenciones en duelo normal pueden interferir en la elaboración del proceso, si se realizan justo después de producirse la pérdida. Por otra parte, son los tratamientos realizados para duelos complicados o con personas que presentan criterios altos de riesgo, los que muestran respuestas más prometedoras en sus resultados. ¹⁵

El duelo complicado no aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM), por lo que no hay un criterio estándar oficial para su diagnóstico, el DSM-IV incluye el duelo en problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica y lo define como la reacción ante la muerte de un ser querido. Según este manual el duelo es una entidad susceptible de recibir atención clínica que podría ocasionar síntomas similares a la depresión mayor, al estrés postraumático, tristeza, insomnio y anorexia, siendo la evolución crónica e implicando grandes dosis de padecimiento y considerables gastos sanitarios. ¹⁶

Sin embargo, en la sección referida a los diagnósticos que requieren mayor investigación del DSM-V, se propone la posibilidad de crear una categoría diagnóstica llamada “Trastornos por duelo Complejo Persistente” basándose en unos criterios diagnósticos concretos. ¹⁶

La primera línea de tratamiento es en atención primaria, dónde la principal misión es la detección de posibles casos de duelo patológico o identificar aquellas personas que presenten factores de riesgo para una posterior derivación si fuera necesario, además se trabaja el asesoramiento (counselling) y el apoyo emocional. Aunque hay quien piensa que sería bueno ofrecer este tipo de ayuda a toda persona que esté atravesando un proceso de duelo, la mayor parte de los autores se decantan por ofrecerla sólo a aquellas personas que lo solicitan espontáneamente, o que muestran dificultades para adaptarse a la pérdida. ¹⁷

La segunda línea de tratamiento en las terapias del duelo estaría indicada en casos de duelo complicado y son llevadas a cabo por un profesional de la salud mental. Los profesionales de atención primaria son los encargados de detectar los casos de duelo complicado para derivarlos.

¹⁷

Las más destacadas son la Terapia Cognitivo- Conductual, la Terapia del Duelo Complicado (TDC) y el Counselling. También se puede utilizar la Terapia Grupal Centrada en Soluciones.

La Terapia Cognitivo-Conductual tiene como dirección profundizar en la necesidad de realizar un procesamiento adecuado de lo sucedido e integrar la pérdida en la autobiografía existente, identificar y cambiar las creencias e interpretaciones del proceso que sean problemáticas y reemplazar las estrategias ansiosodepresivas de evitación, por otras que proporcionen un ajuste más adecuado.¹⁵

En el modelo TDC los principales objetivos son: reducir la intensidad del duelo, es decir, del sufrimiento asociado a la pérdida, facilitar y promover la capacidad de disfrutar de los buenos recuerdos del fallecido, promover la recuperación y/o instauración de las relaciones con los otros y apoyar para la reincorporación a la vida diaria.¹⁸

La Terapia Centrada en Soluciones es otra terapia que puede ser usada en estos casos.^{19, 20}

En cuanto a la relación de este tema con la enfermería, ésta al tener un papel como protagonista de los cuidados, debe cobrar protagonismo en la atención al proceso del duelo. Un importante reto de futuro inmediato es consolidar nuestra atención en la esfera psicosocial del individuo, desplazada a un claro segundo plano por la dimensión biológica.²¹

El papel de la enfermería durante el duelo es fundamental no solo en atención primaria enfocándose en pacientes que hayan tenido una pérdida reciente, sino también en otras unidades de trabajo en los que el paciente pase por un proceso de duelo personal (pacientes con enfermedades terminales), teniendo un papel importante a la hora de la detección de posibles complicaciones y realizar una derivación a un especialista.^{2, 22}

Haciendo referencia a los diagnósticos de enfermería descritos en el NANDA, encontramos el diagnóstico de *Duelo* y el de *Duelo complicado*. En cuanto a las intervenciones que aparecen en el NIC, las más destacadas para estos diagnósticos son: *Asesoramiento*, *Facilitar el duelo*, *Potenciación de roles* y *Mejorar el afrontamiento*.^{23, 24}

Debido a todo lo explicado anteriormente se consideró importante e interesante realizar una revisión para conocer el duelo, el duelo patológico, los factores de riesgo, las medidas de prevención y detección y su tratamiento, así como la intervención enfermera en el proceso de duelo.

OBJETIVOS:

- Principal:
 - Realizar una revisión bibliográfica del proceso del duelo y de duelo patológico, las formas de detección, la prevención y su tratamiento por parte del personal sanitario.

- Específicos:
 - Conocer el proceso de duelo y de duelo patológico.
 - Identificar los factores de riesgo que aumentan las posibilidades de desarrollar un duelo patológico.
 - Conocer las medidas adecuadas para la prevención del duelo patológico.
 - Conocer la intervención del personal de enfermería en las situaciones de duelo y duelo patológico.

DESARROLLO

Tipo de estudio

Revisión bibliográfica del proceso del duelo y de duelo patológico, las formas de detección, de prevención y su tratamiento por parte del personal sanitario.

Método

Para la realización de este trabajo los criterios empleados en la selección de los estudios fueron: artículos sobre el duelo, duelo patológico, detección, tratamiento e intervención enfermera; artículos publicados de los últimos 20 años, publicaciones en español e inglés y artículos con posibilidad de acceder al texto completo de manera gratuita.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: artículos que no cumplan los criterios de inclusión.

Las bases de datos utilizadas fueron: Google Scholar, Scielo, Ibecs, Pubmed. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron: “Duelo”, “Duelo patológico”, “Duelo complicado”, “Duelo en atención primaria”, “Fases del duelo”, “Diagnóstico del duelo”, “Prevención del duelo complicado”, “Tratamiento del duelo”, “Family therapy”, “Pharmacological treatment” y “Grief”. Como operadores booleanos se emplearon: AND y OR.

En la **Tabla 1** se muestra un resumen de las estrategias de búsqueda en función de las bases de datos utilizadas y los términos empleados.

Tabla1: Resumen del proceso de búsqueda

<u>Estrategias de búsqueda</u>	
Base de datos	Términos de búsqueda
<u>GOOGLE SCHOLAR</u>	"Duelo"
	"Duelo por pérdida de seres queridos"
	"Duelo complicado"
	"Duelo en atención primaria"
	"Fases del duelo"
	"Diagnóstico del duelo"
	"Tratamiento del duelo complicado"
	"Prevención del duelo complicado"
	"Duelo" AND "Enfermería"
	"Family Therapy" AND "Grief"
	"Terapia centrada en soluciones"
<u>SCIELO</u>	"Duelo"
	"Duelo patológico"
<u>IBECS</u>	"Duelo" AND ["Patológico" OR "Complicado"]
<u>PUBMED</u>	"Complicated grief" AND "Pharmacological treatment"

Los artículos que se descartaron en primer lugar se excluyeron por no cumplir los objetivos de esta revisión o por no cumplir los criterios de inclusión.

Se seleccionan un total de 30 artículos considerados relevantes para realizar la revisión bibliográfica.

Tabla 2: Autores, año de publicación y título de la publicación.

Autor	Año	Título
Yoffe L.	2013	<i>Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos</i>
García Campayo J.	2012	<i>Manejo del duelo en atención primaria</i>
Meza Dávalos EG, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez Silva B.	2008	<i>El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales</i>
Cabodevilla I.	2007	<i>Las pérdidas y sus duelos</i>
Vedia Domingo V.	2016	<i>Duelo patológico Factores de riesgo y protección</i>
Barreto P, Yi P, Soler C.	2008	<i>Predictores del duelo complicado</i>
Gil Juliá B, Bellver A, Ballester R.	2008	<i>Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento</i>
Fernández Liria A, Rodríguez Vega B.	2002	<i>Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo</i>
Romero V.	2013	<i>Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas</i>
Rodríguez Vega B, Fernández Liria A.	2002	<i>Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): el proceso del duelo</i>
Beyebach M.	1999	<i>Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones</i>

Aponte Daza VC	2011	<i>Terapia centrada en soluciones aplicada a un caso de duelo patológico</i>
Martín Rodríguez A, García Hernández AM, Toledo Rosell C.	2008	<i>Duelo y Duelo Complicado en las consultas de enfermería de Atención Primaria</i>
Herdman	2015	<i>NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación.</i>
Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM	2015	<i>Clasificación de los resultados de enfermería (NIC)</i>
Carmona Z., Bracho C	2008	<i>La muerte, el duelo y el equipo de salud</i>
Flórez, SD	2002	<i>Duelo</i>
Oviedo, S.J., Parra, F.M. y Marquina, M	2009	<i>La muerte y el duelo</i>
Miaja, M. y Moral, J	2013	<i>El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales</i>
Worden JW	1997	<i>El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia</i>
Pereira Tercero R	2010	<i>Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico</i>
Barreto P, de la Torre O, Pérez-Marín M	2012	<i>Detección del duelo complicado</i>

Duelo patológico. Detección, prevención, tratamiento e intervención enfermera.

Schuler, T., Zaider, T., & Kissane, D	2012	<i>Family grief therapy: A vital model in oncology, palliative care and bereavement</i>
Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM	2012	<i>Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature</i>
Alberola Candel V., Adsuara Vicent L. Reina López N.	2007	Libro de SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) “ <i>Duelo en Oncología</i> ” capítulo: <i>Intervención individual en el duelo</i>
Chacón López-Muñiz JI., Martínez Barbeito M. González Barboteo J.	2007	Libro de SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) “ <i>Duelo en Oncología</i> ” capítulo: <i>El duelo complicado</i>
Vedia Domingo V.	2016	<i>Duelo patológico Factores de riesgo y protección</i>
Worden JW.	2008	Libro: “ <i>Grief Counselling and Grief Therapy: A handbook for the mental health practitioner</i> ” capítulo <i>Grief Counseling: Facilitating Uncomplicated Grief</i>
Orbegozo A. Astudillo W.	2003	Libro “ <i>Cuidados Paliativos en Enfermería</i> ” capítulo <i>La enfermería y la filosofía de los cuidados al final de la vida.</i>
Latiegi A	2003	Libro “ <i>Cuidados Paliativos en Enfermería</i> ” capítulo <i>Papel de la Enfermería en el Duelo</i>
Los Arcos MJ.	2003	Libro “ <i>Cuidados Paliativos en Enfermería</i> ” capítulo <i>Bases para el apoyo a la familia en la terminalidad</i>

DISCUSIÓN

Tras la revisión de los artículos y material seleccionado se redactan los puntos mas relevantes en apartados considerados pertinentes según los objetivos de la revisión.

Detección del duelo normal y duelo patológico

Worden W. en su trabajo *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*⁶ y Pereira Tercero R. en su trabajo *Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico*²⁵ exponen que el duelo normal se manifiesta a través de los siguientes sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas:

- Sentimientos:
 - Tristeza. Es el sentimiento más común, en las personas en duelo.
 - Enfado. Está en la base de muchos de los problemas del proceso de duelo. Proviene de dos fuentes:
 - Sensación de frustración ante el hecho de que no había nada que hacer para evitar la muerte.
 - Una especie de experiencia regresiva. En la pérdida de cualquier persona importante hay una tendencia a la regresión, a sentirse desamparado, incapaz de existir sin esa persona, y luego a experimentar enfado y ansiedad.
El enfado se ha de identificar y dirigir apropiadamente hacia el fallecido para que lleve a una conclusión sana. Una de las desadaptaciones más peligrosas del enfado es la postura de dirigirlo hacia adentro, hacia el sí mismo.
 - Culpa y autorreproche. Normalmente la culpa se manifiesta respecto a algo que se ocurrió o que se descuidó alrededor del momento de la muerte.
 - Ansiedad. Puede oscilar desde una ligera sensación de inseguridad a fuertes ataques de pánico y cuanto más intensa y persistente sea la ansiedad más sugiere una reacción de duelo patológica. Proviene de dos fuentes:

- Los supervivientes temen que no podrán cuidar de sí mismos solos.
- La ansiedad se relaciona con una conciencia más intensa de la sensación de muerte personal.
- Soledad.
- Fatiga. Se puede experimentar como apatía o indiferencia.
- Impotencia o desesperación.
- Shock. Muy a menudo en el caso de las muertes repentinas.
- Anhelo.
- Celos.
- Emancipación.
- Alivio. Sobre todo, si ese ser sufrió una enfermedad larga o particularmente dolorosa.
- Insensibilidad o negación. Ausencia de sentimientos. Probablemente ocurre porque hay demasiados sentimientos que afrontar y permitir que se hagan todos conscientes sería muy desbordante; así la persona experimenta la insensibilidad como una protección de su flujo de sentimientos.
- Sensaciones físicas:

A veces estas sensaciones físicas preocupan a los supervivientes y van al médico a que les haga una revisión.

 - Vacío en el estómago.
 - Opresión en el pecho.
 - Opresión en la garganta.
 - Hipersensibilidad al ruido.
 - Sensación de despersonalización.
 - Falta de aire.

- Debilidad muscular.
- Falta de energía.
- Sequedad de boca.

- Cogniciones:

Ciertos pensamientos son normales en las primeras fases del duelo y desaparecen después de un tiempo. Pero a veces los pensamientos persisten y desencadenan sentimientos que pueden producir una depresión o problemas de ansiedad.

- Incredulidad. Suele ser el primer pensamiento que se tiene cuando se conoce una muerte, especialmente la muerte súbita.
- Confusión. Parece que no pueden ordenar sus pensamientos, que tienen dificultad para concentrarse.
- Preocupación. Se trata de una obsesión con pensamientos sobre el fallecido. A menudo incluyen pensamientos obsesivos sobre cómo recuperar a la persona.
- Sentido de presencia. Es el equivalente cognitivo de la experiencia de anhelo.
- Alucinaciones. Tanto visuales como auditivas. Suelen ser experiencias ilusorias pasajeras. No son un mal presagio.

Por la mente de las personas en duelo pasan ciertos pensamientos como “no puedo vivir sin el/ella” que pueden desencadenar sentimientos de tristeza y/o ansiedad muy intensos pero normales.

- Conductas:

- Trastornos del sueño. Incluye dificultad para dormir y despertar temprano. En los duelos normales se corrigen solos, pero si el trastorno del sueño persiste, puede indicar un trastorno depresivo más serio.
- Trastornos alimentarios. Se pueden manifestar comiendo demasiado o muy poco.

- Conducta distraída. Las personas se pueden encontrar a sí mismas actuando de manera distraída y haciendo cosas que al final les producen incomodidad o daño.
- Aislamiento social. No es extraño que las personas que han sufrido una pérdida quieran aislarse del resto de la gente. Es normalmente un fenómeno efímero y se corrige solo.
- Soñar con el fallecido. Tanto sueños normales como angustiosos o pesadillas.
- Evitar recordatorios del fallecido. Algunas personas evitarán los lugares o cosas que les provocan sentimientos dolorosos. Cuando la persona en duelo se libra rápidamente de todas las cosas asociadas con el fallecido puede derivar en un duelo complicado.
- Buscar y llamar en voz alta. Está relacionado con una conducta de búsqueda.
- Suspirar. Conducta que se relaciona con la sensación de falta de aire.
- Hiperactividad desasosegada. Algunas personas buscan entretenerse para evitar pensar en el fallecido.
- Llorar. El estrés produce un desequilibrio químico en el cuerpo, y algunos investigadores creen que las lágrimas ayudan a restablecer la homeostasis. Las lágrimas alivian el estrés emocional.
- Visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerdan al fallecido. Es lo opuesto de la conducta de evitar los recuerdos de la persona. Muchas veces esta conducta refleja el miedo a olvidar al fallecido.
- Atesorar objetos que pertenecían al fallecido.

Una misma persona no experimentará todas estas reacciones. Es importante entender el amplio rango de conductas que abarca el duelo normal. Sin embargo, si estas experiencias persisten durante mucho tiempo en el proceso del duelo pueden ser indicadoras de un duelo más complicado. 6, 25

Según Pereira Tercero R. 25, el Duelo puede atascarse en cualquiera de las etapas descritas en el recorrido individual del duelo. Orienta en el diagnóstico de un duelo patológico:

- Su duración total: de más de dos años.
- La prolongación de la etapa de estupor o shock más allá de tres semanas.
- La ausencia total de respuesta afectiva en una persona que no se caracterizaba por ello.
- La prolongación de las etapas de negación y/o culpa por encima de seis meses.
- La presencia de un sentimiento desproporcionado de culpa.
- Cambios bruscos en el comportamiento: personas que antes salían poco ahora no entran en casa, o viceversa.
- Idealización excesiva del fallecido, especialmente si hay constancia de malas relaciones previas.
- Aparición de alteraciones diversas: insomnio pertinaz, abuso de tóxicos, fobias, ansiedad incontrolable, estados depresivos prolongados, ideas persistentes de suicidio.

Aunque estas circunstancias nos pueden orientar, el diagnóstico se realizará siempre considerando el contexto y las circunstancias que rodean a la pérdida y al sobreviviente, además de los síntomas que presente.¹³

Factores de riesgo de sufrir un duelo patológico:

Vedia Domingo V. en su artículo *Duelo patológico Factores de riesgo y protección*¹²; Barreto P, Yi P, Soler C. en el artículo *Predictores de duelo complicado*¹³, Barreto P, de la Torre O, Pérez-Marín M en el artículo *Detección de duelo complicado*¹⁶ y Pereira R. *Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico*²⁵ en su artículo exponen que los principales factores de riesgo de sufrir un duelo patológico son:

- Personales:
 - Ancianidad o juventud del doliente.
 - Enfermedad física o psíquica previa.
 - Trastorno psiquiátrico previo: ansiedad, depresión, intentos de suicidio, trastornos de personalidad.
 - Estrategias de afrontamiento pasivas ante situaciones estresantes, traumáticas o depresivas.
 - Abuso de sustancias psicotrópicas legales o ilegales.
 - Duelos anteriores no resueltos.
 - Escasez de aficiones o intereses.
 - Reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.
 - Autoconcepto y papel familiar de “persona fuerte”: actitud de negación de necesidades afectivas.
 - Valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.
 - Escasez de recursos para el manejo del estrés.
 - Baja autoestima y baja confianza en sí misma.
- Relacionales:
 - Pérdida del hijo/a, cónyuge, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia.

- Relación dependiente del superviviente respecto del fallecido. Adaptación complicada al cambio de papel.
- Relación conflictiva o ambivalente. Sentimientos encontrados de amor/odio no expresados.
- Bajo nivel de desarrollo familiar.
- Circunstanciales:
 - Juventud del fallecido.
 - Muerte repentina o imprevista.
 - Muerte incierta: desaparecidos.
 - Pérdida múltiple: varios miembros de la familia.
 - Acumulación de acontecimientos estresantes.
 - Duración larga de la enfermedad y la agonía.
 - Muerte incierta o no visualización de la pérdida (no ver el cuerpo del fallecido)
 - Enfermedad con síntomas sin controlar.
 - Imposibilidad de ver el cuerpo.
 - Recuerdo doloroso del proceso: dificultades diagnósticas, mal control de síntomas.
 - Muerte estigmatizada: sida, pareja homosexual.
- Sociales:
 - Personas que viven solas.
 - Ausencia de red de apoyo social/ familiar.
 - Disfunción familiar.
 - Recursos socioeconómicos escasos.
 - Responsabilidad de hijos pequeños.
 - Imposibilidad o incapacidad para expresar la pena

- Pérdida inaceptable socialmente
- Otros factores estresantes: conflictividad laboral, tipo de proyecto vital interrumpido. 12, 13, 16

Medidas de prevención de desarrollo de duelo patológico

La elaboración del duelo comienza cuando se tiene conciencia de la pérdida tras recibir el diagnóstico, conocer el pronóstico de incurabilidad o la noticia de la muerte. Por tanto, la atención al duelo debe empezar antes de producirse el fallecimiento de la persona querida y continuar después del mismo. 11

Gil Juliá B, Bellver A, Ballester R. exponen en su publicación *Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento*¹¹, una serie de medidas de prevención para el desarrollo del duelo complicado, tanto antes como después del fallecimiento de la persona.

ANTES DEL FALLECIMIENTO: se trabaja en la línea de prevenir en la medida de lo posible la aparición de duelo patológico, se pretende facilitar una adecuada elaboración posterior del duelo. Para este propósito, resulta conveniente:

- Facilitar que los familiares expresen sentimientos para que no queden asuntos pendientes o inconclusos que se conviertan en generadores de ansiedad durante el duelo.
- Promover la conservación de otros roles distintos al de cuidador.
- Promover un papel activo en la atención y control de síntomas.
- Reforzar la sensación de utilidad.
- Ayudar a repartir tareas entre los miembros de la familia para que todos se sientan participes y útiles.
- Favorecer la ruptura de la negación desadaptativa del familiar que comprometa los cuidados.
- Favorecer la ruptura de la conspiración de silencio si no hay negación adaptativa en el paciente.

- Favorecer la ruptura de la incomunicación emocional.
- Permitir que el paciente pueda “elegir” con quien morir (en los casos en que sea posible); animar a resolver asuntos pendientes.
- Normalizar los sentimientos y pensamientos que puedan derivar en culpabilidad posterior (llegar a desear que el enfermo muera o experimentar alivio cuando fallece)
- Facilitar aquellos rituales que ayuden a los familiares a despedirse de la persona querida.
- Proporcionar a la familia información veraz y adecuada para que afronte de forma ordenada las diferentes situaciones dolorosas que se van a presentar: cambios físicos, aclarar incertidumbres, falsos tópicos y miedos infundados sobre el momento de la muerte, dar pautas de comportamiento para los individuos de la familia más vulnerables (ancianos, niños y adolescentes).¹¹

TRAS EL FALLECIMIENTO: se continuará previniendo mediante apoyo emocional la aparición de duelo patológico; se pretende facilitar la elaboración del duelo y la adaptación a la nueva situación. En este caso la atención se dirigirá a aquellas personas que presentan factores de riesgo de duelo complicado o que la solicitan pues consideran que no poseen los recursos suficientes para afrontar la situación actual. Siguiendo en esta línea de prevención, después del fallecimiento sería conveniente.

- Favorecer todo aquello que aumente la realidad de la pérdida.
- Favorecer todas las actitudes que faciliten aceptación de la muerte, y por lo tanto, la elaboración del duelo (estar presente en el momento de la muerte, o ver el cadáver).
- Informar sobre el proceso del duelo (hablar sobre las manifestaciones normales).
- Abordar las circunstancias de la muerte clarificando hechos.
- Hablar de la historia de la relación perdida.

- Completar asuntos inacabados.
- Reforzar los elementos adaptativos existentes.
- Expresar y elaborar pensamientos, sentimientos y emociones
Potenciar la adaptación gradual a la nueva situación; identificar ayudas efectivas o su ausencia en los familiares y amigos.
- Aumentar la respuesta de apoyo del entorno social.
- Ayudar a establecer una nueva forma de relación con el fallecido compatible con la realidad presente y ayudar en la búsqueda de sentido de la vida y la muerte.

Asimismo, se intentará detectar los dolientes que presenten duelo patológico o trastornos relacionados con la pérdida para poder derivarlos al psicólogo y/o psiquiatra. ¹¹

Tratamiento del duelo y duelo patológico

Romero V. en su trabajo *Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas*. ¹⁵, expone que los expertos ponen de manifiesto que la falta de criterios consensuados y medidas sensibles del duelo dificulta el desarrollo y replicación de las investigaciones, que faciliten conocer cuáles son los tratamientos más efectivos para este tipo de dolor. ¹⁵

Chacón López-Muñiz JI., Martínez Barbeito M. y González Barboteo J. en su trabajo *El duelo complicado* ²⁶ explican que las principales acciones del tratamiento irán destinadas a:

- Intentar identificar, si existen, los elementos desencadenantes o agravantes del duelo complicado (alcoholismo, disfunciones familiares graves, trastorno psiquiátrico previo) para intervenir específicamente sobre ese elemento.
- Resolver los aspectos referentes a la pérdida, proporcionando el apoyo social y familiar necesario para ello, y por supuesto atender si fuera preciso tanto la problemática subyacente como la derivada de una elaboración incorrecta.

- Dotar al individuo de herramientas necesarias para afrontar el duelo y sus complicaciones. Podemos destacar:
 - Técnicas de relajación que alivien o favorezcan el control de la ansiedad y de los trastornos del sueño.
 - Enseñar técnicas de detención del pensamiento para los casos de pensamientos recurrentes estériles.
 - Técnicas de autocontrol.
 - Expresión de las emociones y facilitación del desahogo.
 - Desarrollo de destrezas sociales que permitan recuperar o establecer amistades y relaciones que favorezcan la resocialización cuando ésta se haya perdido o deteriorado.
 - Fomentar la recuperación de actividades de ocio o aficiones del doliente, que favorecen el bienestar y facilitan la vuelta a la vida normal.

Chacón López-Muñiz JI., Martínez Barbeito M. y González Barboteo J.²⁶ también explican que el tratamiento farmacológico debe utilizarse siempre que sea preciso. Cuando existen trastornos psiquiátricos de fondo (depresión, psicosis) su empleo es imperativo. Cuando no existen trastornos psíquicos orgánicos no se deben utilizar como tratamiento inicial, pero sí están recomendados cuando pueden resultar útiles. Por ejemplo, un ansiolítico durante un tiempo puede resultar útil para desbloquear una situación en la que la ansiedad es el síntoma predominante y no deja elaborar el duelo de forma adecuada. ²⁶

Por último, Gil Juliá B, Bellver A, Ballester R. ¹¹ señalan que el tratamiento del duelo se puede realizar de forma individual, grupal y/o familiar o combinada. Normalmente, atender al doliente de manera individual permite tratar problemas muy concretos y particulares de esa persona, pudiendo ser a la vez el paso previo a una terapia de grupo. Esta segunda modalidad, optimiza los resultados ya que se dan de manera conjunta una serie de factores como facilitar un espacio y lugar de

encuentro, ofrecer apoyo social, compartir con “iguales”, romper sentimientos de aislamiento y distanciamiento y posibilidad de aprender de las experiencias de las demás personas del grupo. Además, el grupo tiene una función educativa, es decir, las personas aprenden que el duelo requiere tiempo, que es un proceso dinámico, que se desenvuelve en el tiempo de forma característica, que hay unas etapas y tareas, y que deben tener una actitud activa y de compromiso. No son responsables de lo sucedido, pero sí del proceso de recuperación. ¹¹

Igualmente, lo que acabamos de comentar también se podría aplicar a la atención a nivel de familia, aunque si hacemos referencia al planteamiento propuesto por Kissane explicado en el artículo de Schuler, T., Zaider, T., & Kissane, D. llamado *Family grief therapy: A vital model in oncology, palliative care and bereavement*²⁷, la “Terapia centrada en la familia en duelo”, ésta prioriza a la familia como el contexto natural en el que la angustia de los individuos debido a la enfermedad y la pérdida se expresa; y podemos puntualizar que la familia como grupo es la mejor y más natural fuente de apoyo social y se intenta maximizar su funcionamiento para así mejorar la efectividad de este apoyo. Es importante destacar que trabajar con la familia en general permite el reconocimiento de las necesidades emocionales de los miembros individuales y, por lo tanto, es un enfoque que complementa fácilmente otras modalidades de apoyo. De esta manera, aumentando la cohesión, abriendo canales de comunicación y ayudando a resolver conflictos, facilitamos un ambiente de apoyo que fortalece los vínculos entre los miembros de la familia tratada.

Finalmente, resaltar que la modalidad combinada puede ser la de mayor utilidad, puesto que se beneficiará de las ventajas de cada una de ellas. ^{11,27}

Romero V. ¹⁵ explica una terapia propuesta por Katherine Shear y otros autores, llamado *Tratamiento del Duelo Complicado*. Esta terapia se encuentra enmarcada dentro de la perspectiva planteada por la teoría del apego y hace uso de técnicas utilizadas en la terapia interpersonal y en la

terapia cognitivo conductual e intervención motivacional. Los planteamientos teóricos de su tratamiento provienen según los propuestos de la teoría de Bowlby y de la existencia del circuito cognitivo- afectivo de apego llamado “working model”.

El “working model” explica que cuando perdemos a un ser querido, nuestra memoria narrativa incorpora los hechos y acontecimientos ocurridos, mientras que nuestra memoria semántica e implícita tarda en desarrollar nuevas reglas en las que nuestro ser querido no está presente.¹⁵

Alberola Candel V., Adsuara Vicent L. y Reina López N. en su trabajo *Intervención individual en el duelo*¹⁸ explican que este tratamiento incluye los estresores asociados a la pérdida, como pueden ser el tener que realizar las tareas que hasta entonces hacia la persona fallecida, realizar cambios importantes por necesidad, o el desarrollo de una nueva identidad, además de una multitud de sentimientos asociados con el afrontamiento de estas tareas, junto con las estrategias cognitivas involucradas en la aceptación de este evento vital y, lo que claramente lo distingue de otros modelos, que es el proceso dinámico de oscilación entre ambos. Esta oscilación hace referencia a la alternancia entre el afrontamiento orientado a la pérdida y a la restauración.¹⁸

Las técnicas psicológicas con las que se trabajan son ejercicios de exposición en imaginación y en vivo, relatar y recordar las vivencias relacionadas con la muerte de la persona querida, escuchar sus propios recuerdos y expresar qué les hace sentir. Durante el tratamiento se usan fotografías, objetos personales del fallecido, role-playing y conversaciones con la persona fallecida.¹⁵

Romero V.¹⁵ además explica la terapia conocida como *Orientación Cognitivo-Conductual*. Dentro de ésta terapia, se consideran que hay tres variables que son fundamentales en la aparición y mantenimiento de la complicación del duelo:

- Las personas realizan una mala elaboración e integración de la pérdida en la base de datos de conocimientos autobiográficos.

- Presentan creencias globales y negativas, y una inadecuada interpretación de las reacciones y manifestaciones producidas.
- Estrategias de afrontamiento ansioso-depresivas a la hora de abordar lo sucedido.

El tratamiento se fundamenta en intervenir en los factores anteriormente descritos. La dirección del trabajo se detiene en profundizar:

- La necesidad de realizar un procesamiento adecuado de lo sucedido e integrar la pérdida en la autobiografía existente.
- Identificar y cambiar las creencias e interpretaciones del proceso que sean problemáticas.
- Reemplazar las estrategias ansioso- depresivas de evitación, por otras que proporcionen un ajuste más adecuado.¹⁵

Para fortalecer el trabajo realizado con las reacciones depresivas, se planifican el incremento de actividades placenteras que estaban presentes en la vida cotidiana del paciente con anterioridad a la pérdida. Todo ello con el objetivo de favorecer que recupere y mejore su estado de ánimo y calidad de vida.¹⁵

Romero V. expone en último lugar, que hay autores que consideran el Counselling como un marco de intervención idóneo ante el fenómeno del duelo.¹⁵

Worden W en el capítulo *Grief Counseling: Facilitating Uncomplicated Grief*²⁸ de su libro *Grief Counselling and Grief Therapy: A handbook for the mental health practitioner* explica que el objetivo general de la consejería de duelo es ayudar al sobreviviente a adaptarse a la pérdida de un ser querido y poder adaptarse a una nueva realidad sin él o ella.²⁸

Se entiende como un proceso interactivo, en el que respetando el principio de autonomía de la persona y a través de la empatía, de la confrontación y de diversas estrategias de comunicación, se acompaña a

que las personas tomen las decisiones que sean más adecuadas para sí mismos y su estado emocional.

A través de sus principios fundamentales y actitudes básicas: la empatía, la veracidad y la aceptación incondicional, se hincapié en entender y la situación del otro y a su vez favorece que el paciente se sienta comprendido y capaz. Se trabaja desde la autenticidad, la aceptación y respeto a sus valores y se va a tratar de acompañarle y a poner en marcha todas las herramientas terapéuticas que sean necesarias, para facilitar la elaboración del proceso y alivio de su sufrimiento. Para ello, se requiere unos conocimientos técnicos de los aspectos en los que se va a profundizar, y ser conscientes como profesionales de la vinculación y contacto con la vulnerabilidad y dolor con el que vamos a tratar.¹⁵

A través del dialogo deliberativo y soporte emocional, se fomenta a que el paciente tome parte en su capacidad de autocuidado, a estimular la búsqueda de soluciones y la toma de decisiones que mejoren su propio bienestar. ¹⁵

Beyebah M.¹⁹ y Aponte Daza, VC. ²⁰ exponen que existe como alternativa a las mencionadas anteriormente la *Terapia Centrada en Soluciones*. Se centra en dos cosas: apoyar a las personas para que exploren su futuro preferido, y explorar cuándo, dónde, con quién y cómo, algunas partes de ese futuro al que aspiran ya se están dando. Ayudando así al paciente a distinguir las diferentes actividades que hacen que se sienta mejor. Se centra activamente en los recursos de los clientes, es decir, en aquellas ocasiones en las que no se da el problema (excepciones) o en aquellos aspectos relacionados con un futuro sin el problema (objetivos). En otras palabras, el terapeuta apenas se interesa por lo problemático o lo que no funciona, sino que se ocupa principalmente de analizar aquello que sí funciona y satisface a los clientes.

El Terapeuta Centrado en Soluciones ayuda a que el paciente pueda identificar los momentos en su vida actual en los que no se sentía mal o con que actividades se sentía mejor. Al tomar conciencia de estos

pequeños logros y ayudarles a repetir las cosas que pueden lograr cuando el problema no existe o cuando no es tan grave, los terapeutas ayudan al paciente a dirigirse hacia el futuro preferido que han identificado.^{19, 20}

Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM en su revisión bibliográfica *Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literatura*²⁹ explican que, si bien las investigaciones sobre el tratamiento farmacológico del duelo complicado solo han surgido recientemente en paralelo al progreso en la definición de esta condición y son escasos, el trabajo anterior que investiga la eficacia de los antidepresivos en los síntomas depresivos relacionados con el duelo ha arrojado resultados interesantes. Además, la falta de inclusión del duelo complicado en el DSM como un diagnóstico formalizado hasta la fecha tiene implicaciones para los ensayos y limita el desarrollo farmacéutico dirigido al tratamiento de éste.

Algunos autores han destacado que el duelo complicado comparte características comunes con otros dos trastornos de DSM, trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno por estrés postraumático (TEPT).²⁹

Tanto el duelo complicado como la depresión incluye síntomas como llanto, tristeza (aunque no necesariamente generalizada), trastornos del sueño e ideación suicida. Si bien la naturaleza del factor estresante es diferente en el duelo complicado (perder a un ser querido en lugar de enfrentarse a una situación de amenaza para la vida en el trastorno de estrés postraumático), estas personas también han experimentado un factor importante de estrés en la vida. Además, estas dos condiciones comparten algunos síntomas en común, como recuerdos intrusivos, trastornos del sueño, evitación y sensación de estar alejados de los demás.

Durante la última década, se ha demostrado ampliamente que los antidepresivos, y especialmente los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS), son efectivos para reducir los síntomas de TDM y los síntomas de TEPT, incluidos tristeza, ideación suicida y pensamientos intrusivos.²⁹

Los resultados de varios estudios abiertos sugieren que los ISRS pueden ser de utilidad en el manejo de esta condición debilitante, tanto como tratamientos independientes o en conjunción con psicoterapias específicas.

Si bien estos hallazgos brindan información valiosa sobre el tratamiento de los síntomas de duelo en el contexto de la depresión relacionada con el duelo, se ha demostrado sistemáticamente que el duelo complicado es una entidad clínica distinta de la depresión. Como los individuos con duelo complicado a menudo se presentan sin cumplir con los criterios completos para la depresión, se necesitan estudios adicionales para dilucidar la eficacia de los tratamientos farmacológicos para el duelo complicado.

Finalmente, investigaciones recientes también sugieren que los síntomas del duelo complicado pueden estar asociados con características fisiológicas y biológicas específicas. Estudios sugieren que la actividad simpática o parasimpática podría estar involucrada en la fisiopatología y que la manipulación farmacológica de estos sistemas podría también puede ser un enfoque de tratamiento potencialmente interesante. ²⁹

Intervención de la enfermería durante el duelo

Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. en su artículo *Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de Salud* ¹⁷ dicen que desde atención primaria, la enfermería tiene como objetivo la identificación de personas que tengan riesgos de desarrollar un duelo complicado o que puedan estar pasando por uno, para su posterior derivación en caso de ser necesario a un especialista. ¹⁷

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. en su artículo *Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de Salud* ¹⁴ explica que el conocimiento de los factores que pueden ser causa de problemas posibilita actuaciones preventivas. El conocimiento del proceso de duelo

normal y de sus posibles complicaciones evita el que se produzcan alarmas injustificadas o se realicen intervenciones innecesarias y hace posible que se intervenga, en cambio, cuando sea verdaderamente necesario. 14

Latiegi A. en el capítulo Papel de la Enfermería en el Duelo 4 del libro Cuidados Paliativos en Enfermería expone que el equipo de enfermería, como profesionales que son accesibles a los familiares, tienen como eje principal de su trabajo la atención de los pacientes y como objetivo la satisfacción de sus necesidades. Muy frecuentemente se centran en la importantísima dimensión física, no así en la dimensión emocional del paciente. 4

En el mismo libro, Los Arcos MJ. en el capítulo Bases para el apoyo a la familia en la terminalidad 30 explica que el apoyo a la familia debe hacerse desde el primer momento. La enfermería debe mostrarse accesible y asegurarse de tener un diálogo constructivo con la persona, que permita identificar sus temores y preocupaciones. Se deben realizar muestras de apoyo, reconocimiento a su labor y escuchar que los sentimientos de confusión, ansiedad, tristeza, ira e incluso culpabilidad, que puede experimentar.30

En el mismo capítulo, explica que es importante tener presente a la hora de comunicarnos con el paciente y su familia habilidades básicas de comunicación tanto verbal como no verbal para que esta sea efectiva y estos lleguen a captar el mensaje en su totalidad. Las habilidades a las que nos referimos son:

- **La Escucha Activa:** facilita su expresividad mostrando interés y atención. A través de: usar un tono de voz adecuado, parafrasear, asumir una postura activa, mantener el contacto visual, adoptar una expresión facial de atención, entre otras.
- **La Empatía:** es la actitud de intentar colocarse en la situación de la otra persona. Está ligada a la actitud de respeto, transmitir a la persona y su familia que se preocupa por él preservando su forma de pensar y valores.

- **La Aceptación y recompensación:** se trata de mostrar interés por lo que dice la otra persona sin juzgarle y facilitar la expresión de sus sentimientos. Es la habilidad para valorar, incentivar y motivar. Facilita la repetición de conductas recompensadas. ³⁰

Según los Diagnósticos de Enfermería: *Duelo y Duelo Complicado* del NANDA ²³, se describen a continuación las intervenciones de enfermería del NIC²⁴ consideradas más relevantes para este trabajo:

Asesoramiento

Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales. Código NIC: 5240

Las actividades pertenecientes a este NIC consideradas de importancia en la realización de este trabajo son entre otras: establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, demostrar empatía, calidez y sinceridad, favorecer la expresión de sentimientos, ayudar al paciente a identificar el problema causante del trastorno, a que enumere y priorice las alternativas posibles a su problema, a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos, practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones y fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.

Facilitar el duelo

Ayuda en la resolución de una pérdida significativa. Código NIC: 5290

Las actividades pertenecientes a este NIC consideradas de importancia en la realización de este trabajo son entre otras: ayudar al paciente a identificar la reacción inicial de la pérdida, estrategias personales de afrontamiento y las modificaciones necesarias del estilo de vida, fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida y de experiencias de pérdidas anteriores, y la identificación de los miedos más profundos sobre de la pérdida, escuchar las expresiones de duelo, explicar

Duelo patológico. Detección, prevención, tratamiento e intervención enfermera.

las fases del proceso de duelo y apoyar la progresión a través de los estadios personales de duelo y los progresos conseguidos en el proceso.

Potenciación de roles

Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos. Código NIC: 5370

Las actividades pertenecientes a este NIC consideradas de importancia en la realización de este trabajo son entre otras: ayudar al paciente a identificar los diversos roles en el ciclo vital, períodos de transición de roles a lo largo de la vida, las conductas necesarias para el desarrollo de roles, los cambios de roles específicos necesarios, estrategias positivas en los cambios de roles y facilitar la conversación sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del miembro enfermo, el ensayo de roles consiguiendo que el paciente se anticipe a las reacciones de los demás ante la adopción de dicho rol y las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles.

Mejorar el afrontamiento.

Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

Las actividades pertenecientes a este NIC consideradas de importancia en la realización de este trabajo son entre otras: ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo y los sistemas de apoyo disponibles, a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos, a resolver los problemas de forma constructiva, a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento, evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones, tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante, confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión), facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad, presentar al paciente personas (o

grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito y estimular la implicación familiar.¹⁷

CONCLUSIÓN

El duelo es un proceso por el que todo ser humano pasa a lo largo de su vida. Es un proceso único y personal que cada uno pasa de forma diferente al resto. Lleva asociadas una serie de manifestaciones (sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas) que pueden ser consideradas normales durante el proceso. Si el proceso se alarga más de lo normal, se presenta con manifestaciones exageradas o afecta a la persona de una forma en la que le impide volver a hacer su vida normal después de la pérdida, se trata de un duelo patológico o complicado.

Barreto P, de la Torre O, Pérez-Marín M.¹⁶ explican que el diagnóstico del duelo complicado es difícil, ya que aún no se incluye como un concepto independiente en el DSM. Sería muy necesario la inclusión de éste con unos criterios bien definidos para poder empezar a valorar esta situación de forma concreta, diferenciada y ordenada, y ayudar al avance y la investigación en los tratamientos específicos.

Romero V.¹⁵ explica que en cuanto al tratamiento, las diferentes terapias (Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia del Tratamiento del Duelo Complicado, el Counselling y la Terapia Grupal Centrada en Soluciones) individuales o grupales/familiares, no pueden establecer cuál es el tratamiento más adecuado para duelo complicado, porque cada forma de dolor es único y genera necesidades diferentes en las personas y que posiblemente los protocolos se debieran adaptar a intervenir de manera individualizada. Por lo tanto, se deben llevar a cabo según las características individuales de cada paciente o las conjuntas de la familia.

Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM.²⁹ explica que no existe evidencia para el tratamiento específico del duelo complicado como concepto independiente, pero que hay estudios que prueban que el tratamiento de los síntomas compartidos con la depresión (tristeza, apatía, etc.) con antidepresivos (ISRS principalmente) puede ser de utilidad en el manejo de estos síntomas, tanto como tratamientos independientes o en conjunción

con psicoterapias específicas. Como los individuos con duelo complicado a menudo se presentan sin cumplir con los criterios completos para la depresión, se necesitan estudios adicionales para dilucidar la eficacia de los tratamientos farmacológicos para el duelo complicado.

Los Arcos MJ.³⁰ expone que el papel de la Enfermería, que está en contacto con los pacientes y las familias, consiste en por un lado dar el apoyo en el proceso del duelo normal, mostrándose accesible y dispuesto a escuchar y ayudar en la adaptación de la situación. Por otro lado, Rodríguez Vega B, Fernández Liria A.¹⁷ explican que otra función importante es la detección de personas que presenten factores de riesgo para el desarrollo de un duelo patológico o aquellos estén pasando por un duelo complicado y su posterior derivación para una atención más especializada.

Gil Juliá B, Bellver A, Ballester R. en su publicación *Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento*¹¹ exponen que, en resumen, las medidas de prevención para desarrollar un duelo normal son: identificar las necesidades, dificultades, preocupaciones y temores para suprimirlos o aliviarlos, evaluar y potenciar los recursos para facilitar un adecuado manejo de sus emociones, pensamientos y conductas, valorar los factores de riesgo y prevenir las posibles complicaciones ofreciendo alternativas y proporcionar información. Además, hay que decir que una buena comunicación verbal y no verbal puede mejorar la calidad de las relaciones y facilitar reconciliaciones y despedidas.

Por último, mencionar que una precoz detección de los riesgos de desarrollar el duelo patológico, así como el apoyo para la realización de las medidas de prevención de este son la mejor forma de ayudar para la elaboración de un duelo normal. Como líneas de investigación futura podría plantearse el papel más activo del personal de enfermería para la prevención del desarrollo del duelo patológico mediante un mayor conocimiento de la detección y tratamiento de los síntomas de alarma, para así evitar que se intervenga en situaciones innecesarias y hacer posible que una intervención en situaciones realmente necesarias.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Yoffe L. Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. Av.psicol. 2013; 21(2): 129-53.
2. García Campayo J. Manejo del duelo en atención primaria. Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2012; 2(2): [9-14].
3. 18. Carmona Z., Bracho C. La muerte y el duelo en el equipo de salud. Revista de Salud Pública, [online] v. 2, n. 2, p.14-23, 2008. Disponible en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf
4. Latiegi A. Papel de la Enfermería en el Duelo. En: W. Astudillo, A. Orbegozo, A. Latiegi, Cuidados Paliativos en Enfermería. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 1a Edición, San Sebastián - España, 2003. Pag 269-285. Disponible en: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/13573.pdf>
5. Cabodevilla I.. Las pérdidas y sus duelos. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [citado 2019 Abr 15] ; 30(Suppl 3): 163-176.
6. Worden JW. El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997. Disponible en: https://www.ecofuneral.es/wp-content/uploads/2018/10/williamworden_duelo.pdf
7. Meza Dávalos EG, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez Silva B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2008; 13(1): 28- 31.
8. Florez, SD. Duelo. Anales Sis San Navarra 2002, Vol. 25, Suplemento 3. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5545/4560>
9. Oviedo, S.J., Parra, F.M. y Marquina, M. La muerte y el duelo. Enfermería Global: Revista Cuatrimestral de Enfermería, 2009, Vol 15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>

10. Miaja, M. y Moral, J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Revista Psicooncología, Vol 10(1), 109-130. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/38820309.pdf>
11. Gil Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Psicooncología. 2008; 5 (1): 103-16.
12. Vedia Domingo V. Duelo patológico Factores de riesgo y protección. Revista digital de Medicina Psicosomatica y Psicoterapia. 2016; VI (2): 12-34
13. Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores de duelo complicado. Psicooncología. 2008; 5(2-3): 383-00.
14. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. Medifam. 2002 Mar; 12(3): 218-25.
15. Romero V. Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. Psicooncología. 2013; 10 (2-3): 377-92.
16. Barreto P, de la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. Psicooncología. 2012; 9(2-3): 355-68. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/38820295.pdf>
17. Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de Salud. Medifam. 2002; 12(4): 60- 72.
18. Alberola Candel V., Aduara Vicent L. y Reina López N. Intervención individual en el duelo. En: Camps Herrero C., Sanchez Hernandez P T. Duelo en Oncología. 1. España. 2007. 137- 154
19. Beyebah M. Navarro Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos, Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. Intervención y Prevención en Salud Mental . Salamanca: Amarú, 1999
20. Aponte Daza, VC. Terapia Centrada en Soluciones Aplicada a un Caso de Duelo Patológico.. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana

- "San Pablo" [Internet]. 2011;9(1):193-228. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545463006>
21. Martín Rodríguez Álvaro, García Hernández AM, Toledo Rosell C. Duelo y Duelo Complicado en las consultas de enfermería de Atención Primaria
 22. Orbegozo A. y Astudillo W. La enfermería y la filosofía de los cuidados al final de la vida. En: Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A. Cuidados Paliativos en Enfermería. 1a Ed. San Sebastian, España: Sociedad Vasca de cuidados paliativos; 2003. Pag 13-36. Disponible en: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/13573.pdf>
 23. NANDA. Herdman. TH. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier; 2015.
 24. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores; Clasificación de los resultados de enfermería (NIC). 6o ed. Madrid: Elsevier; 2015.
 25. Pereira Tercero R. Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. FMC. 2010; 17 (10): pag 656-663. Disponible en: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Ev.-y-diagnóstico-del-duelo-normal-y-patológico.-R.-Pereira.-2014.pdf>
 26. Chacón López-Muñiz JI., Martínez Barbeito M. y González Barboteo J. El duelo complicado. En: Camps Herrero C., Sánchez Hernández P T. Duelo en Oncología. 1. España. 2007. 223-236
 27. Schuler, T., Zaider, T., & Kissane, D. Family grief therapy: A vital model in oncology, palliative care and bereavement. Family Matters. 2012. 90, pag 77-86.
 28. Worden, J.W. Grief Counseling: Facilitating Uncomplicated Grief. En: Sheri W Sussman, Julia Rosen. Grief Counselling and Grief Therapy: A handbook for the mental health practitioner. 4a ed. New York; 2008.
 29. Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM. Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. Dialogues Clin Neurosci. 2012 Jun;14(2):149-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22754287>

30. Los Arcos MJ. Bases para el apoyo a la familia en la terminalidad.
En: Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A. Cuidados Paliativos en Enfermería. 1a Ed. San Sebastián, España: Sociedad Vasca de cuidados paliativos; 2003. Pag 251-267. Disponible en: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/13573.pdf>