

TESIS DOCTORAL



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**Departamento de Evaluación, Personalidad y Tratamiento Psicológicos**

**EFICACIA DE UN PROTOCOLO DE  
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN  
PROCESOS DE DUELO PATOLÓGICO**

Autor:

**Juan Manuel Sánchez Fuentes**

Directora:

**Dra. M<sup>a</sup> Guadalupe Sánchez Crespo**

Codirector:

**Dr. Francisco José Vara Hernando**

Salamanca, 2015



## ***INFORME DE LA DIRECTORA***

---

**D<sup>a</sup> Guadalupe Sánchez Crespo**, Profesora Contratada Dr. de la Universidad de Salamanca y perteneciente al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología,

### **INFORMA QUE,**

La tesis realizada bajo mi dirección por **D. Juan Manuel Sánchez Fuentes**, con el título “Eficacia de un protocolo de Intervención psicológica en procesos de duelo patológico”, reúne los requisitos de análisis científico, originalidad y calidad exigibles en una investigación científica y, por ello, se encuentra en condiciones de ser sometida a la valoración del tribunal encargado de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en Salamanca a    de dos mil quince.

Fdo. Guadalupe Sánchez Crespo



## **AGRADECIMIENTOS**



Hace ocho años, tras terminar la carrera y el Máster de Psicología Clínica, me embarque la aventura de los Cuidados Paliativos. Tras un Postgrado de Intervención en Personas con Enfermedades Avanzadas y sus Familias, comencé a desarrollar mi labor como psicólogo en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Hospital Los Montalvos de Salamanca. Dentro del Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas y sus Familias, de la Obra Social La Caixa. Dando soporte tanto a la UCP, como a los dos equipos de soporte domiciliario: Equipo de Soporte Domiciliario Urbano (ESD-U) y Equipo de Soporte Domiciliario Rural (ESD-R).

A lo largo de estos ocho años mi labor se ha centrado en cinco áreas fundamentales: el soporte psicológico a pacientes y sus familiares, el soporte psicológico a los profesionales sanitarios que los atienden, la docencia, la investigación y la prevención, intervención y seguimiento del proceso de duelo de los familiares.

Cada día, gran parte de mi tiempo laboral, lo dedico a preparar a los familiares de los pacientes para el momento del fallecimiento, así como al soporte y seguimiento de su proceso de duelo tras el fallecimiento. Un largo camino en el que tendrán que aceptar la pérdida de su ser querido, enfrentarse a todas las emociones asociadas a la pérdida, adaptarse a su día a día sin el/ella y reubicarlo emocionalmente en un lugar que les permita seguir recordándolo desde lo positivo, pudiendo seguir adelante con sus vidas.

Este trabajo de prevención, intervención y seguimiento del proceso de duelo, comienza al conocer a cada familia, mientras el paciente está recibiendo soporte paliativo, ayudando a sus familiares a prepararse para el momento del fallecimiento, y continúa tras el fallecimiento, a través del seguimiento telefónico o presencial de estos familiares, dependiendo de las necesidades de cada caso.

En este contexto, comencé los cursos de doctorado, planteándose la posibilidad de poner a prueba, en Zamora, un novedoso programa de realidad virtual, diseñado para trabajar con personas que sufren trastornos adaptativos (dentro de los que se encuentran los procesos de duelo). Mi labor consistió en valorar su utilidad como herramienta terapéutica para trabajar con personas que han quedado enganchadas en procesos de duelo patológico.

Durante un año estuve trasladándome a Zamora desde Salamanca, cada miércoles, para ayudar a personas que sufrían duelos que se habían complicado, volviéndose patológicos y poner a prueba esta herramienta de realidad virtual.

En ese tiempo también diseñe un protocolo de intervención psicológica estándar, basado en la evidencia científica y mi experiencia profesional, con el que comparé la eficacia de la herramienta de realidad virtual.

Como resultado de ese año de intervención e investigación presenté mi trabajo de grado. En el que evalué y expuse: la ineficacia del programa de realidad virtual, tal como estaba diseñado y para la muestra seleccionada, pero la alta eficacia del protocolo de intervención psicológica.

De cara a la tesis doctoral y basándonos en los resultados previos obtenidos, junto con mi tutora, decidimos plantear la tesis, centrándola en medir la utilidad del protocolo de intervención psicológica, aplicándola a una muestra de casos mayor.

Este trabajo es el resultado de cinco años de investigación y está dedicado a las personas que durante todo este tiempo, tanto en Zamora como en Salamanca, han compartido conmigo sus experiencias, luchando por reaprender a seguir adelante con

sus vidas, tras la pérdida de un ser querido; habéis sido mis más preciados maestros en la escuela de la vida.

También a Guadalupe, Francisco y Fernando, mi directora, tutor y asesor externo, que con su experiencia, paciencia, cariño y disponibilidad, me han apoyado, alentado y asesorado a lo largo del proceso de elaboración del trabajo, sin vuestro apoyo esta tesis no habría llegado a ver la luz.

Así como a mi familia y amigos, los pilares que me sostienen y por los que merece la pena levantarse cada día con energía. Por haber soportado mis charlas incansables, con la mejor de sus sonrisas, animándome siempre a seguir adelante y a no rendirme incluso en los momentos más difíciles...



# ÍNDICE



---

<b>I. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>399</b>
I.1 DEFINICIÓN DEL DUELO .....	41
<i>I.1.1. Evolución histórica de la definición del duelo.....</i>	<i>41</i>
<i>I.1.2. Tipología del duelo.....</i>	<i>44</i>
I.1.2.1. Evolución histórica.....	44
I.1.2.2. El Preduelo.....	4545
I.1.2.3. Duelo Normal.....	45
I.1.2.3.1. Dicotomía en el duelo .....	45
I.1.2.3.2. Manifestaciones del duelo .....	46
I.1.2.3.3. Mediadores del duelo .....	47
I.1.2.3.4. Etapas, fases y tareas del duelo.....	49
I.1.2.3.5 Duelo complicado: Cuando el duelo normal se complica.....	50
I.1.2.4. El duelo patológico .....	52
I.1.2.4.1. Criterios diagnósticos para duelo patológico .....	55
I.1.2.4.2. Tipos de duelo patológico .....	55
I.1.2.4.3. Indicadores de riesgo de duelo patológico.....	56
I.1.2.4.3. Desencadenantes de duelo patológico .....	60
<i>I.1.3. Investigaciones actuales sobre el duelo .....</i>	<i>63</i>
I.2. INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DEL DUELO. ....	71
<i>I.2.1. Intervención psicológica.....</i>	<i>71</i>
I.2.1.1. Objetivos de la intervención.....	77
I.2.1.2. Soporte al doliente .....	78
I.2.1.3. Estrategias y técnicas de intervención.....	79
<i>I.2.2. Tratamiento farmacológico .....</i>	<i>81</i>
<i>I.2.3. Realidad virtual .....</i>	<i>83</i>
I.2.3.1 Definición.....	84
I.2.3.2. Primeras plataformas .....	85
I.2.3.3. Situación actual y perspectivas futuras .....	85
I.2.3.4. Nuevas tecnologías y Psicología Clínica .....	86
I.2.3.5. Estudios basados en la realidad virtual.....	87
I.2.3.6. Realidad virtual y duelo patológico .....	88
<b>II. MARCO EMPÍRICO .....</b>	<b>91</b>

---

II.1. DISEÑO EMPLEADO EN LA INVESTIGACIÓN .....	93
<i>II.1.1. Objetivos:</i> .....	93
<i>II.1.2. Participantes</i> .....	93
II.1.2.1. Selección de la muestra .....	93
II.1.2.2. Criterios de inclusión exclusión .....	96
<i>II.1.3. Descripción y desarrollo de los programas de intervención</i> .....	97
II.1.3.1 Descripción .....	97
II.1.3.2. Desarrollo del programa .....	101
II.1.3.2.1. Primer contacto.....	101
II.1.3.2.2. Aplicación del programa terapéutico .....	101
<i>II.1.4. Instrumentos de evaluación</i> .....	111
II.1.4.1 Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).....	111
II.1.4.2. Inventario de duelo prolongado (PG-13) .....	112
II.1.4.3 Cuestionario de Riesgo de Duelo complicado (RDC).....	113
II.1.4.4 Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD) .....	114
II.1.4.5 Cuestionario de evaluación de la sintomatología del paciente. ....	115
II.1.4.6. Cuestionario de satisfacción con el tratamiento. ....	116
<i>II.1.5. Tratamiento estadístico empleado</i> .....	117
<b>III. RESULTADOS.....</b>	<b>119</b>
III.1. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	121
<i>III.1.1. Puntuaciones antes y después del tratamiento</i> .....	121
III.1.1.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).....	121
III.1.1.1.1. Análisis de los ítems .....	121
III.1.1.1.2. Análisis estadístico general. ....	126
III.1.1.2 Inventario de Duelo prolongado (PG-13).....	133
III.1.1.2.1. Análisis de los ítems. ....	133
III.1.1.2.2. Análisis estadístico general. ....	137
III.1.1.3. Cuestionario de Riesgo de Duelo complicado (RDC).....	140
<i>III.1.1.3.1.: Análisis de los ítems</i> .....	140
III.1.1.3.2. Análisis estadístico general. ....	142
III.1.1.4. Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD). ....	146
III.1.1.4.1. Análisis de los ítems .....	146

III.1.1.4.2. Análisis de los ítems .....	149
III.1.1.5. Evaluación de la sintomatología del Paciente .....	154
III.1.1.5.1. Análisis de los ítems .....	154
III.1.1.5.2. Análisis estadístico general. ....	159
III.1.1.6. Grado de satisfacción con el tratamiento recibido.....	167
III.1.1.6.1. Análisis de los ítems. ....	167
III.1.1.6.2. Análisis estadístico general .....	168
III.1.1.7. Correlaciones entre las pruebas. ....	170
<i>III.1.2. Resultados: Eficacia de cada sesión y Evolución entre sesiones .....</i>	<i>171</i>
III.1.2.1. Eficacia de cada sesión .....	171
III.1.2.2. Evolución a lo largo de las sesiones .....	176
III.2. VALORACIÓN GLOBAL DEL TRATAMIENTO .....	182
<b>IV. DISCUSIÓN.....</b>	<b>183</b>
IV.1. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA .....	185
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>191</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>197</b>
<b>ANEXO 1: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>241</b>
<b>ANEXO 2. FICHA DEL USUARIO .....</b>	<b>242</b>
<b>ANEXO 3. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN ENTRE SESIONES:.....</b>	<b>243</b>



## **ÍNDICE DE TABLAS**



Tabla 1. Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Diferencias de medias y "d" de Cohen entre valores Pre / Post (p 126).

Tabla 2: Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Correlaciones entre valores Pre & Post (p 127).

Tabla 3: Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Diferencias de medias entre Género y "d" de Cohen (p 127).

Tabla 4: Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Diferencias de medias entre Tramos de edades y "d" de Cohen (p 128).

Tabla 5: Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Diferencias de medias según Tipo de pérdida y "d" de Cohen (p 130).

Tabla 6: Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Diferencias de medias según Nivel de estudios y "d" de Cohen (p 131).

Tabla 7: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Diferencias de medias y "d" de Cohen (p 137).

Tabla 8: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Correlación entre valores Pre & Post (p 137).

Tabla 9: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Diferencias de medias, según Género, y "d" de Cohen (p 138).

Tabla 10: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Diferencias de medias, según Tramos edades, y "d" de Cohen (p 138).

Tabla 11: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Diferencias de medias, según Tipo de pérdida, y "d" de Cohen (p 139).

Tabla 12: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Diferencias de medias, según Nivel de estudios, y "d" de Cohen (p 139).

Tabla 13: Cuestionario de Riego de Duelo (RDC). Diferencias de medias, Pre-Post, y "d" de Cohen (p 142).

Tabla 14: Cuestionario de Riego de Duelo (RDC). Correlación Pre-Post (p 142).

Tabla 15: Cuestionario de Riego de Duelo (RDC). Diferencias de medias entre Género y "d" de Cohen (p 143).

Tabla 16: Cuestionario de Riego de Duelo (RDC). Diferencias de medias entre Tramos de edades y "d" de Cohen (p 143).

Tabla 17: Cuestionario de Riego de Duelo (RDC). Diferencias de medias entre Tramos de edades y "d" de Cohen (p 144).

Tabla 18: Cuestionario de Riego de Duelo (RDC). Diferencias de medias entre Nivel de estudios y "d" de Cohen (p 145).

Tabla 19. Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD). Diferencias de medias entre Pre/Post y "d" de Cohen (p 149).

Tabla 20: Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD).Correlaciones entre Pre / Post (p 150).

Tabla 21: Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD).Diferencias de medias entre Género y "d " de Cohen (p 150).

Tabla 22: Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD). Diferencias de medias entre Tramos de edades y "d " de Cohen (p 151).

Tabla 23: Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD).Diferencias de medias entre Tipo de pérdida y "d " de Cohen (p 152).

Tabla 24: Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD).Diferencias de medias entre Nivel de estudios y "d " de Cohen (p 153).

Tabla 25: Evaluación de la sintomatología del paciente (ESP). Diferencias de medias entre Pre/Post y "d" de Cohen (p 159).

Tabla 26. Evaluación de la Sintomatología del Paciente (ESP). Correlaciones Pre/Post (p 160).

Tabla 27: Evaluación de la Sintomatología del Paciente (ESP). Diferencias de medias según Género y "d" de Cohen (p 160).

Tabla 28: Evaluación de la Sintomatología del Paciente (ESP). Diferencias de medias según Tramo de edades y "d" de Cohen (p 161).

Tabla 29: Evaluación de la Sintomatología del Paciente (ESP). Diferencias de medias según Tipo de pérdida y "d" de Cohen (p 163).

Tabla 30: Evaluación de la Sintomatología del Paciente (ESP). Diferencias de medias según Nivel de estudios y "d" de Cohen (p 165).

Tabla 31: Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento (ES). Diferencias de medias entre Género y "d" de Cohen (p 168).

Tabla 32: Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento (ES). Diferencias de medias entre Tramos de edades y "d" de Cohen (p 168).

Tabla 33: Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento (ES). Diferencias de medias entre Tipo de pérdida y "d" de Cohen (p 169).

Tabla 34: Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento (ES). Diferencias de medias entre Tipo de pérdida y "d" de Cohen (p 169).

Tabla 35: Correlaciones entre las puntuaciones totales de las variables de los cuestionarios que detectan la efectividad de la intervención (p 170).



## **ÍNDICE DE FIGURAS**



Figura 1. Etapas del duelo normal (p 50).

Figura 2. Criterios para el diagnóstico de duelo patológico (p 55).

Figura 3. Factores de riesgo para el duelo complicado (p 59).

Figura 4. Porcentajes de aparición de cada uno de los desencadenantes en la muestra de dolientes (p 61).

Figura 5. Distribución de la muestra por sexo (p 94).

Figura 6. Participantes por intervalo de edades (p 94).

Figura 7. Participantes por tipo de pérdida (p 95).

Figura 8. Participantes por nivel socio cultural (p 96).

Figura 9. Cuestionario de Salud General de Goldberg (p 111).

Figura 10. Criterios diagnósticos. Inventario de duelo prolongado (p 112).

Figura 11. Cuestionario de riesgo de duelo complicado (p 113).

Figura 12. Inventario Texas revisado de duelo (p 114).

Figura 13. Evaluación de la sintomatología del paciente (p 115).

Figura 14. Cuestionario de satisfacción con el tratamiento recibido (p 116).

Figura 15. Puntuaciones directas obtenidas de los ítems correspondientes al "Pre" [GHQ-28 (PRE)] y al "post" [GHQ-28 (POST)] (p 121).

Figura 16. Puntuaciones medias en el Cuestionario de Salud General de Goldberg. Ítems del área de SÍNTOMAS SOMÁTICOS (p 122).

Figura 17. Puntuaciones medias en el Cuestionario de Salud General de Goldberg. Ítems del área de ANSIEDAD INSOMNIO (p 123).

Figura 18. Puntuaciones medias en el Cuestionario de Salud General de Goldberg. Ítems del área de DISFUNCIÓN SOCIAL (p 124).

Figura 19. Puntuaciones medias en el Cuestionario de Salud General de Goldberg. Ítems del área de DEPRESIÓN (p 125).

Figura 20. Puntuaciones de los pacientes en el Inventario de Duelo Prolongado (pre y post tratamiento) (p 133).

Figura 21. Puntuaciones de los pacientes en el Inventario de Duelo Prolongado (pre y post tratamiento). Criterio A: Ansiedad de Separación (p 134).

Figura 22. Puntuaciones de los pacientes en el Inventario de Duelo Prolongado (pre y post tratamiento). Criterio B: Sintomatología (p 135).

Figura 23. Puntuaciones de los pacientes en el Inventario de Duelo Prolongado (pre y post tratamiento). Criterio C: Cronológico (p 136).

Figura 24. Puntuaciones de los pacientes en el Inventario de Duelo Prolongado (pre y post tratamiento). Criterio D: Distorsión de la vida diaria (p 136).

Figura 25. Puntuaciones directas obtenidas de los ítems correspondientes al "Pre" [RDC (PRE)] y al "post" [RDC- (POST)] tratamiento (p 140).

Figura 26. Puntuaciones medias en el Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (p 141).

Figura 27. ITRD. Puntuaciones directas obtenidas de los ítems correspondientes al "Pre" [ITRD (PRE)] y al "post" [ITRD (POST)] tratamiento (p 146).

Figura 28. Puntuaciones medias en el Inventario Texas Revisado de Duelo. Situándose la persona en la época del fallecimiento (p 147).

Figura 29. Puntuaciones medias en el Inventario Texas Revisado de Duelo. Situándose la persona en la época actual (p 148).

Figura 30. Puntuaciones directas obtenidas de los ítems correspondientes al "Pre" [Sintomatología (PRE)] y al "post" [Sintomatología (POST)] tratamiento (p 154).

Figura 31. Puntuaciones medias del Cuestionario de Evaluación de Sintomatología del Paciente. Ítems del área de sentimientos (p 155).

Figura 32. Puntuaciones medias en el Cuestionario de Evaluación de Sintomatología del Paciente. Ítems del área de sensaciones físicas (p 156).

Figura 33. Puntuaciones medias en el Cuestionario de Evaluación de Sintomatología del Paciente. Ítems del área de pensamientos (p 157).

Figura 34. Puntuaciones medias en el Cuestionario de Evaluación de Sintomatología del Paciente. Ítems del área de conductas (p 158).

Figura 35. Puntuaciones directas obtenidas de los ítems correspondientes a la valoración por parte de los dolientes del tratamiento recibido (p 167).

Figura 36. Puntuaciones medias del estado de ánimo antes/pre y después/post de la sesión (p 171).

Figura 37. Puntuaciones medias, medidas de los pacientes pre y post sesión (p 172).

Figura 38. Puntuaciones medias de la tristeza en la pre y post sesión (p 173).

Figura 39. Puntuaciones medias de los pacientes antes y después de cada sesión (p 173).

Figura 40. Puntuaciones medias de la ansiedad en la pre y post sesión (p 174).

Figura 41. Puntuaciones medias de los pacientes antes y después de cada sesión (p 174).

Figura 42. Puntuaciones medias de la esperanza en la recuperación en la pre y post sesión (p 175).

Figura 43. Puntuaciones medias antes y después de cada sesión (p 175).

Figura 44. Puntuaciones medias para el estado de ánimo y tristeza (p 176).

Figura 45. Puntuaciones medias respecto al grado de tristeza (p 177).

Figura 46. Puntuaciones medias para la ansiedad (p 178).

Figura 47. Puntuaciones medias para el insomnio (p 179).

Figura 48. Puntuaciones medias para la interferencia (p 180).

Figura 49. Puntuaciones medias para la percepción de mejoría (p 181).

Figura 50. Puntuaciones medias de los pacientes respecto a la valoración del tratamiento recibido (p 182).

# **INTRODUCCIÓN**



A lo largo de nuestra vida, cada día, sufrimos innumerables pérdidas. Nuestro mundo se transforma constantemente y nosotros debemos asimilar los distintos cambios y adaptarnos a un contexto en permanente evolución. Todo cambio supone pérdidas y toda pérdida conlleva un proceso de duelo. Cuando las pérdidas son poco significativas, el proceso de duelo se elabora rápidamente, de forma automática, sin que muchas veces lleguemos a ser conscientes de ello. Cuanto mayor sea el valor que asignamos a la pérdida mayor será el trabajo de asimilación, adaptación, aceptación y superación de esta. Las pérdidas importantes a lo largo de nuestra vida pueden ser de distintos tipos: evolutivas, ambientales, profesionales, corporales, sociales, afectivas, etc, y pueden presentarse de distintas formas: esperadas, repentinas, deseadas, etc.

En este trabajo nos centraremos en un tipo de pérdida concreta, la que se desencadena por la muerte de un ser querido. Conoceremos y reflexionaremos sobre los procesos de duelo normales ante este tipo de pérdidas y descubriremos por qué en ocasiones esos duelos se complican, pudiendo desencadenar duelos patológicos. Estudiaremos la efectividad de la intervención psicoterapéutica en este trastorno, a través de la puesta en marcha y medida de la eficacia, de un protocolo de intervención psicológica.

El mundo tiene una población aproximada de 4.437 millones de habitantes, de los que al año fallecen 372 millones. Según el Instituto Nacional de Estadística, la población española está compuesta por 46.152.925 habitantes. La tasa de defunción anual es de 9 por 1000, es decir, en España fallecen al año 461.529 personas. Esto significa que anualmente los familiares y amigos de 461.529 personas en España pasan por un proceso de duelo. Según las estadísticas, cada fallecimiento afecta, como media, a 10 personas (Díaz, Losantos y Pastor, 2014), unos cuatro millones y medio de

personas en España, pasan por un proceso de duelo anualmente. De ellos, según los estudios entre un 10 (Prigerson, 2007) y un 20 por ciento (Worden, 1997), sufrirán un duelo complicado. Sin una prevención adecuada, el duelo complicado puede pasar a ser patológico. Según los estudios el 7 por ciento (Sánchez-Fuentes, 2012) de los dolientes terminan desarrollando un duelo patológico, para cuya superación necesitarán la intervención de un profesional especializado. Otros estudios previos indicaban una posible prevalencia del duelo patológico entre el 10 y 34 por ciento de los casos (Jacobs 1999). Es decir, unas 400.000 personas al año, en España, necesitarán intervención especializada para superar la pérdida de un ser querido. En este sentido, conocer los mecanismos de los procesos de duelo normal y patológico y desarrollar herramientas eficaces para abordar estos trastornos, es imprescindible para poder entender y ayudar a estas personas. Una correcta elaboración del duelo resulta fundamental para una buena salud física y mental del individuo (Portillo, Martín y Alberto, 2002).

El sufrimiento generado por la pérdida en el doliente, incide directamente en nuestro sistema sanitario, en especial en atención primaria. Las redes familiares y comunitarias, más extensas en el pasado, solían cubrir esta necesidad básica y ofrecer el apoyo necesario al doliente. Pero en la actualidad el entorno tiende a distraer, evitar o incluso negar este espacio, con la intención de “proteger” del dolor, por lo que cada vez es más habitual que el doliente recurra al profesional sanitario (Gil-Juliá, Bellever y Ballester, 2008). Una de cada tres consultas a Atención Primaria tiene origen psicológico (Díaz, Losantos y Pastor, 2014), de estos casos una cuarta parte se ha desencadenado por algún tipo de pérdida (Bayés, 2001). El dolor por la pérdida de un ser querido, puede ser causa de morbimortalidad e hiperfrecuencia en Atención Primaria (Lacasta y De Luis, 2002). La tasa promedio anual de consultas al centro de salud es un 80% más alta en los dolientes (García, Landa, Trigueros y Gaminde, 2005; Martikainen,

Valkonen, 1996; Parkes, 1964 ; Prigerson et al, 1997). Todos estos datos ponen de manifiesto, que los dolientes recurren al sistema sanitario en busca de ayuda y que el dolor generado por la pérdida tiene implicaciones a nivel físico, psicológico y social (Díaz, Losantos y Pastor, 2014).

Aunque en los últimos años esta tendencia parece estar cambiando, en nuestra sociedad actual la muerte no están bien vista: se esconde, se medicaliza y se transforma en un proceso técnico, buscando en esta tecnificación una defensa, un amortiguador del dolor y la realidad. En las sociedades industrializadas avanzadas, cada vez es más difícil aceptar o convivir con la mera idea de la muerte (Gala, Lupiani, Raja et al, 2002).

Los estudios actuales sobre el duelo patológico, inciden en sus conclusiones en varios aspectos importantes: la necesidad de seguir investigando, la necesidad de desarrollar protocolos de actuación eficaces y la necesidad de desarrollar nuevas herramientas de intervención (Echeburúa, 2007), (Flenady, 2009). En estos tres pilares se ha incidido especialmente en este estudio. Con respecto a los profesionales, los estudios ponen de relevancia la importancia de formarles sobre los procesos de duelo normal y patológico, así como, proporcionarles herramientas para afrontar, desde su vocación de ayuda, estas situaciones de gran intensidad emocional (que suelen implicar un alto grado de estrés e incertidumbre), ya que se detectan actitudes, en gran parte de los profesionales del medio hospitalario, como: no querer nombrar la muerte, incongruencias y disonancias entre la comunicación verbal y no verbal, aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empático-afectiva, etc (Gala et al, 2003). Detrás de estas actitudes de los profesionales sanitarios se encuentra el temor, el reflejo de sus propios miedos y la preocupación por provocar una reacción emocional perjudicial en el paciente (Díaz et al 2014). Por otro lado, el apoyo psicológico a los

pacientes y sus familiares durante los últimos momentos de la enfermedad incide positivamente en la evolución posterior del duelo (García, Landa et al, 1996), y una intervención terapéutica eficaz: disminuye la desesperanza, la depresión y la ansiedad durante el proceso de duelo (Lacasta, De Luis, 2002). Cuanto mejor preparado esté el profesional, mejor podrá acompañar al paciente y a su familia en el proceso de enfermedad, pérdida y duelo (Gómez, 2000).

Desde el primer trabajo publicado, en que se estableció la diferencia entre duelo normal y patológico (Freud, 1917), hasta nuestros días, se ha desarrollado exponencialmente la investigación científica en relación al duelo, especialmente en la última década:

Desde la **enfermería, medicina y psiquiatría** (Lindemann, 1944), (Engel, 1964), (Maddison, 1968), (Maddison, 1969), (Parkes, 1970), (Parkes, 1972), (Parkes, 1983), (Carr, 1989), (Zisook, 1989), (Kim, 1991), (CIE-10, 1992), (Jacobs, 1993), (Kübler-Ross, 1994), (Jakobs, 1996), (Kaplan, 1996), (Worden, 1996), (Horowitz, 1997), (Kaplan, 1997), (Rosenzweig, 1997), (Sada, 1997), (Sanders, 1997), (Gómez, 1998), (Horowitz, 1998), (Olmeda, 1998), (Zygmunt, 1998), (Gamo, 1999), (Gómez, 1999), (Horowitz, 1999), (Latiegi, 1999), (DSM-IV-TR, 2000), (Gamo, 2000), (Pazos, 2000), (Pérez, 2000), (Prigerson, 2000), (Ramírez, 2000), (Villanueva, 2000), (Casarett, 2001), (Espinosa, 2001), (Sipos, 2001), (García, 2002), (Martín, 2002), (Fernández, 2002), (Franco, 2002), (Kalman, 2002), (Olmeda, 2002), (Borrella, 2003), (Carr, 2003), (Dollenz, 2003), (Gamo, 2003), (Horowitz, 2003), (Manor, 2003), (Raya, 2003), (Gómez, 2004), (Landa, 2004), (Latham, 2004), (Espinosa, 2005), (Novellas, 2005), (Ogrodniczuk, 2005), (Azpeitia-Serón, 2006), (Gabaldón, 2006), (Guic, 2006), (Forstmeier, 2007), (Melhem, 2007), (Shear, 2007), (Payás, 2007), (Anderson, 2008),

(Álvaro MR, 2008), (Schulz, 2008), (Simon, 2008), (Gamo, 2009), (Garvía, 2009), (Mesa, 2009), (Zisook, 2009), (Millán-González, 2010), (Díaz, 2011), (García, 2011), (Guillén, 2011), (Meert, 2011), (Friedman, 2012), (Boó, 2013), (DSM-V, 2013), (García, 2013), (Labari, 2013), (Boelen, 2014), (Garzón, 2014), (De Hoyos, 2015).

El **psicoanálisis** (Klein, 1940), (Baranger, 1946), (Grinberg, 1963), (Gorer, 1965), (Grinberg, 1980), (Grinberg, 1983), (Volkan, 1985), (Coderch, 1995), (Laplanche, 1996), (Hagman, 2001), (Harvey, 2001), (Gamo, 2003), (Tizón, 2004), (Grinberg, 2005), (Tizón, 2007), (Baker, 2007), (Bild R, 2008), (Bleichmar, 2010), (Díaz 2010), (Vargas, 2011), (Blanco, 2013).

Y principalmente, desde las distintas corrientes **psicológicas** (Bowlby, 1960), (Bowlby, 1961), (Glick, 1974), (Bowen, 1976), (Bowlby, 1980), (Lemoine, 1980), (Clayton, 1985), (Neeld, 1990), (Rando, 1993), (Speckhard, 1993), (Beyebach, 1995), (Prigerson, 1995), (Alizade, 1996), (Biondi, 1996), (Burgeois, 1996), (Kroen, 1996), (Lazrove, 1996), (Marwit, 1996), (Prigerson, 1996), (Astudillo, 1997), (Figley, 1997), (Neimeyer, 1997), (Szanto, 1997), (Gilliland, 1998), (Lacasta, 1998), (Reverté, 1998), (Van Doom, 1998), (Bonanno, 1999), (Lacasta, 1999), (Prigerson, 1999), (Stroebe, 1999), (Agrafojo, 2000), (Barreto, 2000), (Kissane, 2000), (Lacasta, 2000), (Sales, 2000), (Stroebe, 2000), (Balk, 2001), (Bayés, 2001), (Benigth, 2001), (Bonanno, 2001), (Boss, 2001), (Cobo, 2001), (Del Pino, 2001), (Echeburúa, 2001), (García 2001), (Jordan, 2001), (Layne, 2001), (Oltjenbruns, 2001), (Peña, 2001), (Piper, 2001), (Prigerson, 2001), (Saltzman, 2001), (Schut, 2001), (Shear, 2001), (Sprang, 2001), (Stroebe, 2001), (Fernández Liria, 2002), (Gala, 2002), (Lacasta 2002), (Pereira, 2002), (Yoffe, 2002), (Arranz, 2003), (Borrella, 2003), (De Dios, 2003), (Fulton, 2003), (Ito, 2003), (Jordan, 2003), (Laditka, 2003), (Lacasta, 2003), (Michael, 2003), (Ogrodniczuk,

2003), (Soler, 2003), (Vargas, 2003), (Anderson, 2004), (Barreto, 2004), (Bonanno, 2004), (Cohen, 2004), (Echeburúa, 2004), (Gray, 2004), (Lacasta, 2004), (Lichtenthal, 2004), (Matthews, 2004), (Prigerson, 2004), (Apraiz, 2005), (Bermejo, 2005), (Echeburúa, 2005), (Espina, 2005), (García, 2005), (Glass, 2005), (Langner, 2005), (Shear, 2005), (SECPAL, 2005), (Wagner, 2005), (Azpeitia-Serón, 2006), (Bayés, 2006), (Boelen, 2006), (Carnelley, 2006), (Gabaldón, 2006), (Garralda, 2006), (Gatto, 2006), (Gilbert, 2006), (Hensley, 2006), (Lacasta, 2006), (Neimeyer, 2006), (Sales 2006), (Schulz, 2006), (Shear, 2006), (Szanto, 2006), (Tizón, 2006), (Vanderwerker, 2006), (Wagner, 2006), (Zhang, 2006), (Astudillo, 2007), (Barreto, 2007), (Bayés, 2007), (Boelen, 2007), (Bonanno, 2007), (Cabodevilla, 2007), (De Groot, 2007), (González, 2007), (Hawton, 2007), (Lacasta, 2007), (Maciejewski 2007), (Molero-Zafra, 2007), (Neimeyer, 2007), (Neria, 2007), (Piper, 2007), (Prigerson, 2007), (Simon, 2007), (Toro, 2007), (Wagner, 2007), (Barreto, 2008), (Bellver, 2008), (Bild R, 2008), (Boelen, 2008), (Bonanno, 2008), (Brickell, 2008), (Currier, 2008), (Dávalos, 2008), (Loitegui, 2008), (Martín, 2008), (Molero-Zafra, 2008), (O'Connor, 2008), (Rodríguez, 2008), (Uribe-Rodríguez, 2008), (Worden, 2008), (Barbero 2009), (García, 2009), (Fuertes, 2009), (Mesa, 2009), (Neimeyer, 2009), (Pascual, 2009), (Prigerson, 2009), (Andreas, 2010), (Burke, 2010), (Lobb, 2010), (Martín 2010), (Ortiz 2010), (Bermejo 2011), (Daza 2011), (Howarth, 2011), (Roa-Castellanos 2011), (Rosner, 2011), (Shear, 2011), (Vaneska, 2011), (Vargas 2011), (Wittouck, 2011), (Barreto, 2012), (Durbán 2012), (Echeburúa, 2012), (Kersting, 2012), (Puigarnau, 2012), (Uribe 2012), (Yoffe 2012), (Boó 2013), (Burke, 2013), (García, 2013), (Jurado 2013), (Parkes, 2013), (Stroebe, 2013), (Díaz et al 2014), (Durbán et al, 2014), (Lacasta, 2014), (Reynolds, 2014).

En este trabajo se pone a prueba la eficacia de la intervención psicológica desde un modelo integrador, intentando englobar las visiones y técnicas de intervención de las diferentes corrientes, escuelas y los distintos modelos que han estudiado el trastorno, aportando teorías explicativas y técnicas de intervención: psiquiatría, psicoanálisis y psicología (Estructuralismo, Funcionalismo, Conductismo, Psicología de la forma / Gestalt, Humanista, Cognitiva...).

Para ello se ha creado y aplicado un Protocolo de Intervención Psicológica, diseñado específicamente para trabajar el duelo patológico, basado a nivel teórico en los modelos y estudios de (Bowlby, 1960, 1961, 1980), (Parkes, 1964, 1970, 1972, 1983, 2013), (Zisook, 1983, 1989, 1991, 2009), (Jacobs, 1990, 1993, 1996, 1999), (Worden, 1991, 1993, 1996, 1997, 2008), (Prigerson, 1995, 1996, 1997, 1999, 2000, 2001, 2004, 2006, 2007, 2009), (García, 1996, 2001, 2002, 2005, 2009), (Horowitz, 1997, 1998, 1999, 2003), (Neimeyer, 1997, 2006, 2007, 2009), (Gómez, 1998, 1999, 2004), (Lacasta, 1998, 1999, 2000, 2002, 2003, 2004, 2006, 2014), (Tizón, 1998, 2004, 2006, 2007), (Bonanno, 1999, 2001, 2004, 2007, 2008), (Gamo, 1999, 2000, 2003, 2009), (Stroebe, 1999, 2000, 2001, 2007, 2013), (Barreto, 2000, 2004, 2007, 2008, 2012), (Echeburúa, 2001, 2004, 2005, 2007, 2012), (Shear, 2001, 2005, 2006, 2007, 2011), (Yoffe, 2002, 2007, 2012), (Boelen, 2006, 2007, 2008, 2014), y a nivel práctico, en la experiencia de mi trabajo diario en los últimos ocho años.

La revisión bibliográfica se ha realizado a través de las bases de datos habituales para este tipo de estudios (PubMed, DARE, Cochrane, Excerpta Médica, PsicINFO, Medline, SciELO, Psicodoc, ISOC y Google Academy).



## **I. MARCO TEÓRICO**



## **I.1 DEFINICIÓN DEL DUELO**

### ***I.1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA DEFINICIÓN DEL DUELO***

A lo largo de la historia, distintos autores han aportado definiciones al concepto de duelo. A continuación se presentan algunas de ellas ordenadas cronológicamente siguiendo la clasificación propuesta por Del Pino, Pérez y Ortega (2003).

Freud (1915) definió el duelo como una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.

Zisook (1983) se refiere al duelo como un proceso disfórico autolimitado en el tiempo tras la pérdida de una persona significativa.

Grinberg (1983) lo considera un proceso dinámico complejo que involucra la personalidad total del individuo y abarca, de un modo consciente o inconsciente, todas las funciones del Yo, sus actitudes y defensas y, en particular, las relaciones con los demás. [Puede]...aplicarse tanto al sufrimiento provocado por la pérdida del objeto y de partes del Yo proyectadas en el mismo, como también al enorme esfuerzo psíquico que implica recuperar el ligamen con la realidad y el combate librado por desligarse de los aspectos persecutorios del objeto perdido y asimilar los aspectos positivos y bondadosos.

Kaplan y Sadock (1989) mencionan el duelo como una tristeza apropiada a una pérdida real.

Weisman (1989) lo definió como un proceso global... [y] ...continuo consistente en: 1) aceptar la realidad de la pérdida; 2) experimentar el dolor de la pena; 3) adaptarse

a un cambio de entorno y del ámbito psicosocial; 4) retirar la inversión emocional en el finado, y 5) desplegarla en otras direcciones.

Worden (1991) considera el duelo como el proceso de adaptación a una pérdida que implica [...] cuatro tareas básicas: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un medio en el que el fallecido esté ausente y recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.

Aguirre (1994) lo define como un conjunto de representaciones mentales que acompañan a un objeto (persona, estado, cosa) amado [y que conlleva]... una depresión ligada a sentimientos de culpabilidad.

Para la A. P. A. (1994) el duelo es la reacción a la muerte de una persona querida cuando es objeto de atención clínica.

La Real Academia Española (1995) lo especifica de la siguiente manera (Del lat. dolus, dolor): 1. Dolor, lástima, aflicción o sentimiento. 2. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. 3. Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales. 4. Fatiga, trabajo. (Del b. lat. duellum, guerra, combate): 1. Combate o pelea entre dos, a consecuencia de un reto o desafío. 2. Pundonor o empeño de honor (desusado).

Bourgeois (1996) describe el duelo como una experiencia natural y normal de la vida que causa dolor y distorsión del entorno pero mejora espontáneamente en la mayoría de los casos y puede aumentar la creatividad y favorecer el crecimiento personal.

Attig (1996) lo considera como un proceso activo de afrontamiento lleno de posibilidades [cuya tarea fundamental es] volver a aprender cómo es el mundo.

Gamo et al. (2000) definen el duelo como la reacción emocional ante la pérdida de un ser querido.

Pérez et al. (2000) se refieren al duelo como un proceso humano normal... [consistente en] ...una reacción 1) compleja y multidimensional, 2) impredecible, 3) carácter recurrente y fluctuante y 4) de intensidad generalmente decreciente.

Neimeyer (2002) lo define también como un proceso personal [...] que nosotros mismos hacemos, no que se nos viene hecho, [y cuyo desafío fundamental]...es el intento de reconstruir el propio mundo de significados.

Franco y Antequera (2002) describen el duelo como una respuesta biopsicosocial, universal y compleja que experimenta un individuo ante pérdidas significativas.

Finalmente y como definición actual del término duelo incluimos en este listado a Diaz et al (2011) que lo describe como la reacción natural ante la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo. Se trata de una reacción principalmente emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo se rompe.

## ***1.1.2. TIPOLOGÍA DEL DUELO***

### ***1.1.2.1. Evolución histórica***

En 1914, Freud identifica los procesos de duelo en sus pacientes y da una primera definición del término en su texto titulado “duelo y melancolía” (Freud, 1917), acuñando el término duelo para referirse al duelo normal y melancolía refiriéndose a lo que hoy se conoce como duelo patológico. El describe el duelo como un “afecto normal” ante la pérdida real de un objeto. La melancolía la considera un proceso patológico que “se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí, que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.” (Freud, 1917).

Años después, tras la publicación de Bowlby (1980) de su teoría del apego y posteriormente de su texto “la pérdida afectiva” (Bowlby, 1993), se generalizó el uso de los términos de duelo complicado o patológico (Guillén, 2011).

En el anterior Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), el duelo aparecía clasificado en la categoría diagnóstica de los trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica (DSM-IV-TR, 2002), sin embargo en la nueva versión del Manual, DSM-5, se incluye el Duelo dentro del diagnóstico de Depresión. Hasta ahora el duelo era considerado como una reacción natural ante una pérdida y no un estado patológico. Pero, en el DSM-5 se califica al duelo como un posible desencadenante que lleva a un episodio depresivo mayor (DSM-5, 2014), lo que dará pie a confusión de cara a diferenciar duelo patológico y depresión mayor.

En el caso de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, se incluye dentro de los trastornos adaptativos, teniendo en cuenta sólo las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos (CIE-10, 1992).

### ***1.1.2.2. El Preduelo***

En los casos en los que el fallecimiento es esperado, como en el caso de personas con enfermedades avanzadas en situación de final de vida, hay un periodo previo que comienza cuando la persona es consciente de que su ser querido fallecerá, este periodo recibe diferentes nombres: preduelo, duelo anticipado, duelo anticipatorio o duelo preparatorio. En este periodo se recomienda realizar terapias para la prevención de la aparición de duelos patológicos y facilitación de los procesos de duelo normal (Loitegui, 2008; Sánchez, 2012).

### ***1.1.2.3. Duelo Normal***

#### ***1.1.2.3.1. Dicotomía en el duelo***

Durante el proceso de duelo la persona oscila entre (Stroebe, 1999):

- La preocupación por la pérdida y los sentimientos que esta le genera (la persona queda enganchada en su pasado y piensa que su vida nunca volverá a ser tan gratificante).
  
- Centrarse en adaptarse a la vida sin la persona fallecida (la persona centra sus acciones, pensamientos y emociones en el presente y es capaz de plantearse un futuro positivo diferente).

De este modo, el proceso de duelo es un proceso constructivo, en el que el doliente cierra una etapa de su vida e inicia otra, en la que atraviesa un periodo de readaptación a un contexto donde su ser querido ya no está presente (Gardel, 2001).

#### ***1.1.2.3.2. Manifestaciones del duelo***

El duelo se caracteriza por la aparición de una serie de manifestaciones normales a la situación de pérdida (Bellver, 2008; Lacasta, 2004; Latiegui, 1999; Worden 1997, 2008) que comprenden 4 áreas fundamentales:

- Sentimientos/emociones
- Sensaciones físicas
- Cogniciones/pensamientos
- Conductas/Comportamientos

El área de sentimientos/emociones engloba: tristeza, enfado, culpa/ autoreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio, insensibilidad.

El área de sensaciones físicas incluye: 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.

El área de cogniciones/pensamientos comprende: incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones.

El área de conductas/comportamientos reúne: trastornos del sueño, trastornos alimenticios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, buscar y llamar en voz alta, suspirar, hiperactividad

desasosegada, llorar, visitar lugares o portar objetos que recuerden al fallecido, atesorar objetos que pertenecían al fallecido.

Todas estas manifestaciones se considerarán normales o no (Bellver, 2008; Lacasta, 2004; Latiegui, 1999; Worden 1997, 2008) según:

- El momento del proceso de duelo en que aparezcan.
- La frecuencia, duración e intensidad con que aparezcan.
- El grado de incapacitación/malestar que sobre la persona tienen a nivel personal, familiar, social y laboral.

#### ***1.1.2.3.3. Mediadores del duelo***

Los mediadores del duelo son variables que nos dan pistas sobre la intensidad con que incidirá el proceso de duelo en la persona. Los que han demostrado ser de mayor trascendencia según los distintos estudios son:

- a. (Berizzo, 2011; Neimeyer, 2002):
  - Como era la persona fallecida
  - Tipo de relación con el difunto
  - Grado de dependencia económica, psicológica, etc
  - Sexo del superviviente
  - Manera de morir
  - Antecedentes históricos/duelos anteriores
  - Variables de personalidad
  - Variables sociales/culturales
  - Tensiones actuales

b. (Villagrán, 2012; Worden, 2008):

b.1. La naturaleza del apego:

- La fuerza del apego
- La seguridad del apego
- La ambivalencia en la relación
- Los conflictos con el fallecido
- Relaciones de dependencia

b.2. Circunstancias de la muerte:

- Proximidad
- Imprevista o esperada
- Muerte violenta o traumática
- Pérdidas múltiples
- Muertes evitables
- Muertes ambiguas
- Muertes estigmatizadas

b.3. Personalidad del superviviente

- El estilo de afrontamiento
- Estilo cognitivo
- Fuerza personal, autoestima y eficacia personal
- Mundo de supuestos (Creencias y valores)

b.4. El apoyo social recibido:

- La disponibilidad de apoyo
- Un apoyo social que sea satisfactorio
- Desempleo de roles sociales

- Los recursos religiosos y expectativas éticas

Así mismo distintos autores han estudiado algunos factores que pueden interrumpir el proceso de un duelo normal:

- Horowitz (1980) factores relacionales (cómo era de sólida la relación).
- Kastenbaum (1969) factores circunstanciales (circunstancias en que se produjo el fallecimiento).
- Pictus (1974) factores históricos (experiencias de duelos anteriores).
- Lazare (1979) factores de personalidad (tipo de personalidad del doliente).
- Parkes (1972) factores sociales (existencia o no de red de apoyo social).

Como mediadores positivos que pueden contribuir a la elaboración de un proceso de duelo normal estarían (Bermejo, 2012):

- Desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces.
- La capacidad de resiliencia del doliente.

#### ***1.1.2.3.4. Etapas, fases y tareas del duelo***

El duelo es un proceso, además de normal, necesario. Los autores que han realizado estudios sobre el duelo, coinciden en que, si bien cada persona lo experimenta de un manera propia, el proceso de duelo transcurre por diferentes etapas, fases o tareas. Los modelos de etapas y fases (Bowlby, 1969; Kübler-Ross, 1969; Lindeman, 1944; Neimeyer, 2002, 2007; Parkes, 1972) describen al doliente como sujeto pasivo, mientras que el modelo de tareas considera al doliente una persona activa que con su conducta y

sus pensamientos incidirá de forma crucial, en el transcurso de su proceso de duelo (Worden, 1991, 2008). De cara a la terapia, los modelos de etapas y fases son útiles para identificar el punto en que se encuentra la persona dentro de su proceso de duelo, mientras que el modelo de tareas permite identificar las tareas que la persona ya ha realizado y las que necesita realizar, para superar el dolor por la pérdida y seguir adelante (Bellver, 2008; Cabodevilla, 2007; Pascual, 2009; Yoffe, 2002).

Del Pino, Pérez y Ortega (2003) han resumido por autores las etapas del duelo, en:

Figura 1.

Etapas del duelo normal					
Lindeman (1944)	Kübler-Ross (1969)	Bowlby (1969)	Parkes (1972)	Worden (1991)	Neimeyer (2002)
Conmoción / Incredulidad	Negación	Aturdimiento / Protesta	Alarma	Aceptar la realidad de la pérdida	Evitación
			Aturdimiento		
Dolor Agudo	Rabia	Anhelo / Búsqueda de la figura paterna	Langüidez / Búsqueda	Trabajar las emociones y el dolor	Asimilación
	Resignación		Depresión		
	Depresión	Desorganización / Desesperación		Adaptarse al medio sin la pérdida	
Resolución	Aceptación	Reorganización / Separación	Recuperación / Reorganización	Situar de nuevo al fallecido y seguir	Acomodación

**Figura 1.** Etapas del duelo normal.

Fuente: Del Pino, J.I., Pérez, J. & Ortega, F. (2003). Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica. Disponible en de: [http://www.dipalicante.es/hipokrates/hipokrates\\_I/pdf/ESP/434e.pdf](http://www.dipalicante.es/hipokrates/hipokrates_I/pdf/ESP/434e.pdf)

#### ***1.1.2.3.5 Duelo complicado: Cuando el duelo normal se complica***

En la mayoría de las personas el proceso de duelo desencadenado tras la pérdida de un ser querido, sigue un proceso normal, pero en algunos casos este proceso puede complicarse. Entre el 10 y el 30 por ciento de los dolientes según los diferentes estudios pasarán por un duelo complicado (Jacobs, 1999; Priegeron et al, 2007; Worden, 1997).

Las complicaciones se dan fundamentalmente a tres niveles: físico, psicológico y social (Díaz et al, 2014).

Entre las complicaciones físicas encontradas en los estudios, se ha detectado que: el riesgo de depresión de las personas viudas se multiplica por cuatro durante el primer año (Zisook y Shuchter, 1991) y casi la mitad presentan ansiedad generalizada o crisis de angustia (Jacobs et al, 1990), aumenta el abuso de alcohol (Madison y Viola, 1968) y el 50 por ciento de las viudas utiliza algún psicofármaco durante los primeros 18 meses (Parkes, 1964). El riesgo de muerte se incrementa (principalmente a causa de eventos cardiacos y suicidio) y los viudos tienen un 50 por ciento más de probabilidades de morir prematuramente durante el primer año (Kaprio, Koskenvuo y Rita, 1987).

Entre las complicaciones a nivel somático estarían: sensaciones físicas parecidas a las experimentadas por el fallecido, miedo a la enfermedad, sensaciones de agotamiento y ahogo (Díaz, 2014).

Entre las complicaciones psicológicas: sentirse deprimido, experimentar ansiedad, desesperación, sensación de indefensión frente a la vida, depresión clínica y trastornos derivados de la ansiedad, como actitudes fóbicas y pensamientos obsesivos (Díaz, 2014).

Entre las complicaciones sociales: no sentirse apoyado, no poder verbalizar y compartir la experiencia, forzar al doliente a estar bien enseguida, evitando el contacto con el dolor y las lágrimas, etc; puede provocar que el proceso se inhíba y se complique (Díaz, 2014).

Otros autores categorizan las complicaciones en: Físicas (Falta de apetito, alteraciones del sueño o diversas quejas somáticas), conductuales (llanto incontrolado,

aislamiento o cansancio), cognitivas (Pensamientos obsesivos, baja autoestima o autorreproches) o afectivas (ansiedad, hostilidad o anhedonia). Asociando las complicaciones del duelo a problemas de depresión, ansiedad, crisis generalizadas, abuso de alcohol, psicofármacos o tóxicos, e incluso a suicidios, problemas cardiovasculares y una mayor demanda de los servicios sanitarios (Barreto, 2012; García, 2009; Granado 2013; Kapari, 2010).

#### ***1.1.2.4. El duelo patológico***

En un noventa y tres por ciento de los casos, los procesos de duelo siguen su curso normal, el dolor, el sufrimiento y la angustia por la pérdida van reduciéndose con el paso del tiempo. Pero en el siete por ciento restante (Sánchez, 2012), el proceso de duelo se complica y el familiar acaba desarrollando lo que se conoce como un duelo patológico. En lugar de ir reduciéndose el dolor, el sufrimiento y la angustia por la pérdida, estos se mantienen o se incrementan con el paso del tiempo, interfiriendo de forma significativa a nivel: personal, familiar, laboral, social, religioso, etc. Estas personas no logran recordar a su ser querido desde lo positivo y seguir adelante con su vida, sino que su recuerdo se convierte en algo doloroso, angustiante y triste, que les genera sufrimiento y ansiedad, y que se cronifica en el tiempo, interfiriendo gravemente en sus vidas.

El duelo patológico aparece cuando se complica un duelo normal, es decir, a lo largo del proceso de duelo, la persona queda enganchada en el dolor por la pérdida, de forma que en lugar de irse suavizando con el tiempo, se cronifica o incluso empeora. La imposibilidad de aceptar la pérdida, de adaptarse a su día a día y/o las emociones asociadas a ella, hacen que al recordar a su ser querido, lo haga desde el dolor y la

angustia, no consiguiendo reubicar emocionalmente a su ser querido. Este dolor interfiere de forma significativa a nivel personal, familiar, relacional, laboral, espiritual, etc, e impide a la persona recordar a su ser querido desde lo positivo y seguir adelante con su vida.

Freud (1917), en su texto “Duelo y melancolía”, fue el primero en identificar un estado diferente al duelo normal, en las personas que habían sufrido una pérdida, al que él denominó melancolía, definiéndola como:

Una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo (p. 62).

Y Horowitz (1980), lo definió como:

La intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución... Esto implica procesos que no van hacia la asimilación o acomodación sino que, en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación.(p. 147)

En la actualidad no hay consenso diagnóstico en lo que se refiere a duelo patológico, por lo que no está incluido como categoría diagnóstica ni en el CIE-10, ni en el DSM-5, dando pie a confundirlo con una depresión mayor. Sin embargo, en el DSM-IV-TR, en los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, se señalan ciertos síntomas no característicos de un duelo normal, que pueden ser útiles

para realizar un diagnóstico diferencial entre duelo patológico y episodio depresivo mayor:

1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
4. Enlentecimiento psicomotor acusado.
5. Deterioro funcional acusado y prolongado.
6. Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Algunos autores han planteado la inclusión de duelo patológico como un síndrome distinto a otros trastornos, proponiéndolo como una categoría diagnóstica diferenciada, con el fin de poder hacer el diagnóstico diferencial respecto al duelo normal y al episodio de depresión mayor principalmente (Lichtenthal, 2004; Prigerson 1999; Prigerson 2006; Prigerson, 2009). Defienden que el duelo patológico presenta síntomas de malestar por la separación (pensamientos intrusivos sobre el fallecido, añoranza, búsqueda del fallecido y soledad como resultado del fallecimiento) y síntomas de malestar traumático (falta de metas y/o inutilidad respecto al futuro, sensación subjetiva de indiferencia o ausencia de respuesta emocional, dificultades para aceptar la muerte, excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación a la muerte) que son característicos del cuadro clínico y servirían para poder diagnosticarlo y diferenciarlo de otros trastornos.

#### ***1.1.2.4.1. Criterios diagnósticos para duelo patológico***

A pesar de la falta de consenso respecto a los criterios diagnósticos de duelo patológico, con el fin de poder identificarlo y diagnosticarlo a nivel práctico, García et al (2009), tradujeron al castellano el Inventario de Duelo Complicado (PG-13), diseñado por Prigerson (1995).

Estos criterios son los que se usan habitualmente, a nivel práctico a la hora de diagnosticar un duelo patológico, Figura 2:

<p><b>Criterio A: estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte.</b> Presentar, cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pensamientos intrusivos -que entran en la mente sin control- acerca del fallecido</li><li>2) añoranza -recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza- del fallecido</li><li>3) búsqueda -aún sabiendo que está muerto- del fallecido</li><li>4) sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento</li></ol> <p><b>Criterio B: estrés por el trauma psíquico que supone la muerte.</b> Presentar, cada día o en grado acusado, y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los 8 síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro</li><li>2) sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional</li><li>3) dificultad para aceptar la realidad de la muerte.</li><li>4) sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido</li><li>5) sentir que se ha muerto una parte de si mismo</li><li>6) asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él</li><li>7) excesiva irritabilidad, amargura, y/o enfado en relación con el fallecimiento</li><li>8) tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.</li></ol> <p><b>Criterio C: cronología</b> La duración del trastorno -los síntomas arriba indicados- es de al menos 6 meses</p> <p><b>Criterio D: deterioro</b> El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.</p>
--

**Figura 2.** Criterios para el diagnóstico de duelo patológico.

Fuente: García, J. T. L., Reverte, M. A. L., García, J. G., Méndez, J. M., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina paliativa*, 16(5), 291-297.

#### ***1.1.2.4.2. Tipos de duelo patológico***

Existen distintos tipos de duelo patológico, que han sido estudiados y descritos por diferentes autores:

- Duelo crónico: el dolor se mantiene y/o se intensifica con el paso del tiempo (Cerney, 1991; Horowitz, 1980; Paterson, 1987; Worden 2008).
- Duelo retrasado / inhibido: el dolor aparece pasado un tiempo (Bowlby, 1980; Geller, 1985; Kastenbaum, 1969; Worden 2008)
- Duelo exagerado: el dolor se intensifica sin justificación aparente (Jacobs, 1990; Worden 2008)
- Duelo enmascarado, con síntomas somáticos o conductuales: la persona refiere haber superado el dolor, pero sus síntomas y/o conductas parecen indicar lo contrario (Deutsch, 1937; Worden 2008; Zisook y DeVaul, 1977).

#### ***1.1.2.4.3. Indicadores de riesgo de duelo patológico***

Respecto a los indicadores de riesgo, o los aspectos que aumentan la probabilidad de que el proceso no se desarrolle adecuadamente, nos encontramos con diferencias dependiendo del estudio y autor consultado.

Lazare (1979) identificó algunos indicadores para detectar un posible duelo complicado. En estos casos el doliente:

- No puede hablar del fallecido sin experimentar un dolor intenso y reciente.
- Algún acontecimiento relativamente poco importante desencadena una intensa reacción emocional.
- En la entrevista clínica aparecen temas de pérdidas anteriores.
- No puede desprenderse de posesiones materiales que pertenecían al fallecido.
- Desarrolla síntomas físicos como los experimentados por el fallecido.
- Cambios radicales en el estilo de vida, evitación de amigos, familiares o actividades asociadas con el fallecido.

- Presentar historia de depresión marcada por culpa persistente y baja autoestima.
- Necesidad de imitar al fallecido.
- Impulsos destructivos en distintas situaciones.
- Tristeza inexplicable.
- Desarrollo de una fobia a la enfermedad o la muerte.
- Presencia de duelos anteriores no resueltos.

Raphael (1977) menciona como indicadores de riesgo:

- Escasa o nula red de apoyo social.
- Mala relación marital previa.
- Circunstancias traumáticas en el fallecimiento.
- Necesidades no cubiertas.
- Crisis vital al mismo tiempo.

Parkes y Weiss (1983) hacen hincapié en:

- Presencia de hijos pequeños en casa.
- Nivel socio-cultural bajo.
- Ausencia de empleo.
- Rabia alta.
- Anhelos altos.
- Autorreproche alto.
- Falta de apoyo social.

Soler y Jordá (1995) dan indicadores diferenciando entre adultos y niños:

**A. Adultos:**

A.1. Factores personales:

- Edad joven del doliente.
- Edad joven del fallecido.
- Antecedentes psicopatológicos.
- Amenazas de suicidio.
- Pérdida temprana de los padres.
- Duelos anteriores no resueltos.
- Reacciones de rabia y amargura intensa.
- Baja expresión de sentimientos y emociones.
- Sentimientos de culpa.
- Inhabilidad para enfrentar el estrés.
- Baja tolerancia al estrés.

A.2. Características del vínculo:

- Relación ambivalente (amor-odio).
- Doliente dependiente directamente del fallecido.
- Pérdida de pareja o hijo.

A.3. Recuerdo doloroso del proceso:

- Muerte súbita.
- Muerte incierta.
- Muerte múltiple.
- Falta de control de síntomas.
- Dificultades diagnósticas.
- Conflictos con el personal sanitario durante el desarrollo de la enfermedad.

**A.4. Factores sociales:**

- Falta de apoyo sociofamiliar.
- Presencia de niños en casa.
- Dificultades económicas.
- Asuntos pendientes.
- Proyectos truncados.

**B. Niños:**

- Suicidio u homicidio del progenitor.
- Pérdida de la madre para niñas menores de 11 años.
- Pérdida del padre para varones adolescentes.
- Dependencia del progenitor superviviente.
- Relación conflictiva con el fallecido.
- Falta de apoyo familiar.
- Ambiente inestable.
- Segundas nupcias y relación negativa con la nueva Figura.
- Dificultades psicológicas previas.

Mientras que Del Pino, Pérez y Ortega (2003) hacen la siguiente propuesta, Figura 3:

<b>Factores de riesgo para el duelo complicado</b>	
<b>A) Particularidades del acontecimiento</b>	Súbito o de ocurrencia inesperada
	Implicación / participación del doliente
	De naturaleza absurda o vivido como injusto
	Posibilidad de ver / despedirse del cadáver
	Acumulación de pérdidas
	Circunstancias extraordinarias concurrentes
<b>B) Particularidades del difunto y del vínculo</b>	Edad
	Sexo
	Tipo del vínculo: parentesco, rol ejercido, límites, jerarquía...
	Intensidad del vínculo: instigador, existencia de ambivalencia...
	Momento de la relación: cambio de contrato, diferenciación...
<b>C) Particularidades del doliente</b>	Biografía personal: pérdidas previas, trastornos...
	Momento del ciclo vital personal y familiar
	Situación de crisis simultánea: enfermedades...
	Apoyo social y entorno cultural
	Educación, valores y creencias religiosas
	Situación económica

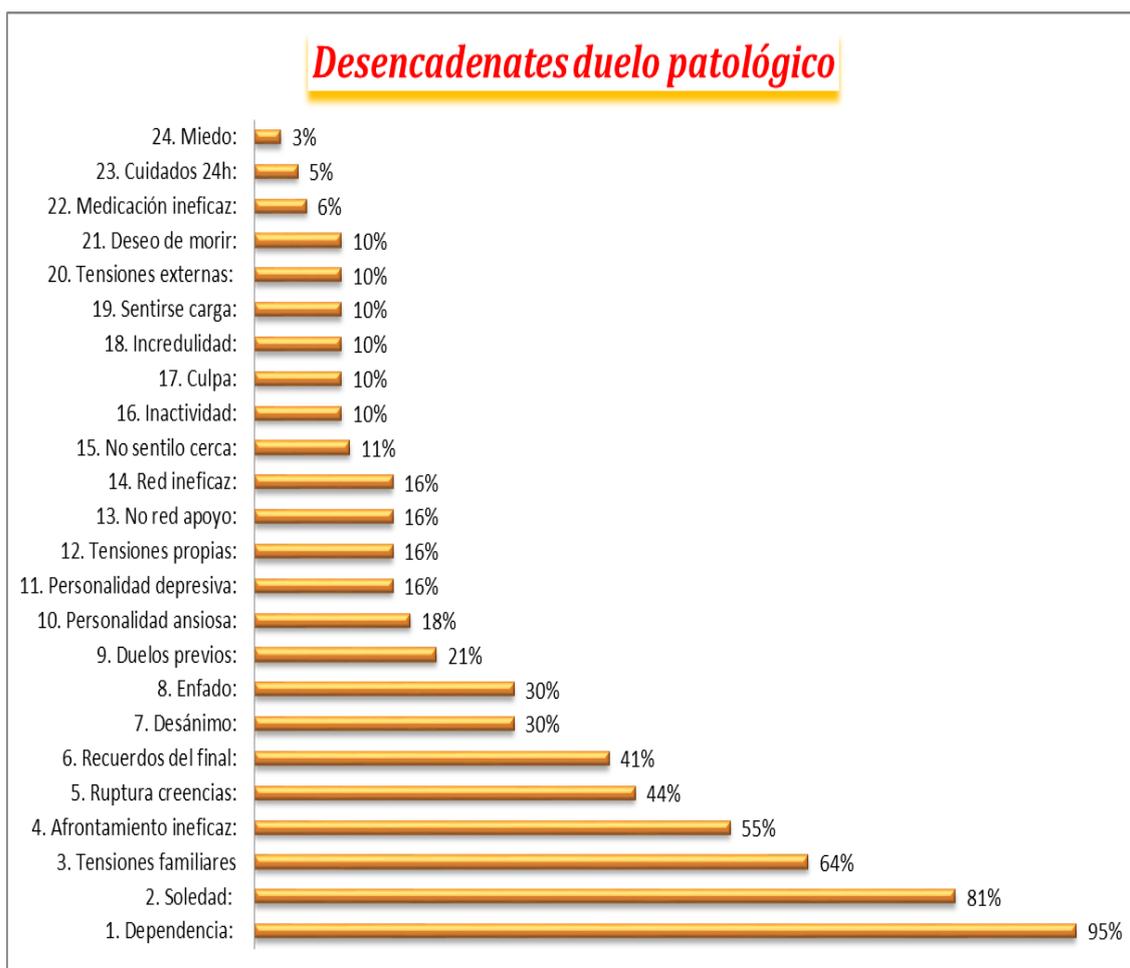
**Figura 3.** Factores de riesgo en el duelo patológico.

Fuente: Del Pino, J.I., Pérez, J. & Ortega, F. (2003). Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica. Disponible en de:

[http://www.dipalicante.es/hipokrates/hipokrates\\_I/pdf/ESP/434e.pdf](http://www.dipalicante.es/hipokrates/hipokrates_I/pdf/ESP/434e.pdf)

#### ***1.1.2.4.4. Desencadenantes de duelo patológico***

En 2012 realicé un estudio (Sánchez, 2012) para identificar los desencadenantes habituales de duelo patológico. La muestra estaba constituida por familiares de pacientes fallecidos en Salamanca durante los años 2011, 2012 y 2013. De un total de 951 familiares, 73 desarrollaron duelo patológico. Tras la intervención y normalización de sus procesos de duelo, se obtuvieron 24 desencadenantes y se categorizaron por frecuencia de aparición, obteniéndose los siguientes resultados, Figura 4:



**Figura 4.** Porcentajes de aparición de cada uno de los desencadenantes en la muestra de dolientes.

1. Dependencia: El fallecido era tan indispensable en el día a día del doliente, que ahora no es capaz de seguir adelante sin su presencia.

2. Soledad: El sentimiento de soledad y tristeza es tan profundo, que impide que la persona pueda seguir adelante.

3. Tensiones familiares: Los problemas con su familia (enfermedades, mala relación, etc), se suman al sentimiento de pérdida e impiden que la persona pueda elaborar normalmente el duelo.

4. Afrontamiento ineficaz: La persona es incapaz de dejar de pensar en (que ya no está, que no volverá, que se está perdiendo muchas cosas, que está en una caja, etc) y estos pensamientos negativos la impiden superar su pérdida.

5. Ruptura creencias: La ruptura de su sistema de creencias y valores (cuanto ha luchado para nada, le quedaba tanto por hacer, la vida es injusta y desilusionante, etc) le impiden retomar su vida.

6. Recuerdos final: Los recuerdos del final (no pudo despedirse, falleció de repente, sufrió sin sentido, etc) impiden a la persona seguir adelante.

7. Desánimo: El desánimo unido a la falta de energía, impiden que la persona supere la pérdida.

8. Enfado: El enfado que siente (contra los profesionales que le trataron, contra el fallecido, contra la vida, etc) le impiden volver a estar bien.

9. Duelos previos: La existencia de (duelos previos no bien elaborados, pérdidas simultaneas o recientes, ser la primera pérdida importante, etc) le impiden elaborar normalmente su proceso de duelo.

10. Personalidad ansiosa: El nivel de ansiedad alto previo a la pérdida, se intensifica con esta e impide a la persona poder seguir adelante con su vida.

11. Personalidad depresiva: El estilo de personalidad depresivo previo al fallecimiento, se intensifica tras este e impide a la persona salir de la tristeza y poder continuar con su vida.

12. Tensiones propias: Las tensiones propias de la persona, en su situación actual (enfermedades, problemas propios no resueltos, etc) se suman al malestar por la pérdida, enganchándola en un duelo patológico.

13. No red apoyo: Carencia de red de apoyo social, que lleva a la persona a aislarse y quedar enganchada en un duelo patológico.

14. Red ineficaz: Cuando las personas del entorno, en lugar de ayudar, dificultan la elaboración normal del duelo (preguntando constantemente a la persona como esta, dando consejos inapropiados, forzándola a estar bien cuando aún no puede estarlo, etc).

15. No sentirlo: El doliente no experimenta la sensación de presencia del fallecido, que esperaba sentir y esto le impide seguir adelante con su vida.

16. Inactividad: Tras la pérdida, el doliente entra en un estado de inactividad y aislamiento, que lo hunde cada vez más en la tristeza y el dolor.

17. Culpa: El doliente se siente culpable (por algo que dijo o hizo, por algo que no dijo o hizo, etc) y este sentimiento le impide superar el dolor por la pérdida.

18. Incredulidad: El doliente es incapaz de asimilar y aceptar que el ser querido se ha ido y no volverá, quedado enganchado en un duelo patológico.

19. Sentirse carga: Tras el fallecimiento, la persona se siente una carga para todo el mundo y esto le impide superar la pérdida.

20. Tensiones externas: Existencia de tensiones externas (apertura de testamento, resolución de papeles, deudas, etc) que impiden a la persona elaborar su duelo con normalidad.

21. Deseo morir: El dolor por la pérdida es tan intenso, que la persona prefiere morir a seguir viviendo sin su ser querido.

22. Medicación ineficaz: La medicación pautada al doliente, no tiene los efectos esperados, impidiendo a la persona elaborar su proceso de duelo con normalidad.

23. Cuidados 24h: Cuando la persona se vuelve incapaz de volver a llevar una vida normal, tras el hábito generado por el cuidado 24 horas al día, durante un periodo prolongado de tiempo, del ser querido.

24. Miedo: El doliente desarrolla un miedo irracional a (la enfermedad, los hospitales, caer en una depresión, que el fallecido desee dañarle, etc) que le impide seguir adelante con su vida.

### **I.1.3. Investigaciones actuales sobre el duelo**

Los estudios y publicaciones sobre los procesos de duelo normal y patológico, a partir del año 2000 aumentan exponencialmente (desde 1914 en que Freud acuñase el término de duelo hasta la actualidad, pueden encontrarse a través del motor de búsqueda

Google 37.000.000 de resultados para el término “mourning”, 45.700.000 para el de “duelo” y 226.000 para el de “duelo patológico”. De estos 15.700 son documentos científicos relacionados con el “duelo patológico”, entre: estudios, artículos y libros publicados. De estos, 13.400 se han publicado a partir del año 2000, 11.600 a partir del 2005 y 7.230 a partir del 2010) (Google Académico). Es decir, el 50% de las investigaciones y publicaciones que se han llevado a cabo sobre el tema del duelo patológico se han realizado en los últimos 5 años. Estos datos son orientativos, de cara tomar conciencia de la relevancia que están tomando los estudios sobre el duelo normal y patológico en la actualidad.

Los procesos de duelo y su tratamiento están siendo ampliamente estudiados y desarrollados, la investigación en la actualidad se centra en:

- desarrollar nuevas técnicas de intervención que complementen y den soporte a los tratamientos que ya se han validado como efectivos. En este sentido los programas de realidad virtual, diseñados específicamente para complementar la intervención tradicional sobre los procesos de duelo, tendrán un previsible desarrollo en el futuro (Botella, 2007).
- seguir validando las hipótesis planteadas por los distintos autores (Díaz-Curiel, 2011; Guillén, 2011),
- plantear nuevas hipótesis de trabajo (Díaz-Curiel, 2011; Guillén, 2011),

Por otro lado, hasta ahora el duelo era considerado como una reacción natural ante una pérdida y no un estado patológico. Pero, en el DSM-5 se califica al duelo como un posible disparador que lleve a un episodio depresivo mayor. El riesgo de la nueva inclusión es facilitar la medicación y apurar los tiempos que cada persona necesita para elaborar un duelo. (Laduzinski, 2013).

La claridad de la definición y clasificación del duelo patológico puede aumentar la identificación de una población para la cual la intervención puede ser útil, y esto, a su vez, puede conducir al desarrollo de intervenciones que pueden probarse empíricamente.

Otra área emergente de investigación que contribuirá al conocimiento científico e intervenciones para el duelo es la de la neurobiología del duelo y trauma que indica que el duelo puede medirse a través de una red nerviosa en todas las regiones del cerebro (Gundle, 2003).

Además, la investigación cada vez mayor sobre resiliencia (Zhang, 2006) y crecimiento postraumático (Buchi, 2007) contribuirá al desarrollo de intervenciones postpérdida efectivas.

Como revisión de investigaciones más recientes sobre el tema del duelo complicado o patológico, cabe destacar la revisión de Cochrane (2008) titulada “Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal” (Flenady, 2009). En ella se concluye, como implicaciones prácticas, que debido a la falta de investigación sobre el tema y más concretamente, a la falta de ensayos controlados aleatorios, la revisión no puede proporcionar información fidedigna en la que pueda basarse la práctica. Si bien el apoyo a los familiares después de una muerte está justificado en base a otros tipos de investigación, hay pruebas insuficientes para confirmar o refutar el beneficio de los diferentes tipos de intervenciones orientadas a brindar tal apoyo. En ella se concluye, como implicaciones de cara a la investigación, que se requieren ensayos metodológicamente rigurosos para evaluar los efectos de las intervenciones y se sugiere la necesidad de realizar estudios multicéntricos, con financiación suficiente para asegurar el seguimiento adecuado y tratar de forma definitiva este tema. También se

incide en la necesidad de desarrollar herramientas psicométricas estándar para la medida de este trastorno.

En las últimas dos décadas el estudio de los procesos de duelo se ha desarrollado exponencialmente, por los cambios e implicaciones que tiene sobre la persona que lo sufre (Barbero, 2006; Bayés, 2001). Prigerson fue uno de los primeros autores que lideraron un amplio estudio dedicado a estudiar, clasificar y medir los procesos de duelo normal y patológico (Prigerson, 1995, 2009). A pesar del estudio y conocimiento adquirido, quedaba pendiente desarrollar terapias de intervención específicas y realizar estudios controlados que pusieran de manifiesto cuales son las terapias más beneficiosas para los dolientes (Jacobs, 2000). Uno de los primeros trabajos orientados a este fin se llevó a cabo en el año 2009, estudiando a 317 dolientes en distintos momentos temporales, buscando identificar las manifestaciones propias de los procesos de duelo complicado, de cara a poder hacer el diagnóstico diferencial respecto al trastorno depresivo mayor, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada (Lichtenthal, 2004). De este modo los autores llegaron a describir el duelo complicado como una combinación de síntomas de ansiedad de separación y de emociones cognitivas y comportamientos que se manifiestan tras la muerte del ser querido e interfieren en el funcionamiento social, laboral y otras áreas importantes de la persona. Si estos síntomas se prolongan por más de 6 meses podría diagnosticarse el duelo patológico (Prigerson, 2008). Estos síntomas están asociados a la aparición de problemas graves de salud, pudiendo generar depresión, hipertensión y problemas cardíacos, abuso de sustancias y drogas, reducción de la calidad de vida (Boelen, 2007) y aumento del riesgo de suicidio (Latham, 2004).

A pesar de las propuestas realizadas por parte de los investigadores, en la reciente publicación del DSM-5 (APA, DSM-5, 2013) el duelo sigue enmarcado dentro del código V62.82, como aquellos problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica no atribuible a trastorno mental, que a su vez podría ocasionar síntomas similares a la depresión mayor, estrés postraumático, insomnio y anorexia, siendo la evolución crónica e implicando grandes padecimientos y gastos sanitarios. En este caso hay una diferenciación en el DSM-5 con respecto a las anteriores ediciones, y es que el duelo no excluye el diagnóstico de depresión. Si bien el DSM-IV-TR (APA, DSM-IV-TR, 2000) excluía dentro de la depresión a las personas que mostraban dichos síntomas tras la pérdida del ser querido en los dos meses anteriores, el DSM-5 omite esta exclusión.

El duelo sigue siendo un fenómeno complejo que genera muchas cuestiones todavía por resolver. Los distintos autores comparten la necesidad de aportar datos relevantes que nos ayuden a generar tratamientos eficaces, tanto para la prevención como para la intervención en el duelo patológico. Sobre este tema, siguen apareciendo publicaciones que muestran diferentes formas de intervención (Romero, 2013).

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 (Prigerson, 2008).

En las revisiones sistemáticas realizadas de los tratamientos del duelo, se han documentado resultados limitados de diversos tipos de psicoterapias. En algunos casos se han llegado a constatar incluso efectos negativos de algunos de los protocolos de actuación, como son los llevados de forma preventiva, es decir, cuando la prevención de

duelo complicado previo a la pérdida no se realiza correctamente puede perjudicar la elaboración del duelo posterior (Currier, 2008).

En estudios más recientes, se muestran resultados más alentadores para este tipo de intervenciones, aunque se siguen cuestionando la validez de los mismos, debido a las limitaciones metodológicas que presentan (Shut, 2005).

La literatura científica muestra evidencias de que las intervenciones en duelo normal, pueden interferir en la elaboración del proceso, si se realizan justo después de producirse la pérdida (Neimeyer, 2000; Schut, 2001). 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 (Currier 2008; Neimeyer, 2000 y Shut, 2005)

Un reciente metaanálisis (Wittouck, 2011), aporta una revisión sistemática de los resultados obtenidos a corto plazo y a largo plazo, de las intervenciones preventivas y el tratamiento del duelo complicado.

En esta revisión, se han examinado un total de 14 estudios que han cumplido los criterios de inclusión. Nueve de ellos muestran datos de intervenciones preventivas y cinco para tratamiento de duelo complicado. Algunos de los hallazgos principales encontrados son:

1. Tres de los nueve estudios con intervenciones preventivas ofrecen resultados moderadamente positivos para las manifestaciones del duelo complicado. Dos de ellos cuentan con orientación cognitivo-conductual.
2. Por otro lado, de los cinco estudios examinados que realizan tratamiento, cuatro de ellos muestran resultados positivos. Al igual que en las intervenciones preventivas, la orientación de las técnicas aplicadas en esos

estudios son cognitivo-conductuales. Estos últimos resultados se reflejan tanto en los análisis realizados a corto plazo y en los seguimientos a largo plazo.

Según los autores, se evidencia a través de este estudio, que las intervenciones preventivas producen o bien efectos positivos o negativos. La falta de resultados de estas intervenciones, puede ser por la posibilidad de que el dolor prolongado no se puede prevenir ni impedir, pero si tratar, tal como se ha demostrado en estudios anteriormente realizados (Neimeyer, 2009). Lo que no significa que se vea mermada la utilidad de este tipo de intervenciones a nivel cualitativo e individual. Además de ello, no se incluyeron en este metaanálisis investigaciones que evaluaran factores de protección del riesgo de duelo complicado, ni se han tenido en cuenta, los beneficios que se tienen cuando son los mismos dolientes los que demanda la ayuda (Kang, 2007).

Los autores de esta investigación señalan las limitaciones metodológicas que se han encontrado en la revisión de los estudios y la dificultad desencadenada por la falta de reconocimiento oficial del diagnóstico de duelo complicado en el DSM.

Como conclusión final plantean que no pueden establecer cuál es el tratamiento más adecuado para duelo complicado. Quizás 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.

A lo largo de estos últimos años, se están realizando muchos estudios que exploran las diferentes líneas de intervención del duelo. Hoy en día, es difícil responder o establecer conclusiones sobre cual es tratamiento que pudiera proporcionar más beneficios o ser más eficaz. A pesar de ello, todo el esfuerzo invertido en las

investigaciones desarrolladas en este campo, sí que aportan orientación y guían las direcciones que se pueden tomar.

En la literatura se han documentado en líneas generales, como los autores descartan realizar cualquier tipo de intervención rutinaria con las personas que están viviendo un duelo normal. Se considera que cualquier actuación que se realice en estos casos, pueden interferir su curso natural y dificultar el desarrollo de las estrategias propias que los dolientes, ponen en marcha para afrontar y elaborar el proceso. Por el contrario, los tratamientos para personas con criterios de alto riesgo y las intervenciones especializadas, cuando el duelo se ha complicado, han mostrado resultados más alentadores que se constatan aún más, en los casos en los que son los mismos pacientes los que demandan la atención.

Dentro de este marco de referencia, es difícil encontrar programas específicos que se hayan diseñado para tratar el duelo. Según los estudios realizados, la orientación que muestra ser más eficaz es la que lo aborda desde la terapia cognitivo-conductual. El counselling, a su vez, ha proporcionado resultados positivos en grupos de dolientes con alto riesgo y con manifestaciones psicopatológicas (Barreto, 2007).

En este ámbito, el Tratamiento del duelo complicado, propuesto por Katherine Shear, ha mostrado más beneficios que la intervención realizada con terapia interpersonal. Boelen et al (2007), examinaron los resultados que ofrecieron las técnicas de exposición, la reestructuración cognitiva y la terapia de apoyo centrada en la solución de problemas. En su estudio realizaron tres grupos con distintas combinaciones y condiciones de intervención. Los análisis de datos mostraron mejores resultados para los grupos que se trataron con técnicas de exposición y reestructuración cognitiva, que los tratados con terapia de apoyo centrada en la solución de problemas. Asimismo, en la

reciente revisión que realiza Wittkoug, van Autreve, de Jaegere, Portzky y van Heeringen (2011) de esta misma investigación, refiere que el protocolo que se ha realizado en cada grupo de intervención, ofrece mejorías clínicas significativas en comparación al grupo control y que estos resultados se mantienen en los seguimientos posteriores realizados con los dolientes.

Estas aportaciones están estimulando el desarrollo de estudios en esta línea, ante la necesidad de contar con investigaciones bien establecidas y diseños prospectivos, que permitan aportar más conocimientos y esclarecer las direcciones que los profesionales puedan tomar, para ofrecer el soporte, alivio y el acompañamiento más adecuado, de las personas que están viviendo este proceso y dolor (Romero, 2013).

## **I.2. INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DEL DUELO.**

### ***I.2.1. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA***

Como clínicos nos enfrentamos a una difícil tarea a la hora de poder abordar y realizar buenos tratamientos del duelo complicado. Dentro los modelos de trabajo que cuentan con bastante aceptación están las intervenciones por tareas. Concretamente Worden (1997) describió cuatro tareas básicas, que consideraba fundamentales a la hora de elaborar este proceso:

- a) Aceptación de la realidad de la pérdida.
- b) Identificar y expresar sentimientos.
- c) Adaptarse a vivir en un mundo en el que el otro ya no está.
- d) Facilitar la recolocación emocional del ser querido y seguir viviendo.

El tratamiento de duelo complicado planteado por Katherine Shear (2010), está indicado para aquellas personas que después de haber perdido a un ser querido, manifiestan dificultades para integrar su nueva realidad en sus vidas. Está enmarcado 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 en los que se asienta su tratamiento provienen de la teoría de Bowlby (1998). Dentro de esta propuesta se contempla la existencia, a nivel del sistema nervioso central, del circuito cognitivo-afectivo de apego denominado “working model” y evidencia que la motivación de acercamiento a las figuras de apego y de seguridad, se hacía de manera neurobiológicamente instintiva.

El “working-model”, incluye elementos de información explícita e implícita, que en nuestra memoria hace diferir el tipo de información que incluye y en la manera en la que asimilamos nueva información. 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.

Los síntomas agudos del duelo, en un principio, producen cambios en las emociones, cogniciones y comportamientos de los dolientes. El sistema de apego se interrumpe, se generan sentimientos iniciales de incredulidad, pensamientos intrusivos y comportamientos disruptivos, hasta que poco a poco, se va realizando la integración y dotando sentido a la pérdida de la figura de apego. Es entonces cuando se activa el sistema de nuevo y se restaura el sentido de nuestra vida sin esa persona. Cuando las personas, con el tiempo, no logran redirigir su camino sin la persona fallecida, evitan la expresión de los sentimientos y los pensamientos que generan ansiedad de separación,

amargura, quejas o sentimientos de culpa por lo ocurrido y relacionado con la muerte, es cuando pueden aparecer las complicaciones del duelo.

Al narrar y recordar la muerte del ser querido, se puede facilitar el aprendizaje de la memoria implícita. Pasar tiempo pensando en el presente y en el mundo sin la persona querida, facilita la revisión del modelo de trabajo. Esa revisión, con el tiempo, se traducirá en la capacidad de reconstrucción e integración de lo sucedido, del bienestar y sentido de vida (Romero, 2013).

Hay autores que consideran el counselling como un marco de intervención idóneo ante el fenómeno del duelo (Barreto, 2007). El counselling, 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 (Arranz, 2003).

A través de sus principios fundamentales y actitudes básicas: la empatía, la veracidad y la aceptación incondicional, se hace hincapié en entender 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 (Arranz, 2003).

Hay una serie de herramientas que están presentes y se tiene en cuenta durante este tipo de intervención que a su vez facilitan la relación con el paciente:

1. Habilidades de comunicación.
2. Soporte emocional.
3. Modelo de solución de problemas.
4. Autocontrol.

Todo lo anteriormente planteado son los principios básicos generales en los que se sustenta esta herramienta terapéutica de intervención. 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 (Arranz, 2003).

Desde el ámbito clínico, Barreto y Soler (Barreto, 2007), plantean una serie de recomendaciones, que pueden mediar en la comprensión y encaminar la dirección y manejo del tratamiento. En un primer momento, indican que en este tipo de soporte, es adecuado hacer entender al paciente el tipo de relación que se va a mantener con el terapeuta, planificando el número y el objetivo terapéutico de las sesiones; además de ello, parten de la relevancia en aclarar e informar en qué consiste elaborar la pérdida de su ser querido, haciendo hincapié en que superar no significa olvidar; se explica la transición que conlleva los momentos iniciales en los que se vive con el recuerdo constante de lo sucedido, hasta recolocar al fallecido en otro espacio diferente compatible con su vida, en un presente contemplando sus proyecciones futuras. Consideran hacer un buen uso de las estrategias de comunicación no verbal en el soporte e introducir y facilitar en la intervención la expresión de emociones positivas asociadas a su vida actual y al ser querido fallecido.

De manera descriptiva plantean una serie de objetivos según se intervenga de forma preventiva, se realice una terapia más especializada o se profundice en sesiones de mantenimiento.

Cuando se trata de realizar una intervención preventiva antes del fallecimiento del familiar, se incide en fortalecer las habilidades de autocuidado y autoeficacia del cuidador, fomentando la solución de posibles incidencias y mediando en la conciliación de las diferencias y asuntos que pudieran estar pendientes con el enfermo, que a su vez, pudieran interferir en la despedida de su ser querido. Facilitar la despedida cuando sea posible.

Después de producirse la pérdida, se plantea favorecer la adaptación al duelo y prevención de la complicación del proceso. La línea de trabajo va dirigida a proporcionar información de las reacciones naturales que suelen manifestarse, relatar lo sucedido facilitando la expresión y el encauzamiento de emociones de manera normalizada. Fomentar las estrategias propias del paciente y dotar de aquellas que le puedan servir para afrontar y adaptarse a las demandas del día a día, que le ayuden a manejar sus necesidades y a ocuparse de sus problemas y preocupaciones. Facilitar la entrada y soporte de su entorno social cercano. Mantener las habilidades de autocuidado personal.

En el caso de tratamientos más especializados, los objetivos de la intervención se derivan de una evaluación completa, de las necesidades y problemática que tiene el paciente para establecer la dirección de la terapia. Principalmente las actuaciones van encaminadas a fomentar la realidad de lo sucedido y a lograr encontrar una posición de su ser querido en el presente del paciente, que le permita seguir adelante. Se valoran además las consecuencias que ha tenido la pérdida, se restablece su identidad favoreciendo los cambios que ha supuesto en su persona. Se abordan aquellos pensamientos que pudieran interferir en el manejo de las emociones que interrumpen su encauce y la elaboración del proceso. Asimismo, puede ser necesario intervenir en la

forma de gestionar sus relaciones sociales, restablecerlas o iniciar otras nuevas. Se recomienda además ser cautelosos en la prescripción farmacológica.

Por último cuando se realizan intervenciones de mantenimiento, los objetivos van dirigidos a mejorar su calidad de vida y bienestar personal.

Las técnicas psicológicas que se van a utilizar para poder llevar a la práctica estos objetivos pertenecen a diferentes orientaciones psicológicas:

1. Condicionamiento clásico y operante, a través de programas de contingencia aplicado para aumentar las satisfacciones del doliente que pudieran equilibrar y balancearse con las vivencia de emociones más dolorosas y que le producen malestar. Fomentar el aprendizaje de nuevos repertorios de conducta. Hacer uso del control estimular para mediar en la aparición de conductas disfuncionales. Se puede aplicar desensibilización sistemática y la exposición en imaginación y/o en vivo, como acercamiento hacia aquellos sucesos que tienden evitarse y facilitar la expresión de emociones.
2. Restructuración cognitiva y ensayos conductuales. Principalmente para trabajar en todas aquellas creencias disfuncionales que puedan interferir en el curso adecuado del proceso, que favorezcan la reconstrucción de nuevos significados y la adaptación a los cambios que le ha supuesto la pérdida.
3. Constructivismo, en donde se aplican la escritura de biografías, dibujos e imágenes, cartas que no se envían, galerías fotos, historias e imágenes metafóricas, libros de recuerdo..., con lo que se pretende estimular la aparición de un nuevo sentido después de la pérdida y de las creencias que se tienen de la vida.

4. Resolución de problemas. Aplicando el protocolo y los pasos de la técnica en sí misma, para favorecer la gestión de las incidencias que pudieran presentarse en el día a día.
5. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. Con el objetivo de poder facilitar la comunicación con sus seres queridos y la expresión de sus necesidades, además de experimentar el apoyo de las personas que son significativas para el doliente.
6. Exposición repetida y gradual a los estímulos evitados. En este caso habría que adaptar la intervención según si el doliente evita exponerse a determinadas situaciones, dado el dolor tan importante que manifiestan a la hora de vivir la experiencia, o por el contrario, el evitar separarse de situaciones o rituales que le anclan en el recuerdo y le impide no progresar o no vivir la realidad de lo sucedido.
7. Realizar rituales de despedida o aplicar otras técnicas como pueden ser la visualización, juegos de rol, autoinstrucciones positivas, parada de pensamiento y la ventilación de emociones.

#### ***1.2.1.1. Objetivos de la intervención***

De cara a facilitar el duelo normal y prevenir un duelo complicado, hay unos objetivos que el terapeuta debe seguir para ayudar al doliente (Worden 2008):

- Ayudar al superviviente a hacer real la pérdida,
- Ayudarle a identificar y experimentar sus sentimientos,

- Ayudarle a adaptarse a su día a día y ser capaz de seguir viviendo sin la presencia del fallecido,
- Ayudar a encontrar un significado a la pérdida,
- Facilitar la recolocación emocional del fallecido,
- Dar tiempo para elaborar el duelo,
- Interpretar la conducta normal,
- Permitir las diferencias individuales,
- Examinar defensas y estilos de afrontamiento,
- Identificar patologías y derivar a otros profesionales si es necesario.

### ***1.2.1.2. Soporte al doliente***

De cara a la intervención y de soporte del doliente Cobo Medina (1999) indica como intervenciones eficaces:

- Estimular la verbalización sobre el ser perdido y las relaciones con él, en un intento de memorización y reconstrucción de ese pasado reciente.
- Liberar y reconocer los sentimientos implicados en esa relación; y los actuales, tras su muerte (rabia, culpa, tristeza, ansiedad y sus equivalentes menos explícitos).
- Ayudar a tomar decisiones; a afrontar sin culpa la recuperación del gusto de vivir, las nuevas relaciones y a aceptar distanciarse emocionalmente del recuerdo del fallecido.
- Estimular el conocimiento de sí mismo a raíz de la experiencia del duelo y delimitar, si los hay, conflictos del doliente (ej: problemas de separación afectiva) que desborden el tema del duelo y que pudieran dar lugar a una indicación de tratamiento, ya no centrado en aquel.

- Dar la oportunidad de integrar la experiencia de la muerte y del duelo como un enriquecimiento moral y espiritual de la persona (Cobo-Medina, 2001).

### ***1.2.1.3. Estrategias y técnicas de intervención***

Hay diferentes técnicas y estrategias que han demostrado ser de utilidad a la hora de trabajar con el doliente (Gómez-Sáncho, 1998; Lacasata, 2000; 2003; 2004; 2006; Neimeyer, 2002; Schut, 2001; Soler, 1996)

- La utilización, en aquellas personas que lo precisen, de fotos, videos, cartas, diarios, cassettes, poesía, pintura, visualización e imaginación guiada, pueden servir para la estimulación de recuerdos y emociones tanto positivas como negativas, reconciliación y despedida.
- La *reestructuración cognitiva* como técnica psicológica que ayuda a cambiar los pensamientos desadaptativos por otros más adaptativos.
- Las *auto instrucciones positivas* o mensajes que la persona se da a sí misma para facilitar el enfrentamiento a situaciones difíciles.
- El *juego de roles* para representar y enfrentarse a situaciones que les producen ansiedad o miedo .También utilizada para reconciliaciones y elaboración de sentimientos de culpa.
- La *resolución de problemas* ayuda en la toma de decisiones.
- La técnica de *detención del pensamiento* resulta útil cuando éste resulta repetitivo e ineficaz en la consecución del los objetivos del doliente.
- El *manejo de contingencias* como el refuerzo de conductas que se consideren adaptativas, la extinción de las desadaptativas y el auto refuerzo para adquisición de habilidades.

- Las *técnicas de autocontrol* favorecen la realización de programas de actividades agradables y la planificación de la reintegración a las actividades de la vida diaria.
- El *entrenamiento en habilidades sociales* ayuda a conseguir un apoyo social efectivo.
- Las *técnicas de relajación* facilitan el manejo de las situaciones de ansiedad e insomnio.
- *Visualización e imaginación* de escenas temidas, como paso previo a la exposición in vivo.
- La *biblioterapia* utiliza la lectura de temas relacionados con la pérdida ofreciendo formas de afrontamiento.
- La *exposición repetida y graduada* a estímulos evitados con el objetivo de disminuir o suprimir la ansiedad.
- *Tareas conductuales* que ayuden a aumentar la realidad de la pérdida.

Actualmente disponemos de algunas herramientas para medir la evolución del duelo:

- Inventario de experiencias en duelo (IED), 2001.
- Grief Experience Inventory (GEI), 1977.
- Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD), 2005.
- Texas Inventory of Grief (TRIG), 1981.
- Inventario de Duelo Complicado, 2005.
- Inventory of Complicated Grief (ICG), 1995.
- Inventario de Duelo Complicado Revisado (IDC-R), 2002.

- Inventory of Complicated Grief (ICG-r), 2001.
- Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC), 2002.
- RIX INDEX (RI), 1983.

### ***1.2.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO***

De cara al tratamiento farmacológico, se recomienda tener en cuenta que, el duelo, en principio, no requiere de tratamiento con fármacos (Lacasta, 2011). En general estos tratamientos se utilizaran como adyuvantes del proceso de adaptación a la pérdida y siempre que sean estrictamente necesarios. Con frecuencia se abusa de psicofármacos para controlar la ansiedad del doliente (Gómez-Sáncho, 1999). La familia y amigos, presionan a los profesionales sanitarios, o incluso toman ellos la iniciativa, de administrar un tranquilizante al familiar que está expresando su dolor por la pérdida. La sedación excesiva por el uso de tranquilizantes puede complicar la evolución adecuada del duelo. Produce un desplazamiento de la expresión de la pérdida a un tiempo posterior y fuera de contexto. Se pierde la vivencia de la pérdida en el momento adecuado, muy importante para la elaboración correcta del duelo.

Es necesario hacer una evaluación individualizada de cada persona en duelo. Dolientes que tengan antecedentes depresivos o de alteración emocional, necesitarán con mucha frecuencia que se instaure un tratamiento farmacológico. En muchas ocasiones, estas personas ya están recibiendo tratamientos previos por lo que solo será necesario un ajuste de la pauta previa.

Los tratamientos más utilizados en situaciones adaptativas son las benzodiacepinas ya que producen una reducción de la hiperactivación y ayudan a

conciliar el sueño. Se sugiere utilizar benzodicepinas de vida media corta (como el lorazepam o temacepam). Evitar las de vida media larga o que provoquen confusión como el nitrazepam. También es recomendable evitar las presentaciones retardadas. Hay que intentar usar siempre las dosis más baja posible, reevaluando con frecuencia la situación, y empezando la reducción progresiva de la dosis, hasta su retirada, lo antes posible para evitar el riesgo de dependencia.

Es importante hacer una evaluación del insomnio antes de prescribir un hipnótico. Debemos tener en cuenta que durante las primeras semanas de la pérdida es normal tener dificultades de conciliación y despertares frecuentes durante la noche. Hay que valorar la recomendación de pautas de higiene del sueño, de técnicas de relajación y de otras medidas, como infusiones relajantes, etc., que puedan ayudar antes de recurrir a los fármacos. También es importante recomendar la realización de alguna actividad física moderada (paseos, natación,...) durante la tarde que provoque un ligero cansancio físico, sin llegar al agotamiento que puede ser contraproducente.

También se utilizan antidepresivos como estabilizadores del ánimo o en casos de tristeza mantenida. Algunos autores recomiendan no utilizar antidepresivos hasta pasados por lo menos seis meses del fallecimiento de su familiar. Si se emplea algún antidepresivo con acción sedante, se indicará tomarlo por la noche, disminuyendo o evitando el uso de otras benzodicepinas.

Un fármaco que resulta ser útil, de forma puntual en periodos de gran apatía y decaimiento, es el metilfenidato (psicoestimulante), que a dosis bajas mejora el estado de ánimo, disminuye la fatiga y mejora el apetito (Ramírez, 2000).

Un aspecto importante del tratamiento farmacológico en el duelo es el control adecuado de las pautas terapéuticas de los familiares en duelo: tratamiento para la HTA,

cardiopatías y, sobre todo, para la diabetes. En momentos cercanos a la muerte de su familiar es frecuente disminuir la ingesta de alimentos provocada por la ansiedad, manteniéndose la pauta de antidiabéticos con el importante riesgo de hipoglucemia.

### ***1.2.3. REALIDAD VIRTUAL***

En 1986, Jaron Lanier, acuñó el término Realidad Virtual (RV). La RV es una tecnología que permite la creación de espacios tridimensionales por medio de un ordenador; es decir, permite la simulación de la realidad, con la gran ventaja de que podemos introducir en el ambiente virtual los elementos y los eventos que consideremos útiles, según el objetivo que nos propongamos (Steuer, 1992).

Para poder producir una experiencia virtual necesitamos un ordenador, un programa informático con el contenido del mundo virtual, un dispositivo para visualizar el mundo virtual, –como un casco de RV (HMD)–, un tracker que permita la inmersión en un espacio tridimensional (el mundo virtual) y un dispositivo para poder moverse dentro del mundo virtual, como un ratón o un joystick. Lo que hace única una experiencia virtual es que la persona tiene la ilusión de “estar” en el espacio generado por el ordenador, interactuando con los objetos de ese mundo virtual. Esta propiedad de la RV, que se denomina la sensación de presencia, es lo que la hace tan atractiva para su uso en Psicología Clínica. La RV nos ofrece una simulación de la realidad para recrear acontecimientos relevantes en un marco terapéutico (Arbona, 2007).

La primera aplicación de la realidad virtual en Psicología Clínica se centró en el tratamiento de la acrofobia. Rothbaum et al. (1995) publicaron el primer estudio de

caso, en el que un paciente superaba su miedo a las alturas tras exponerse a un escenario virtual que reproducía situaciones acrofóbicas.

La utilización de la RV, como herramienta para la aplicación de la exposición en las fobias, se ha desarrollado enormemente en la última década. El uso de la RV se ha ampliado también a otros trastornos de ansiedad y a otros trastornos psicológicos (Anderson, 2003, 2004, 2010; Andreu, 2011; Baños, 2001, 2005, 2009, 2011; Bimber, 2004; Bordnick, 2004; Bornas, 2002; Botella, 1998, 1999, 2000, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009; Burdea, 1996; Carlin, 1997; Choi, 2001; Difede, 2002; Emmelkamp, 2001, 2002; Fox, 2009; García, 2002, 2006, 2007; Grimsdale, 1995; Harris, 2002; Hoffman, 2000, 2003; Jang, 2000; Juan, 2005; Klein, 1999; Klinger, 2005; Krijn, 2004; Kuntze, 2001; Lee, 2003; Maltby, 2002; Moore, 2002; Mühlberger, 2003; Myers, 2004; Nemire, 1999; North, 1996, 1997; Optale, 1997, 1999; Perpiñá, 1999, 2003, 2004; Pertaub, 2002; Powers, 2008; Pull, 2005; Rey, 2005; Riva, 1999, 2000, 2002, 2004; Rizzo 2000, 2004; Rothbaum, 1995, 1996, 1999, 2000, 2001, 2002, 2006; Roy, 2003; Schmeisser, 2004; Slater, 1999; Steele, 2003; Strickland, 1997; Vincelli, 2003; Wald, 2000, 2003; Walshe, 2003; Wiederhold, 1998, 1999, 2004; Zimand, 2003;...).

### ***1.2.3.1 Definición***

La realidad virtual (RV) es una tecnología que permite crear un ciberespacio en el que es posible interactuar con cualquier objeto o con cualquier ser. El usuario no sólo tiene la sensación de encontrarse físicamente presente en ese entorno gráfico generado por ordenador o mundo virtual, sino que además puede interactuar con él en tiempo real. Burdea, uno de los pioneros del campo, define la RV del siguiente modo: “La realidad virtual es una compleja interfaz de usuario que engloba simulaciones e interacciones en

tiempo real a través de múltiples canales sensoriales. Estas modalidades sensoriales son visuales, auditivas, táctiles, olfativas, etc” (Zimand, 2003).

### ***1.2.3.2. Primeras plataformas***

Las primeras plataformas de RV se diseñaron para grandes industrias cuyo propósito fundamental era crear escenarios que simularan determinadas situaciones en las que el personal especializado pudiera entrenarse. Todavía queda camino por recorrer para que esta tecnología esté al alcance de todo el mundo pero, como ha ocurrido con los ordenadores, en la medida en que los desarrollos tecnológicos avancen y los costes disminuyan, en poco tiempo estarán disponibles estaciones de RV en el trabajo, en el hogar, etc. Estas estaciones nos permitirán transacciones virtuales, compras, juegos, viajes, aventuras y encuentros virtuales (Grimsdale, 1995).

### ***1.2.3.3. Situación actual y perspectivas futuras***

La utilización de las nuevas tecnologías ha experimentado un incremento considerable en los últimos años. Dentro del marco de la psicología, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se han aplicado en distintos ámbitos (psicología experimental, clínica, educativa, social, evaluación psicológica, etc.). Actualmente son de gran aplicabilidad para la psicología clínica, las técnicas de realidad virtual, realidad aumentada y telepsicología, basadas en Internet. Una de las prioridades del Sexto Programa Marco de la Unión Europea se denomina: «Tecnologías de la sociedad de la información». Esta iniciativa pretende promocionar el desarrollo y la utilización de las

nuevas tecnologías en todos los ámbitos de nuestra vida (Anderson, 2004; Krijn, 2004; Pull, 2005).

Para cualquiera que se introduzca en este campo, las posibilidades futuras parecen no tener límites. Por lo que respecta a la psicología clínica, se ha progresado de forma notable y la RV ya ha llegado a la realidad cotidiana y ha demostrado ser útil (Zimand, 2003).

A medida que nos adentramos en el siglo XXI el ritmo de avance de los desarrollos tecnológicos continúa incrementándose. Sabemos bastantes cosas de nuestra historia, aun así resulta difícil prever lo que ocurrirá dentro de diez o veinte años. Todo lo que podemos decir con cierto grado de confianza es que los ordenadores llegarán a ser todavía más pequeños, más rápidos y más baratos. Los programas de software serán más sofisticados e inteligentes. Los ordenadores se adentrarán cada vez más en nuestras vidas y nos resultarán más imprescindibles. Sin ninguna duda, las nuevas tecnologías TIC tendrán un importante papel en la futura interacción hombre-ordenador en todas las áreas de nuestra vida. Además, esta influencia será una de las líneas centrales en las que se van a observar cambios sustanciales en el ámbito de la psicología clínica (Norcross, 2002).

#### ***1.2.3.4. Nuevas tecnologías y Psicología Clínica***

El auge de las nuevas tecnologías es un hecho y podríamos afirmar que estos avances han mejorado nuestra calidad de vida. Algunas de las más utilizadas son los ordenadores personales, la televisión, las agendas PDA, el teléfono, el teléfono móvil (mensajes de texto), Internet, la realidad virtual y la realidad aumentada (Bornas, 2002).

En el campo de la psicología clínica se han desarrollado algunos sistemas TIC, con el objetivo de promocionar, monitorizar y mejorar el estado de salud de las personas, y ayudar a los profesionales en el logro de esta compleja tarea. En estos sistemas se plantea la utilización de muy distintas herramientas, como es el caso de la RV, para dar solución a diversos problemas. En concreto la aplicación de la realidad virtual en el ámbito clínico, supone que podemos hacer uso de simulaciones de la realidad para llevar a cabo tratamientos psicológicos.

En resumen, los avances en este campo de las nuevas tecnologías y su uso redundarán en beneficio de la psicología clínica mejorando algunas de las técnicas terapéuticas de las que disponemos. (Botella, 2007).

#### ***1.2.3.5. Estudios basados en la realidad virtual***

El primer estudio sobre la eficacia de la Realidad Virtual como herramienta para aplicar un tratamiento psicológico fue publicado hace quince años. Se trataba de un caso de acrofobia. Desde entonces el campo de la terapia mediante realidad virtual ha progresado significativamente. Se han publicado diversos estudios controlados que demuestran la eficacia de esta nueva tecnología en el tratamiento de las fobias específicas, y en este momento existen ya estudios que informan de resultados preliminares, prometedores, en el tratamiento de trastornos más complejos como el trastorno de pánico con agorafobia, el trastorno de estrés postraumático o los trastornos de la conducta alimentaria (Botella 2007).

La revisión de otros estudios realizados sobre realidad virtual ha sido (biblioteca Cochrane):

- (Laver et al, 2011) Realidad virtual para la rehabilitación del accidente cerebrovascular.
- (Wiley, 2010) Entrenamiento con simulación de realidad virtual para la práctica de profesionales de la salud en la endoscopia gastrointestinal.
- (Selvan et al, 2009) Entrenamiento en realidad virtual para los cirujanos practicantes sobre cirugía laparoscópica.
- (Tormos-Muñoz et al, 2007) Análisis del estado actual de los servicios de telemedicina enfocado a evaluar la viabilidad de un programa de telerrehabilitación en pacientes con una gran discapacidad de origen neurológico.

En todos ellos se incide en el tremendo potencial de estas nuevas aplicaciones y el largo camino a recorrer hasta lograr su desarrollo óptimo. En este sentido se vuelve a incidir en: la necesidad de realizar nuevos estudios, el desarrollo de protocolos de intervención estandarizados y el desarrollo de nuevas herramientas terapéuticamente útiles y de fácil manejo.

#### ***1.2.3.6. Realidad virtual y duelo patológico***

Botella et al. (2008) llevaron a cabo un estudio aplicando un programa de realidad virtual (diseñado por los autores) para el tratamiento del duelo patológico. Es un primer trabajo orientado a explorar la aplicación de nuevas tecnologías de cara al trabajo emocional en los procesos de duelo patológico. El equipo de investigación diseñó un entorno de realidad virtual, que denominaron "El mundo de Emma", para fomentar la expresión y el procesamiento de las emociones. En este estudio los autores presentan una descripción del mundo de Emma, el protocolo clínico, y la descripción de un caso. El programa de tratamiento se aplicó en ocho sesiones. Se presenta una breve

descripción de las agendas de sesiones, incluyendo las técnicas utilizadas (técnicas de relajación, escribir libro de recuerdos, etc) Estudian sobre un caso la eficacia a corto, medio y largo plazo, mediante el uso de pre-test y post-test. Sus resultados ofrecen apoyo preliminar de la utilización del mundo de EMMA para el tratamiento del duelo patológico.

En el trabajo de grado previo a esta tesis doctoral (Sánchez, 2012), se puso a prueba este entorno virtual para tratar a 11 dolientes que presentaban duelo patológico. Llegando a las siguientes conclusiones:

1. Tal como está diseñado actualmente el programa de realidad virtual resulta poco efectivo para una población adulta, poco acostumbrada a manejarse con este tipo de tecnología, de cara a trabajar con ellos los procesos de duelo complicado. Les lleva bastante tiempo acostumbrarse al manejo del programa y no le encuentran una aplicación real. Tras aprender a moverse por el espacio virtual y seleccionar las distintas aplicaciones (libro de recuerdos, imágenes, objetos, música, etc) acaban olvidándose del programa y terminan hablando directamente al terapeuta.
2. Sería conveniente rediseñar todo el programa, añadiendo aplicaciones orientadas a las tareas específicas que han de realizar las personas que están atravesando un duelo patológico.
3. La mecánica para escribir el libro de recuerdos les resulta complicada y tediosa. Sería útil poder incluir un teclado y que fuese el propio terapeuta el que fuese escribiendo lo que ellos quieren poner.
4. Las imágenes, objetos, músicas, etc, son muy generales, sería necesario incluir un sistema para que ellos puedan incorporar sus fotos u otros elementos que consideren apropiados.
5. Los escenarios y la posición del avatar son repetitivos. Sería conveniente poder ir variando la posición del avatar, así como poder seleccionar las frases

que este dice. Las frases que dice son siempre las mismas y no todas son útiles. Sería adecuado que el propio terapeuta pudiese colocar el avatar en la posición que considerase oportuna y que fuese diciendo las frases que el terapeuta le fuese indicando.

6. De cara a la terapia en duelo patológico, se recomienda, incluir actividades dentro del programa que les ayuden a ir superando las distintas fases que van atravesando y las distintas tareas que han de realizar para poder desbloquear los “enganches” que los mantienen en sus duelos patológicos. Podrían crearse distintas áreas de trabajo dentro del programa de RV para cada una de las tareas que han de realizar. Una con actividades orientadas a la aceptación de la realidad de la pérdida. Otra para la expresión de emociones relacionadas con el fallecido. Otra para detectar las complicaciones a nivel práctico que van apareciendo en su día a día. Otra con actividades orientadas a trabajar la reubicación emocional del ser querido.
7. Podría diseñarse un juego, por etapas y con tareas, en que la persona fuese pasando a la siguiente zona o nivel, en función de su progresión en la terapia.
8. Actualmente y para la muestra de población (media de 50 años) con la que se ha trabajado el duelo patológico, el programa de RV resulta poco efectivo. Podría tener una aplicación mayor para muestras de población más jóvenes (niños y adolescentes, más acostumbrados a este tipo de tecnología) ampliando el programa y realizando algunas modificaciones.
9. De cara al futuro es necesario seguir investigando y diseñar nuevas herramientas, de uso específico, adaptadas a las necesidades terapéuticas de las personas que sufren este tipo de trastornos.

## **II. MARCO EMPÍRICO**



## **II.1. DISEÑO EMPLEADO EN LA INVESTIGACIÓN.**

El tipo de diseño es cuasi-experimental en el que se pone a prueba un tipo de tratamiento (protocolo de intervención psicológica), y se mide su efectividad en función de que las personas dolientes, que al iniciar el tratamiento cumplían los criterios de duelo patológico, pasen a dejar de cumplirlos, es decir, se normalice su proceso de duelo.

### **II.1.1. OBJETIVOS:**

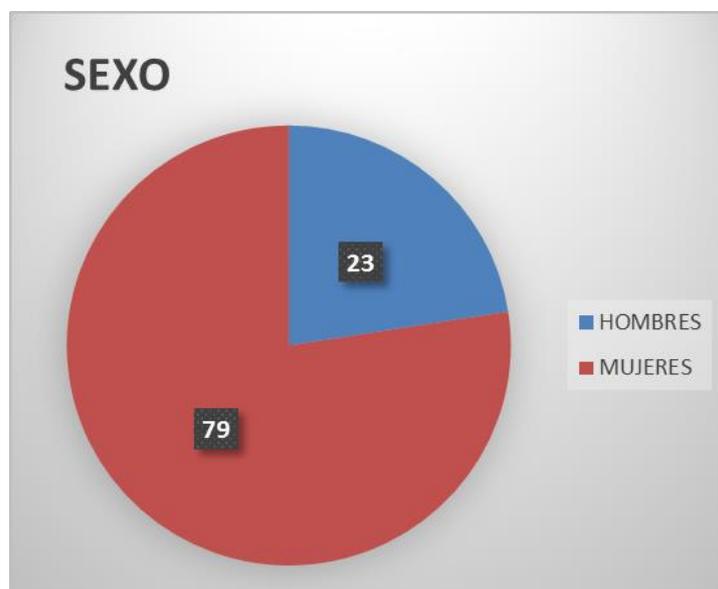
1. **Diseñar un Protocolo de Intervención Psicológica**, para ayudar a personas que sufren un duelo patológico, desde un modelo integral, basado en la evidencia científica de la terapia psicológica tradicional, (intentando englobar las visiones y técnicas de intervención de las diferentes escuelas y los distintos modelos psicológicos que han estudiado el trastorno, han aportados teorías explicativas y técnicas de intervención: psicodinámico, cognitivo-conductual, sistémico, gestáltico, humanista, transpersonal...), en el abordaje del duelo patológico.
2. Poner a prueba y **comprobar la eficacia del Protocolo** de Intervención Psicológica.
3. Analizar la utilidad del Protocolo de Intervención Psicológica, **así como las limitaciones y posibilidades de mejora** que presente.

### **II.1.2. PARTICIPANTES**

#### **II.1.2.1. Selección de la muestra**

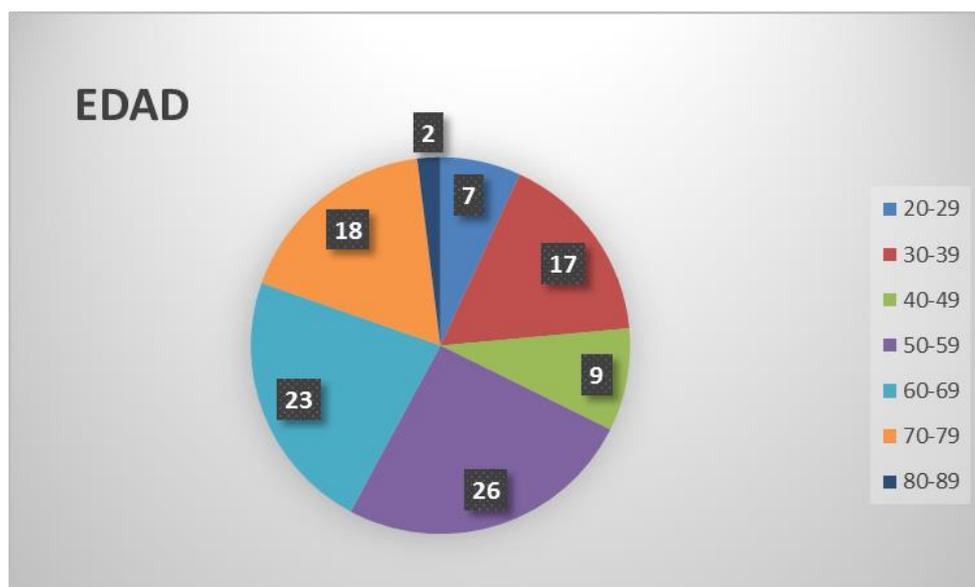
En el estudio participaron 102 pacientes, 23 hombres y 79 mujeres, derivados desde el servicio de psiquiatría de Zamora, médicos de atención primaria de Zamora, los 3 equipos de cuidados paliativos de Salamanca y médicos de atención primaria de

Salamanca. No se han incluido en el estudio las personas que no cumplían los criterios de duelo patológico. Figura 5.



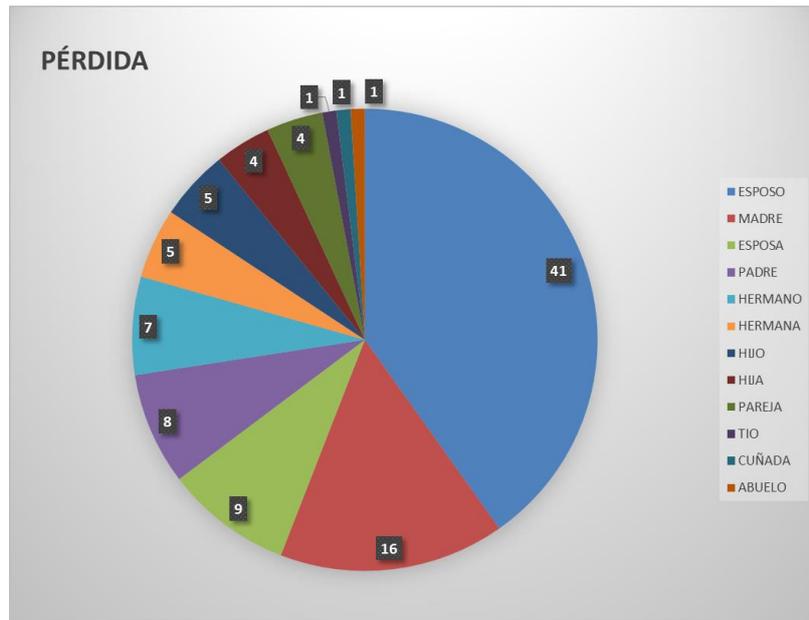
**Figura 5.** Distribución de la muestra por sexo.

La media de edad fue de 54 años. La paciente más joven tenía 20 años y la mayor 84 años. Entre 20 y 29 años 7 personas, entre 30 y 39 años 17 personas, entre 40 y 49 años 9 personas, entre 50 y 59 años 26 personas, entre 60 y 69 años 23 personas, entre 70 y 79 años 18 personas, entre 80 y 89 años 2 personas. Figura 6.



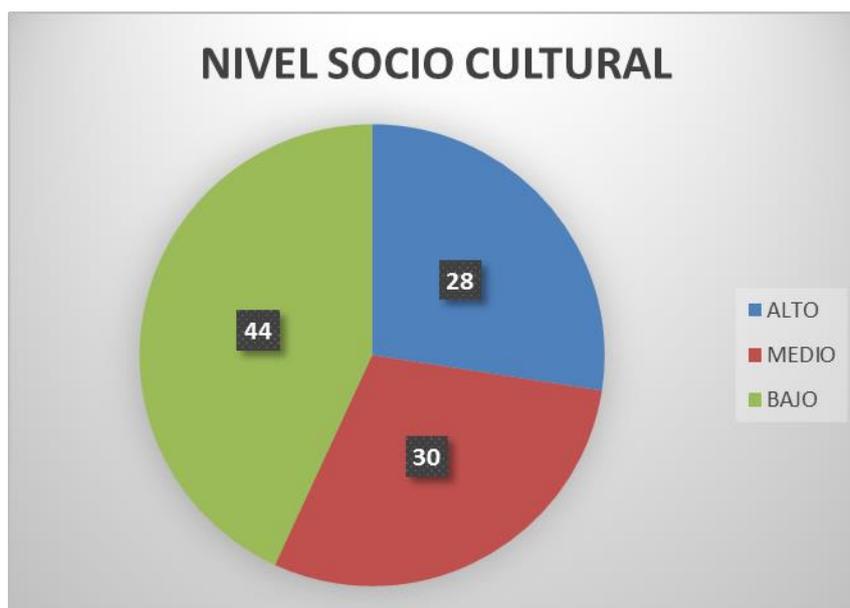
**Figura 6.** Participantes por intervalo de edades.

Respecto al tipo de pérdida que desencadenó el duelo patológico: 41 personas por la pérdida del esposo, 16 por la pérdida de la madre, 9 por su esposa, 8 por su padre, 7 por un hermano, 5 por una hermana, 5 por un hijo, 4 por una hija, 4 por la pareja, 1 por un tío, 1 por una cuñada y 1 persona por la pérdida de su abuelo. Figura 7.



**Figura 7.** Participantes por tipo de pérdida.

En cuanto al nivel socio-cultural, considerando (estudios universitarios o superiores) nivel alto, estudios medios (formación profesional, diplomaturas, COU o similares) y (sin estudios o con estudios básicos: EGB o similares) nivel bajo: 28 personas presentaban nivel alto, 30 personas nivel medio y 44 personas nivel bajo. Figura 8.



**Figura 8.** Participantes por nivel socio cultural.

#### **II.1.2.2. Criterios de inclusión-exclusión**

Solamente se han incluido en el estudio los datos de las personas que antes de iniciar el tratamiento cumplían los criterios de duelo patológico.

**Criterio A:** estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte. Presentar, cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:

- ✓ pensamientos intrusivos -que entran en la mente sin control- acerca del fallecido
- ✓ añoranza -recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza- del fallecido
- ✓ búsqueda -aún sabiendo que está muerto- del fallecido
- ✓ sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento

**Criterio B:** estrés por el trauma psíquico que supone la muerte. Presentar, cada día o en grado acusado, y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los 8 síntomas siguientes:

- ✓ falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro
- ✓ sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
- ✓ dificultad para aceptar la realidad de la muerte.
- ✓ sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido
- ✓ sentir que se ha muerto una parte de si mismo
- ✓ asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él.
- ✓ excesiva irritabilidad, amargura, y/o enfado en relación con el fallecimiento
- ✓ tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.

**Criterio C:** cronología. La duración del trastorno -los síntomas arriba indicados- es de al menos 6 meses.

**Criterio D:** deterioro. El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

### ***II.1.3. DESCRIPCIÓN Y DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN***

#### ***II.1.3.1 Descripción***

El estudio se realizó inicialmente en Zamora, en las instalaciones de la fundación INTRAS. Los pacientes con duelo patológico acuden derivados por los psiquiatras y médicos de cabecera del sistema sanitario de Zamora. Informaron a las personas interesadas y facilitaron sus datos al terapeuta/ investigador (profesional cualificado y con experiencia en el trabajo con personas en duelo, psicólogo de la UCP del Hospital Los Montalvos de Salamanca). El terapeuta se ponía en contacto con los dolientes y se

acordaba una primera cita. En esta primera reunión de contacto se confirmaba el diagnóstico de duelo patológico, se explicaban las características del estudio y si el doliente estaba de acuerdo, se comenzaba el tratamiento.

El mismo sistema se siguió en Salamanca, aplicando el tratamiento en la UCP del Hospital Los Montalvos, siendo la derivación de los dolientes, desde los tres equipos de soporte paliativo (unidad asistencial de ingreso hospitalario UCP, equipo de soporte domiciliario urbano ESD-U y equipo de soporte domiciliario rural ESD-R) y los médicos de atención primaria.

El *protocolo de intervención psicológica* ha seguido el siguiente *esquema* general:

***1ª Sesión: Evaluación y diagnóstico inicial.***

Tras confirmar el diagnóstico de duelo patológico, se realiza la recogida de datos y la evaluación inicial, se identifican las tareas realizadas por la persona, así como las tareas pendientes, de cara a la elaboración del duelo. También se identifican los pensamientos, sensaciones, conductas o situaciones que pueden estar interfiriendo en la evolución normal del duelo. El *objetivo* es detectar en qué punto del proceso de duelo se encuentra la persona, dónde se ha producido el “enganche” que le impide seguir un proceso de duelo normal.

***2ª Sesión: Aceptando la realidad de la pérdida.***

***Objetivo:*** En esta sesión se trabaja con la persona de cara a hacerse consciente de que la persona querida ha fallecido y no volverá.

**Tareas:** Hablar sobre cómo era todo antes del fallecimiento, cómo ocurrió la muerte y cómo ha transcurrido la vida de la persona desde entonces.

**3ª Sesión: *Expresando sentimientos y emociones relacionados con la pérdida.***

**Objetivo:** identificar y trabajar los pensamientos, sensaciones y/o emociones que surgen en relación a la pérdida.

**Tareas:** Recordar cómo fue en vida. Explorar como se siente no teniéndole (pensamientos, emociones y sensaciones). Que desearía haberle dicho o decirle ahora. Que mensaje le mandaría el ser querido si pudiese, etc.

**4ª Sesión: *Dificultades en el día a día.***

**Objetivo:** identificar y trabajar las conductas y situaciones que surgen en el día a día del doliente, que han aparecido tras la pérdida y le impiden desenvolverse con normalidad.

**Tareas:** Explorar cómo transcurre un día normal y con qué dificultades se encuentra o ha encontrado tras la pérdida de su ser querido.

**5ª Sesión: *Buscando un lugar al ser querido.***

**Objetivo:** Lograr que la persona encuentre un lugar para el fallecido, incorporándolo en su día a día, a través de sus recuerdos, permitiéndole seguir adelante con su vida.

**Tareas:** Explorar que sentido le da la persona a la pérdida. Escribir una carta de despedida (cómo he estado, cómo estoy, y cómo le seguiré teniendo conmigo). Decidir

con que recuerdos quiere quedarse de cara a reubicarlo (buscarle un lugar en su cabeza y su corazón) en su vida a partir de ahora.

***6ª Sesión: Evaluación final y cierre.***

Se realizará una evaluación final, donde se identificarán: los cambios producidos en la persona (a nivel de pensamientos, sensaciones, emociones y conductas), en sus relaciones familiares, en su contexto social y en su contexto laboral. Se hará un análisis de la evolución de la persona y se dará el alta. En caso de que la persona siga encontrándose con dificultades, se seguirá el tratamiento terapéutico, centrándonos en trabajar las dificultades concretas que vayan surgiendo.

***7ª Sesión: Seguimiento.***

Se realizará una llamada de seguimiento, tras tres meses, para comprobar que la persona ha podido integrar la pérdida en su día a día y seguir adelante con su vida. En caso de recaída se retomará la terapia siguiendo el mismo protocolo.

Este esquema de trabajo es orientativo. Debido a la variabilidad entre personas y la realidad cambiante de sus vidas mientras acuden a consulta, sus necesidades terapéuticas pueden cambiar y evolucionar de una sesión a otra, por lo que en cada sesión, se trabajará, lo que el profesional estime más oportuno, de cara a fortalecer el vínculo terapéutico y a la consecución de la adecuada elaboración, asimilación y adaptación de la pérdida. En nuestro caso, debido a las características del estudio, se seguirá en la medida de lo posible, el esquema estándar, buscando la mayor objetividad de los resultados.

### **II.1.3.2. Desarrollo del programa**

#### **II.1.3.2.1. Primer contacto**

En la primera sesión: se informaba de las características del estudio, se firmaba la hoja de consentimiento informado, se confirmaba el diagnóstico de duelo patológico y se les pedía que cumplimentasen los siguientes registros:

-Hoja de consentimiento informado (ANEXO 1)

-Ficha del usuario (ANEXO 2)

-Cuestionarios de valoración inicial: *Cuestionario de Salud General de Goldberg, GHQ-2; Inventario de Duelo prolongado, PG-13; Cuestionario de Riesgo de Duelo complicado, RDC; Inventario Texas Revisado de Duelo, ITRD; Evaluación de la sintomatología del Paciente (Sentimientos, sensaciones físicas, pensamientos y conductas).*

#### **II.1.3.2.2. Aplicación del programa terapéutico**

Una vez que la persona aceptaba participar en el estudio, se aplicó el Protocolo de Intervención Psicológica. Las sesiones eran semanales, en las instalaciones de la Fundación INTRAS Zamora y la UCP del Hospital Los Montalvos Salamanca. La terapia estaba dividida en las siguientes siete sesiones:

##### **- Protocolo 1ª Sesión. Evaluación inicial**

###### **1. Presentación**

- El psicólogo se presenta (formación y modelo de intervención).

###### **2. Explicar el tratamiento:**

- El psicólogo explica los procesos de duelo normal, complicado y patológico.

- El psicólogo explica el tratamiento a seguir (número de sesiones y estructura de cada sesión).
3. Firma hoja consentimiento (participación y grabación):
- El usuario firma las hojas de consentimiento (de participación en el tratamiento y de grabación de las sesiones).
4. Recogida de datos:
- El psicólogo rellena la ficha del usuario (datos descriptivos del paciente y genograma).
  - El psicólogo pasa los cuestionarios (GHQ-28, PG-13, RDC, ITRD).
5. Devolución:
- El psicólogo da una pequeña devolución de lo percibido en la sesión respecto al proceso de duelo del usuario.
6. Concertar próxima cita:
- Psicólogo y usuario acuerdan la fecha de la siguiente sesión.
7. Anexos:
- Consentimiento de participación en tratamiento y grabación de sesiones.
  - Ficha del usuario.
  - Cuestionarios.

***- Protocolo 2ª Sesión: Aceptando la realidad de la pérdida***

1. Evaluación del estado pre sesión:
- Evaluación de cómo se encuentra la persona al iniciar la sesión (estado de ánimo, nivel de tristeza, nivel de ansiedad, esperanza en la recuperación).  
Cuestionario pre-post-sesión.

2. Evaluación de la evolución tras la 1ª sesión:
  - Evaluación de cómo se ha encontrado la persona desde la última vez que nos vimos (ánimo, tristeza, ansiedad, insomnio, sentido, relación, disfunción personal, disfunción familiar, disfunción social, paz/perdón, esperanza, malestar/temor (pensamientos, conductas, situaciones, sentimientos y sensaciones físicas), interferencia con el día a día, percepciones de mejora y cambios). Cuestionario pre-post-sesión.
3. Repaso de historia vital antes de la aparición de la enfermedad:
4. Repaso de acontecimientos y sentimientos surgidos tras el diagnóstico y evolución de la enfermedad:
5. Repaso de acontecimientos y sentimientos surgidos en los últimos días hasta el fallecimiento:
6. Repaso de acontecimientos y sentimientos surgidos desde el fallecimiento hasta la actualidad:
  - Se repasa la Hª familiar antes, durante y tras el fallecimiento con el objetivo de que la persona se haga consciente de la pérdida. De que su ser querido ya no volverá. Algunas personas quedan enganchadas tras la fase de shock inicial, sin hacerse conscientes de la muerte de su ser querido, quedando enganchados en el pensamiento de que aparecerá por la puerta o llamará en cualquier momento. Esto les impide avanzar en su proceso de duelo manteniéndoles enganchados en un duelo patológico. Técnicas útiles: hacer hincapié en el día del fallecimiento y los rituales de los días posteriores (velatorio, funeral, etc), hacerles reflexionar sobre cómo han vivido y están viviendo la pérdida otros familiares y amigos cercanos, etc.
7. Devolución sobre lo acontecido en la sesión y propuesta de tareas para casa:
  - El psicólogo comenta los puntos clave aparecidos en la sesión de cara a la aceptación de la pérdida y propone, si lo considera apropiado, alguna tarea para casa.
8. Evaluación del estado post sesión:
  - Evaluación de cómo se encuentra la persona tras la sesión (estado de ánimo, tristeza, ansiedad, esperanza en la recuperación). Cuestionario pre-post-sesión.

9. Concertar próxima cita:

- Psicólogo y usuario acuerdan la fecha de la siguiente sesión.

10. Anexos:

- Cuestionario pre-post-sesión.

**- Protocolo 3ª Sesión: Trabajando sentimientos y emociones asociados a la pérdida**

1. Evaluación del estado pre sesión:

- Evaluación de cómo se encuentra la persona al iniciar la sesión (estado de ánimo, nivel de tristeza, nivel de ansiedad, esperanza en la recuperación). Cuestionario pre-post-sesión.

2. Evaluación de la evolución tras la 2ª sesión:

- Evaluación de cómo se ha encontrado la persona desde la última vez que nos vimos (ánimo, tristeza, ansiedad, insomnio, sentido, relación, disfunción personal, disfunción familiar, disfunción social, paz/perdón, esperanza, malestar/temor (pensamientos, conductas, situaciones, sentimientos y sensaciones físicas), interferencia con el día a día, percepciones de mejora y cambios). Cuestionario pre-post-sesión.

3. Trabajo con las emociones asociadas a la pérdida del ser querido:

- Se repasan las emociones surgidas durante todo el proceso hasta la actualidad. Mediante psicoeducación y reestructuración cognitiva se desmontan pensamientos y conductas disfuncionales que estén interfiriendo o puedan interferir con la evolución natural del duelo. Algunas personas asocian el recuerdo del ser querido a sentimientos negativos que hacen que su recuerdo les produzca tristeza y malestar; pudiendo engancharles en un duelo patológico. Es necesario modificar esos sentimientos, de modo que el recuerdo del familiar se asocie a emociones positivas o neutras de cara a desengancharse de ese duelo patológico. Técnicas útiles: Explorar los pensamientos y emociones que surgen cuando piensa en el fallecido, si pudieron despedirse de alguna forma y que le

habría gustado decirle si no se despidieron, que cree que le diría su familiar si ahora pudiese comunicarse con él (técnica de la ventana), que mensaje le enviaría de cara a enfrentarse al futuro, etc.

4. Devolución sobre lo acontecido en la sesión y propuesta de tareas para casa:
  - El psicólogo comenta los puntos clave aparecidos en la sesión de cara a las emociones asociadas a la pérdida, explicando cómo esas emociones pueden desencadenar el quedar enganchados en un duelo patológico, con los perjuicios que eso tendría para él mismo y sus relaciones familiares, sociales, laborales, etc, proponiendo, si lo considera apropiado, alguna tarea para casa.
5. Evaluación del estado post sesión:
  - Evaluación de cómo se encuentra la persona tras la sesión (estado de ánimo, tristeza, ansiedad, esperanza en la recuperación). Cuestionario pre-post-sesión.
6. Concertar próxima cita:
  - Psicólogo y usuario acuerdan la fecha de la siguiente sesión.
7. Anexos:
  - Cuestionario pre-post-sesión.

#### ***- Protocolo 4ª Sesión: Dificultades en el día a día***

1. Evaluación del estado pre sesión:
  - Evaluación de cómo se encuentra la persona al iniciar la sesión (estado de ánimo, nivel de tristeza, nivel de ansiedad, esperanza en la recuperación). Cuestionario pre-post-sesión.
2. Evaluación de la evolución tras la sesión anterior:
  - Evaluación de cómo se ha encontrado la persona desde la última vez que nos vimos (ánimo, tristeza, ansiedad, insomnio, sentido, relación, disfunción personal, disfunción familiar, disfunción social, paz/perdón, esperanza, malestar/temor (pensamientos, conductas, situaciones, sentimientos y

- sensaciones físicas), interferencia con el día a día, percepciones de mejora y cambios). Cuestionario pre-post-sesión.
3. Trabajo con las dificultades en el día a día que han ido apareciendo tras la pérdida del ser querido:
    - Se exploran las dificultades, en relación a cuestiones prácticas, que han ido apareciendo en el día a día de la persona. Algunas personas se ven desbordadas, de cara a seguir manteniendo su forma de vida, sin el apoyo y la ayuda de la persona fallecida, hundiéndose cada vez más en la tristeza por la pérdida y la angustia de no sentirse capaces de enfrentarse a las demandas diarias de su vida, desarrollando un duelo patológico. Es necesario movilizar los recursos personales y sociales de la persona de cara a retomar el control sobre las exigencias diarias de su estilo de vida, modificándolo y adaptándose a los nuevos cambios de cara a poder seguir adelante. Técnicas útiles: repasar cómo transcurre un día normal, identificando las dificultades y buscando recursos de la persona y su entorno, que la permitan hacerlas frente.
  4. Devolución sobre lo acontecido en la sesión y propuesta de tareas para casa:
    - El psicólogo comenta las dificultades detectadas, que impiden que la persona se desenvuelva con normalidad diariamente y los recursos personales y sociales con que puede contar para hacerlas frente, proponiendo, si lo considera apropiado, alguna tarea para casa.
  5. Evaluación del estado post sesión:
    - Evaluación de cómo se encuentra la persona tras la sesión (estado de ánimo, tristeza, ansiedad, esperanza en la recuperación). Cuestionario pre-post-sesión.
  6. Concertar próxima cita:
    - Psicólogo y usuario acuerdan la fecha de la siguiente sesión.
  7. Anexos:
    - Cuestionario pre-post-sesión.

**- Protocolo 5ª Sesión: Reubicando al ser querido**

1. Evaluación del estado pre sesión:

- Evaluación de cómo se encuentra la persona al iniciar la sesión (estado de ánimo, nivel de tristeza, nivel de ansiedad, esperanza en la recuperación). Cuestionario pre-post-sesión.

2. Evaluación de la evolución entre sesiones:

- Evaluación de cómo se ha encontrado la persona desde la última vez que nos vimos (ánimo, tristeza, ansiedad, insomnio, sentido, relación, disfunción personal, disfunción familiar, disfunción social, paz/perdón, esperanza, malestar/temor (pensamientos, conductas, situaciones, sentimientos y sensaciones físicas), interferencia con el día a día, percepciones de mejora y cambios). Cuestionario pre-post-sesión.

3. Buscar un nuevo lugar al ser querido que permita a la persona seguir adelante:

- En este punto de la terapia, la persona puede estar lista para decidir cerrar su proceso de duelo, siendo capaz de buscar un nuevo lugar para su ser querido, que le permita seguir teniéndolo a través de recuerdos positivos. El legado que la persona fallecida le dejó a través de los años que compartieron juntos. Centrándose en la suerte de haberle tenido un tiempo. Algunas personas quedan enganchadas en un pasado en el que el ser querido estaba presente, idealizándolo y siendo incapaces de disfrutar de su momento presente. Decidiendo que su vida ya no tiene sentido y quedando enganchadas en un duelo patológico. Es necesario sustituir la emoción/recuerdo/pensamiento negativo que surge al recordar al ser querido por otro positivo, que permita a la persona cambiar la tristeza y angustia que siente al recordar a la persona fallecida, por un sentimiento de paz, al aceptar que es el ciclo natural de la vida, que seguirá teniéndolo en su cabeza y su corazón y que fue un regalo poder tenerle un tiempo, que sirvió para dejarle su legado, un conjunto de buenos recuerdos de las experiencias compartidas. Técnicas útiles: escribirle una carta de despedida donde el familiar explique lo importante que ha sido para su vida, el proceso que está atravesando para adaptarse a su pérdida, los cambios que se han ido

produciendo (lo que la persona ha ido aprendiendo a lo largo de todo el proceso) y cómo desea recordarlo a partir de ahora.

4. Devolución sobre lo acontecido en la sesión y propuesta de tareas para casa:
  - El psicólogo refuerza la nueva posición que la persona fallecida ocupará a partir de ahora para la persona en duelo. Comenta los avances a lo largo del proceso terapéutico, las complicaciones surgidas y las herramientas y recursos que la persona ha ido encontrando para hacerles frente.
5. Evaluación del estado post sesión:
  - Evaluación de cómo se encuentra la persona tras la sesión (estado de ánimo, tristeza, ansiedad, esperanza en la recuperación). Cuestionario pre-post-sesión.
6. Concertar próxima cita:
  - Psicólogo y usuario acuerdan la fecha de la siguiente sesión.
7. Anexos:
  - Cuestionario pre-post-sesión.

#### ***- Protocolo 6ª Sesión: Evaluación final y cierre***

1. Recogida de datos final:
  - El psicólogo pasa los cuestionarios (GHQ-28, PG-13, RDC, ITRD)
2. Devolución final:
  - Tras evaluar cómo se ha encontrado la persona desde la última vez que nos vimos (ánimo, tristeza, ansiedad, insomnio, sentido, relación, disfunción personal, disfunción familiar, disfunción social, paz/perdón, esperanza, malestar/temor (pensamientos, conductas, situaciones, sentimientos y sensaciones físicas), interferencia con el día a día, percepciones de mejora y cambios). El psicólogo vuelve a reforzar la nueva posición que la persona fallecida ocupará a partir de ahora para la persona en duelo. Comenta los avances a lo largo del proceso terapéutico, las complicaciones surgidas y las

herramientas y recursos que la persona ha ido encontrando para hacerles frente. Explica la posibilidad de recaídas y cómo enfrentarlas, diferenciándolas de los momentos puntuales de dolor, que son normales en fechas señaladas o en situaciones de alta carga emocional en relación al ser querido.

3. Información de sesión de seguimiento:

- El psicólogo informa de la realización de una sesión de seguimiento pasados tres meses, para comprobar que el proceso de duelo sigue evolucionando normalmente.

4. Cierre:

- El psicólogo se despide y facilita información sobre forma de contacto en caso de que aparezcan complicaciones inesperadas.

5. Concertar próxima cita:

- Psicólogo y usuario acuerdan la fecha de la sesión de seguimiento.

6. Anexos:

- Cuestionarios de evaluación final del tratamiento. Cuestionarios (GHQ-28, PG-13, RDC, ITRD).

***- Protocolo 7ª Sesión: Seguimiento***

1. Evaluación del estado pre sesión:

- Evaluación de cómo se encuentra la persona al iniciar la sesión (estado de ánimo, nivel de tristeza, nivel de ansiedad, esperanza en la recuperación). Cuestionario pre-post-sesión.

2. Evaluación de la evolución entre sesiones:

- Evaluación de cómo se ha encontrado la persona desde la última vez que nos vimos (ánimo, tristeza, ansiedad, insomnio, sentido, relación, disfunción personal, disfunción familiar, disfunción social, paz/perdón, esperanza, malestar/temor (pensamientos, conductas, situaciones, sentimientos y

sensaciones físicas), interferencia con el día a día, percepciones de mejora y cambios). Cuestionario pre-post-sesión.

3. Comprobación de que el proceso de duelo sigue su curso normal:

- El psicólogo comprobará que la persona ha incorporado todo lo aprendido a lo largo de la terapia, reubicando emocionalmente a su ser querido y siguiendo adelante con su vida. En caso de recaída se retomará la terapia en la sesión apropiada en función del origen de la misma.

4. Evaluación del estado post sesión:

- Evaluación de cómo se encuentra la persona tras la sesión (estado de ánimo, tristeza, ansiedad, esperanza en la recuperación). Cuestionario pre-post-sesión.

5. Anexos:

- Cuestionario pre-post-sesión.

Para medir la *evolución entre sesiones* se aplicaba el cuestionario de evaluación pre-post sesión (ANEXO 3).

**- Finalización del programa terapéutico**

Una vez aplicado el Protocolo de Intervención Psicológica, se volvían a aplicar los cuestionarios iniciales [Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-2; Inventario de Duelo prolongado PG-13; Cuestionario de Riesgo de Duelo complicado RDC; Inventario Texas Revisado de Duelo ITRD; Evaluación de la sintomatología del Paciente (Sentimientos, sensaciones físicas, pensamientos y conductas)] y una escala de satisfacción con el tratamiento recibido, para ver la efectividad de la intervención.

En los 102 casos el tratamiento se prolongó hasta desmontar el duelo patológico.

## II.1.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### II.1.4.1 Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

Creado por David Goldberg en 1972. y validado al castellano por Lobo et al. en 1985. El GHQ-28 es un instrumento de auto informe compuesto por 28 ítems que evalúa salud general, entendida como la ausencia de síntomas disruptivos a nivel físico, social y psicológico (dentro del nivel psicológico englobando sintomatología ansiosa y depresiva). Se compone de cuatro escalas: Síntomas Somáticos, Ansiedad-Insomnio, Disfunción social y Depresión, Figura 9. Las cuatro escalas permiten generar una puntuación global. Durante su desarrollo se ha evaluado a diversos colectivos profesionales: pacientes institucionalizados, personal sanitario, etc, lo que ha permitido establecer perfiles y baremos diferentes para los principales sectores a los que va dirigido este instrumento.

#### **GHQ-28. Cuestionario de Salud General de Goldberg** (0=mucho mejor, 4=mucho peor)

##### **Síntomas Somáticos**

- A1. ¿Se ha sentido perfectamente de salud y en buena forma? Mejor/ Mucho peor/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)

##### **Ansiedad Insomnio**

- B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 B5. ¿Se asustado o ha tenido pánico sin motivo? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 B7. ¿Se ha notado nervioso y a punto de explotar constantemente? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)

##### **Disfunción Social**

- C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado activo? Más/ mucho menos activo (0 1 2 3 4)  
 C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas? Menos/ mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien? Mejor/ Mucho peor/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de ver las cosas? Más/ mucho menos/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 C5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida? Más útil/ mucho menos útil/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? Más/ mucho menos/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día? Más/ mucho menos/ de lo habitual (0 1 2 3 4)

##### **Depresión**

- D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 D2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse del medio"? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)  
 D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza? No/ Mucho más/ de lo habitual (0 1 2 3 4)

Síntomas Somáticos: Ansiedad Insomnio: Disfunción Social: Depresión: <b>Puntuación Total:</b>
---

**Figura 9.** Cuestionario de Salud General de Goldberg.

### II.1.4.2. Inventario de duelo prolongado (PG-13)

Este inventario recoge los criterios diagnósticos para duelo patológico descritos por Prigerson, Shear, Jacobs et al (1999), traducidos y adaptados al español por García et al (2002).

El PG-13 es un instrumento de auto informe compuesto por 14 ítems que diagnostica duelo patológico, entendido como la combinación de cuatro criterios: Ansiedad de separación, Sintomatología, Criterio cronológico y Distorsión de la vida diaria. El cumplimiento de los 4 criterios permite diagnosticar duelo patológico. Figura 10.

<b>PG-13 Inventario de Duelo prolongado</b> (marcar los que se cumplan)	
<p><b>Criterio A</b> (Presentar al menos uno)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pensamientos intrusivos incontrolables acerca del fallecido</li> <li>2. Punzadas de dolor</li> <li>3. Profunda añoranza y tristeza</li> </ol>	<p><b>Criterio B</b> (Presentar al menos cinco)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confusión acerca del papel en la vida o que ha muerto parte de él</li> <li>2. Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida</li> <li>3. Evita todo lo que le recuerde al ser querido</li> <li>4. Incapacidad para confiar en los demás desde el fallecimiento</li> <li>5. Estar enfadado en relación al fallecido</li> <li>6. Sentirse mal por seguir adelante con su vida</li> <li>7. Sentirse frío e insensible desde el fallecimiento</li> <li>8. Sentir que sin el fallecido su vida está vacía y no tiene sentido</li> <li>9. Sentirse atontado, aturdido o conmocionado</li> </ol>
<p><b>Criterio C</b> (la duración de estos síntomas es de al menos 6 meses)</p>	<p><b>Criterio D</b> (Los síntomas causan malestar o deterioro significativo en la vida social, laboral, u otras áreas significativas de la persona en duelo)</p>
<p>A: Ansiedad de Separación. B: Sintomatología. C: Criterio Cronológico. D: Distorsión de la vida Diaria                      A + B + C +D = Trastorno de Duelo Prolongado</p>	

**Figura 10.** Criterios diagnósticos. Inventario de duelo prolongado (PG-13).

### **II.1.4.3 Cuestionario de Riesgo de Duelo complicado (RDC)**

Versión original inglés, Colin Parkes y Weiss, 1983; validación al castellano de García-García et al. 2001.

El RDC es un instrumento de auto informe compuesto por 8 ítems que evalúa riesgo de sufrir un duelo complicado / patológico, atendiendo a 8 factores. Se compone de 8 ítems que permiten generar una puntuación global. Durante su desarrollo se ha evaluado a personas con riesgo de sufrir un duelo complicado permitiendo establecer baremos para el sector a que va dirigido este instrumento. Puntuaciones por debajo de 18 indican bajo riesgo de sufrir un duelo patológico, mientras que por encima de 19 indican riesgo alto. Figura 11.

**RDC Cuestionario de Riesgo de Duelo complicado** (0=muy bien, 5=muy mal). (Sólo en evaluación inicial)

1. ¿Tiene la persona en duelo a hijos menores de 14 años en su casa? Ninguno/ Más de cuatro (0 1 2 3 4 5).
2. ¿Cuál era/es la clase Social/Ocupación d la persona que mas ingresos aportaba/aporta a la familia? Ejecutivo/Obrero ( 1 2 3 4 5 6)
3. ¿Empleo previsto de la persona en duelo fuera del hogar? Tiempo Completo/ parado (0 1 2 3 4 5)
4. ¿Se aferra a la persona fallecida y/o se consume pensando en si volviera? Nunca/Constantemente (0 1 2 3 4 5 6)
5. ¿Enfado? No/Siempre enfadada (1 2 3 4 5)
6. ¿Culpas/Autorreproches? No/ Constantemente ( 1 2 3 4 5)
7. ¿Relaciones actuales? Muy íntima/Ninguna Relación ( 1 2 3 4 5)
8. ¿Cómo piensas que se las arreglará? Bien/ Muy Mal (1 2 3 4 5)

Puntuación: 0-18 Bajo Riesgo; 19 ó Superior Alto riesgo

**Figura 11.** Cuestionario de riesgo de duelo complicado.

#### II.1.4.4 Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD)

Versión original en inglés de 1981, validado al castellano por Landa Pedralanda et al. (2005).

El ITRD es un instrumento de auto informe compuesto por 21 ítems que evalúa duelo patológico. Se compone de dos partes: para los 8 primeros ítems la persona tiene que situarse en la época en que el fallecido murió, para los 13 siguientes en la época actual. Permite evaluar la evolución percibida por la persona de su sintomatología a lo largo del tiempo. Los dos apartados con sus 28 ítems, permiten generar una puntuación global. Durante su desarrollo se ha aplicado y evaluado a personas en duelo y con riesgo de duelo complicado, permitiendo establecer baremos para el diagnóstico de duelo patológico. Figura 12.

**ITRD Inventario Texas Revisado de Duelo** (0=muy bien, 5=muy mal)

Sitúese en la época que el fallecido murió:

1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia amigos y actividades fuera de casa. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
7. Me sentí furioso/a porque me había abandonado. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)

Indique cómo se siente en la actualidad:

1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
3. No puedo aceptar su muerte. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
4. A veces la/le echo mucho de menos. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
7. Llora escondidas cuando pienso en él/ella. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
8. Nadie podrá ocupar jamás e lugar que él/ella ha dejado en mi vida. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
9. No puede dejar de pensar en él/ella. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
10. Creo que no es justo que haya muerto. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarle. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
12. Soy incapaz de aceptar su muerte. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)
13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo. Verdadera/Falso (5 4 3 2 1 0)

**Figura 12.** Inventario Texas revisado de duelo.

### II.1.4.5 Cuestionario de evaluación de la sintomatología del paciente.

Cuestionario creado específicamente para esta investigación. (Sánchez Fuentes, J.M. 2011). Este cuestionario es un instrumento de autoinforme compuesto por 37 ítems que evalúa sintomatología que se considera normal en los procesos de duelo. Su objetivo es evaluar los cambios en la persona a nivel de sintomatología antes y después del tratamiento. Se compone de cuatro escalas: Sentimientos, Síntomas físicos, Pensamientos y Conductas. Para cada síntoma se evalúa la aparición o no y en caso de aparición, su frecuencia y la intensidad de malestar que genera. El cuestionario se ha creado específicamente para esta investigación por lo que no disponemos de baremos estandarizados con los que comparar. Si es útil de cara a valorar la posible mejoría a nivel sintomático del paciente con el tratamiento recibido. Figura 13.

<b>Evaluación de la sintomatología del Paciente.</b>							
Indique si se han presentado en usted los siguientes síntomas, su frecuencia [nunca/ constantemente (1-4)] y el grado de malestar que le producen [Nada/ Muchísimo (0-10)]							
<b>Sentimientos</b>	<b>Frecuencia (1-4) Intensidad (0-10)</b>	<b>Sensaciones físicas</b>	<b>Frecuencia (1-4) Intensidad (0-10)</b>	<b>Pensamientos</b>	<b>Frecuencia (1-4) Intensidad (0-10)</b>	<b>Conductas</b>	<b>Frecuencia (1-4) Intensidad (0-10)</b>
Trafesza	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Vacío en el estómago	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Incredulidad	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Trestornos del sueño	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Enfado	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Opresión en el pecho	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Confusión	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Trestornos alimenticios	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Culpel Automeproche	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Opresión en la garganta	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Preocupación	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Conducte disteñide	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Ansiedad	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Hipersensibilidad al ruido	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Sentido de presencia	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Aislamiento social	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Soledad	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Sensación de despersonalización	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Alucinaciones	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Soñar con el fallecido	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Fatiga	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Falta de aire	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)			Evitar recordatorios del fallecido	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Sensación de impotencia	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Debilidad muscular	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)			Buscar y llamar en voz alta	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Shook	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Falta de energía	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)			Hiperactividad desaseogegada	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Anhelel Búsqueda	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)	Sequedad de boca	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)			Llorer	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Emancopación	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)					Volter lugares para recordarlo	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Alijo	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)					Llevar objetos para recordarlo	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Inensabilidad	(1 2 3 4) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)						

Figura 13. Evaluación de la sintomatología del paciente.

#### **II.1.4.6. Cuestionario de satisfacción con el tratamiento.**

Este cuestionario se ha creado específicamente para esta investigación. (Sánchez-Fuentes, 2011). Este cuestionario es un instrumento de auto informe compuesto por 2 ítems que evalúa satisfacción con el tratamiento recibido. Se aplica tras finalizar el tratamiento. Se compone de dos ítems que evalúan el grado de satisfacción con el tratamiento recibido y el grado de percepción de mejoría tras recibir el tratamiento. El cuestionario se ha creado específicamente para esta investigación por lo que no disponemos de baremos estandarizados con los que comparar. Figura 14.

<p><b><i>Cuestionario de Satisfacción con el tratamiento recibido.</i></b> (Sólo en evaluación final)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Está usted satisfecho con el tratamiento que ha recibido? Nada/Un poco/Bastante/Mucho (0 1 2 3)</li><li>2. ¿Considera que el tratamiento le ha mejorado? Nada/ Un poco/Bastante/Mucho (0 1 2 3)</li></ol>
--

**Figura 14.** Cuestionario de satisfacción con el tratamiento recibido.

### ***II.1.5. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO EMPLEADO***

Se trata de un diseño cuasi-experimental de grupo único, al que se les ha aplicado un programa terapéutico (protocolo de intervención psicológica específico para el tratamiento del duelo patológico) y a los que se les han realizado una serie de pruebas antes y después de la realización de la intervención (GHQ-28, PG-13, RDC, ITRD, Satisfacción, sintomatología). La muestra está caracterizada por personas que se encuentran en un proceso el duelo patológico.

Características de la muestra: El análisis estadístico se ha hecho a través de una metodología “No-paramétrica” (n=102), y su análisis comparativo se ha realizado para “muestras relacionadas” puesto que son los mismos sujetos a los que se les valoran sus resultados.

Estadístico empleado: A la diferencia de medias entre los resultados antes/después de la intervención terapéutica se le ha añadido la “d” de Cohen, para medir el tamaño del efecto y poder comprobar, si las diferencias medias son elevadas o por el contrario son, aunque significativas, bajas.

Como base de datos y programa de análisis de datos se ha utilizado el SPSS, (versión 19.0).

La evaluación se ha llevado a cabo de dos formas: 1) al principio y al final del tratamiento y 2) antes y después de cada sesión. El objetivo ha sido evaluar los cambios producidos por el tratamiento a nivel global (al principio y al final), y los producidos a lo largo del tratamiento (evaluando en cada una de las sesiones, tanto la evolución entre sesiones, como la eficacia de cada sesión).



## **III. RESULTADOS**



### III.1. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

#### III.1.1. PUNTUACIONES ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

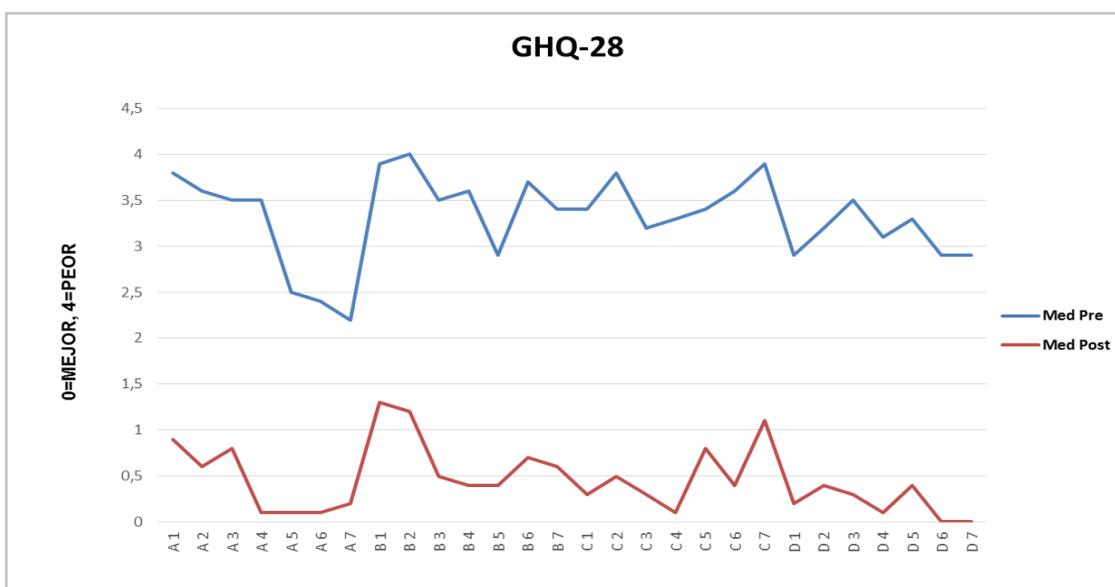
Se observa mejoría en las áreas y factores planteados inicialmente, medidas por los distintos cuestionarios, tras aplicar el protocolo de intervención psicológica.

##### III.1.1.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

El Protocolo de Intervención Psicológica demuestra ser efectivo en cada una de las cuatro áreas que mide el cuestionario; las personas mejoran en: Síntomas Somáticos, Ansiedad Insomnio, Disfunción Social y Depresión.

##### III.1.1.1.1. Análisis de los ítems

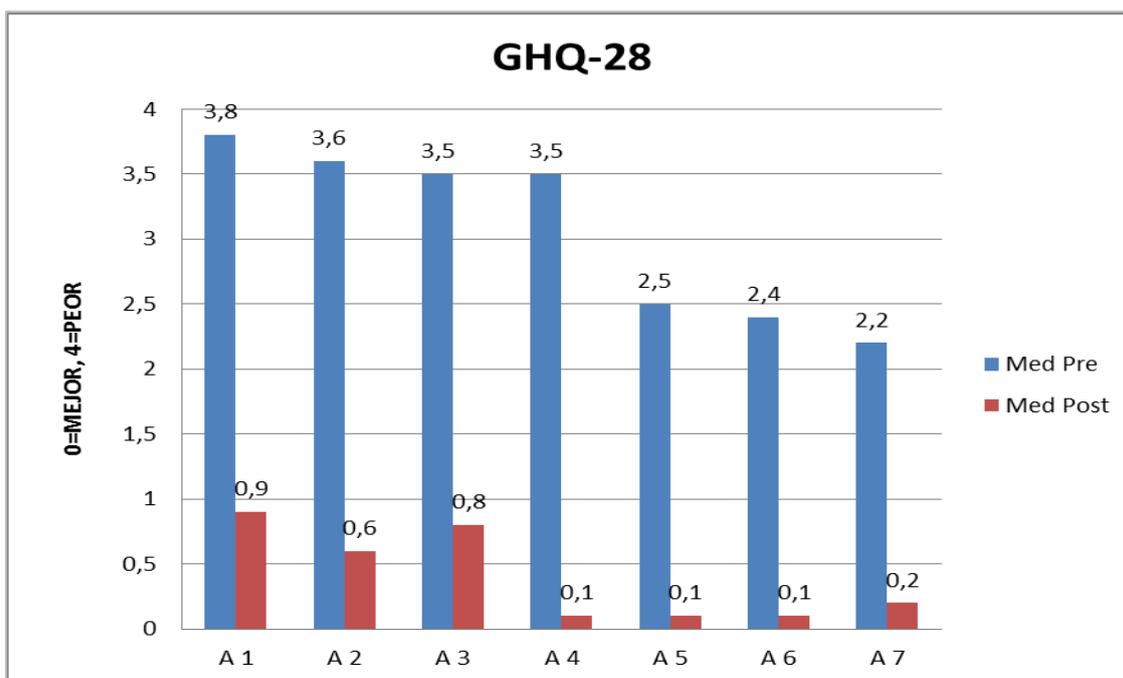
Siendo una puntuación de 0 ausencia de síntomas de malestar y 4 la puntuación máxima de malestar en cada síntoma medido por el cuestionario, las personas pasan de tener una media de 3,3 antes del tratamiento a una de 0,5 después del tratamiento. Figura 15.



**Figura 15.** Puntuaciones directas obtenidas de los ítems correspondientes al "Pre" [GHQ-28 (PRE)] y al "post" [GHQ-28 (POST)].

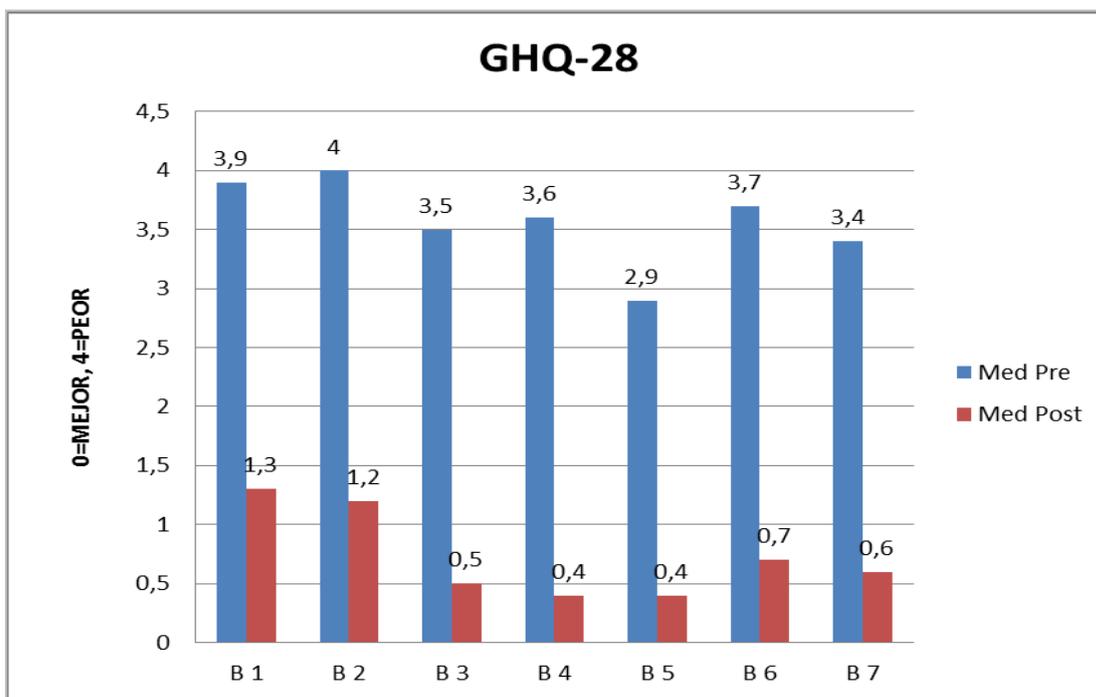
En la Figura 15, se observan las puntuaciones antes y después del tratamiento. Hay una mejoría sintomática en todos los ítems de las 4 áreas mencionadas.

A continuación se presentan los resultados desglosados para cada una de las áreas que componen el cuestionario. Figuras 16, 17, 18 y 19.



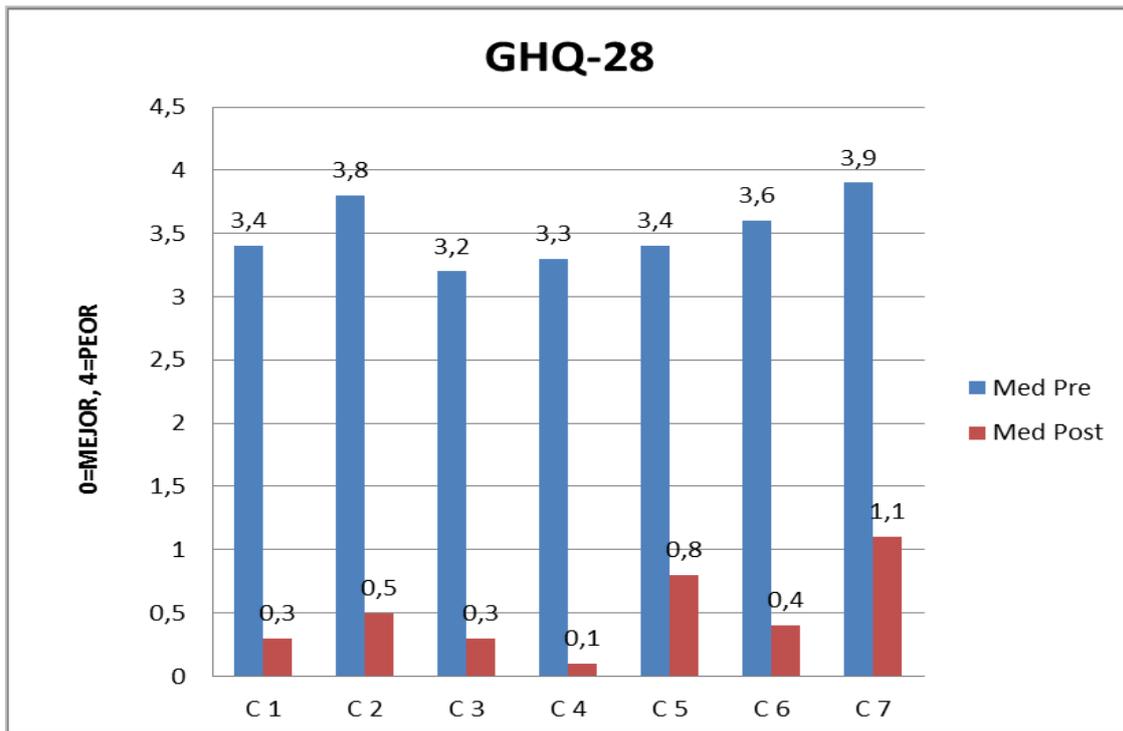
**Figura 16.** Puntuaciones medias en el **Cuestionario de Salud General de Goldberg**. Ítems del área de **SÍNTOMAS SOMÁTICOS**. A1. ¿Se ha sentido perfectamente de salud y en buena forma?; A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?; A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?; A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?; A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?; A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?; A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?.

En la Figura 16, podemos observar la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento, en el área de Síntomas Somáticos. Las personas presentan una mejoría significativa, en los 7 ítems relacionados con la sintomatología física, con el tratamiento. El valor de la diferencia entre las puntuaciones medias obtenidas en el conjunto de síntomas somáticos entre el antes y después de la intervención terapéutica, ha sido significativa ( $p < 0.001$ ) y el valor de Cohen ( $d = 6.853$ ) nos dice que el tamaño de esta diferencia es muy elevada (cfr. Tabla 1).



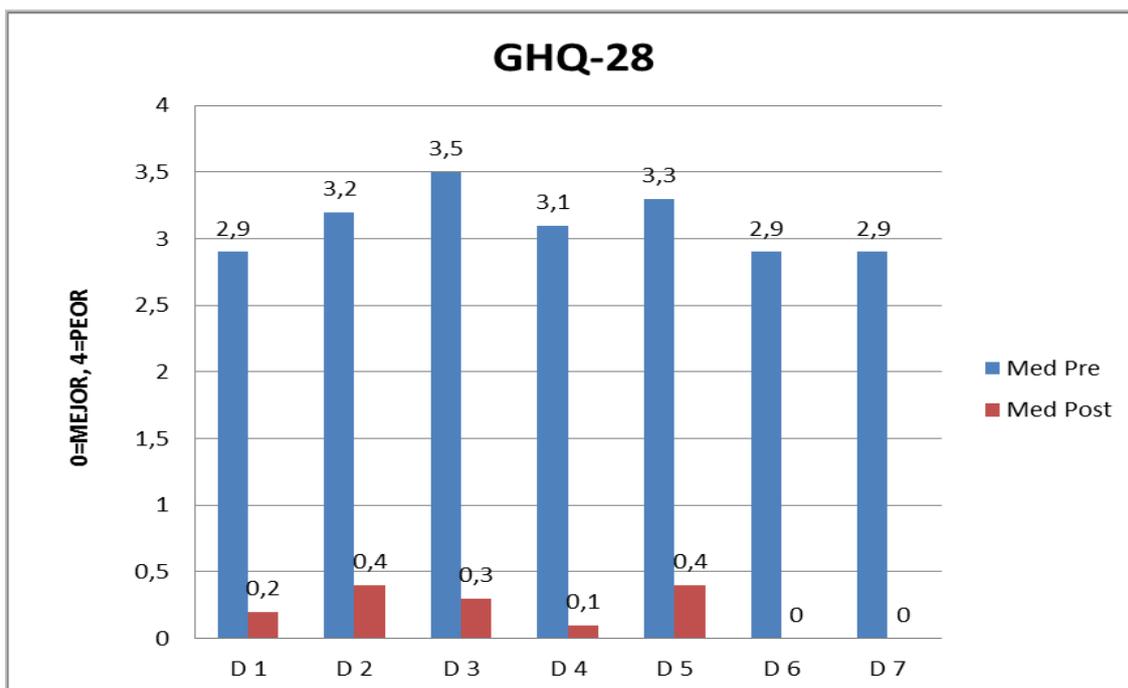
**Figura 17.** Puntuaciones medias en el **Cuestionario de Salud General de Goldberg**. Ítems del área de **ANSIEDAD INSOMNIO**. B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?; B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?; B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?; B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?; B5. ¿Se asustado o ha tenido pánico sin motivo?; B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?; B7. ¿Se ha notado nervioso y a punto de explotar constantemente?.

En la Figura 17, se observa la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento, en el área de ansiedad insomnio. Las personas presentan mejoría significativa (en los 7 ítems) en su sintomatología en su grado de ansiedad e insomnio tras el tratamiento. El valor de la diferencia entre las puntuaciones medias obtenidas en el conjunto de ansiedad e isomnio entre el antes y después de la intervención terapéutica, ha sido significativa ( $p < 0.001$ ) y el valor de Cohen ( $d = 9.958$ ) nos dice que el tamaño de esta diferencia es muy elevada (cfr. Tabla 1).



**Figura 18.** Puntuaciones medias en el **Cuestionario de Salud General de Goldberg**. Ítems del área de **DISFUNCIÓN SOCIAL**. C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado activo?; C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?; C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?; C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de ver las cosas?; C5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?; C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?; C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?.

La Figura 18, presenta la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento, en el área de disfunción social. Se observa mejoría en los 7 ítems. Las personas presentan mejoría en su sintomatología, en el grado en que la pérdida les afecta a nivel personal y relacional, tras el tratamiento. El valor de la diferencia entre las puntuaciones medias obtenidas en el conjunto de síntomas correspondientes a la disfunción social entre el antes y después de la intervención terapéutica, ha sido significativa ( $p < 0.001$ ) y el valor de Cohen ( $d = 9.521$ ) nos dice que el tamaño de esta diferencia es muy elevada (cfr. Tabla 1).



**Figura 19.** Puntuaciones medias en el **Cuestionario de Salud General de Goldberg**. Ítems del área de **DEPRESIÓN**. D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?; D2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?; D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?; D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse del medio”?; D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?; D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?; D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?.

En la Figura 19, se presenta la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento, en el área de depresión. Se observa mejoría en los 7 ítems. Las personas presentan mejoría en su sintomatología, en el grado en que la pérdida les genera tristeza, tras el tratamiento. El valor de la diferencia entre las puntuaciones medias obtenidas en el conjunto de síntomas correspondientes a la Depresión entre el antes y después de la intervención terapéutica, ha sido significativa ( $p < 0.001$ ) y el valor de Cohen ( $d = 5.064$ ) nos dice que el tamaño de esta diferencia es muy elevada (cfr. Tabla 1).

**III.1.1.1.2. Análisis estadístico general.****Tabla 1. Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Diferencias de medias y "d" de Cohen entre valores Pre / Post**

Variables	Media	N	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotGHQ28_pre_A	21,647	102	3,3171	18.863*	6.853
TotGHQ28_post_A	2,784	102	2,0374		
TotGHQ28_pre_B	24,902	102	1,7378	19.716*	9.958
TotGHQ28_post_B	5,186	102	2,1969		
TotGHQ28_pre_C	24,578	102	2,4714	21.117*	9.521
TotGHQ28_post_C	3,461	102	1,9278		
TotGHQ28_pre_D	21,716	102	5,6012	20.373*	5.064
TotGHQ28_post_D	1,343	102	1,0000		
TotGHQ28_pre_ABCD	92,843	102	9,9611	80.068*	10.269
TotGHQ28_post_ABCD	12,775	102	4,7281		

\*Significativo al 0.001

Tabla 1: siendo una puntuación de 0 ausencia de síntomas de malestar y 112 la puntuación máxima de malestar en el cuestionario, las personas pasan de tener una media de 92,84 antes del tratamiento a una de 12,77 después del tratamiento. La diferencia de medias entre la medida pre y post tratamiento es significativa y la magnitud del tamaño del efecto del tratamiento es muy grande ( $d = .20 = \text{"pequeño"}$ ),  $d = .50 = \text{"moderado"}$ ),  $d = .80 = \text{"grande"}$ ).

El Protocolo de Intervención Psicológica demuestra ser efectivo en cada una de las cuatro áreas que mide el cuestionario; las personas mejoran en: Síntomas Somáticos, Ansiedad Insomnio, Disfunción Social y Depresión. La diferencia de medias entre la medida pre y post tratamiento, en cada una de las áreas, es significativa y la magnitud del tamaño del efecto del tratamiento es muy grande ( $d = .20$  (pequeño),  $d = .50$  (moderado),  $d = .80$  (grande)).

**Tabla 2: Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Correlaciones entre valores Pre & Post.**

VARIABLES	N	Correlación	Sig.
TotGHQ28_pre_A & TotGHQ28_post_A	102	,207	,037
TotGHQ28_pre_B & TotGHQ28_post_B	102	,202	,042
TotGHQ28_pre_C & TotGHQ28_post_C	102	,230	,020
TotGHQ28_pre_D & TotGHQ28_post_D	102	-,039	,697
TotGHQ28_pre_ABCD & TotGHQ28_post_ABCD	102	,261	,008

Tabla 2: las 102 personas pasan de tener puntuaciones altas en el pre-test (alto grado de malestar) a puntuaciones bajas en el post-test (bajo grado de malestar) en cada una de las áreas medidas por el cuestionario (Síntomas Somáticos, Ansiedad Insomnio, Disfunción Social y Depresión), por lo que las correlaciones son bajas.

Respecto al área depresión, aparece correlación negativa debido a que en los dos últimos ítems (D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?, D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?), en la medida post test la media es cero.

**Tabla 3: Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Diferencias de medias entre Género y "d" de Cohen.**

VARIABLES	Género	N	Mean	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen																																																																																																
TotGHQ28_pre_A	Varón	23	22,870	2,3607	1.579	0.531																																																																																																
	Mujer	79	21,291	3,4794			TotGHQ28_post_A	Varón	23	3,000	1,5374	0.278	0.148	Mujer	79	2,722	2,1658	TotGHQ28_pre_B	Varón	23	25,174	1,0292	0.351	0.230	Mujer	79	24,823	1,8930	TotGHQ28_post_B	Varón	23	5,783	1,7044	0.77	0.380	Mujer	79	5,013	2,3010	TotGHQ28_pre_C	Varón	23	24,391	2,0613	-0.242	-0.103	Mujer	79	24,633	2,5878	TotGHQ28_post_C	Varón	23	2,957	1,2605	-0.651	-0.380	Mujer	79	3,608	2,0657	TotGHQ28_pre_D	Varón	23	25,043	3,7231	4.296*	0.892	Mujer	79	20,747	5,7008	TotGHQ28_post_D	Varón	23	2,000	,9045	0.848*	0.915	Mujer	79	1,152	,9485	TotGHQ28_pre_ABCD	Varón	23	97,478	7,4031	5.984*	0.670	Mujer	79	91,494	10,2393	TotGHQ28_post_ABCD	Varón	23	13,739	2,7505	1.245	0.302	Mujer
TotGHQ28_post_A	Varón	23	3,000	1,5374	0.278	0.148																																																																																																
	Mujer	79	2,722	2,1658			TotGHQ28_pre_B	Varón	23	25,174	1,0292	0.351	0.230	Mujer	79	24,823	1,8930	TotGHQ28_post_B	Varón	23	5,783	1,7044	0.77	0.380	Mujer	79	5,013	2,3010	TotGHQ28_pre_C	Varón	23	24,391	2,0613	-0.242	-0.103	Mujer	79	24,633	2,5878	TotGHQ28_post_C	Varón	23	2,957	1,2605	-0.651	-0.380	Mujer	79	3,608	2,0657	TotGHQ28_pre_D	Varón	23	25,043	3,7231	4.296*	0.892	Mujer	79	20,747	5,7008	TotGHQ28_post_D	Varón	23	2,000	,9045	0.848*	0.915	Mujer	79	1,152	,9485	TotGHQ28_pre_ABCD	Varón	23	97,478	7,4031	5.984*	0.670	Mujer	79	91,494	10,2393	TotGHQ28_post_ABCD	Varón	23	13,739	2,7505	1.245	0.302	Mujer	79	12,494	5,1438								
TotGHQ28_pre_B	Varón	23	25,174	1,0292	0.351	0.230																																																																																																
	Mujer	79	24,823	1,8930			TotGHQ28_post_B	Varón	23	5,783	1,7044	0.77	0.380	Mujer	79	5,013	2,3010	TotGHQ28_pre_C	Varón	23	24,391	2,0613	-0.242	-0.103	Mujer	79	24,633	2,5878	TotGHQ28_post_C	Varón	23	2,957	1,2605	-0.651	-0.380	Mujer	79	3,608	2,0657	TotGHQ28_pre_D	Varón	23	25,043	3,7231	4.296*	0.892	Mujer	79	20,747	5,7008	TotGHQ28_post_D	Varón	23	2,000	,9045	0.848*	0.915	Mujer	79	1,152	,9485	TotGHQ28_pre_ABCD	Varón	23	97,478	7,4031	5.984*	0.670	Mujer	79	91,494	10,2393	TotGHQ28_post_ABCD	Varón	23	13,739	2,7505	1.245	0.302	Mujer	79	12,494	5,1438																			
TotGHQ28_post_B	Varón	23	5,783	1,7044	0.77	0.380																																																																																																
	Mujer	79	5,013	2,3010			TotGHQ28_pre_C	Varón	23	24,391	2,0613	-0.242	-0.103	Mujer	79	24,633	2,5878	TotGHQ28_post_C	Varón	23	2,957	1,2605	-0.651	-0.380	Mujer	79	3,608	2,0657	TotGHQ28_pre_D	Varón	23	25,043	3,7231	4.296*	0.892	Mujer	79	20,747	5,7008	TotGHQ28_post_D	Varón	23	2,000	,9045	0.848*	0.915	Mujer	79	1,152	,9485	TotGHQ28_pre_ABCD	Varón	23	97,478	7,4031	5.984*	0.670	Mujer	79	91,494	10,2393	TotGHQ28_post_ABCD	Varón	23	13,739	2,7505	1.245	0.302	Mujer	79	12,494	5,1438																														
TotGHQ28_pre_C	Varón	23	24,391	2,0613	-0.242	-0.103																																																																																																
	Mujer	79	24,633	2,5878			TotGHQ28_post_C	Varón	23	2,957	1,2605	-0.651	-0.380	Mujer	79	3,608	2,0657	TotGHQ28_pre_D	Varón	23	25,043	3,7231	4.296*	0.892	Mujer	79	20,747	5,7008	TotGHQ28_post_D	Varón	23	2,000	,9045	0.848*	0.915	Mujer	79	1,152	,9485	TotGHQ28_pre_ABCD	Varón	23	97,478	7,4031	5.984*	0.670	Mujer	79	91,494	10,2393	TotGHQ28_post_ABCD	Varón	23	13,739	2,7505	1.245	0.302	Mujer	79	12,494	5,1438																																									
TotGHQ28_post_C	Varón	23	2,957	1,2605	-0.651	-0.380																																																																																																
	Mujer	79	3,608	2,0657			TotGHQ28_pre_D	Varón	23	25,043	3,7231	4.296*	0.892	Mujer	79	20,747	5,7008	TotGHQ28_post_D	Varón	23	2,000	,9045	0.848*	0.915	Mujer	79	1,152	,9485	TotGHQ28_pre_ABCD	Varón	23	97,478	7,4031	5.984*	0.670	Mujer	79	91,494	10,2393	TotGHQ28_post_ABCD	Varón	23	13,739	2,7505	1.245	0.302	Mujer	79	12,494	5,1438																																																				
TotGHQ28_pre_D	Varón	23	25,043	3,7231	4.296*	0.892																																																																																																
	Mujer	79	20,747	5,7008			TotGHQ28_post_D	Varón	23	2,000	,9045	0.848*	0.915	Mujer	79	1,152	,9485	TotGHQ28_pre_ABCD	Varón	23	97,478	7,4031	5.984*	0.670	Mujer	79	91,494	10,2393	TotGHQ28_post_ABCD	Varón	23	13,739	2,7505	1.245	0.302	Mujer	79	12,494	5,1438																																																															
TotGHQ28_post_D	Varón	23	2,000	,9045	0.848*	0.915																																																																																																
	Mujer	79	1,152	,9485			TotGHQ28_pre_ABCD	Varón	23	97,478	7,4031	5.984*	0.670	Mujer	79	91,494	10,2393	TotGHQ28_post_ABCD	Varón	23	13,739	2,7505	1.245	0.302	Mujer	79	12,494	5,1438																																																																										
TotGHQ28_pre_ABCD	Varón	23	97,478	7,4031	5.984*	0.670																																																																																																
	Mujer	79	91,494	10,2393			TotGHQ28_post_ABCD	Varón	23	13,739	2,7505	1.245	0.302	Mujer	79	12,494	5,1438																																																																																					
TotGHQ28_post_ABCD	Varón	23	13,739	2,7505	1.245	0.302																																																																																																
	Mujer	79	12,494	5,1438																																																																																																		

\* Significativo al 0.05.

Tabla 3: En la variable sexo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres (23 varones y 79 mujeres) en las tres primeras áreas del cuestionario (Síntomas Somáticos, Ansiedad Insomnio y Disfunción Social) y si en la cuarta área (Depresión). Los varones de la muestra presentan mayor sintomatología depresiva, tanto en la valoración pretratamiento como en la postratamiento.

Respecto a la valoración global del cuestionario, el análisis estadístico de los datos indica diferencias significativas entre hombres y mujeres en la medida pretratamiento y no en la medida postratamiento. El grupo de varones presentan mayor grado de malestar por la pérdida en relación al grupo de mujeres.

**Tabla 4: Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Diferencias de medias entre Tramos de edades y "d" de Cohen.**

Variables	Tramo de edades	N	Medias	Desv.St.	Grupos comparados	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotGHQ28_pre_A	20-39	24	22,167	2,8387	20-39 / 40-69	1.012	0.306
	40-69	58	21,155	3,7219	20-39 / 70-89	-0.283	-0.109
	70-89	20	22,450	2,3278	40-69 / 70-89	-1.295	-0.290
TotGHQ28_post_A	20-39	24	1,917	,9286	20-39 / 40-69	-1.083	-0.670
	40-69	58	3,000	2,0859	20-39 / 70-89	-1.283	-0.659
	70-89	20	3,200	2,5874	40-69 / 70-89	-0.200	-0.085
TotGHQ28_pre_B	20-39	24	25,958	,2041	20-39 / 40-69	0.820	0.719
	40-69	58	25,138	1,5944	20-39 / 70-89	3.008*	2.529
	70-89	20	22,950	1,6694	40-69 / 70-89	2.188*	1.340
TotGHQ28_post_B	20-39	24	5,500	1,8650	20-39 / 40-69	0.138	0.065
	40-69	58	5,362	2,3746	20-39 / 70-89	1.200	0.643
	70-89	20	4,300	1,8666	40-69 / 70-89	1.062	0.497
TotGHQ28_pre_C	20-39	24	25,708	1,8292	20-39 / 40-69	1.898*	0.819
	40-69	58	23,810	2,7495	20-39 / 70-89	0.258	0.165
	70-89	20	25,450	1,2344	40-69 / 70-89	-1.64*	-0.769
TotGHQ28_post_C	20-39	24	3,208	1,4738	20-39 / 40-69	-0.223	-0.130
	40-69	58	3,431	1,9205	20-39 / 70-89	-0.642	-0.3212
	70-89	20	3,850	2,4121	40-69 / 70-89	-0.419	-0.192
TotGHQ28_pre_D	20-39	24	22,292	3,2233	20-39 / 40-69	2.275	0.445
	40-69	58	20,017	6,4658	20-39 / 70-89	-3.658	-1.554
	70-89	20	25,950	,8256	40-69 / 70-89	-5.933*	-1.287
TotGHQ28_post_D	20-39	24	1,167	1,1672	20-39 / 40-69	-0.23	-0.206
	40-69	58	1,397	1,0586	20-39 / 70-89	-0.233	-0.259
	70-89	20	1,400	,5026	40-69 / 70-89	-0.003	-0.004
TotGHQ28_pre_ABCD	20-39	24	96,125	6,8163	20-39 / 40-69	6.004*	0.625
	40-69	58	90,121	11,7430	20-39 / 70-89	-0.675	-0.133
	70-89	20	96,800	2,1909	40-69 / 70-89	-6.679*	-0.791
TotGHQ28_post_ABCD	20-39	24	11,792	3,6710	20-39 / 40-69	-1.398	-0.313
	40-69	58	13,190	5,1212	20-39 / 70-89	-0.958	-0.227
	70-89	20	12,750	4,7002	40-69 / 70-89	0.44	0.089

\* Significativo al 0.05

Tabla 4: en la variable edad, se ha dividido la muestra en tres grupos: entre 20-39 años, entre 40-69 años y entre 70-89 años.

En el área de *Síntomas somáticos* (A), el análisis de los datos no refleja diferencias estadísticamente significativas comparando los tres grupos, ni en la valoración pretratamiento ni en la postratamiento.

En el área *Ansiedad insomnio* (B), el análisis de los datos indica una diferencia estadísticamente significativa en la valoración pretratamiento. El grupo 20-39 y 40-69 no presentan diferencia significativa entre ellos, pero si con respecto al grupo 70-89 que presenta menor sintomatología en esta área. En la medida postratamiento no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

En el área *Disfunción social* (C), el grupo 40-69 presenta una diferencia estadísticamente significativa, menor disfunción social con respecto a los otros dos grupos en la medida pretratamiento. En la medida postratamiento no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

En el área *Depresión* (D), el grupo 70-89 presenta mayor sintomatología depresiva, en la medida pretratamiento, con respecto a los otros dos grupos. En la medida postratamiento no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

En el análisis global del cuestionario (A+B+C+D), se detecta menor sintomatología en el grupo 40-69 con respecto a los otros dos grupos, en la medida pretratamiento. En la medida postratamiento, no se detectan diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

**Tabla 5: Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Diferencias de medias según Tipo de pérdida y "d" de Cohen.**

Variables	Tipo de pérdida	N	Mean	Std. Deviation	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotGHQ28_pre_A	Espos/a	53	22,151	2,3971	1.049	0.316
	Resto	49	21,102	4,0427		
TotGHQ28_post_A	Espos/a	53	2,679	2,1994	-0.219	-0.107
	Resto	49	2,898	1,8624		
TotGHQ28_pre_B	Espos/a	53	24,189	2,0197	-1.484*	-0.886
	Resto	49	25,673	,8753		
TotGHQ28_post_B	Espos/a	53	4,792	2,4989	-0.82	-0.380
	Resto	49	5,612	1,7418		
TotGHQ28_pre_C	Espos/a	53	24,038	2,1658	-1.08*	-0.463
	Resto	49	25,163	2,6642		
TotGHQ28_post_C	Espos/a	53	3,509	2,0060	0.101	0.052
	Resto	49	3,408	1,8587		
TotGHQ28_pre_D	Espos/a	53	22,000	5,1515	0.592	0.105
	Resto	49	21,408	6,0893		
TotGHQ28_post_D	Espos/a	53	1,151	,7178	-0.4*	-0.402
	Resto	49	1,551	1,2087		
TotGHQ28_pre_ABCD	Espos/a	53	92,377	6,4844	-0.97	-0.096
	Resto	49	93,347	12,7566		
TotGHQ28_post_ABCD	Espos/a	53	12,132	4,6947	-1.377	-0.284
	Resto	49	13,469	4,7130		

\* Significativo al 0.05.

Tabla 5: En la variable tipo de pérdida, dividiendo la muestra entre personas que habían perdido a su esposo/a y el resto de pérdidas, se observan diferencias estadísticamente significativas en algunas áreas del cuestionario.

En el área *Síntomas somáticos* (A), no se detectan diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, ni en la medida pre ni postratamiento.

En el área *Ansiedad insomnio* (B), las personas que han sufrido la pérdida de su esposo/a presentan menor malestar en la medida pretratamiento. En la medida postratamiento no hay diferencias estadísticamente significativas.

En el área *Disfunción social* (C), las personas que han sufrido la pérdida de su esposo/a presentan menor malestar en la medida pretratamiento. En la medida postratamiento no hay diferencias estadísticamente significativas.

En el área *Depresión* (D), las personas que han sufrido la pérdida de su esposo/a presentan menor malestar en la medida postratamiento. En la medida pretratamiento no hay diferencias estadísticamente significativas.

En el análisis global del cuestionario (A+B+C+D), no se detectan diferencias en esta variable.

**Tabla 6: Cuestionario de Goldberg (GHQ-28). Diferencias de medias según Nivel de estudios y "d" de Cohen.**

VARIABLES	Nivel de estudios	N	Media	Desv.St.	Grupos comparados	Dif.Medias	"d" de Cohen
TotGHQ28_pre_A	Bajo	44	22,023	3,7633	Bajo / Medio	0.862	0.249
	Medio	31	21,161	3,1315	Bajo / Alto	0.43	0.130
	Alto	27	21,593	2,7352	Medio / Alto	-0.432	-0.148
TotGHQ28_post_A	Bajo	44	2,886	1,6313	Bajo / Medio	0.047	0.022
	Medio	31	2,839	2,5311	Bajo / Alto	0.33	0.177
	Alto	27	2,556	2,0631	Medio / Alto	0.283	0.122
TotGHQ28_pre_B	Bajo	44	24,659	2,1014	Bajo / Medio	-0.631	-0.355
	Medio	31	25,290	1,3710	Bajo / Alto	-0.193	-0.108
	Alto	27	24,852	1,4061	Medio / Alto	0.438	0.315
TotGHQ28_post_B	Bajo	44	5,295	1,7729	Bajo / Medio	0.037	0.016
	Medio	31	5,258	2,5686	Bajo / Alto	0.369	0.174
	Alto	27	4,926	2,4167	Medio / Alto	0.332	0.133
TotGHQ28_pre_C	Bajo	44	24,909	2,4382	Bajo / Medio	0.522	0.225
	Medio	31	24,387	2,1860	Bajo / Alto	0.65	0.246
	Alto	27	24,259	2,8365	Medio / Alto	0.128	0.050
TotGHQ28_post_C	Bajo	44	3,636	2,1141	Bajo / Medio	0.184	0.091
	Medio	31	3,452	1,9294	Bajo / Alto	0.451	0.239
	Alto	27	3,185	1,6181	Medio / Alto	0.267	0.150
TotGHQ28_pre_D	Bajo	44	21,341	5,9959	Bajo / Medio	-0.048	-0.089
	Medio	31	21,839	5,1257	Bajo / Alto	-0.844	-0.145
	Alto	27	22,185	5,6230	Medio / Alto	-0.796	-0.064
TotGHQ28_post_D	Bajo	44	1,386	1,0165	Bajo / Medio	-0.033	-0.031
	Medio	31	1,419	1,0886	Bajo / Alto	0.201	0.212
	Alto	27	1,185	,8787	Medio / Alto	0.234	0.236
TotGHQ28_pre_ABCD	Bajo	44	92,932	11,2465	Bajo / Medio	0.255	0.025
	Medio	31	92,677	8,8445	Bajo / Alto	0.043	0.004
	Alto	27	92,889	9,2709	Medio / Alto	-0.212	-0.023
TotGHQ28_post_ABCD	Bajo	44	13,205	4,1796	Bajo / Medio	0.237	0.046
	Medio	31	12,968	5,9244	Bajo / Alto	1.353	0.329
	Alto	27	11,852	4,0259	Medio / Alto	1.116	0.222

Tabla 6: En la variable nivel sociocultural, se ha dividido la muestra en tres grupos: nivel Bajo, Medio y Alto.

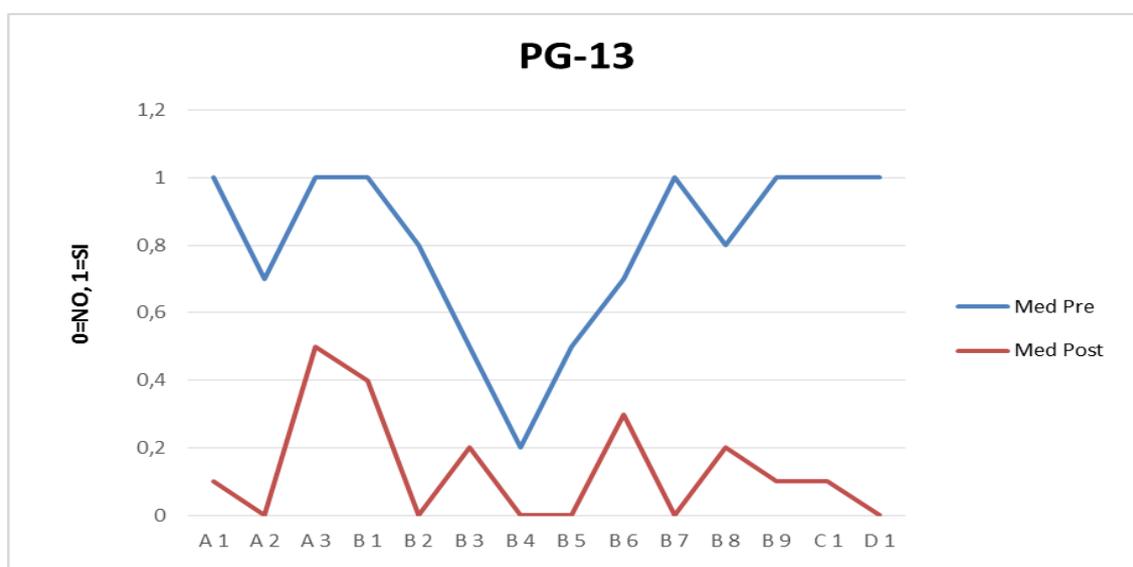
No se detectan diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, en ninguna de las áreas, ni en el análisis global del cuestionario, ni en la medida pre ni post tratamiento. El grado de malestar que sufre el doliente es independiente de su nivel sociocultural.

### III.1.1.2 Inventario de Duelo prolongado (PG-13).

El Protocolo de Intervención Psicológica demuestra ser efectivo en cada una de las áreas que mide el cuestionario; las personas mejoran en: Ansiedad de separación, Sintomatología y distorsión de la vida diaria.

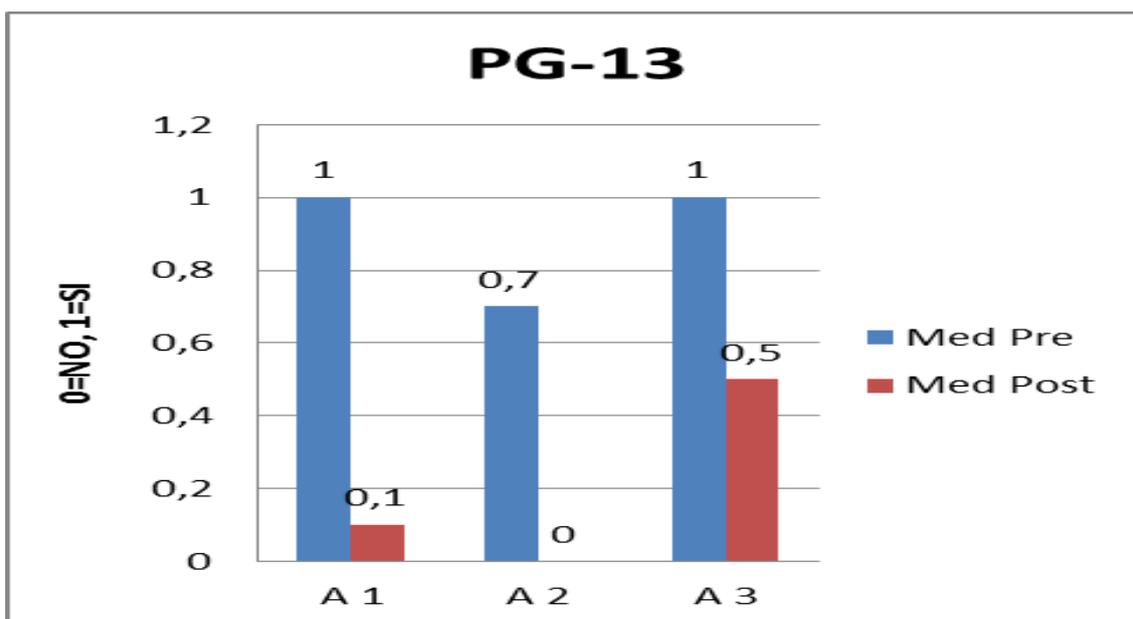
#### III.1.1.2.1. Análisis de los ítems.

Se asigna SI o NO para indicar el cumplimiento o no de cada criterio/ítem del cuestionario. Asignando la puntuación 1 a SI y 0 a NO, se calcula la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento. Las personas pasan de una puntuación media de 0,8 al principio del tratamiento a una de 0,1, es decir, las personas pasan de presentar, como promedio, 8 de cada 10 criterios para el diagnóstico de duelo patológico antes del tratamiento a presentar 1 de cada 10 tras el tratamiento; pasan de cumplir los criterios para el diagnóstico de duelo patológico a dejar de cumplirlos tras recibir el tratamiento. Figuras: 20, 21, 22, 23, 24 y 25.



**Figura 20.** Puntuaciones de los pacientes en el **Inventario de Duelo Prolongado** (pre y post tratamiento).

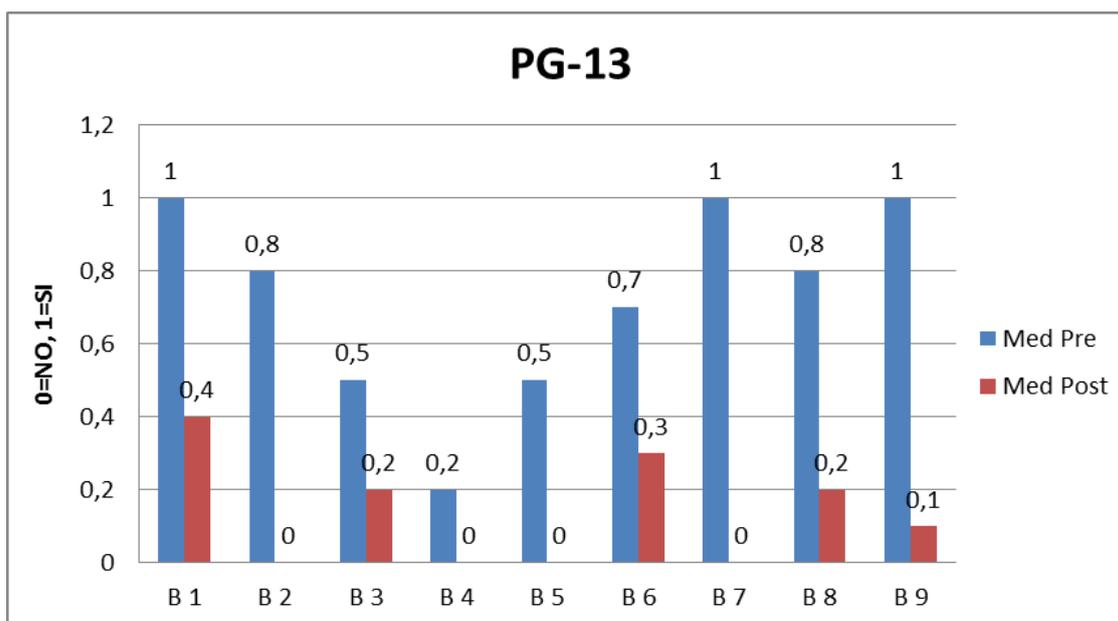
Figura 20: En las tablas de datos (puntuaciones pre y post tratamiento) se observa como las personas pasan de cumplir la mayoría de criterios para diagnosticar duelo patológico a dejar de cumplirlos tras el tratamiento.



**Figura 21.** Puntuaciones de los pacientes en el **Inventario de Duelo Prolongado** (pre y post tratamiento). **Criterio A: Ansiedad de Separación** (Presentar al menos uno). A1. Pensamientos intrusivos incontrolables acerca del fallecido. A2. Punzadas de dolor. A3. Profunda añoranza y tristeza.

Figura 21: En la tabla de datos (puntuaciones pre y post tratamiento) se observa como las personas pasan de cumplir los tres criterios de ansiedad separación a dejar de cumplirlos tras el tratamiento.

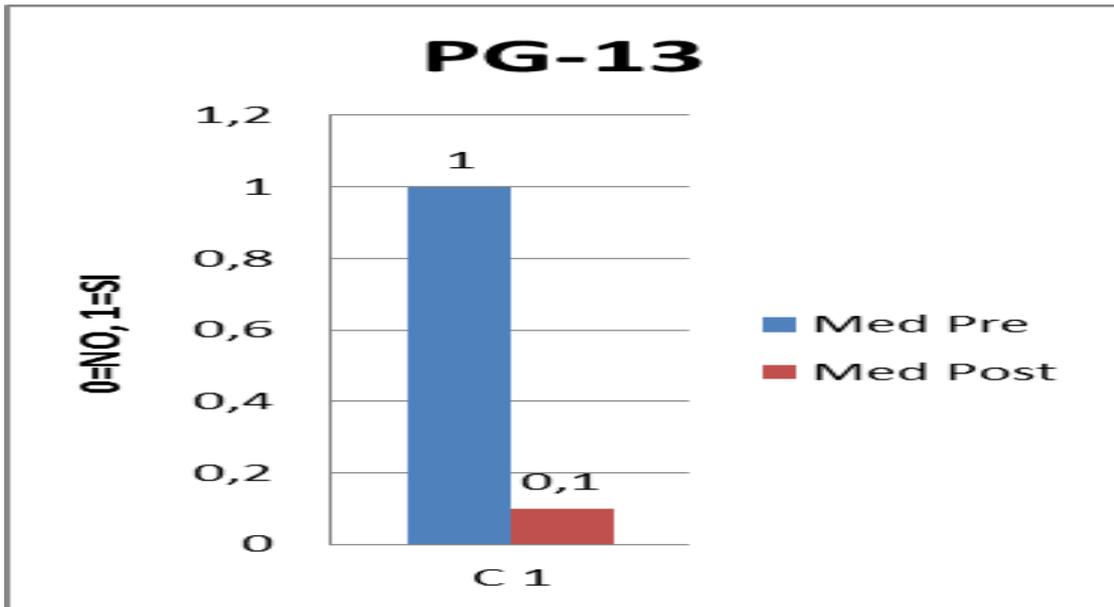
El ítem 3, la profunda añoranza y tristeza por la pérdida del ser querido, se mantiene tras el tratamiento en una de cada dos personas.



**Figura 22.** Puntuaciones de los pacientes en el **Inventario de Duelo Prolongado** (pre y post tratamiento). **Criterio B: Sintomatología** (Presentar al menos cinco). B1. Confusión acerca del papel en la vida o que ha muerto parte de él. B2. Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida. B3. Evita todo lo que le recuerde al ser querido. B4. Incapacidad para confiar en los demás desde el fallecimiento. B5. Estar enfadado en relación al fallecido. B6. Sentirse mal por seguir adelante con su vida. B7. Sentirse frío e insensible desde el fallecimiento. B8. Sentir que sin el fallecido su vida está vacía y no tiene sentido. B9. Sentirse atontado, aturdido o conmocionado.

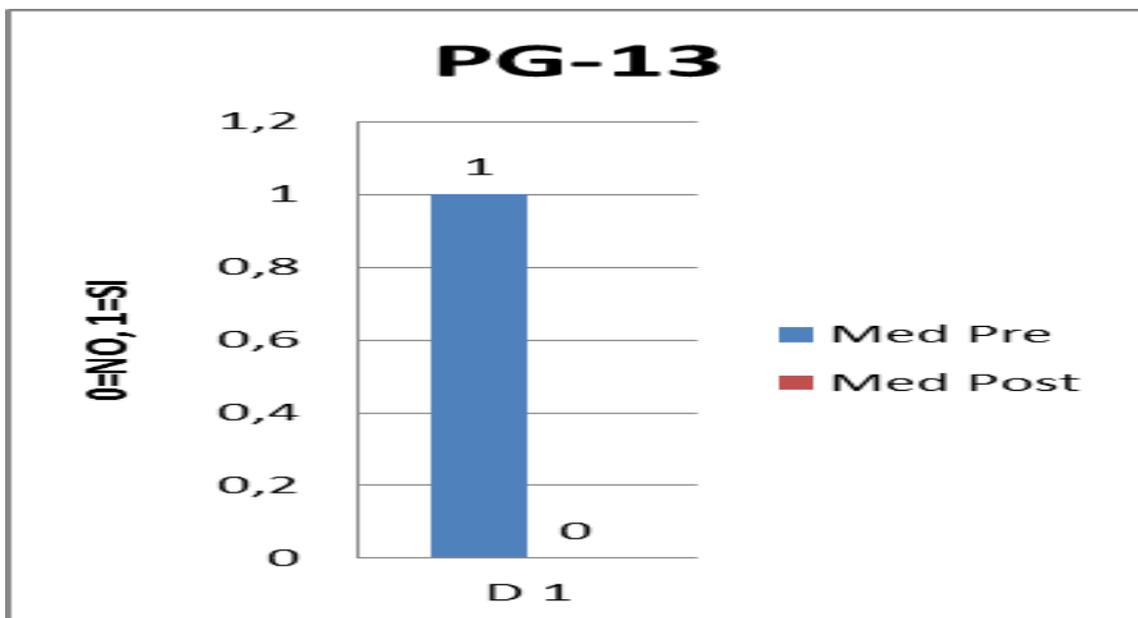
Figura 22: En las tabla de datos (puntuaciones pre y post tratamiento) se observa como las personas pasan de cumplir los tres criterios de sintomatología a dejar de cumplirlos tras el tratamiento.

Los ítems 1 y 6, se mantienen en un elevado número de personas tras el tratamiento. Se mantienen la sensación de confusión de que ha muerto parte del papel que se juega en la vida y sentimiento de malestar por seguir adelante con sus vidas, en algunos casos.



**Figura 23.** Puntuaciones de los pacientes en el **Inventario de Duelo Prolongado** (pre y post tratamiento). **Criterio C: Cronológico** (la duración de estos síntomas es de al menos 6 meses).

Figura 23: En las tabla de datos (puntuaciones pre y post tratamiento) se observa como 9 de cada 10 personas pasan de cumplir el criterio cronológico, a dejar de cumplirlos tras el tratamiento.



**Figura 24.** Puntuaciones de los pacientes en el **Inventario de Duelo Prolongado** (pre y post tratamiento). **Criterio D: Distorsión de la vida diaria** (Los síntomas causan malestar o deterioro significativo en la vida social, laboral, u otras áreas significativas de la persona en duelo).

Figura 24: En las tabla de datos (puntuaciones pre y post tratamiento) se observa como todas las personas pasan de cumplir el criterio de distorsión de la vida diaria, a dejar de cumplirlo tras el tratamiento.

### III.1.1.2.2. Análisis estadístico general.

**Tabla 7: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Diferencias de medias y "d" de Cohen.**

Variables	Mean	N	Std. Deviation	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotPG13_pre_ABCD	11,21	102	,825		
TotPG13_post_ABCD	2,03	102	1,353	9.18*	8.192

\* Significativo al 0.001

Tabla 7: Siendo una puntuación de 0 ausencia de síntomas de malestar y 14 la puntuación máxima de malestar en el cuestionario, las personas pasan de tener una media de 11,21 antes del tratamiento a una de 2,03 después del tratamiento. La diferencia de medias entre la medida pre y post tratamiento es significativa y la magnitud del tamaño del efecto del tratamiento resultó ser muy grande ( $d = .20$  (pequeño),  $d = .50$  (moderado),  $d = .80$  (grande)).

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica demuestra ser efectivo para que las personas que cumplen los criterios de duelo patológico, mejoren y dejen de cumplirlos.

**Tabla 8: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Correlación entre valores Pre & Post.**

Variables	N	Correlación	Sig.
TotPG13_pre_ABCD & TotPG13_post_ABCD	102	,314	,001

Tabla 8: Las 102 personas pasan de tener puntuaciones altas en el pre-test (alto grado de malestar) a puntuaciones bajas en el post-test (bajo grado de malestar) en los criterios diagnósticos para duelo patológico, por lo que la correlación pre/post tratamiento es baja.

**Tabla 9: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Diferencias de medias, según Género, y "d" de Cohen.**

Variables	Género	N	Media	Desv.St.	Dif, Medias	"d" de Cohen
TotPG13_pre_ABCD	Varón	23	11,17	,984	-0.05	-0.056
	Mujer	79	11,22	,779		
TotPG13_post_ABCD	Varón	23	1,65	1,027	-0.49	-0.395
	Mujer	79	2,14	1,421		

Tabla 9: En la variable sexo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres (23 varones y 79 mujeres) respecto a cumplir los criterios de duelo patológico, ni en la medida pre ni post tratamiento.

**Tabla 10: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Diferencias de medias, según Tramos edades, y "d" de Cohen.**

Variables	Tramo de edades	N	Media	Desv.St.	Grupos comparados	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotPG13_pre_ABCD	20-39	24	10,96	,751	20-39 /40-69	-0.30	-0.355
	40-69	58	11,26	,928	20-39 / 70-89	-0.39	-0.615
	70-89	20	11,35	,489	40-69 / 70-89	-0.09	-0.121
TotPG13_post_ABCD	20-39	24	1,13	,992	20-39 /40-69	-1.09*	-0.886
	40-69	58	2,22	1,475	20-39 / 70-89	-1.42*	-1.681
	70-89	20	2,55	,759	40-69 / 70-89	-0.33	-0.281

\* Significativo al nivel del 0.05.

Tabla 10: En la variable edad, se ha dividido la muestra en tres grupos: entre 20-39 años, entre 40-69 años y entre 70-89 años.

En la medida pretratamiento no se observan diferencias estadísticamente significativas, entre las medias de los tres grupos, respecto al cumplimiento de los criterios de duelo patológico.

En la medida postratamiento se observan diferencias estadísticamente significativas, entre las medias de los grupos 40-69 y 70-89 con respecto al 20-39. El grupo de las personas más jóvenes, presenta mayor mejoría tras el tratamiento, que los otros dos, respecto al cumplimiento de los criterios de duelo patológico.

**Tabla 11: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Diferencias de medias, según Tipo de pérdida, y "d" de Cohen.**

Variables	Tipo de pérdida	N	Media	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotPG13_pre_ABCD	Esposo/a	53	11,40	,906	0.40*	0.500
	Resto.	49	11,00	,677		
TotPG13_post_ABCD	Esposo/a	53	2,79	1,026	1.59*	1.443
	Resto.	49	1,20	1,172		

\* Significativo al nivel del 0.05.

Tabla 11: En la variable tipo de pérdida, dividiendo la muestra entre personas que habían perdido a su esposo/a y el resto de pérdidas, se observan diferencias estadísticamente significativas.

Las personas que han sufrido la pérdida de su esposo/a presentan más síntomas de duelo patológico (mayor malestar), tanto en la medida pretratamiento como postratamiento; sienten más el dolor de la pérdida y les cuesta más recuperarse tras esta.

**Tabla 12: Inventario de Duelo Prolongado (PG-13). Diferencias de medias, según Nivel de estudios, y "d" de Cohen.**

Variables	Nivel de estudios	N	Media	Desv. St.	Grupos comparados	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotPG13_pre_ABCD	Bajo	44	11,09	,676	Bajo / Medio	-0.17	-0.199
	Medio	31	11,26	,999	Bajo / Alto	-0.24	-0.317
	Alto	27	11,33	,832	Medio / Alto	-0.07	-0.092
TotPG13_post_ABCD	Bajo	44	1,95	1,569	Bajo / Medio	-0.34	-0.240
	Medio	31	2,29	1,243	Bajo / Alto	0.10	0.075
	Alto	27	1,85	1,064	Medio / Alto	0.44	0.380

Tabla 12: En la variable nivel sociocultural, se ha dividido la muestra en tres grupos: nivel Bajo (n=44), Medio (n=31) y Alto (n=27).

No se detectan diferencias estadísticamente significativas, ni en la medida pre ni postratamiento, respecto a cumplir los criterios de cumplir duelo patológico. El nivel sociocultural de las personas, no influye en el riesgo de que su proceso de duelo se haga patológico, ni en el grado de efectividad del tratamiento.

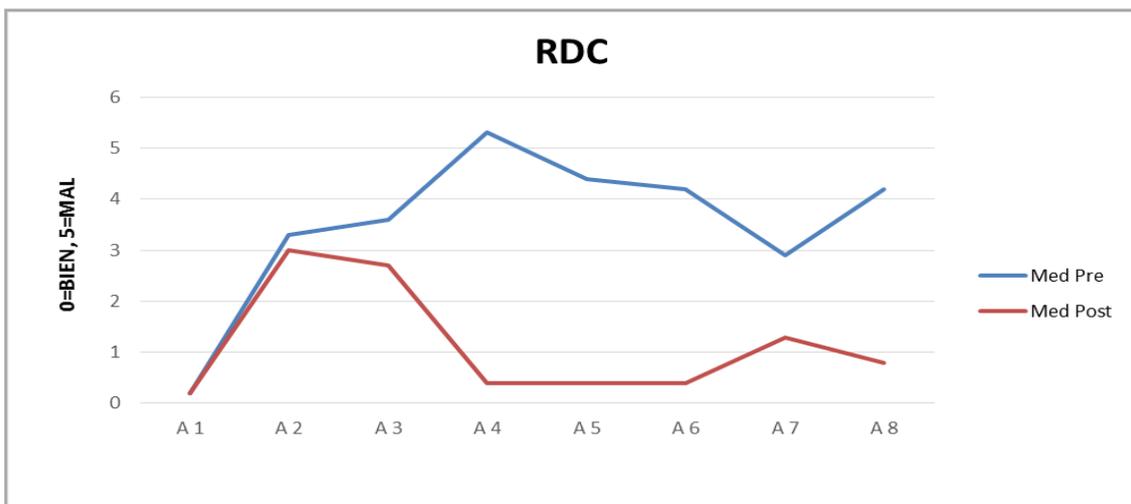
### III.1.1.3. Cuestionario de Riesgo de Duelo complicado (RDC).

El tratamiento aplicado incide positivamente sobre los indicadores de duelo complicado: nivel de actividad, tristeza, enfado, culpa y relaciones actuales.

#### III.1.1.3.1.: Análisis de los ítems

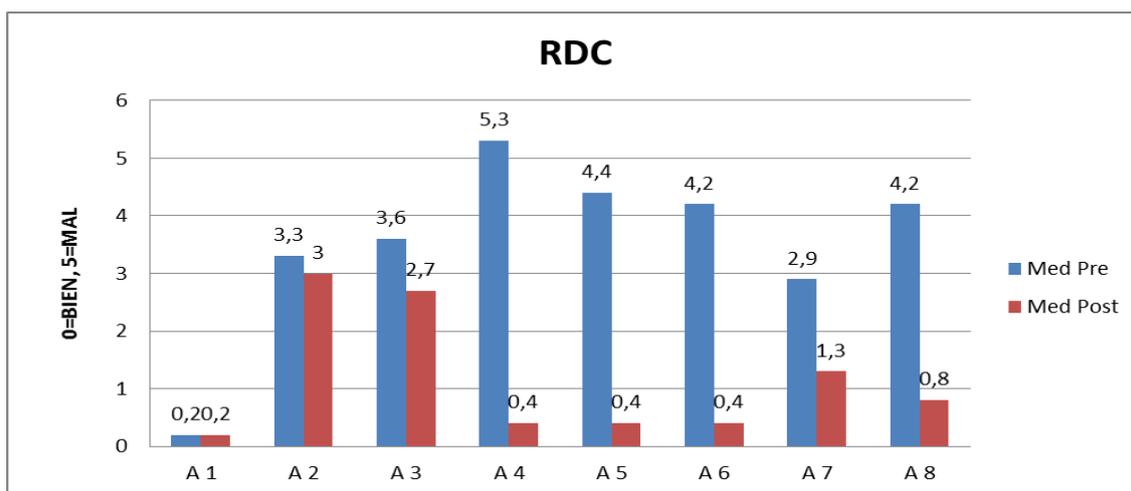
Siendo 5 la máxima puntuación indicativa de riesgo de duelo patológico y 0 la ausencia de este, la media de la puntuación de las personas a los ítems del RDC pasa de 3,5 antes del tratamiento a 1,1 tras el tratamiento, es decir, las personas pasan de tener riesgo alto de padecer duelo patológico antes del tratamiento a dejar de tenerlo tras este.

Figuras: 25 y 26.



**Figura 25.** Puntuaciones directas obtenidas de los ítems correspondientes al "Pre" [RDC (PRE)] y al "post" [RDC- (POST)] tratamiento.

Figura 25: En la Figura se observa la mejoría de los pacientes en los criterios indicadores de riesgo de duelo patológico.



**Figura 26.** Puntuaciones medias en el **Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado**. A1. ¿Tiene la persona en duelo a hijos menores de 14 años en su casa?; A2. ¿Cuál era/es la clase Social/Ocupación de la persona que más ingresos aportaba/aporta a la familia?; A3. ¿Empleo previsto de la persona en duelo fuera del hogar?; A4. ¿Se aferra a la persona fallecida y/o se consume pensando en si volviera?; A5. ¿Enfado?; A6. ¿Culpas/Autorreproches?; A7. ¿Relaciones actuales?; A8. ¿Cómo piensas que se las arreglará?.

Figura 26: En esta Figura podemos ver la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento. En los dos primeros ítems no hay variación, mientras que en los seis restantes se observa mejoría. Las personas tras el tratamiento presentan mejoría en las áreas de nivel de actividad, tristeza, enfado, culpa y relaciones actuales. Se mantiene el número de hijos menores de 14 años en el hogar y hay una pequeña mejoría en relación a la ocupación y empleo previsto fuera del hogar, debido a que algunas personas tienen que buscar o cambiar de trabajo tras la pérdida.

### III.1.1.3.2. Análisis estadístico general.

**Tabla 13: Cuestionario de Riesgo de Duelo (RDC). Diferencias de medias, Pre-Post, y "d" de Cohen.**

Variables	Media	N	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotRDC_pre_A	28,088	102	3,0283	18.912*	6.476
TotRDC_post_A	9,176	102	2,8088		

\*Significativa al nivel del 0.001

Tabla 13: Siendo una puntuación de 0 ausencia de síntomas de malestar y 40 la puntuación máxima de malestar en el cuestionario, las personas pasan de tener una media de 28,09 antes del tratamiento a una de 9,18 después del tratamiento. La diferencia de medias entre la medida pre y post tratamiento es significativa y la magnitud del tamaño del efecto del tratamiento es muy grande ( $d = .20$  (pequeño),  $d = .50$  (moderado),  $d = .80$  (grande)).

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica demuestra ser efectivo para que las personas que tienen riesgo de padecer duelo complicado, mejoren y dejen de tenerlo.

**Tabla 14: Cuestionario de Riesgo de Duelo (RDC). Correlación Pre-Post.**

Variables	N	Correlación	Sig.
TotRDC_pre_A & TotRDC_post_A	102	,336	,001

Tabla 14: Las 102 personas pasan de tener puntuaciones altas en el pre-test (alto grado de malestar) a puntuaciones bajas en el post-test (bajo grado de malestar) en el Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado, por lo que la correlación pre/post tratamiento es baja.

**Tabla 15: Cuestionario de Riesgo de Duelo (RDC). Diferencias de medias entre Género y "d" de Cohen.**

Variables	Género	N	Media	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotRDC_pre_A	Varón	23	27,087	2,8749	-1.293	-0.438
	Mujer	79	28,380	3,0268		
TotRDC_post_A	Varón	23	9,348	1,8976	0.221	0.087
	Mujer	79	9,127	3,0313		

Tabla 15: En la variable género, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres (23 varones y 79 mujeres) respecto al riesgo de sufrir un duelo complicado, ni en las puntuaciones medias pretratamiento ni en las postratamiento.

**Tabla 16: Cuestionario de Riesgo de Duelo (RDC). Diferencias de medias entre Tramos de edades y "d" de Cohen.**

Variables	Tramo edades	N	Media	Desv.St.	Grupos comparados	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotRDC_pre_A	20-39	24	27,875	1,7020	20-39 / 40-69	0.513	0.195
	40-69	58	27,362	3,2965	20-39 / 70-89	-2.575*	-1.287
	70-89	20	30,450	2,2589	40-69 / 70-89	-3.088*	-1.092
TotRDC_post_A	20-39	24	8,917	1,3160	20-39 / 40-69	-0.152	-0.056
	40-69	58	9,069	3,5829	20-39 / 70-89	-0.883	-0.784
	70-89	20	9,800	,8944	40-69 / 70-89	-0.731	-0.280

\* Significativo al nivel del 0.05

Tabla 16: En la variable edad, se ha dividido la muestra en tres tramos de edad (entre 20-39 años, entre 40-69 años y entre 70-89 años).

En la medida pretratamiento se observan diferencias estadísticamente significativas. El grupo de mayor edad (70-89) presenta puntuaciones estadísticamente significativas más altas en el cuestionario, que los otros dos grupos. Las personas de mayor edad presentaban inicialmente mayor riesgo de duelo complicado.

En la medida postratamiento no se observan diferencias estadísticamente significativas, entre las medias de los tres grupos. Aunque en la medida pretratamiento

las personas de mayor edad presentaban mayor riesgo de sufrir duelo complicado, tras aplicar el tratamiento, todas las personas alcanzan un nivel de mejoría similar.

**Tabla 17: Cuestionario de Riesgo de Duelo (RDC). Diferencias de medias entre Tramos de edades y "d" de Cohen.**

Variables	Tipo de pérdida	N	Media	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotRDC_pre_A	Espos/a	53	28,453	3,3716	0.759	0.253
	Resto	49	27,694	2,5836		
TotRDC_post_A	Espos/a	53	9,113	2,3669	-0.132	0.046
	Resto	49	9,245	3,2438		

Tabla 17: En la variable tipo de pérdida, dividiendo la muestra entre personas que habían perdido a su esposo/a (n=53) y el resto de pérdidas (n=49), no se observan diferencias estadísticamente significativas.

Tanto las personas que han sufrido la pérdida de su esposo/a como las que han sufrido otro tipo de pérdida, presentan puntuaciones similares en el cuestionario de riesgo de duelo complicado, tanto en la medida pretratamiento como postratamiento.

**Tabla 18: Cuestionario de Riesgo de Duelo (RDC). Diferencias de medias entre Nivel de estudios y "d" de Cohen.**

Variables	Nivel estudios	N	Media	Desv.St.	Grupos comparados	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotRDC_pre_A	Bajo	44	28,341	3,1249	Bajo / Medio	0.309	0.102
	Medio	31	28,032	2,9153	Bajo / Alto	0.600	0.194
	Alto	27	27,741	3,0709	Medio / Alto	0.291	0.097
TotRDC_post_A	Bajo	44	9,341	2,9090	Bajo / Medio	0.18	0.058
	Medio	31	9,161	3,2873	Bajo / Alto	0.415	0.166
	Alto	27	8,926	2,0177	Medio / Alto	0.235	0.086

Tabla 18: En la variable nivel sociocultural, se ha dividido la muestra en tres grupos: nivel Bajo (n=44), Medio (n=31) y Alto (n=27).

No se detectan diferencias estadísticamente significativas, ni en la medida pre ni postratamiento, respecto al riesgo de cumplir duelo complicado. El nivel sociocultural de las personas, no influye en el riesgo de que su proceso de duelo se complique, ni en el grado de efectividad del tratamiento.

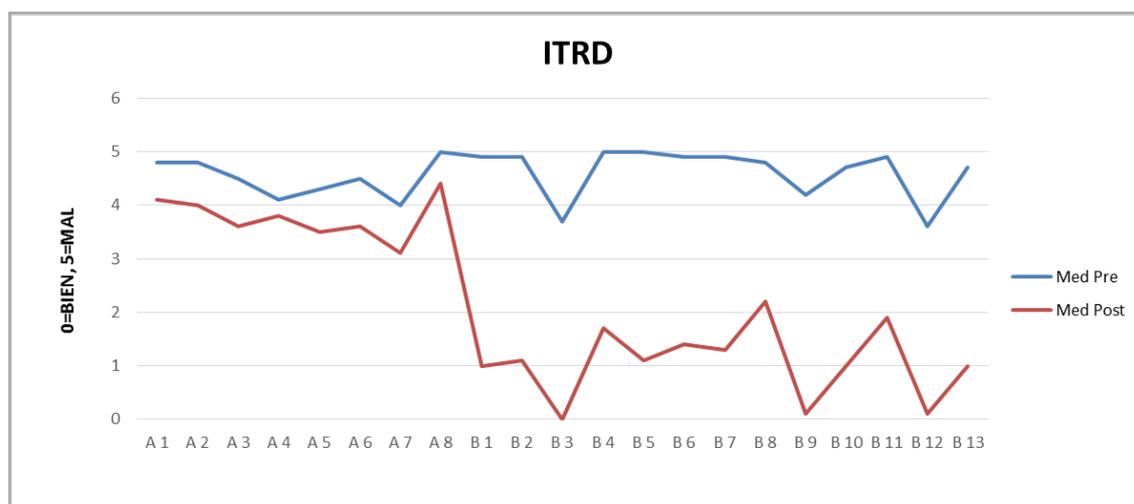
### III.1.1.4. Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD).

El Protocolo de Intervención Psicológica reduce la sintomatología tanto en el momento actual como al situarse el sujeto en la época del fallecimiento, es decir, los sujetos perciben como menos traumática la pérdida al valorarla tras el tratamiento, de lo que lo hicieron en la primera valoración antes de la aplicación de este.

#### III.1.1.4.1. Análisis de los ítems

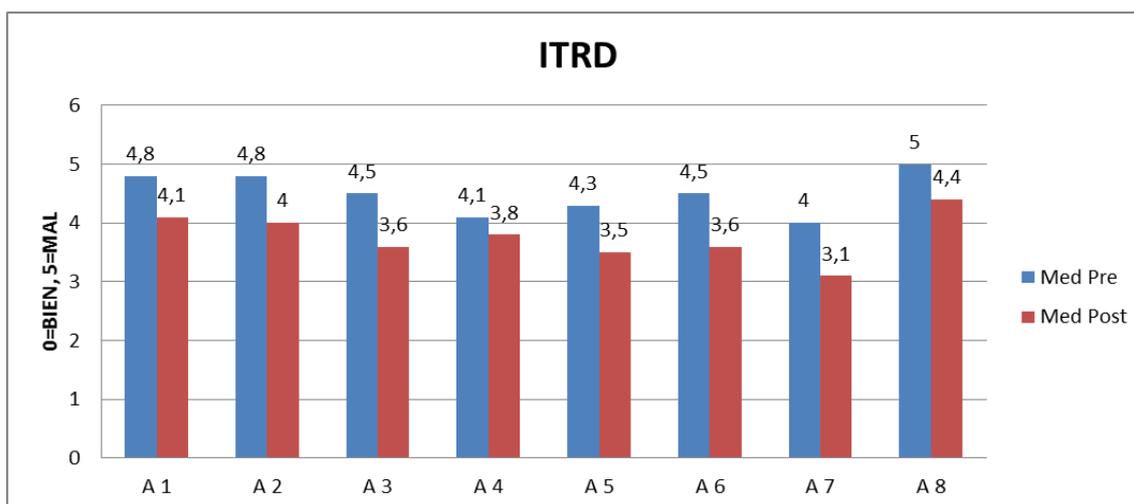
Siendo 5 la máxima puntuación en cada ítem del cuestionario para diagnosticar duelo patológico y 0 la mínima, las personas presentan una media de 4,6 antes del tratamiento y 2,1 tras este, es decir, se observa una clara reducción en la sintomatología de las personas a la hora de cumplir los criterios para el diagnóstico de duelo patológico.

Figuras: 27, 28 y 29.



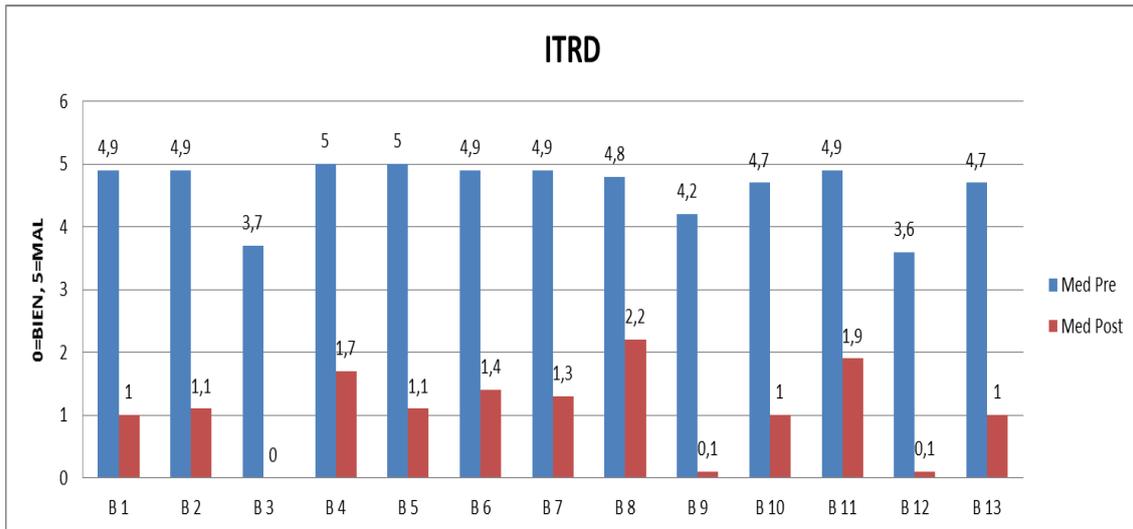
**Figura 27.** ITRD. Puntuaciones directas obtenidas de los ítems correspondientes al "Pre" [ITRD (PRE)] y al "post" [ITRD (POST)] tratamiento.

La Figura 27 refleja las puntuaciones de cada paciente en cada ítem. Se observa la mejoría en los síntomas indicadores de duelo patológico.



**Figura 28.** Puntuaciones medias en el **Inventario Texas Revisado de Duelo**. Situándose la persona en la época del fallecimiento. **Sitúese en la época que el fallecido murió:** A1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas; A2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo; A3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia amigos y actividades fuera de casa; A4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer; A5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal; A6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales; A7. Me sentí furioso/a porque me había abandonado; A8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir.

En la Figura 28 se observa la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento, situándose la persona en la época en la que el fallecido murió. Se observa que tras el tratamiento, cuando la persona se sitúa emocionalmente en la época del fallecimiento, percibe el dolor experimentado como ligeramente menor, al percibido antes de aplicar el tratamiento; hay una pequeña pero significativa alteración, en sentido positivo, al percibir el grado de malestar sufrido por la pérdida tras valorarlo con el paso del tiempo.



**Figura 29.** Puntuaciones medias en el **Inventario Texas Revisado de Duelo**. Situándose la persona en la época actual. **Indique cómo se siente en la actualidad:** B1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella; B2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella; B3. No puedo aceptar su muerte; B4. A veces la/le echo mucho de menos; B5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo; B6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella; B7. Llora a escondidas cuando pienso en él/ella; B8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida; B9. No puede dejar de pensar en él/ella; B10. Creo que no es justo que haya muerto; B11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarle; B12. Soy incapaz de aceptar su muerte; B13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo.

En esta Figura 29 se observa la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento, situándose la persona en la época actual. Se observa mejoría significativa en los 13 ítems tras el tratamiento.

**III.1.1.3.1. Análisis estadístico general.****Tabla 19. Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD). Diferencias de medias entre Pre/Post y "d" de Cohen.**

Cuestionario	Media	N	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotITRD_pre_A	35,961	102	2,0582	5.932*	1.76
TotITRD_post_A	30,029	102	4,2993		
TotITRD_pre_B	60,020	102	2,6438	46.098*	9.705
TotITRD_post_B	13,922	102	6,1751		
TotITRD_pre_AB	95,980	102	3,7097	52.029*	8.317
TotITRD_post_AB	43,951	102	8,0313		

\*Significativo al 0.001

Tabla 19: Siendo una puntuación de 0 ausencia de síntomas de malestar y 105 la puntuación máxima de malestar en el cuestionario, las personas pasan de tener una media de 95,98 antes del tratamiento a una de 43,95 después del tratamiento. La diferencia de medias entre la medida pre y post tratamiento es significativa y la magnitud del tamaño del efecto del tratamiento es muy grande ( $d = .20$  (pequeño),  $d = .50$  (moderado),  $d = .80$  (grande)).

Al comparar el grado de malestar por la pérdida tras el fallecimiento la media es de 35,96, cuando se les pide a las personas que vuelvan a estimar el grado de malestar que sintieron tras la pérdida, después de aplicar el tratamiento, la media de sus puntuaciones pasa a ser 30,03, es decir, tras el tratamiento la estimación del malestar que sufrieron inicialmente se ha reducido; las personas perciben que inicialmente sintieron menos malestar con el paso del tiempo y la aplicación del tratamiento, del que indicaron inicialmente. La diferencia de medias entre la medida pre y post tratamiento es significativa y la magnitud del tamaño del efecto del tratamiento es muy grande ( $d = .20$  (pequeño),  $d = .50$  (moderado),  $d = .80$  (grande)).

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica demuestra ser efectivo, tanto para la mejoría de los síntomas, como para la percepción del grado de malestar sufrido inicialmente.

**Tabla 20: Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD).Correlaciones entre Pre / Post.**

Variables	N	Correlación	Sig.
TotITRD_pre_A & TotITRD_post_A	102	,601	,000
TotITRD_pre_B & TotITRD_post_B	102	,410	,000
TotITRD_pre_AB & TotITRD_post_AB	102	,602	,000

Tabla 20: Las 102 personas pasan de tener puntuaciones altas en el pre-test (alto grado de malestar) a puntuaciones bajas en el post-test (bajo grado de malestar) en el Inventario Texas Revisado de Duelo, por lo que la correlación pre/post tratamiento es baja.

**Tabla 21: Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD).Diferencias de medias entre Género y "d " de Cohen.**

Variables	Género	N	Media	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotITRD_pre_A	Varón	23	36,609	2,0613	0.837	0.409
	Mujer	79	35,772	2,0315		
TotITRD_post_A	Varón	23	29,696	4,4152	-0.431	-0.099
	Mujer	79	30,127	4,2888		
TotITRD_pre_B	Varón	23	59,391	2,6584	-0.812	-0.307
	Mujer	79	60,203	2,6282		
TotITRD_post_B	Varón	23	12,609	2,3882	-1.695	-0.330
	Mujer	79	14,304	6,8638		
TotITRD_pre_AB	Varón	23	96,000	3,0000	0.025	0.007
	Mujer	79	95,975	3,9091		
TotITRD_post_AB	Varón	23	42,304	6,3349	-1.126	-0.285
	Mujer	79	44,430	8,4363		

Tabla 21: En la variable sexo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres (23 varones y 79 mujeres), ni en la estimación inicial del grado de malestar sufrido tras la pérdida, ni en el grado de mejoría tras la aplicación del tratamiento. Ni en las puntuaciones medias pretratamiento ni en las postratamiento.

**Tabla 22: Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD). Diferencias de medias entre Tramos de edades y "d" de Cohen.**

Variables	Tramo edades	N	Media	Desv.St.	Grupos comparados	Dif. Mediaas	"d" de Cohen
TotITRD_pre_A	20-39	24	36,417	1,5299	20-39 / 40-69	1.176*	0.621
	40-69	58	35,241	2,1950	20-39 / 70-89	-1.083	-0.851
	70-89	20	37,500	,9459	40-69 / 70-89	-2.259*	-1.336
TotITRD_post_A	20-39	24	29,667	2,5651	20-39 / 40-69	0.236	0.057
	40-69	58	29,431	5,2486	20-39 / 70-89	-2.533	-1.265
	70-89	20	32,200	1,1965	40-69 / 70-89	-2.769*	-0.73
TotITRD_pre_B	20-39	24	58,792	2,7502	20-39 / 40-69	-1.294	-0.483
	40-69	58	60,086	2,6042	20-39 / 70-89	-2.508*	-1.042
	70-89	20	61,300	2,0026	40-69 / 70-89	-1.214	-0.523
TotITRD_post_B	20-39	24	10,875	2,6754	20-39 / 40-69	-4.125*	0.731
	40-69	58	15,000	7,6158	20-39 / 70-89	-3.575	-1.482
	70-89	20	14,450	2,1145	40-69 / 70-89	0.55	0.098
TotITRD_pre_AB	20-39	24	95,208	2,9924	20-39 / 40-69	-0.12	-0.033
	40-69	58	95,328	4,0236	20-39 / 70-89	-3.592*	-1.449
	70-89	20	98,800	1,8238	40-69 / 70-89	-3.472*	-1.111
TotITRD_post_AB	20-39	24	40,542	4,3337	20-39 / 40-69	-3.889	-0.510
	40-69	58	44,431	9,8961	20-39 / 70-89	-6.108*	-1.838
	70-89	20	46,650	1,8144	40-69 / 70-89	-2.219	-0.312

\* Significativo al nivel del 0.05.

Tabla 22: En la variable edad, se ha dividido la muestra en tres tramos de edad (entre 20-39 años, entre 40-69 años y entre 70-89 años).

En la tabla de resultados aparecen algunas diferencias estadísticamente significativas:

El grupo de personas de más edad (70-89), presenta un malestar mayor sufrido tras la pérdida, al de los otros dos grupos, tanto en la medida pre como en la postratamiento.

El grupo de menor edad (20-39), presenta una mejoría estadísticamente significativa mayor al de los otros dos grupos.

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica, resulta efectivo para los tres grupos, especialmente para el grupo de menor edad (20-39).

**Tabla 23: Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD).Diferencias de medias entre Tipo de pérdida y "d " de Cohen.**

Variables	Tipo de pérdida	N	Media	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotITRD_pre_A	Espos/a	53	36,226	2,1719	0.553	0.270
	Resto	49	35,673	1,9082		
TotITRD_post_A	Espos/a	53	31,679	2,7159	3.434*	0.858
	Resto	49	28,245	4,9646		
TotITRD_pre_B	Espos/a	53	60,792	1,8013	1.608*	0.629
	Resto	49	59,184	3,1336		
TotITRD_post_B	Espos/a	53	15,094	5,2597	2.441*	0.478
	Resto	49	12,653	6,8634		
TotITRD_pre_AB	Espos/a	53	97,019	2,7769	2.162*	0.601
	Resto	49	94,857	4,2573		
TotITRD_post_AB	Espos/a	53	46,774	5,1315	41.876*	0.774
	Resto	49	40,898	9,4279		

\* Significativo al nivel del 0.005.

Tabla 23: En la variable tipo de pérdida, dividiendo la muestra entre personas que habían perdido a su esposo/a (n=53) y el resto de pérdidas (n=49), se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

El grupo de personas que han perdido a su esposo/a presentan mayor malestar, estadísticamente significativo, en comparación con el resto, salvo en la estimación inicial, previa la tratamiento, del grado de malestar sufrido tras la pérdida.

**Tabla 24: Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD).Diferencias de medias entre Nivel de estudios y "d " de Cohen.**

Variables	Nivel de estudios	N	Media	Desv.St.	Grupos comparados	Dif. Medias	"d de Cohen
TotlTRD_pre_A	Bajo	44	36,068	1,9338	Bajo/Medio	0.262	0.130
	Medio	31	35,806	2,0884	Bajo/Alto	0.105	0.049
	Alto	27	35,963	2,2784	Medio/Alto	-0.157	-0.072
TotlTRD_post_A	Bajo	44	29,886	4,6865	Bajo/Medio	-0.372	-0.083
	Medio	31	30,258	4,1711	Bajo/Alto	-0.114	-0.026
	Alto	27	30,000	3,9125	Medio/Alto	0.258	0.063
TotlTRD_pre_B	Bajo	44	60,023	2,7660	Bajo/Medio	0.055	0.020
	Medio	31	59,968	2,5882	Bajo/Alto	-0.051	-0.019
	Alto	27	60,074	2,6007	Medio/Alto	-0.106	-0.040
TotlTRD_post_B	Bajo	44	13,114	4,5249	Bajo/Medio	-1.789	-0.265
	Medio	31	14,903	8,3919	Bajo/Alto	-0.997	-0.197
	Alto	27	14,111	5,5424	Medio/Alto	0.792	0.111
TotlTRD_pre_AB	Bajo	44	96,091	3,9756	Bajo/Medio	0.317	0.083
	Medio	31	95,774	3,6397	Bajo/Alto	0.054	0.014
	Alto	27	96,037	3,4583	Medio/Alto	-0.263	-0.074
TotlTRD_post_AB	Bajo	44	43,000	7,7998	Bajo/Medio	-2.161	-0.242
	Medio	31	45,161	9,9066	Bajo/Alto	-1.111	-0.161
	Alto	27	44,111	5,7802	Medio/Alto	1.05	0.129

Tabla 24: En la variable nivel sociocultural, se ha dividido la muestra en tres grupos: nivel Bajo (n=44), Medio (n=31) y Alto (n=27).

No se detectan diferencias estadísticamente significativas, ni en la medida pre ni postratamiento, respecto a la estimación inicial del malestar sufrido tras la pérdida, ni a la mejoría tras el tratamiento.

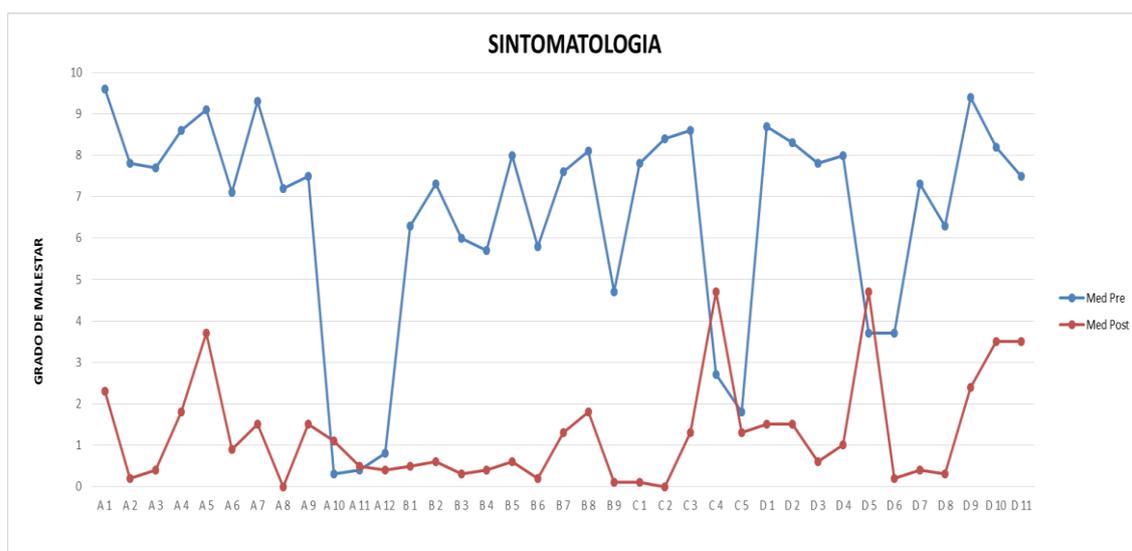
El nivel sociocultural de las personas, no influye en el grado de malestar sufrido tras la pérdida, ni en su estimación pasado un tiempo, ni en el grado de mejoría derivado del tratamiento.

### III.1.1.5. Evaluación de la sintomatología del Paciente

El Protocolo de Intervención Psicológica reduce y mejora la sintomatología a nivel de: sentimientos, sensaciones físicas, pensamientos y conductas.

#### III.1.1.5.1. Análisis de los ítems

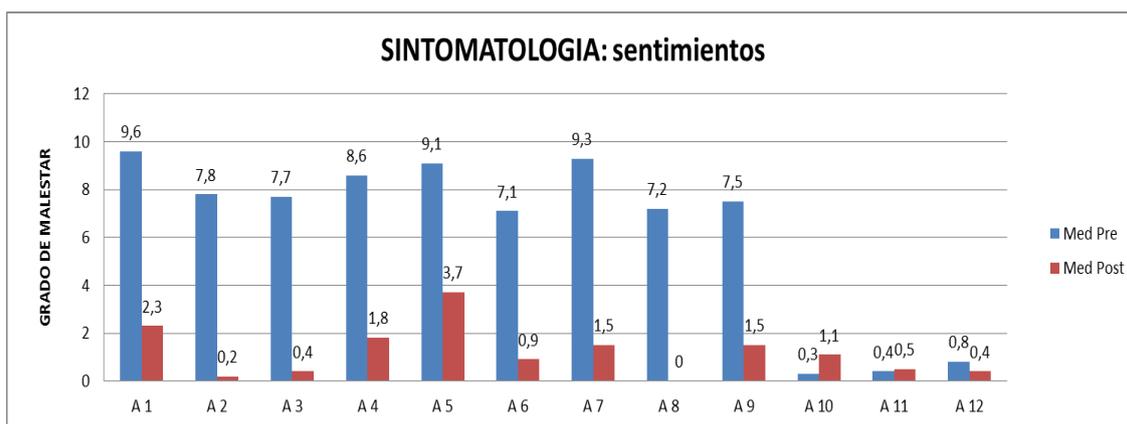
Siendo 10 la puntuación máxima en cada síntoma y 0 la ausencia de este, la media de las puntuaciones de las personas en todos los ítems pasa de 6,6 antes del tratamiento a 1,3 tras este, es decir, las personas presentan mucha menos sintomatología de duelo normal tras el tratamiento. Figura 30.



**Figura 30.** Puntuaciones directas obtenidas de los ítems correspondientes al "Pre" [Sintomatología (PRE)] y al "post" [Sintomatología (POST)] tratamiento.

En la Figura 30 se observa la mejoría que presentan las personas en cada uno de los síntomas que integran las 4 áreas que componen la prueba.

A continuación se presentan los resultados de forma separada para cada una de esas áreas. Figuras 31, 32, 33 y 34.

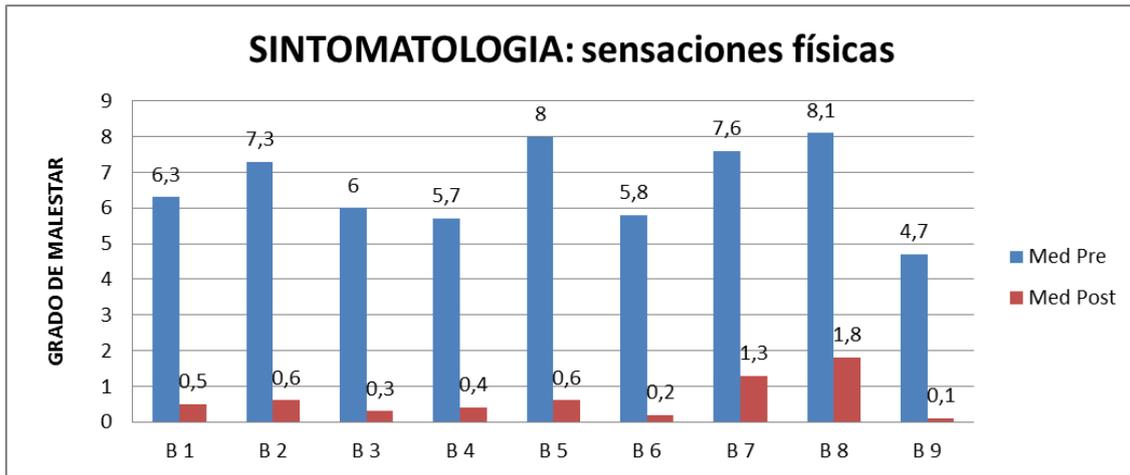


**Figura 31.** Puntuaciones medias del Cuestionario de Evaluación de Sintomatología del Paciente. Ítems del área de sentimientos. **SENTIMIENTOS:** A1 Tristeza; A2 Enfado; A3 Culpa/Autorreproche; A4 Ansiedad; A5 Soledad; A6 Fatiga; A8 Sensación de impotencia; A9 Shock; A10 Anhelos/ Búsqueda; A11 Emancipación; A12 Alivio; A13 Insensibilidad.

En la Figura 31 podemos ver la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento, para los ítems englobados en el área de sentimientos.

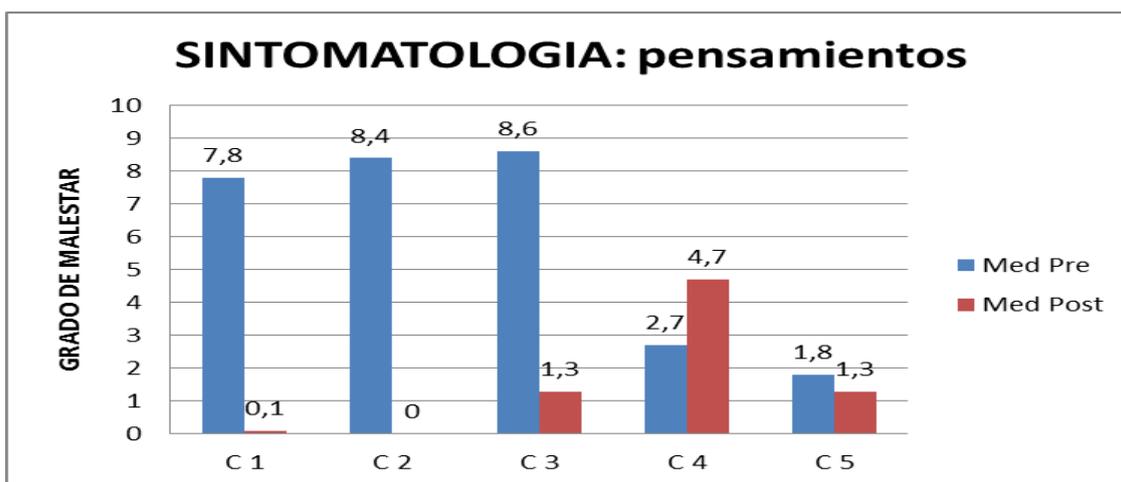
Se observa mejoría en los nueve primeros ítems y apenas hay cambios en los tres últimos. Esto es debido a que en casi ninguno de los casos la pérdida supuso para los dolientes, alivio, ausencia de sentimientos o sensación de liberación.

El ítem 11 presenta un incremento tras el tratamiento, algunas personas aumentan su nivel de independencia y autonomía tras la pérdida (Ej: hijos que vivían con su ser querido hasta el momento del fallecimiento).



**Figura 32.** Puntuaciones medias en el Cuestionario de Evaluación de Sintomatología del Paciente. Ítems del área de sensaciones físicas. **SENSACIONES FÍSICAS:** B1 Vacio en el estómago; B2 Opresión en el pecho; B3 Opresión en la garganta; B4 Hipersensibilidad al ruido; B5 Sensación de despersonalización; B6 Falta de aire; B7 Debilidad muscular; B8 Falta de energía; B9 Sequedad de boca.

En la Figura 32 se observa la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento, para los ítems englobados en el área de Sensaciones Físicas. Se observa mejoría en los nueve ítems.



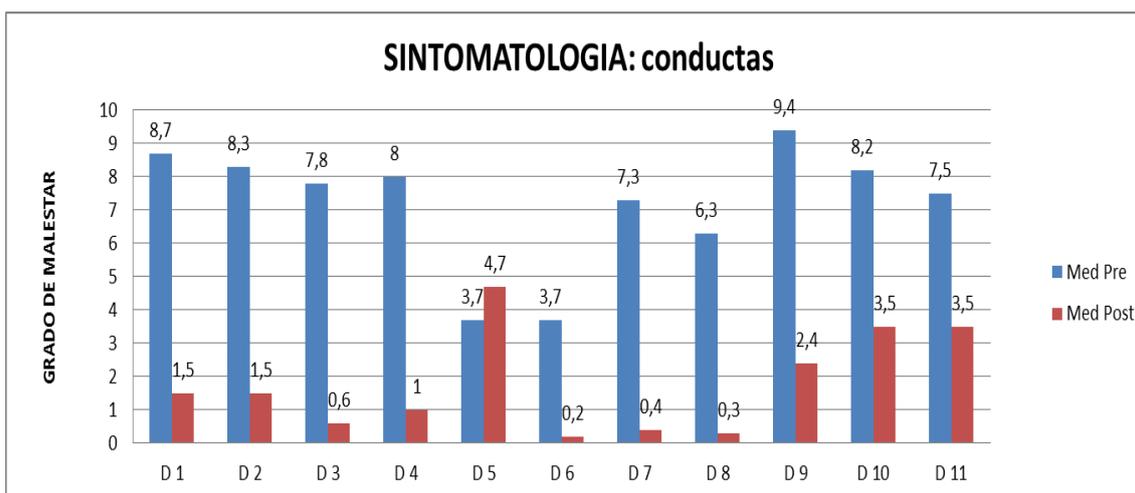
**Figura 33.** Puntuaciones medias en el Cuestionario de Evaluación de Sintomatología del Paciente. Ítems del área de pensamientos. **PENSAMIENTOS:** C1 Incredulidad; C2 Confusión; C3 Preocupación; C4 Sentido de presencia; C5 Alucinaciones.

En la Figura 33 se presenta la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento, para los ítems englobados en el área de Pensamientos.

Aparece mejoría en los 3 primeros ítems.

El ítem 4, la sensación de presencia, se incrementa con el tiempo (sensación de que su ser querido se encuentra en un lugar cercano a ellos. Ej: Sentado en sofá, en una esquina de la habitación, etc), esta sensación de cercanía suele reconforta al doliente y contribuye a que su proceso de duelo evolucione favorablemente.

El ítem 5, alucinaciones, se mantienen sobre todo en los primeros meses y suelen ser de tipo táctil, olfativo y/o visual fundamentalmente (sentir que su ser querido les toca, braza o besa, sobre todo en estados pre y/o post dormicionales, notar de forma repentina la aparición del olor de su ser querido y/o ver la imagen o silueta de su ser querido). La intensidad del vínculo y el grado de dependencia que se tenía con el fallecido influye. Sobre todo aparece en parejas que han pasado casi toda su vida juntos.



**Figura 34.** Puntuaciones medias en el Cuestionario de Evaluación de Sintomatología del Paciente. Ítems del área de conductas. **CONDUCTAS:** D1 Trastornos del sueño; D2 Trastornos alimenticios; D3 Conducta distraída; D4 Aislamiento social; D5 Soñar con el fallecido; D6 Evitar recordatorios del fallecido; D7 Buscar y llamar en voz alta; D8 Hiperactividad desasosegada; D9 Llorar; D10 Visitar lugares para recordarlo; D11 Llevar objetos para recordarlo.

En la Figura 34 se observa la diferencia de las puntuaciones medias, medidas antes y después del tratamiento, para los ítems englobados en el área de Conductas. Se observa mejoría en los once ítems.

En el ítem 5 se observa un incremento en la medida postratamiento en comparación con la medida pretratamiento; dentro de las primeras semanas/meses tras la pérdida, se suele soñar menos con el ser querido, de lo que se hace cuando va pasando el tiempo y se resuelven temas pendientes (testamento, últimas voluntades, etc); hasta que pasa un tiempo tras la pérdida, no empiezan a asentarse las emociones del doliente y se empieza a soñar en mayor medida con el ser querido.

**III.1.1.5.2. Análisis estadístico general.****Tabla 25: Evaluación de la sintomatología del paciente (ESP). Diferencias de medias entre Pre/Post y "d" de Cohen.**

Variables	Media	N	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotESP_pre_A	75,412	102	8,7080	60.99*	6.929
TotESP_post_A	14,422	102	5,8942		
TotESP_pre_B	59,539	102	16,2033	53.559*	4.561
TotESP_post_B	5,980	102	3,6451		
TotESP_pre_C	29,412	102	6,4736	22.01*	4.469
TotESP_post_C	7,402	102	2,5689		
TotESP_pre_D	79,039	102	11,8547	50.533*	6.426
TotESP_post_D	19,706	102	5,4747		
TotESP_pre_ABCD	243,402	102	36,5825	195.892*	7.153
TotESP_post_ABCD	47,510	102	12,7090		

\* Significativo al nivel del 0.001

Tabla 25: Siendo una puntuación de 0 ausencia de síntomas de malestar y 370 la puntuación máxima de malestar en el cuestionario, las personas pasan de tener una media de 243,40 antes del tratamiento a una de 47,51 después del tratamiento. La diferencia de medias entre la medida pre y post tratamiento es significativa y la magnitud del tamaño del efecto del tratamiento es muy grande ( $d = .20$  (pequeño),  $d = .50$  (moderado),  $d = .80$  (grande)).

Lo mismo ocurre en el análisis de cada una de las áreas por separado (sentimientos, sensaciones físicas, pensamientos y conductas). La diferencia de medias entre la medida pre y post tratamiento es significativa y la magnitud del tamaño del efecto del tratamiento es muy grande ( $d = .20$  (pequeño),  $d = .50$  (moderado),  $d = .80$  (grande)).

**Tabla 26. Evaluación de la Sintomatología del Paciente (ESP). Correlaciones Pre/Post.**

Variables	N	Correlación	Sig.
TotESP_pre_A & TotESP_post_A	102	,252	,011
TotESP_pre_B & TotESP_post_B	102	,144	,150
TotESP_pre_C & TotESP_post_C	102	-,070	,483
TotESP_pre_D & TotESP_post_D	102	,461	,000
TotESP_pre_ABCD & TotESP_post_ABCD	102	,239	,015

Tabla 26: Las 102 personas pasan de tener puntuaciones altas en el pre-test (alto grado de malestar) a puntuaciones bajas en el post-test (bajo grado de malestar) en la sintomatología derivada de su proceso de duelo, por lo que las correlaciones pre/post tratamiento son bajas.

**Tabla 27: Evaluación de la Sintomatología del Paciente (ESP). Diferencias de medias según Género y "d" de Cohen.**

Variables	Género	N	Media	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotESP_pre_A	Varón	23	75,000	5,2915	-0.532	-0.069
	Mujer	79	75,532	9,4988		
TotESP_post_A	Varón	23	15,478	4,3887	1.364	0.252
	Mujer	79	14,114	6,2552		
TotESP_pre_B	Varón	23	59,478	9,5816	-0.079	-0.005
	Mujer	79	59,557	17,7220		
TotESP_post_B	Varón	23	7,391	2,7755	1.821*	0.549
	Mujer	79	5,570	3,7781		
TotESP_pre_C	Varón	23	29,522	3,8949	0.142	0.025
	Mujer	79	29,380	7,0698		
TotESP_post_C	Varón	23	6,739	1,7893	-0.856	-0.370
	Mujer	79	7,595	2,7340		
TotESP_pre_D	Varón	23	75,783	8,4904	-4.204	-0.392
	Mujer	79	79,987	12,5540		
TotESP_post_D	Varón	23	18,174	5,3228	-1.978	-0.366
	Mujer	79	20,152	5,4704		
TotESP_pre_ABCD	Varón	23	239,783	19,4140	-4.673	-0.148
	Mujer	79	244,456	40,2692		
TotESP_post_ABCD	Varón	23	47,783	9,8855	0.353	0.030
	Mujer	79	47,430	13,4743		

\* Significativo al nivel del 0.05.

Tabla 27: En la variable sexo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres (23 varones y 79 mujeres), salvo en la medida postratamiento del área sensaciones físicas, en que los hombres presentan una mejoría

estadísticamente significativa ligeramente menor a la de las mujeres, tras recibir el tratamiento.

**Tabla 28: Evaluación de la Sintomatología del Paciente (ESP). Diferencias de medias según Tramo de edades y "d" de Cohen.**

VARIABLES	Tramo de edades	N	Media	Desv.St.	Grupos comparados	Dif. Medias	"d" de Cohen
TotESP_pre_A	20-39	24	75,083	5,1323	20-39/40-49	2.807	0.389
	40-69	58	72,276	8,7975	20-39/70-89	-9.817*	-2.183
	70-89	20	84,900	3,7543	40-49/70-89	-12.624*	-1.866
TotESP_post_A	20-39	24	12,292	5,3688	20-39/40-49	-1.829	-0.309
	40-69	58	14,121	6,4184	20-39/70-89	-5.558*	-1.298
	70-89	20	17,850	2,7961	40-49/70-89	-3.729*	-0.753
TotESP_pre_B	20-39	24	56,667	14,9424	20-39/40-49	-0.454	-0.028
	40-69	58	57,121	17,8680	20-39/70-89	-13.333*	-1.199
	70-89	20	70,000	4,9097	40-49/70-89	-12.879*	-0.983
TotESP_post_B	20-39	24	5,500	2,5022	20-39/40-49	-0.362	-0.109
	40-69	58	5,862	3,9490	20-39/70-89	-1.400	-0.429
	70-89	20	6,900	3,8784	40-49/70-89	-1.038	-0.265
TotESP_pre_C	20-39	24	27,625	4,6327	20-39/40-49	-2.358	-0.379
	40-69	58	29,983	7,4633	20-39/70-89	-2.275	-0.475
	70-89	20	29,900	4,9407	40-49/70-89	0.083	0.013
TotESP_post_C	20-39	24	8,083	2,5353	20-39/40-49	0.684	0.263
	40-69	58	7,379	2,7899	20-39/70-89	1.433	0.665
	70-89	20	6,650	1,6631	40-49/70-89	0.729	0.317
TotESP_pre_D	20-39	24	70,917	7,0890	20-39/40-49	-8.066*	-0.778
	40-69	58	78,983	12,8302	20-39/70-89	-18.033*	-3.411
	70-89	20	88,950	2,3725	40-49/70-89	-9.976*	-1.080
TotESP_post_D	20-39	24	16,542	4,2012	20-39/40-49	-4.492*	-0.856
	40-69	58	21,034	6,1215	20-39/70-89	-3.108	-0.876
	70-89	20	19,650	2,7391	40-49/70-89	1.384	0.292
TotESP_pre_ABCD	20-39	24	230,292	28,6424	20-39/40-49	-8.07	-0.233
	40-69	58	238,362	39,7941	20-39/70-89	-43.458*	-2.019
	70-89	20	273,750	10,3001	40-49/70-89	-35.388*	-1.217
TotESP_post_ABCD	20-39	24	42,417	7,7903	20-39/40-49	-5.98	-0.507
	40-69	58	48,397	14,7267	20-39/70-89	-8.633	-1.007
	70-89	20	51,050	9,2820	40-49/70-89	-2.653	-0.215

\* Significativo al nivel del 0.05

Tabla 28: En la variable edad, se ha dividido la muestra en tres tramos de edad (entre 20-39 años, entre 40-69 años y entre 70-89 años).

En la tabla de resultados aparecen algunas diferencias estadísticamente significativas:

En el área de sentimientos, el grupo de mayor edad (70-89), presenta un malestar estadísticamente significativo mayor al de los otros dos grupos, tanto antes como después de la aplicación del tratamiento.

En el área de sensaciones físicas, el grupo de mayor edad (70-89), presenta un malestar estadísticamente significativo mayor al de los otros dos grupos, pero solo antes de la aplicación del tratamiento. Tras el tratamiento, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, en el área de sensaciones físicas.

En el área de pensamientos, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, ni en la medida pretratamiento, ni en la mejoría experimentada tras este.

En el área de conductas, hay diferencias significativas entre los tres grupos en la medida pretratamiento. En la medida postratamiento solo hay diferencia significativa entre el grupo más joven (20-39) y el de edad media (40-69). El grupo de edad media (40-69) es el que menor mejoría experimenta, tras el tratamiento, en el área de conductas.

En la valoración global del cuestionario, el grupo de mayor edad (70-89), presenta diferencia estadísticamente significativa, respecto a mayor grado de malestar en la medida pretratamiento, en relación a los otros dos grupos. En la medida postratamiento no se detectan diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 29: Evaluación de la Sintomatología del Paciente (ESP). Diferencias de medias según Tipo de pérdida y "d" de Cohen.**

Variables	Tipo de pérdida	N	Media	Desv.St.	Dif.Medias	"d" de Cohen
TotESP_pre_A	Espos/a	53	77,868	8,4763	5.113*	0.615
	Resto	49	72,755	8,2374		
TotESP_post_A	Espos/a	53	16,943	5,3328	5.249*	0.990
	Resto	49	11,694	5,2607		
TotESP_pre_B	Espos/a	53	60,019	17,4229	0.999	0.061
	Resto	49	59,020	14,9353		
TotESP_post_B	Espos/a	53	7,321	3,6468	2.790*	0.828
	Resto	49	4,531	3,0694		
TotESP_pre_C	Espos/a	53	31,660	6,6533	4.680*	0.775
	Resto	49	26,980	5,3482		
TotESP_post_C	Espos/a	53	7,302	2,8995	-0.208	-0.081
	Resto	49	7,510	2,1806		
TotESP_pre_D	Espos/a	53	82,642	10,7258	7.499*	0.662
	Resto	49	75,143	11,8849		
TotESP_post_D	Espos/a	53	20,170	5,8268	0-966	0.177
	Resto	49	19,204	5,0785		
TotESP_pre_ABCD	Espos/a	53	252,189	37,2688	18.291*	0.495
	Resto	49	233,898	33,6720		
TotESP_post_ABCD	Espos/a	53	51,736	14,2777	8.797*	0.741
	Resto	49	42,939	8,8304		

\* Significativo al nivel del 0.05

Tabla 29: En la variable tipo de pérdida, dividiendo la muestra entre personas que habían perdido a su esposo/a (n=53) y el resto de pérdidas (n=49), se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

En el área de sentimientos, el grupo de personas que han perdido a su esposo/a presentan mayor malestar, estadísticamente significativo, en comparación con el resto, tanto en la estimación inicial, previa al tratamiento, como en la medida postratamiento.

En el área de sensaciones físicas, el grupo de personas que han perdido a su esposo/a no presentan mayor malestar, estadísticamente significativo, en comparación con el resto, en la estimación inicial, previa al tratamiento, pero si en la medida postratamiento, que presentan menor mejoría que el resto.

En el área de pensamientos, el grupo de personas que han perdido a su esposo/a presentan mayor malestar, estadísticamente significativo, en comparación con el resto, en la estimación inicial, previa al tratamiento, pero no en la medida postratamiento.

En el área de conductas, el grupo de personas que han perdido a su esposo/a presentan mayor malestar, estadísticamente significativo, en comparación con el resto, en la estimación inicial, previa al tratamiento, pero no en la medida postratamiento.

En la valoración global del cuestionario, el grupo de personas que han perdido a su esposo/a presentan mayor malestar, estadísticamente significativo, en comparación con el resto, tanto en la medida inicial, previa al tratamiento, como en la estimación postratamiento.

**Tabla 30: Evaluación de la Sintomatología del Paciente (ESP). Diferencias de medias según Nivel de estudios y "d" de Cohen.**

Variables	Nivel de estudios	N	Media	Desv.St.	Grupos comparados	Dif.Medias	"d" de Cohen
TotESP_pre_A	Bajo	44	75,114	8,9734	Bajo/Medio	0.501	0.057
	Medio	31	74,613	8,5232	Bajo/Alto	-1.701	-0.193
	Alto	27	76,815	8,6382	Medio/Alto	-2.202	-0.255
TotESP_post_A	Bajo	44	13,795	5,8967	Bajo/Medio	-1.011	-0.173
	Medio	31	14,806	5,7875	Bajo/Alto	-1.205	-0.201
	Alto	27	15,000	6,1331	Medio/Alto	-0.194	-0.032
TotESP_pre_B	Bajo	44	62,500	15,1343	Bajo/Medio	5.242	0.306
	Medio	31	57,258	18,8803	Bajo/Alto	5.167	0.3512
	Alto	27	57,333	14,2721	Medio/Alto	-0.075	-0.004
TotESP_post_B	Bajo	44	5,045	3,4839	Bajo/Medio	-1.439	-0.383
	Medio	31	6,484	4,0156	Bajo/Alto	-1.881	0.562
	Alto	27	6,926	3,1977	Medio/Alto	-0.442	-0.122
TotESP_pre_C	Bajo	44	28,659	6,5908	Bajo/Medio	-1.373	-0.207
	Medio	31	30,032	6,6457	Bajo/Alto	-1.267	-0.198
	Alto	27	29,926	6,1889	Medio/Alto	0.106	0.016
TotESP_post_C	Bajo	44	7,500	2,4542	Bajo/Medio	0.500	0.185
	Medio	31	7,000	2,9326	Bajo/Alto	-0.204	-0.085
	Alto	27	7,704	2,3339	Medio/Alto	-0.704	-0.265
TotESP_pre_D	Bajo	44	79,545	12,3936	Bajo/Medio	1.48	0.118
	Medio	31	78,065	12,6252	Bajo/Alto	0.212	0.018
	Alto	27	79,333	10,3106	Medio/Alto	-1.268	0.110
TotESP_post_D	Bajo	44	20,364	5,6160	Bajo/Medio	0.461	0.084
	Medio	31	19,903	5,2937	Bajo/Alto	1.957	0.354
	Alto	27	18,407	5,4226	Medio/Alto	1.496	0.279
TotESP_pre_ABCD	Bajo	44	245,818	36,9653	Bajo/Medio	5.85	0.153
	Medio	31	239,968	39,4525	Bajo/Alto	2.411	0.068
	Alto	27	243,407	33,4506	Medio/Alto	-3.439	-0.094
TotESP_post_ABCD	Bajo	44	46,705	12,8544	Bajo/Medio	-7.489	-0.121
	Medio	31	48,194	11,6488	Bajo/Alto	-1.332	-0.099
	Alto	27	48,037	13,9876	Medio/Alto	0.157	0.012

Tabla 30: En la variable nivel sociocultural, se ha dividido la muestra en tres grupos: nivel Bajo (n=44), Medio (n=31) y Alto (n=27).

No se detectan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las áreas del cuestionario, ni en la medida pre ni postratamiento, respecto a la sintomatología de las personas, en función de su nivel sociocultural.

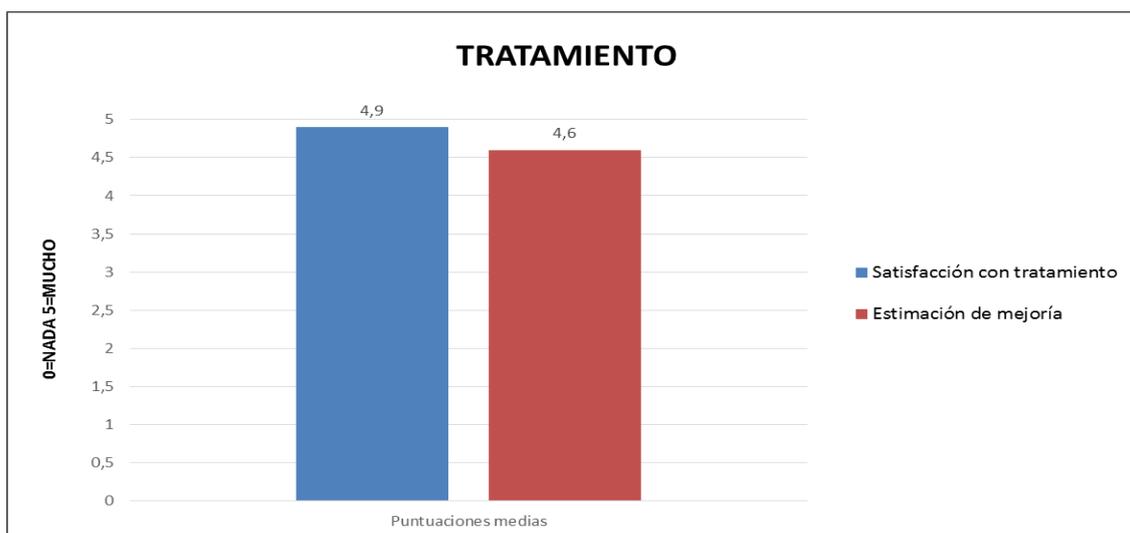
El nivel sociocultural de las personas, no parece influir en la sintomatología que padecen, ni en la que presentan previa al tratamiento, ni en la medida tras la aplicación de este.

### III.1.1.6. Grado de satisfacción con el tratamiento recibido.

Los 102 pacientes, al evaluar el Protocolo de Intervención Psicológica, se sienten satisfechos con el tratamiento recibido y piensan que este les ha ayudado a estar mejor.

#### III.1.1.6.1. Análisis de los ítems.

Siendo 5 la máxima puntuación y 0 la mínima, las personas presentan una media de 4,9 respecto al grado de satisfacción con el tratamiento recibido (Protocolo de intervención psicológica). Respecto a si piensan que les ha mejorado el tratamiento, presentan una media de 4,6. Las personas se sienten satisfechas con el tratamiento y consideran que les ha ayudado a mejorar. Figura 35.



**Figura 35.** Puntuaciones directas obtenidas de los ítems correspondientes a la valoración por parte de los dolientes del tratamiento recibido: A1. ¿Está usted satisfecho con el tratamiento que ha recibido? A2. ¿Considera que el tratamiento le ha mejorado?

Figura 35: Las 102 personas que han participado en el estudio se sienten satisfechas con el tratamiento recibido y piensan que les ha ayudado a mejorar.

### III.1.1.6.2. Análisis estadístico general

**Tabla 31: Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento (ES). Diferencias de medias entre Género y "d" de Cohen.**

Género	Media	N	Desv.St.	Dif. Medias	"d" Cohen
Varón	9,09	23	,996		
Mujer	9,62	79	,666	-0.53*	-0.638

\*Significativa al 0.003.

Tabla 31: En la variable sexo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres (23 varones y 79 mujeres), las mujeres presentan mayor satisfacción con el tratamiento recibido que los hombres.

El grado de satisfacción con el tratamiento recibido, aun siendo alto para ambos sexos, parece ser mayor para las mujeres que han participado en el estudio.

**Tabla 32: Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento (ES). Diferencias de medias entre Tramos de edades y "d" de Cohen.**

Tramo de edad	Media	N	Desv.St.	Grupos comparados	Dif. Medias	"d" de Cohen
20-39	9,00	24	1,022	20-39 / 40-69	-0.76*	-0.895
40-69	9,76	58	,630	20-39 / 70-89	-0.35	-0.437
70-89	9,35	20	,489	40-69 / 70-89	0.41	0.727

\*Significativa al 0.05.

Tabla 32: En la variable edad, se detectan diferencias estadísticamente significativas. El grupo de jóvenes (20-39) presenta menor satisfacción con el tratamiento recibido que los otros dos grupos.

El grado de satisfacción con el tratamiento recibido, aun siendo alto para los tres grupos, parece ser menor para las personas más jóvenes que han participado en el estudio.

**Tabla 33: Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento (ES). Diferencias de medias entre Tipo de pérdida y "d" de Cohen.**

Cónyuge	Media	N	Desv.St.	Dif. Medias	"d" de Cohen
Esposo/a	9,62	53	,562	0.25	0.320
Resto	9,37	49	,951		

Tabla 33: En la variable tipo de pérdida, no se observan diferencias estadísticamente significativas, respecto a la satisfacción con el tratamiento recibido, entre el grupo que ha sufrido la pérdida de su esposo/a y el resto.

El grado de satisfacción con el tratamiento recibido es independiente del tipo de pérdida que han sufrido las personas que han participado en el estudio.

**Tabla 34: Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento (ES). Diferencias de medias entre Tipo de pérdida y "d" de Cohen.**

Nivel de estudios	Media	N	Std. Deviation	Grupos comparados	Dif. Media	"d" de Cohen
Bajo	9,55	44	,697	Bajo-Medio	0.07	0.083
Medio	9,48	31	,962	Bajo-Alto	0.11	0.158
Alto	9,44	27	,698	Medio-Alto	0.04	0.047

Tabla 34: En la variable nivel sociocultural, no se observan diferencias estadísticamente significativas, respecto a la satisfacción con el tratamiento recibido, entre los tres grupos.

El grado de satisfacción con el tratamiento recibido es independiente del nivel sociocultural de las personas que han participado en el estudio.

### III.1.1.7. Correlaciones entre las pruebas.

**Tabla 35: Correlaciones entre las puntuaciones totales de las variables de los cuestionarios que detectan la efectividad de la intervención.**

Variables	TotGHQ28_pos t_ABCD	TotPG13_p ost_ABCD	TotRDC_po st_A	TotITRD_pos t_AB	TotESP_post_A BCD	TotES 12
TotPG13_post_ABCD	,325**	1				
TotRDC_post_A	,170	,046	1			
TotITRD_post_AB	,292**	,680**	-,001	1		
TotESP_post_ABCD	,418**	,514**	,258**	,431**	1	
TotES12	,119	,070	,104	,070	,442**	1

\*\* Significativo al 0,01

GHQ-28. Cuestionario de Salud General de Goldberg.

PG-13. Inventario de Duelo prolongado.

RDC. Cuestionario de Riesgo de Duelo complicado.

ITRD. Inventario Texas Revisado de Duelo.

ESP. Evaluación de la sintomatología del Paciente.

ES. Cuestionario de Satisfacción con el tratamiento recibido.

Tabla 35: Las correlaciones entre pruebas son bajas ya que cada una mide variables y factores diferentes, aun así son significativas ya que todas miden factores y variables asociadas al sufrimiento derivado de sufrir la pérdida de un ser querido.

El cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (RDC), parece ser menos efectivo que el resto de pruebas de cara a diagnosticar y medir el malestar de las personas que sufren un duelo patológico. Solo correlaciona significativamente con la Evaluación de Sintomatología del Paciente (ESP).

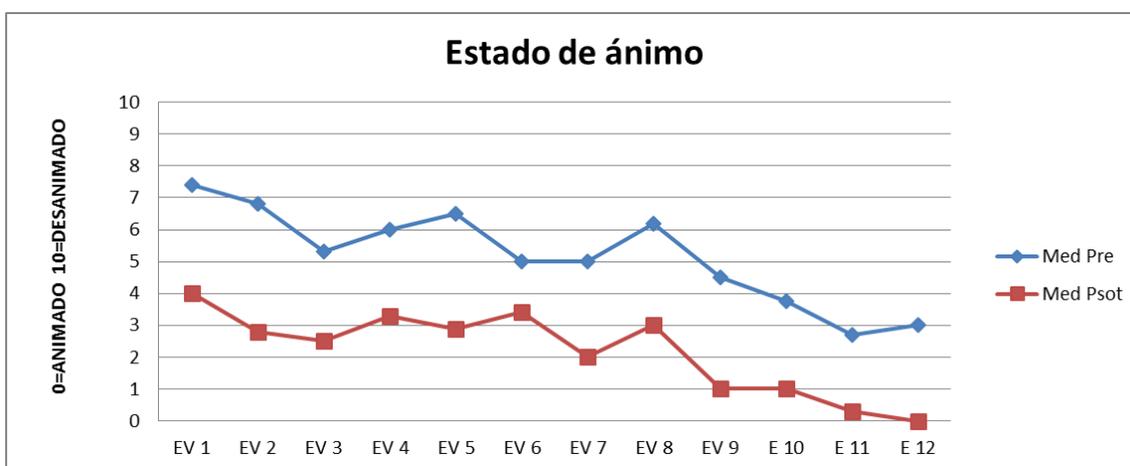
La Evaluación de la Sintomatología del Paciente (ESP), correlaciona significativamente con el resto de pruebas, incluida la escala de satisfacción con el tratamiento recibido (ES). Parece ser la escala más fiable de cara a medir el malestar sufrido por una persona con duelo patológico.

### III.1.2. RESULTADOS: EFICACIA DE CADA SESIÓN Y EVOLUCIÓN ENTRE SESIONES

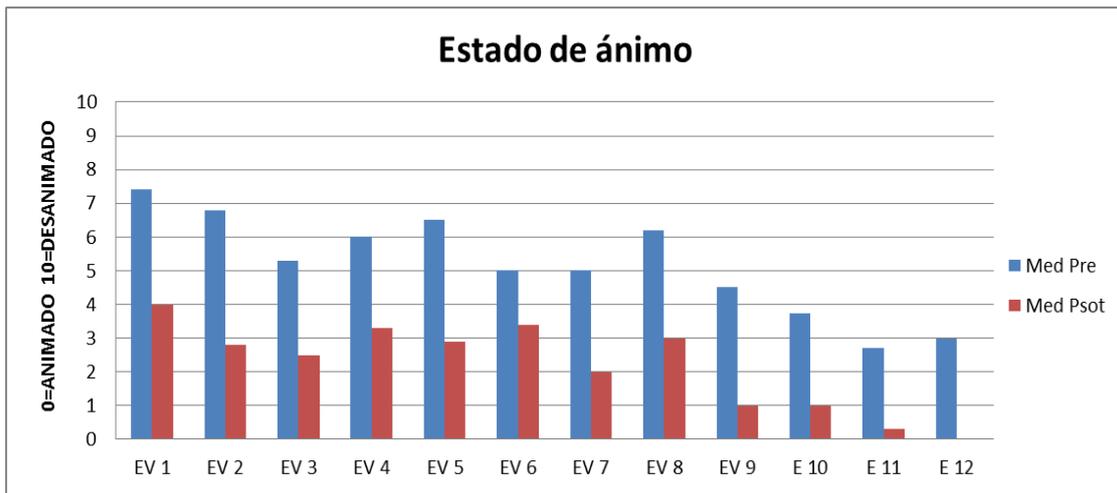
#### III.1.2.1. Eficacia de cada sesión

La intervención psicológica demuestra ser eficaz a lo largo de cada sesión, encontrándose el paciente mejor anímicamente tras la sesión que al inicio de esta, mejorando en las áreas: estado de ánimo, tristeza, ansiedad y esperanza en la recuperación.

Respecto al **estado de ánimo**, siendo 0 muy animado y 10 muy desanimado, la media de las personas pasa de 7,4 (al comienzo de la sesión) a 4 (tras finalizar la sesión) en la primera sesión del tratamiento y de 2,4 a 0,1 en la última sesión del tratamiento, es decir, el estado de ánimo mejora a lo largo de la sesión. Figuras 36 y 37.



**Figura 36.** Puntuaciones medias del estado de ánimo antes/pre y después/post de la sesión. EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

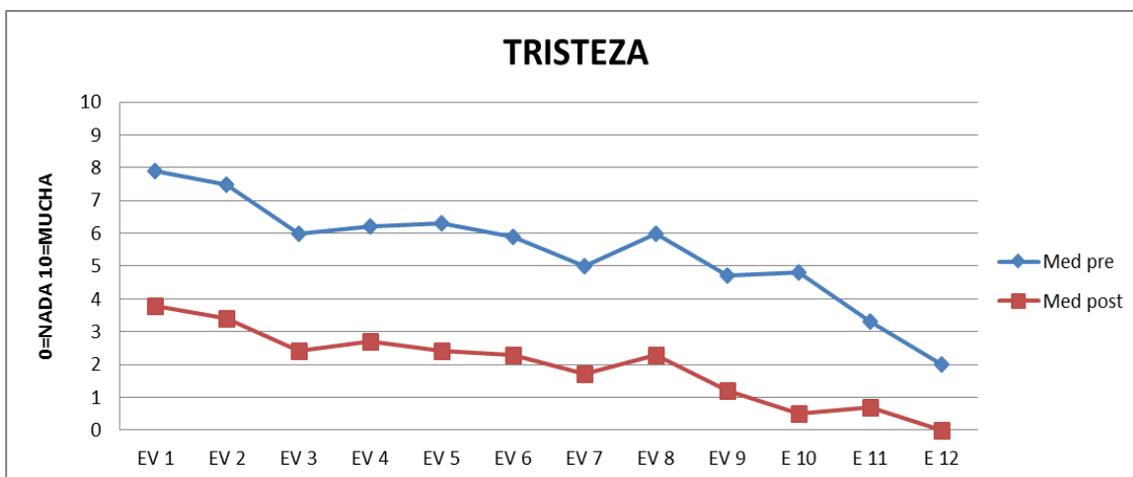


**Figura 37.** Puntuaciones medias, medidas de los pacientes pre y post sesión.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

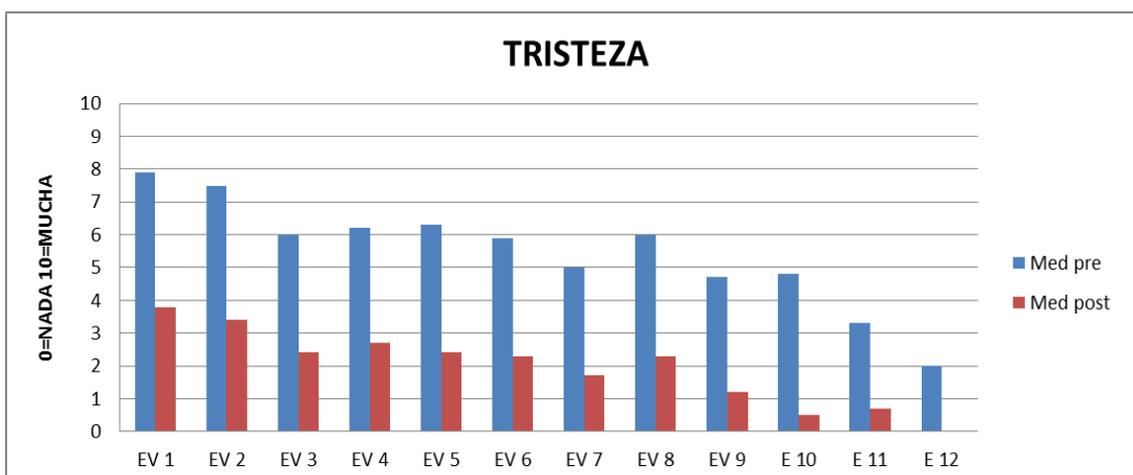
En las Figuras 36 y 37 se observa como mejora el estado de ánimo, medido al inicio y al final de cada sesión.

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica, ha mejorado el estado de ánimo de las 102 personas que han participado en el estudio, en cada una de las sesiones recibidas.

Respecto a la **Tristeza**, siendo 0 ausencia de tristeza y 10 tristeza máxima, las personas presentan una media de 7,9 (antes de comenzar la sesión) y 3,8 (tras finalizar la sesión) en la primera sesión del tratamiento y de 2,5 y 0,3 en la última sesión del tratamiento. Es decir, la tristeza mejora a lo largo de cada sesión. Figuras 38 y 39.



**Figura 38.** Puntuaciones medias de la tristeza en la pre y post sesión.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

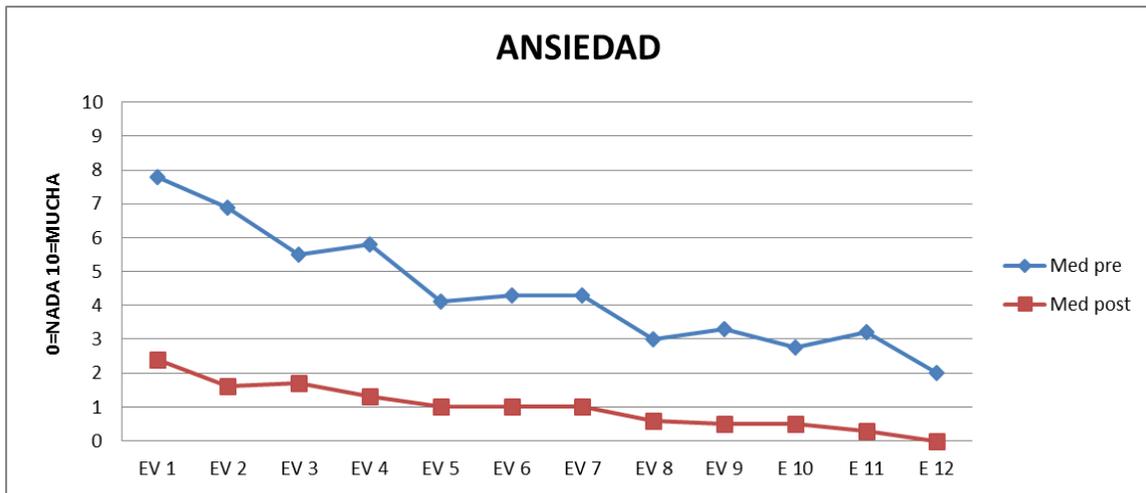


**Figura 39.** Puntuaciones medias de los pacientes antes y después de cada sesión.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

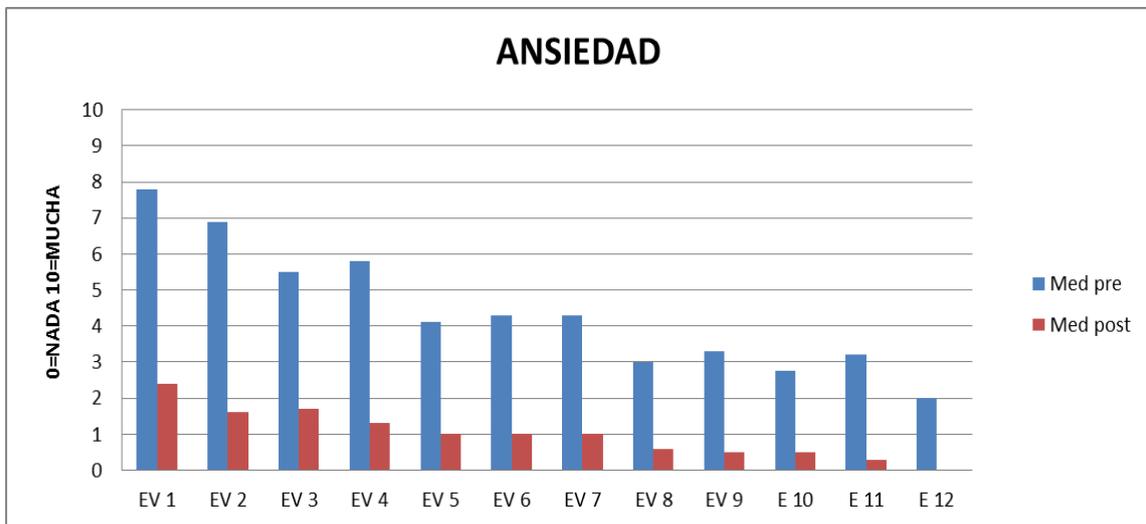
En las Figuras 38 y 39 puede observarse como mejora la tristeza, medida al inicio y al final de la sesión. Se observa mejoría en la tristeza en todas las sesiones.

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica, ha mejorado la tristeza de las 102 personas que han participado en el estudio, en cada una de las sesiones recibidas.

Respecto a la **Ansiedad**, siendo 0 ausencia de ansiedad y 10 ansiedad máxima, las personas presentan unas medias de 7,8 (al principio de la sesión) y 2,4 (al final de la sesión) en la primera sesión del tratamiento y de 2,1 y 0 en la última sesión del tratamiento. Es decir, la ansiedad se reduce a lo largo de cada sesión. Figuras 40 y 41.



**Figura 40.** Puntuaciones medias de la ansiedad en la pre y post sesión.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

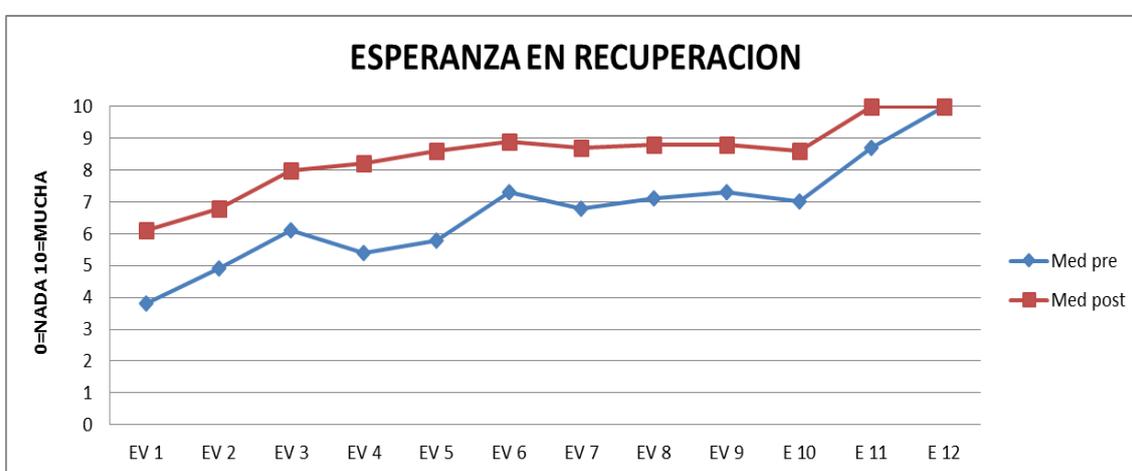


**Figura 41.** Puntuaciones medias de los pacientes antes y después de cada sesión.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

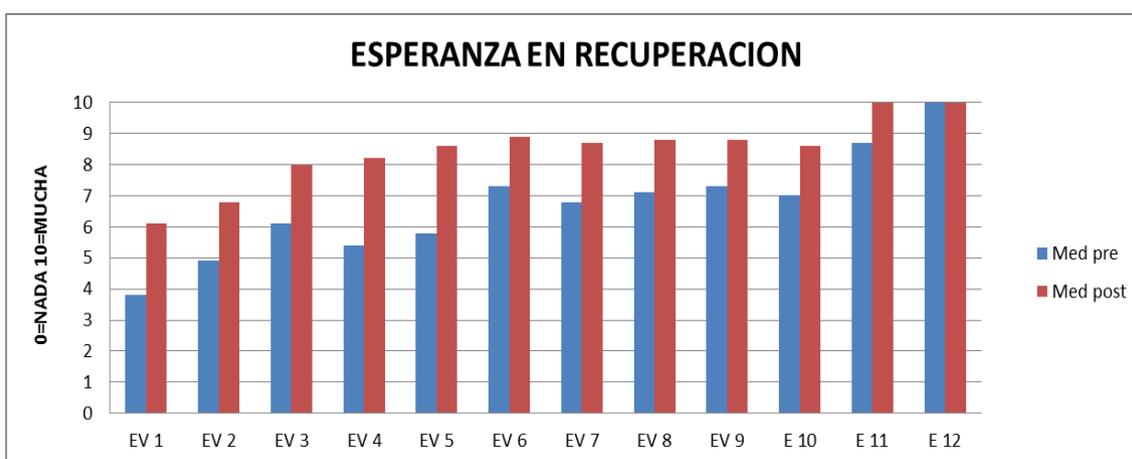
En las Figuras 40 y 41 puede observarse como mejora la ansiedad, medida al inicio y al final de la sesión. Se observa mejoría en la ansiedad en todas las sesiones.

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica, ha mejorado la ansiedad de las 102 personas que han participado en el estudio, en cada una de las sesiones recibidas.

Respecto a la **esperanza en la recuperación**, siendo 0 ninguna esperanza y 10 esperanza máxima, las personas presentan unas medias de 3,8 (al principio de la sesión) y 6,1 (al final de la sesión) en la primera sesión del tratamiento y de 9,3 y 10 en la última sesión del tratamiento. Es decir, la esperanza en la recuperación aumenta a lo largo de cada sesión. Figuras 42 y 43.



**Figura 42.** Puntuaciones medias de la esperanza en la recuperación en la pre y post sesión. EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.



**Figura 43.** Puntuaciones medias antes y después de cada sesión. EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

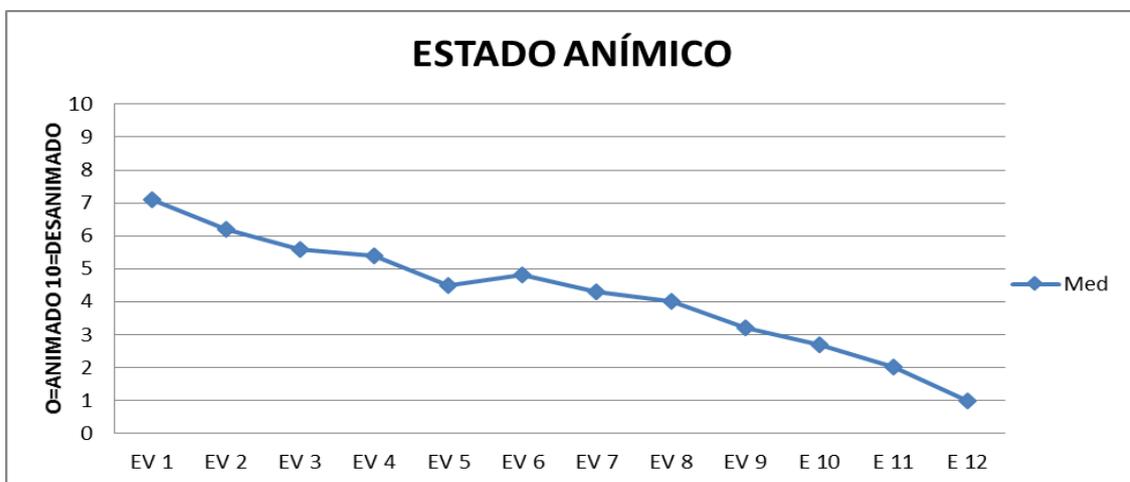
En las Figuras 42 y 43 puede observarse como mejora la esperanza en la recuperación, medida al inicio y al final de la sesión. Se observa aumento de la esperanza en la recuperación en todas las sesiones.

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica, ha mejorado la esperanza de recuperarse de las 102 personas que han participado en el estudio, en cada una de las sesiones recibidas.

### III.1.2.2. Evolución a lo largo de las sesiones

La intervención psicológica demuestra ser eficaz a lo largo de las sesiones, observándose una mejoría de los pacientes en las áreas: estado de ánimo, tristeza, ansiedad, insomnio, interferencia en el día a día y percepción de mejoría.

Siendo el valor 0 muy animado y 10 muy desanimado, la media de las personas en estado anímico pasa de 7,1 en la primera sesión del tratamiento a 1 en la última sesión. Es decir, mejora el estado anímico con el tratamiento psicológico a lo largo de las sesiones. Figura 44.

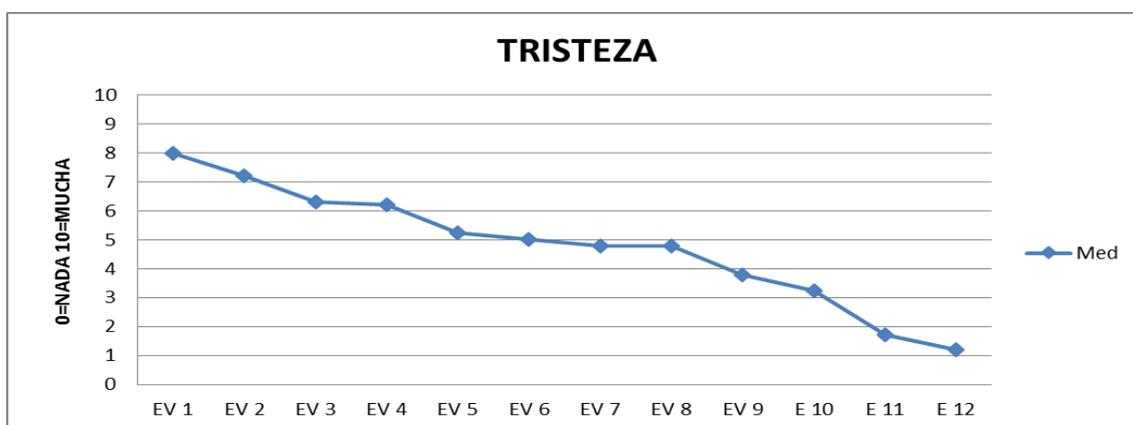


**Figura 44.** Puntuaciones medias para el estado de ánimo y tristeza.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

En la Figura 44 puede verse la evolución de la media de puntuaciones de los pacientes a lo largo de las sesiones. Se observa la mejoría en estado anímico a lo largo de las sesiones.

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica, ha mejorado el estado anímico de las 102 personas que han participado en el estudio, a lo largo de las sesiones.

Siendo 0 ausencia de tristeza y 10 máxima tristeza, la media de las personas a lo largo de las sesiones pasa de 8 en la primera sesión del tratamiento a 1,2 en la última sesión. Es decir, mejora el sentimiento de tristeza con el tratamiento psicológico a lo largo de las sesiones. Figura 45.

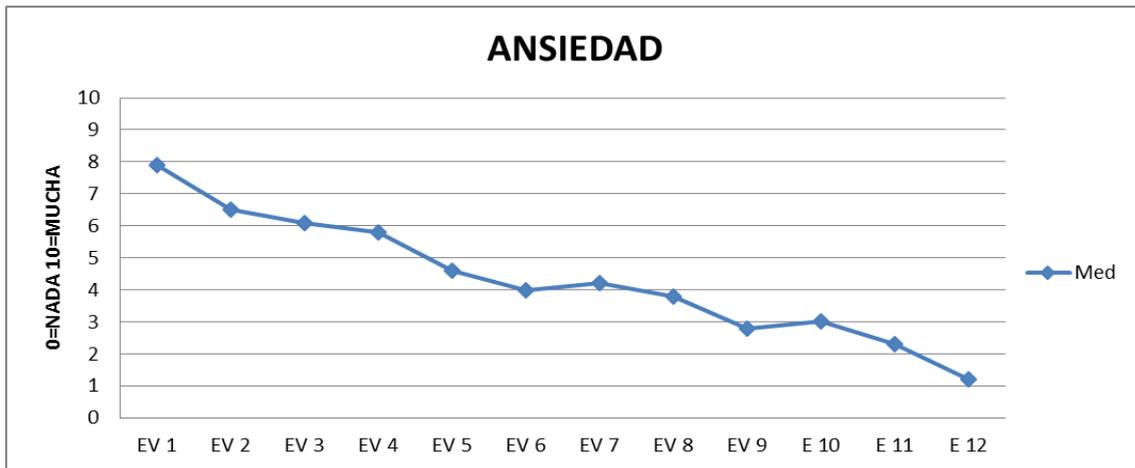


**Figura 45.** Puntuaciones medias respecto al grado de tristeza.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

En la Figura 45 puede verse la evolución de la puntuación media de los pacientes a lo largo de las sesiones. Se observa la mejoría en el sentimiento de tristeza a lo largo de las sesiones.

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica, ha mejorado la tristeza de las 102 personas que han participado en el estudio, a lo largo de las sesiones.

Siendo 0 ausencia de ansiedad y 10 ansiedad máxima, la media de las personas pasa de 7,9 en la primera sesión del tratamiento a 1,2 en la última sesión del tratamiento, es decir, las personas mejoran en ansiedad a lo largo del tratamiento con la intervención psicológica. Figura 46.

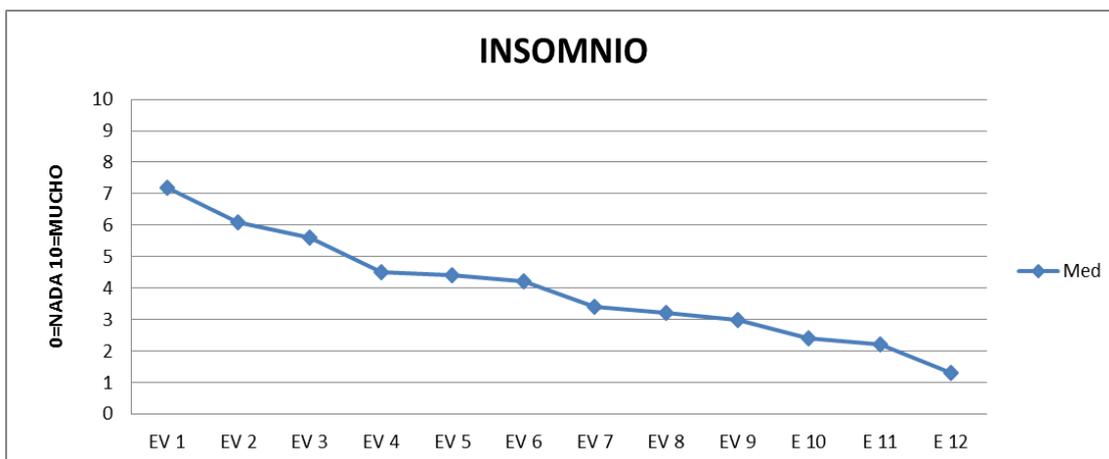


**Figura 46.** Puntuaciones medias para la ansiedad.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

En la Figura 46 puede verse la evolución de la puntuación media de los pacientes. Se observa cómo baja la ansiedad a lo largo de las sesiones.

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica, ha reducido la ansiedad de las 102 personas que han participado en el estudio, a lo largo de las sesiones.

Siendo el valor 0 "ausencia de insomnio" y 10 "máximo insomnio", las personas presentan una media de 7,2 en la primera sesión del tratamiento a 1,3 en la última sesión del tratamiento, es decir, las personas mejoran en el factor insomnio con la intervención psicológica. Figura 47.

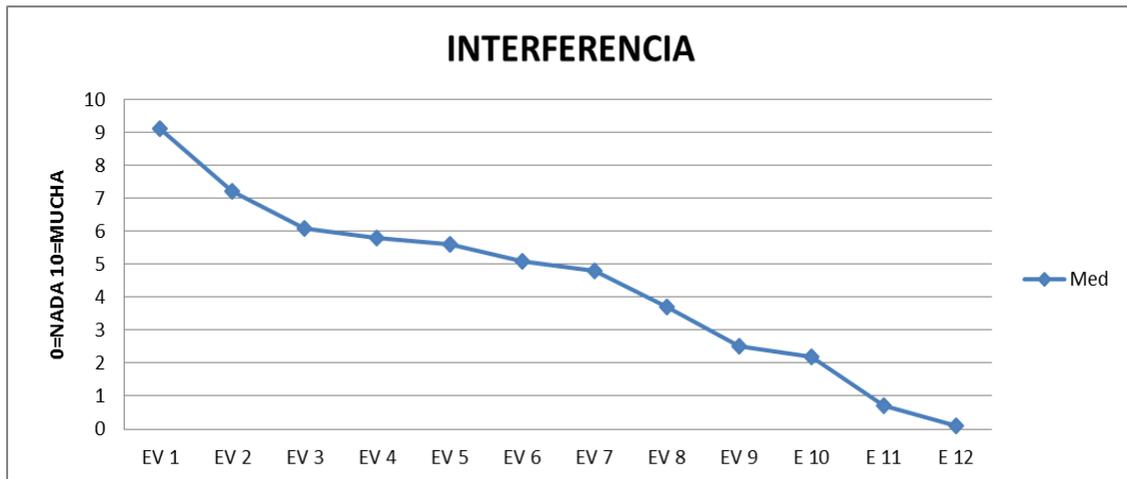


**Figura 47.** Puntuaciones medias para el insomnio.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

En la Figura 47 se observa la evolución de la puntuación media de los pacientes. Se observa mejoría en insomnio a lo largo de las sesiones.

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica, ha mejorado el insomnio de las 102 personas que han participado en el estudio, a lo largo de las sesiones.

Siendo el valor 0 la "ausencia de interferencia" del proceso de duelo en la vida diaria de las personas y 10 "interferencia máxima", las personas pasan de una media de 9,1 en la primera sesión del tratamiento a otra de 0,1 en la última sesión del tratamiento, es decir, la interferencia del duelo patológico en la vida diaria de las personas, se reduce con la intervención psicológica. Figura 48.

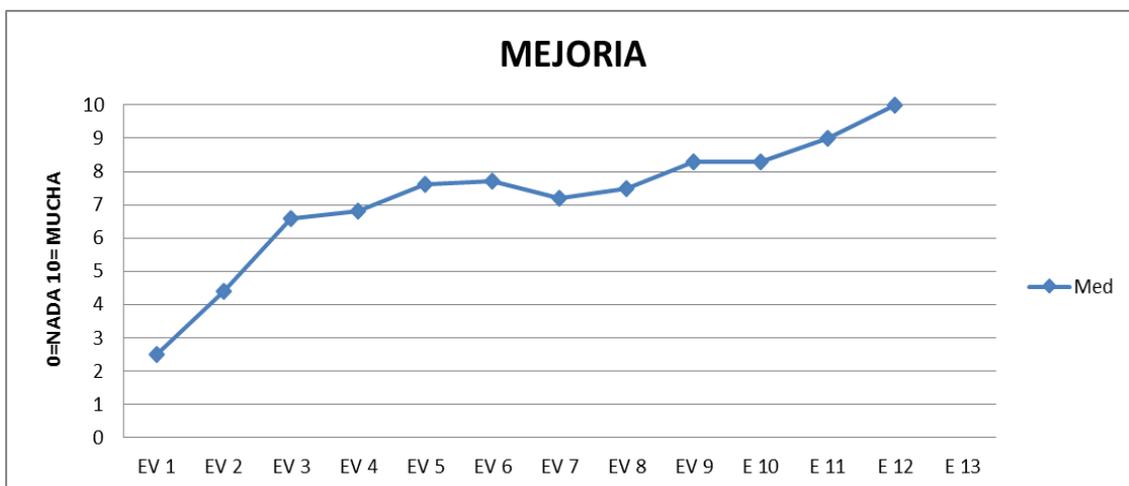


**Figura 48.** Puntuaciones medias para la interferencia.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

La Figura 48 refleja la evolución de la puntuación media de los pacientes en cuanto a interferencia del proceso de duelo con su vida diaria (a nivel personal, familiar, social y laboral). Se observa disminución de la interferencia a lo largo de las sesiones.

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica, ha mejorado el grado de interferencia del dolor por la pérdida en su día a día, de las 102 personas que han participado en el estudio, a lo largo de las sesiones.

Siendo el valor 0 la "ausencia de percepción" de mejoría y 10 la "máxima percepción" de encontrarse mejor, las personas pasan de una media de 2,5 en la primera sesión del tratamiento a 9,7 en la última sesión del tratamiento, es decir, la percepción de mejoría aumenta con la intervención psicológica. Figura 49.



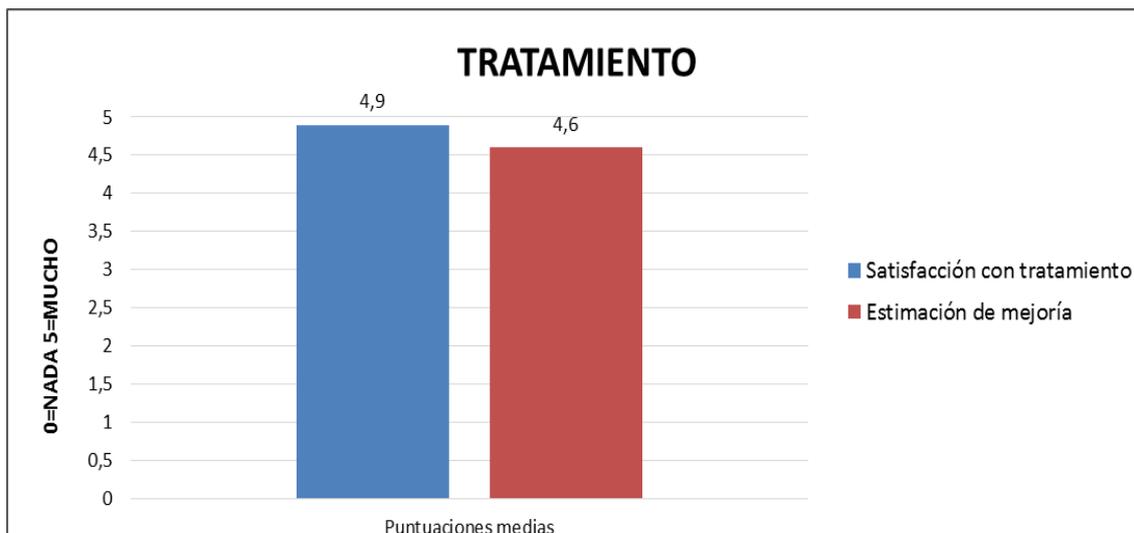
**Figura 49.** Puntuaciones medias para la percepción de mejoría.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

La Figura 49 muestra la evolución de la puntuación media de los pacientes respecto a su percepción de mejoría a lo largo de las sesiones. Se observa aumento en la percepción de mejoría, a lo largo de las sesiones.

El tratamiento con el Protocolo de Intervención Psicológica, ha mejorado la percepción de ir encontrándose mejor, de las 102 personas que han participado en el estudio, a lo largo de las sesiones.

### III.2. VALORACIÓN GLOBAL DEL TRATAMIENTO

Siendo 5 la máxima puntuación y 0 la mínima, las personas presentan una media de 4,9 respecto al grado de satisfacción con el tratamiento recibido. Respecto a si piensa que el tratamiento les ha mejorado, presentan una media de 4,6. Es decir, las personas se sienten satisfechas con la intervención psicológica aplicada y piensan que les ha ayudado a mejorar. Figura 50.



**Figura 50.** Puntuaciones medias de los pacientes respecto a la valoración del tratamiento recibido.  
EV 1,2,3... = N° de Sesión / Evaluación.

La Figura 50 muestra la media de los pacientes respecto al grado de satisfacción con el tratamiento recibido y la estimación que hacen sobre su mejoría.

Las 102 personas que han participado en el estudio se sienten satisfechas con el tratamiento recibido y piensan que les ha ayudado a mejorar.

## **IV. DISCUSIÓN**



## IV.1. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

El protocolo de intervención psicológica resulta altamente eficaz de cara al abordaje de los procesos de duelo patológico.

1. Demuestra su eficacia sobre los siguientes **indicadores primarios**: mejora el **estado de ánimo**, reduce la **ansiedad**, reduce la **tristeza**, reduce el **insomnio**, aumenta **esperanza** en la recuperación, disminuye la **interferencia** del dolor por la pérdida con la vida personal-familiar-social-laboral y aumenta la sensación de **mejoría**.

2. Demuestra también su eficacia sobre otros **indicadores secundarios**: reduce la sintomatología a nivel de **sentimientos** (Tristeza, Enfado, Culpa/ Autorreproche, Ansiedad, Soledad, Fatiga, Sensación de impotencia, Shock, Anhelos/ Búsqueda, Emancipación, Alivio, e Insensibilidad), **sensaciones físicas** (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, y Sequedad de boca), **pensamientos** (Incredulidad, Confusión, Preocupación, Sentido de presencia, y Alucinaciones) y **conductas** (Trastornos del sueño, Trastornos alimenticios, Conducta distraída, Aislamiento social, Soñar con el fallecido, Evitar recordatorios del fallecido, Buscar y llamar en voz alta, Hiperactividad desasosegada, Llorar, Visitar lugares para recordarlo, y Llevar objetos para recordarlo).

3. De los **cuestionarios aplicados** se extrae que el tratamiento psicológico incide mejorando las áreas medidas en cada uno de ellos:

**3.1 GHQ-28: Síntomas somáticos, Ansiedad Insomnio, Disfunción social, Depresión.**

- ✓ Ítems del área de **síntomas somáticos**. (A1. ¿Se ha sentido perfectamente de salud y en buena forma?; A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita

un reconstituyente?; A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?; A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?; A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?; A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?; A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?).

- ✓ Ítems del área de **ansiedad insomnio**. (B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?; B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?; B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?; B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?; B5. ¿Se asustado o ha tenido pánico sin motivo?; B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?; B7. ¿Se ha notado nervioso y a punto de explotar constantemente?).
- ✓ Ítems del área de **disfunción social**. (C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado activo?; C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?; C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?; C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de ver las cosas?; C5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?; C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?; C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?).
- ✓ Ítems del área de **depresión**. (D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?; D2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?; D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?; D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse del medio”?; D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?; D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos

de todo?; D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?).

**3.2 PG-13:** Ansiedad de separación, Sintomatología, Cronológico, Distorsión de la vida diaria.

- ✓ Criterio A: **Ansiedad de Separación** (Presentar al menos uno). A1. Pensamientos intrusivos incontrolables acerca del fallecido. A2. Punzadas de dolor. A3. Profunda añoranza y tristeza.
- ✓ Criterio B: **Sintomatología** (Presentar al menos cinco). B1. Confusión acerca del papel en la vida o que ha muerto parte de él. B2. Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida. B3. Evita todo lo que le recuerde al ser querido. B4. Incapacidad para confiar en los demás desde el fallecimiento. B5. Estar enfadado en relación al fallecido. B6. Sentirse mal por seguir adelante con su vida. B7. Sentirse frío e insensible desde el fallecimiento. B8. Sentir que sin el fallecido su vida está vacía y no tiene sentido. B9. Sentirse atontado, aturdido o conmocionado.
- ✓ Criterio C: **Cronológico** (la duración de estos síntomas es de al menos 6 meses).
- ✓ Criterio D: **Distorsión de la vida diaria** (Los síntomas causan malestar o deterioro significativo en la vida social, laboral, u otras áreas significativas de la persona en duelo).

### **3.3. RDC: Nivel de actividad, Tristeza, Enfado, Culpa, Relaciones actuales.**

Ítems del cuestionario: A1. ¿Tiene la persona en duelo a hijos menores de 14 años en su casa?; A2. ¿Cuál era/es la clase Social/Ocupación de la persona que más ingresos aportaba/aporta a la familia?; A3. ¿Empleo previsto de la persona en duelo fuera del hogar?; A4. ¿Se aferra a la persona fallecida y/o se consume pensando en si volviera?; A5. ¿Enfado?; A6. ¿Culpas/Autorreproches?; A7. ¿Relaciones actuales?; A8. ¿Cómo piensas que se las arreglará?.

### **3.4 ITRD: Percepción del grado de sufrimiento generado por la pérdida.**

Situándose la persona en la época del fallecimiento. **Sitúese en la época que el fallecido murió:** A1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas; A2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo; A3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia amigos y actividades fuera de casa; A4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer; A5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal; A6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales; A7. Me sentí furioso/a porque me había abandonado; A8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir.

Situándose la persona en la época actual. **Indique cómo se siente en la actualidad:** B1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella; B2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella; B3. No puedo aceptar su muerte; B4. A veces la/le echo mucho de menos; B5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo; B6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella; B7. Llora a escondidas cuando pienso en él/ella; B8. Nadie

podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida; B9. No puede dejar de pensar en él/ella; B10. Creo que no es justo que haya muerto; B11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarle; B12. Soy incapaz de aceptar su muerte; B13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo.

De cara al futuro, sería recomendable:

1. Ampliar la investigación sobre los factores desencadenantes de los procesos de duelo patológico, detectando los duelos que pueden complicarse, para poder prevenir la aparición de duelos patológicos.

2. Mejorar las herramientas de intervención actuales y desarrollar nuevas técnicas terapéuticas eficaces, adaptadas a cada etapa de los procesos de duelo, a las necesidades que presentan las personas en cada una de ellas y a las tareas que podemos realizar, para evitar quedar enganchados en un duelo patológico.



## **V. CONCLUSIONES**



En respuesta a los objetivos planteados inicialmente:

1. Se ha **creado un Protocolo de Intervención Psicológica**, para ayudar a personas que sufren un duelo patológico, desde un modelo integral, basado en la evidencia científica, tanto de la terapia psicológica tradicional, (intentando englobar las visiones y técnicas de intervención de las diferentes escuelas y los distintos modelos psicológicos que han estudiado el trastorno, han aportados teorías explicativas y técnicas de intervención: psicodinámico, cognitivo-conductual, sistémico, gestáltico, humanista, transpersonal...), como de otras profesiones (psiquiatría, medicina, enfermería...), para el abordaje del duelo patológico.

2. Se ha **comprobado la eficacia del Protocolo** de Intervención Psicológica. Resultando altamente eficaz de cara al abordaje de los procesos de duelo patológico. Los dolientes mejoran el estado de ánimo, reducen la ansiedad, reducen la tristeza, reducen el insomnio, aumentan su esperanza en la recuperación, disminuye la interferencia del dolor por la pérdida con la vida personal-familiar-social-laboral y aumentan la sensación de mejoría.

- El Protocolo de Intervención Psicológica demuestra ser efectivo en cada una de las cuatro áreas que mide el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28); las personas mejoran en: Síntomas Somáticos, Ansiedad Insomnio, Disfunción Social y Depresión.
- El Protocolo de Intervención Psicológica demuestra ser efectivo en cada una de las áreas que mide el Inventario de Duelo prolongado (PG-13); las personas mejoran en: Ansiedad de separación, Sintomatología y distorsión de la vida diaria.
- El Protocolo de Intervención Psicológica incide positivamente sobre los indicadores de duelo complicado que mide el Cuestionario de Riesgo de

Duelo complicado (RDC): nivel de actividad, tristeza, enfado, culpa y relaciones actuales.

- El Protocolo de Intervención Psicológica reduce la sintomatología que mide el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD), tanto en el momento actual, como al situarse el sujeto en la época del fallecimiento, es decir, los sujetos perciben cómo menos traumática la pérdida al valorarla tras el tratamiento, de lo que lo hicieron en la primera valoración antes de la aplicación de este.
- El Protocolo de Intervención Psicológica reduce y mejora la sintomatología del doliente (ESP), a nivel de:
  - a. Sentimientos (Tristeza, Enfado, Culpa/ Autorreproche, Ansiedad, Soledad, Fatiga, Sensación de impotencia, Shock, Anhelos/ Búsqueda, Emancipación, Alivio, e Insensibilidad).
  - b. Sensaciones físicas (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, y Sequedad de boca).
  - c. Pensamientos (Incredulidad, Confusión, Preocupación, Sentido de presencia, y Alucinaciones).
  - d. Conductas (Trastornos del sueño, Trastornos alimenticios, Conducta distraída, Aislamiento social, Soñar con el fallecido, Evitar recordatorios del fallecido, Buscar y llamar en voz alta, Hiperactividad desasosegada, Llorar, Visitar lugares para recordarlo, y Llevar objetos para recordarlo).

3. Se han **analizado las ventajas y limitaciones que este protocolo presenta.**

4. Se han planteado **perspectivas de trabajo futuras.** Centradas sobre todo en 1) ampliar la investigación en la prevención del duelo patológico y 2) desarrollar nuevas herramientas terapéuticas, diseñadas específicamente para el tratamiento del duelo patológico, centradas en cada una de las etapas/fases/tareas por las que pasa el doliente tras la pérdida.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Agrafojo E, Manrique de Lara B. (2000). El duelo. Modelos teóricos. Reacciones normales y patológicas del duelo. En: Die M, López E, editoras. *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia* (pp.475-90). Madrid: Ades Ediciones.
- Allumbaugh, D. L., & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 370.
- Alvaro, M. R., Hernández, A. M. G., & Rosell, C. T. (2008). Duelo y Duelo Complicado en las consultas de enfermería de Atención Primaria. *ENE Revista de enfermería*, (vol 3), nº 3.
- Alizade, A. M. (1996). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, Revised Text*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (Spanish translation: 2001 Masson).
- American Psychiatric Association. DSM-5. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Anderson P, Rothbaum BO y Hodges L. (2003). Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*. 10: 240-247.
- Anderson P, Jacobs C y Rothbaum BO (2004). Computer-Supported Cognitive Behavioral Treatment of Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 60 (3), 253–267.
- Anderson, W. G., Arnold, R. M., Angus, D. C., & Bryce, C. L. (2008). Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Journal of general internal medicine*, 23(11), 1871-1876.
- Andreas Maercker, Hansjörg Znoj (2010). The younger sibling of PTSD: similarities and differences between complicated grief and posttraumatic stress disorder. [http://journals.sfu.ca/coaction/index.php/ejpt/article/view/5558/html\\_59](http://journals.sfu.ca/coaction/index.php/ejpt/article/view/5558/html_59)
- Andreu Mateu, M S (2011). Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado. Tesis doctoral. <http://tesisenred.net/handle/10803/48514>
- Aponte Daza, V. C. (2011). Terapia Centrada en Soluciones Aplicada a un Caso de Duelo Patológico. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 9(1), 193-228.

- Apraiz Sagarna, I. (2005). El duelo: como ayudar a los niños/as a afrontarlo. *3º Curso de Psicoterapia de Familia y de Pareja*. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar.
- Arranz P.; Barbero JJ.; Barreto P.; Bayés R. (2003). *Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Protocolos de intervención*. Barcelona: Ariel. p.108-16.
- Astudillo, W. y Mendinueta, C. (1997). *Los cuidados paliativos y la solidaridad. La Solidaridad en la enfermedad terminal*. La Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 19-39.
- Azpeitia-Serón, M. A., Ormaetxea-Imaz, B., Amurrio-López de Gastiain, L. M., & Aizpuru-Barandiaran, F. (2006). Evaluación de una experiencia comunitaria de intervención de ayuda en duelo. *Atención Primaria*, 37(2), 116-117.
- Baker JE. (2007). El Duelo y la Transformación de las Relaciones de Objeto. Disponible en: <http://www.aperturas.org/16garrigabaker.html>
- Balk DE, Corr CA. (2001). Bereavement during adolescence: A review of research. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp.199-218). Washington: American Psychological Association.
- Baños, R. M., Botella, C., Perpiñá, C., Quero, S. (2001). Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: un estudio de caso. *Clínica y Salud*, 12, 391-404.
- Baños, R., Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., Osma, J., Lasso de la Vega, N., & Guillén, V. (2005). Using “traditional” strategies in a “virtual world” for the treatment of pathological grief. *Cybertherapy*. Basel.
- Baños, R.M., Botella, C., Guillen, V., García Palacios, A., Quero, S., Bretón López, J., Alcañiz, M. (2009). An adaptive display to treat stress-related disorders: EMMA’s world. *British Journal of Guidance and Counseling* 37 (3), 347–356.
- Baños R.M. V.Guillen, S.Quero. A.García-Palacios. M. Alcaniz. C.Botella (2011). A virtual reality system for the treatment of stress-related disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive behavioral program. *Int. J.Human-Computer Studies*, 69, 602–613.
- Baranger, W. (1969): El muerto–vivo: estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos. En: M. y W. Baranger, *Problemas del campo psicoanalítico* (pp. 217–229). M y W. Baranger. Buenos Aires: Ed.Kargieman.
- Barbero, J. (2006). La muerte de un ser querido. Duelo y adaptación en las personas mayores. *Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, (53).
- Barbero, J., & Alameda, A. (2009). El duelo en padres del niño oncológico. *Psicooncología*, 6(2), 485-498.

- Barreto MP, Molero M, Pérez MA. (2000). Evaluación e intervención psicológica en familias de enfermos oncológicos. En: Gil F (ed). *Manual de psico-oncología* (pp. 137-71). Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Barreto Martín, M. P., & Soler Sáiz, M. C. (2004). Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. *Monografías humanitas*, (2), 139-150.
- Barreto P, Soler MC. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2), 383-400.
- Barreto, P. (2008). Intervención psicológica en el sufrimiento al final de la vida y en la elaboración del duelo.
- Barreto, P., de la Torre, O., & Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368.
- Bayés R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza editorial.
- Bayés, R. (2007). El reloj emocional. Gestión del tiempo interior. Barcelona: Alienta.
- Bellver, A., Gil-juliá, B., & Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.
- Benight C, Flores J, Tashiro T. (2001). Bereavement coping self-efficacy in cancer widows. *Death Studies*. 25(2): 97-125.
- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R., & Serrano, I. (2011). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de psicoterapia*, 22(88), 86.
- Beyebach, M. (1995). Enfermedad terminal, muerte y familia. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*, (11), 55-84.
- Bimber, O., Raskar, R. (2004). Modern approaches to augmented reality. En: 25th Annual Conference of the European Association for Computer Graphics, Interacting with Virtual Worlds, 8, 1-86.
- Biondi, M, Picardi, A. (1996). Clinical and biological aspects of bereavement and loss-induced depression: a reappraisal. *Psychother psychosom*, 65; 224-245.
- Bild, R. Gómez, I. (2008). Acompañamiento creativo. Metodología para el cuidado del niño y adolescente con enfermedad terminal y su familia. Edita: *Generalitat Valenciana*. Conselleria de Sanitat.

- Bleichmar, H. (2010). Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (35), 1.
- Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A., & Van Den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128.
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(2), 277.
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257 (8), 444-452.
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157(1), 311-314.
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2014). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct post loss syndromes: A confirmatory factor analysis study.
- Boerner, K., & Schulz, R. (2009). Caregiving, bereavement and complicated grief. *Bereavement Care*, 28(3), 10-13.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological bulletin*, 125(6), 760.
- Bonanno G. (2001). New Directions in Bereavement Research and Theory. *American Behavioral Scientist*. 44 (5).
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical psychology review*, 21(5), 705-734.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, (1), 20-28.
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B., & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of abnormal psychology*, 116(2), 342.
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369-375.

- Bonanno, G. A., & Lilienfeld, S. O. (2008). Let's be realistic: When grief counseling is effective and when it's not. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 377.
- Boó Puente, M. J. (2013). El duelo: cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos. Disponible en: <http://bucserver01.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2182/BooPuenteMJ.pdf?sequence=1>
- Bordnick PS, Graap KM, Copp H, Brooks J, Ferrer M y Logue B. (2004) Utilizing virtual reality to standardize nicotine craving research: A pilot study. *Addictive Behaviors*. 29: 1889-1894.
- Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F. y Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 533-541.
- Borrella, G. P. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (14), 27-43.
- Boss, P. (2001): La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado. Ed. Gedisa, Barcelona.
- Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M., & Rey, B. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 239-246.
- Botella C, Baños RM, Perpiñá C, Villa H, Alcañiz M y Rey B. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*. 36: 239-246.
- Botella C, Villa H, Baños RM, Perpiñá C y García-Palacios A. (1999). The treatment of claustrophobia with virtual reality: Changes in other phobic behaviours not specifically treated. *CyberPsychology & Behaviour*. 2, 135-141.
- Botella, C., Baños, R. M., Villa, H., Perpiñá, C., & García-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: a controlled multiple baseline design. *Behavior Therapy*, 31, 583-595.
- Botella C, Osma J, García-Palacios A, Quero S y Baños RM. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: Data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 11, 311-323.
- Botella C, Villa H, García-Palacios A, Baños RM, Perpiñá C y Alcañiz M. (2004). Clinically significant virtual environments for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *CyberPsychology & Behavior*. 7: 527-535.

- Botella C. (2004). A Virtual environment for the treatment of pathological gambling. Paper presented at *38th Annual AABT Convention*. New Orleans (USA) November. 18-21.
- Botella C, García-Palacios A, Baños RM, Guillén V, Quero S, Lasso de la Vega N y Osma J. (2005). The treatment of emotions in a virtual world. Application in a case of posttraumatic stress disorder. *CyberTherapy*. Basilea (Suiza). del 6 al 10 de Junio.
- Botella C, Juan MC, Baños R, Alcañiz M, Guillen V y Rey B. (2005). Mixing Realities? An Application of Augmented Reality for the Treatment of Cockroach Phobia. *Cyberpsychology & Behavior*. 8: 162-171.
- Botella C. (2005). Clinical Issues in the Application of Virtual Reality to Treatment of PTSD. *NATO Advanced Research Workshop*. Cavtat-Dubrovnik (Croacia). 13-15 de Junio.
- Botella, C., Baños, R. M., García-Palacios, A., Quero, S., Guerrero, B., Liaño, V., & Perpiñá, C. (2005). Using “traditional” strategies in a “virtual world” for the treatment of pathological grief. Presented at *5th International Congress of Cognitive Psychotherapy*, Göteborg (Sweden) June 2005.
- Botella, C., Baños, R.M., Guerrero, B., García-Palacios, A., Quero, S. y Alcañiz, M. (2006). Using a Flexible Virtual Environment for Treating a Storm Phobia. *PsychNology Journal*. Volume 4, Number 2, pp 129 – 144
- Botella, C, García-Palacios A, Baños Rivera RM, Quero Castellano S. (2007). Realidad Virtual y Tratamientos Psicológicos. En *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. C. Med. Psicosom, N° 82.
- Botella, C et al (2007) Virtual Reality Exposure in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: A Controlled Study. En: *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/cpp.524
- Botella, C., García Palacios, A., Villa, H., Baños, R.M., Quero, S., Alcañiz, M., Riva, G. (2007) a. Virtual Reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: a controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 14, 164–175.
- Botella, C., Lasso de la Vega, N., Castilla, D., García Palacios, A., López Soler, C., Baños, R., Alcañiz, M. (2007) b. Virtual reality for the application of psychological treatments in children: darkness phobia. In: *Proceedings of Cybertherapy 12 Conference: Transforming Health Care through Technology*. Washington D.F.

- Botella C. Et al. (2007). *La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica*. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/UOCPapers/article/viewFile/58173/68265>
- Botella, C., Osmá, J., García Palacios, A., Guillén, V. & Baños, R.M. (2008). Treatment of complicated grief using virtual reality. A case report. *Death Studies*, 32, 674-692.
- Botella C, Quero S, Serrano B, Baños RM, García Palacios A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*. vol. 40, nº 2, 155-170.
- Bowen, M. (1976): Family Reaction to Death. En: *Family Therapy. Theory and Practice*. Philip J. Guerin Jr. (Comp.) Gardner Press, Florida.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic study of the child*, 15(1), 9-52. Bowlby, J., (1961). A. Processes of mourning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 317-340.
- Bowlby, J., (1961). B. Childhood mourning and its implications for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 118, 481-498.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. Madrid: Editorial Paidós.
- Bowlby, J., & Mercedes Valcarce A. vello. (1998). *El apego y la pérdida 1: El apego*. Paidós.
- Brickell, C., & Munir, K. (2008). El duelo y sus complicaciones en las personas con discapacidad intelectual. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, (97), 68-76.
- BrintzenhofeSzoc, K. M., Smith, E. D., & Zabora, J. R. (1999). Screening to predict complicated grief in spouses of cancer patients. *Cancer practice*, 7(5), 233-239.
- Burdea, Grigore y Coiffet, Philippe (1996). *Tecnologías de Realidad Virtual*. Paidós. Hipermedia 3. Barcelona.
- Burgeois, M. (1996). *Le deuil, clinique et pathologie*. PUF. Collection Nodules.
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., & McDevitt-Murphy, M. E. (2010). African American homicide bereavement: Aspects of social support that predict complicated grief, PTSD, and depression. *OMEGA--Journal of Death and Dying*, 61(1), 1-24.
- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). 11 Prospective risk factors for complicated grief. *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*, 145.

- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. Loss and mourning. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30 (Suplemento 3).
- Carlin, A., Hoffman, H., Weghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 153-158.
- Carnelley KB, Wortman CB, Bolger N. (2006). The time course of grief reactions to spousal loss: evidence from a national probability sample. *J Pers Soc Psychol*. Sep; 91(3):476-92.
- Carr, C.C. (1989). Tanatología. En: *Tratado de Psiquiatría*. 20 ed. De Harold. I. Kaplan y Benjamin J. Sadock (Comps.). Ed. Científicas y Técnicas MASSON SALVAT, Barcelona.
- Carr, D. A. (2003). "Good death" for whom? Quality of spouse's death and psychological distress among older widowed persons. *J Health Soc Behav*. 2003 Jun; 44(2): 215-32.
- Casarett, D., Kutner, J. S., & Abrahm, J. (2001). Life after death: a practical approach to grief and bereavement. *Annals of internal medicine*, 134(3), 208-215.
- Chapot, Sara L. Mingorance, Daniel L. Duelo normal y duelo patológico. Su abordaje clínico en el envejecimiento. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/electivas/080\\_vejez/material/duelo\\_normal\\_patologico.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/080_vejez/material/duelo_normal_patologico.pdf)
- Choi, Y. H., Jang, D. P., Ku, J. H., Shin, M. B., Kim, S. I. (2001). Short-term treatment of acrophobia with virtual reality therapy (VRT): A case report. *CyberPsychology & Behavior*, 4, 349-354.
- CIE 10. (1992). Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento. Ed. Menitor, Madrid.
- Clayton, P.J. (1985). Duelo. En E.S. Paykel (Ed.). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.
- Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Vigil, G. J., & Benasutti, K. M. (2004). Life after death: Grief therapy after the sudden traumatic death of a family member. *Perspectives in Psychiatric Care*, 40(4), 149-154.
- Cobo Medina C. (2001). *Ars Moriendi. Vivir hasta el final*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.
- Coderch, J. (1995): Las aportaciones de Melanie Klein. La posición depresiva infantil y su relación con el duelo normal y con la psicosis maníaco depresiva. En: *Psiquiatría Dinámica* (pp 357-63). Barcelona: Herder

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Greenberg, T., Padlo, S., & Shipley, C. (2002). Childhood Traumatic Grief Concepts and Controversies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3(4), 307-327.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2004). Treatment of childhood traumatic grief. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 819-831.
- Coll, P. C. (2012). Licenciatura en Psicología Plan de Trabajo Final de Integración Descripción de caso único "Tratamiento de duelo reciente de un hermano" AUTOR: Paula Casariego Coll.
- Combrick-Graham, L. A (1985). *Developmental model for family systems*. Family Process.
- Cosp, M. N., Fustero, A. E., Ayma, D. Q., Pares, J. J., Fernandez, M. A., Aparicio, A. R., & Anton, N. S. (2012). Análisis del duelo en una muestra de familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 19(1), 10-16.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death studies*, 30(5), 403-428.
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134(5), 648.
- Dávalos, E. G. M., García, S., Gómez, A. T., Castillo, L., Suárez, S. S., & Silva, B. M. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- De Dios de Vega, J.L. García-Onieva Artazcoz, M. (2003). *Depresión, suicidio, duelo*. Disponible en: [http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps\\_inf\\_depresion\\_suicidio\\_duelo.pdf](http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_depresion_suicidio_duelo.pdf)
- De Groot, M., de Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W., & Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *Bmj*, 334 (7601), 994.
- De Hoyos López, M. C. (2015). ¿ Entendemos los adultos el duelo de los niños?. *Acta Pediátrica Española*, 73(2), 27-32.
- Del Pino Montesinos, J.I.; Mena Cabezas G.; Hornero Jiménez, C; y Más Jiménez, D. (2001): La adolescencia: ¿Duelo personal o familiar?. *Anales de Terapia Familiar*. 6: 99-112.

- Del Pino, J.I., Pérez, J. & Ortega, F. (2003). Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica. Recuperado de:  
[http://www.dipalicante.es/hipokrates/hipokrates\\_I/pdf/ESP/434e.pdf](http://www.dipalicante.es/hipokrates/hipokrates_I/pdf/ESP/434e.pdf)
- Díaz Curiel, J. (2010). Psicoterapia grupal con pacientes con duelo patológico. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/1161>
- Díaz Curiel J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol 31, No 109.
- Díaz, V. E. (2010). Del dolor al duelo: límites al anhelo frente a la desaparición forzada. *Affectio societatis*, 5(9).
- Díaz P, Losantos S y Pastor P. (2014). *Guía de duelo adulto para profesionales socio-sanitarios*. Madrid: Ed. Fundación Mario Losantos del Campo.
- Difede, J., Hoffman, H. (2002). Virtual reality exposure therapy for World Trade Center post-traumatic stress disorder: A case report. *Cyberpsychology & Behavior*, 5, 529-535.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D.H. (1994). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L). *Center for Stress and Anxiety Disorders*, Albany, New York.
- Dollenz, E (2003). *Duelo Normal y Patológico*. Consideraciones para el Trabajo en Atención Primaria de Salud. Universidad de Santiago de Chile.
- Durbán, M. V., Loarte, M. M., Higuera, J. C. B., Maza, R. C., & Fernández, I. S. (2014). Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo. *Medicina Paliativa*, 21(3), 91-97.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2001). El duelo normal y patológico. En W. Astudillo, E. Clavé y E. Urdaneta (Eds.). *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad*, San Sebastián, SOVPAL, 345.
- Echeburúa, E., & Herrán Bolx, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?. Disponible en: [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5804/Cuando\\_el\\_duelo\\_es\\_patologico.pdf?sequence.pdf](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5804/Cuando_el_duelo_es_patologico.pdf?sequence.pdf)

- Echeburúa, E., & Herrán Bolx, A. (2012). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?. *Análisis y modificación de conducta*, 33 (147).
- Emmelkamp PMG, Bruynzeel M, Drost L y van der Mast CAPG. (2001). Virtual reality treatment in acrophobia: a comparison with exposure in vivo. *CyberPsychology & Behavior*. 4, 335-339.
- Emmelkamp, P. M. G., Krijn, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J. & Van der Mast, C.A.P.G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.
- Engel, G.L., (1964). Grief and Grieving. *The American Journal of Nursing*, 64, 93-98.
- Espinosa, J. L. L., & Barcelona, P. C. M. M. (2001). Duelo y pérdida corporal. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, (163), 43-56.
- Espina, A (2005), Sobre la elaboración del duelo en Terapia Familiar. *Revista de Psicoterapia* Vol. IV- Nº 13.
- Expósito Pérez J.R. Proceso de duelo. En “Programa de Atención a Personas con discapacidad intelectual en edad avanzada”. Feaps C.V.
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Medifam*, 12(3), 100-107.
- Figley, C. R., Bride, B. E., & Mazza, N. (Eds.). (1997). *Death and trauma: The traumatology of grieving*. Taylor & Francis.
- Flenady, V. Wilson, T. (2009). Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1 Art no. CD000452. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Font, J., Escarrà, Á., Palanques, M., Sagnier, E., & Valls, M. (2004). AMBIVALENCIA–DUELO–ESPIRITUALIDAD. *Barcelona: Equipo de Investigación de la Fundació Vidal i Barraquer*.
- Foote, C. E., & Frank, A. W. (1999). Foucault and therapy: The disciplining of grief. *Reading Foucault for social work*, 157-187.
- Forstmeier S, Maercker A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. *J Affective Disorders*. 99: 203-211.

- Fox J, Arena D, Bailenson JN. (2009). Virtual Reality. A Survival Guide for the Social Scientist. Stanford University, Stanford, CA, USA. *Journal of Media Psychology*. Vol. 21 (3): 95–113.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas*, 2, 2091-2101.
- Friedman, R. A. (2012). Grief, depression, and the DSM-5. *New England Journal of Medicine*, 366(20), 1855-1857.
- Fulton, R. (2003). Anticipatory Mourning: A critique of the concept. *Mortality*, 8,4, 342-351.
- Gabaldón Fraile, S. (2006). El duelo en el niño. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 13(7), 344-348.
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense*, (30), 39-50.
- Gamo Medina E, et al. (1999). *Teoría y clínica del duelo*. Ciudad Real: Angama.
- Gamo Medina, E.; Del Álamo Jiménez, C.; Hernáñez Criado, L.; García Laborda, A. (2000): Problemática del duelo en la asistencia en salud mental. *Psiquiatría Pública* 12: 209-218.
- Gamo Medina, E., Valverde Gómez, M., Sanz Rodríguez, L. J., Martínez Hernanz, A., & García Laborda, A. (2003). El impacto del duelo en pacientes psicóticos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (88), 35-48.
- Gamo, E., del Álamo, C., Hernáñez, L., & García, A. (2003). Problemática clínica del duelo en la asistencia en salud mental. *Medwave*, 3(08).
- Gamo Medina M, del Alamo Jimenez C, Hernangomez Criado L, Garcia Laborda A. (2003). Follow-up of patients who seek treatment for grief. *Actas Esp Psiquiatr*. Sep-Oct; 31(5): 239-43.
- Gamo Medina, E., & Pazos Pezzi, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 29(2), 455-469.
- García Campayo, J., Tazón Ansola, P., & Aseguinolaza Chopitea, L. (2011). Manejo del duelo en atención primaria. *Relación y comunicación. Colección Enfermería S*, 21, 392-403.
- García García, J. A., Landa, V., Trigueros, M. C., Calvo, P., & Gaminde, I. (1996). El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. *Atención Primaria*, 18(19).

- García-García, J. A., Landa Petralanda, V., Trigueros Manzano, M. C., & Gaminde Inda, I. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención primaria*, 27(2), 86-93.
- García García JA, Landa V, Prigerson H, Echeverría M, Grandes G, Mauriz A, Andollo I. (2002). Adaptación al español del Inventario de Duelo Complicado (IDC). *Medicina Paliativa*, 9(2): 10-1.
- García García, J., Landa Petralanda, V., Trigueros Manzano, M., & Gaminde Inda, I. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención primaria*, 35(7), 353-358.
- García, J. T. L., Reverte, M. A. L., García, J. G., Méndez, J. M., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina paliativa*, 16(5), 291-297.
- García, J. T. L. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 49(2), 249-265.
- García, M. S. O., Olmos, A. G., & Villamor, I. B. (2002). Rasgos de personalidad en duelo complicado. *Psiquiatria. com*, 6(5).
- García Mantilla, M. G. (2013). El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central de conflicto relacional (CCRT). Disponible en: <http://eprints.ucm.es/17783/1/T34105.pdf>
- García Palacios A, Hoffman H, Carlin A, Furness TA, III y Botella C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behaviour Research and Therapy*. 40, 983-993.
- García Palacios, A. Botella, C. Hoffman, H. Baños, R.M. Osma, J. Guillén, V. Perpiñá, C. (2006). Treatment of mental disorders with virtual reality .In: Roy, M.J. (Ed.), *Proceedings of the NATO Advanced Research Workshop on PTSD*. IOS Press, Amsterdam.
- García Palacios, A. Botella, C. Hoffman, H. Fabregat, S. (2007). Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias. *Cyberpsychology and Behavior* 5, 722-724.
- García-Viniegras, C. R. V., & Pérez Cernuda, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- García-Viniegras, C. R. V., Grau Abalo, J. A., & Pedreira, I. (2014). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 121-131.

- Garralda M.S (2006) Incidencia de duelos de riesgo en familiares de primer grado en una unidad de cuidados paliativos. *VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, San Sebastián.
- Garvía Peñuelas, B. (2009). Duelo y discapacidad. *Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down*, 13(1), 13-16.
- Garzón Boch, C., Buzón Romero, M., Barrios Sánchez, M., & Pérez García, C. (2014). Afrontamiento del duelo: intervención de la enfermera especialista. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/6318>
- Gatto, M.E. (2006). Duelo anticipado y conspiración del silencio. Psicooncología. org. [En red]. Disponible en: [http://www.psicooncología.org/artículos/articulos\\_detalle.cfm](http://www.psicooncología.org/artículos/articulos_detalle.cfm)
- Gilbert, K.R. (2006). Anticipated losses and anticipatory grief. Indiana. com. [En red]. Disponible en: <http://www.indiana.edu/~familygrf/sitemap.html>
- Gil-Juliá, B. Bellver, A. Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*. Vol. 5, Núm. 1, 2008, pp. 103-116.
- Gilliland, G. & Fleming, S. (1998). A comparison of spousal anticipatory grief and conventional grief. *Death Studies*, 22, 541- 569.
- Girault, N., & Fossati, P. (2008). Duelo normal y patológico. *EMC-Tratado de Medicina*, 12(3), 1-8.
- Glass, R. M. (2005). Is grief a disease? Sometimes. *JAMA*, 293(21), 2658-2660.
- Glick IO, Weis RS, Parkes CC. (1974). *The first year of bereavement*. Nueva York: John Wiley. Interscience.
- Golden, A. M. J., & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry research*, 178(2), 336-341.
- Gómez Esteban, R. (2000). Las ansiedades del médico frente a la muerte. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 247-257.
- Gómez Sancho M. (1998). Atención a la familia. El duelo y el luto. En: *Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad* (pp. 481-542). Madrid: Arán.
- Gómez Sancho, M. (1999). El duelo y el luto. La atención del doliente. En: Gómez Sancho, M. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina* (pp. 1095-1132). Madrid: Arán.
- Gómez Sancho, M. (2004). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán ediciones.

- González E. (2007) Aspectos culturales y religiosos de la muerte a lo largo de la historia. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos41/lamuerte/lamuerte.shtml>
- Gorer G. Death, (1965). Grief and mourning in contemporary Britain. Londres: *Tavistock Publications*.
- Granado López, B. (2013). Evaluación del riesgo de duelo complicado y su relación con el duelo complicado en familiares de pacientes con cáncer terminal y Alzheimer avanzado. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/17339>
- Gray, M. J., Prigerson, H. G., & Litz, B. T. (2004). Conceptual and definitional issues in complicated grief. *Early intervention for trauma and traumatic loss*, 65-84.
- Grimsdale, C. (1995). Foreword. En: J. Vince (ed.). *Virtual Reality Systems*. Cambridge: ACM Press.
- Grinberg L. (1963). Sobre dos tipo de culpa. Su relación con los aspectos normales y patológicos del duelo. *Revista de Psicoanálisis*. 4: 321-332.
- Grinberg L, Grinberg R. (1980). Angustia frente al cambio y duelo por el self. En *Identidad y cambios*. Barcelona: Paídos.
- Grinberg, L. (1983) Duelo normal y duelo patológico. Elaboración del duelo. En: *Culpa y depresión* (pp.139-60). Madrid: Alianza
- Grinberg, L. (2005). Sobre dos tipos de culpa. Su relación con los aspectos normales y patológicos del duelo. *Revista de psicoanálisis*, (45), 59-72.
- Guic Sesnic, E. y Salas Nicoleau, A. (2006). El trabajo de duelo. *Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, 11, 11.
- Guillén E, Vaquero P, Aguilar P, Guillén M, Gómez-Feria I. (2011) Intervención estratégica en duelo patológico. A propósito de un caso. *Psiquiatría.com* [Internet]. 15:4. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/2912>
- Gutiérrez Rodríguez, M., de Hortega de Frutos, E., & Benítez Moreno, M. (2001). Modalidades terapéuticas en el duelo. Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/bibliopsiquis/handle/10401/1808>
- Hagman, G. (2001). Beyond deathecis: Toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. *Meaning reconstruction and the experience of loss*, 13-31.
- Harris SH, Kemmerling RL y North MM. (2002). Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *CyberPsychology & Behavior*. 5: 543-550.

- Harvey, J. (2001) *Perspectives on loss and trauma: assaults on the self*. California: Sage Publications.
- Hawton, K. (2007). Complicated grief after bereavement. *British Medical Journal*, 334(7601), 962.
- Hensley, P. L. (2006). Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *Journal of affective disorders*, 92(1), 117-124.
- Hensley, P. L., Slonimski, C. K., Uhlenhuth, E. H., & Clayton, P. J. (2009). Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *Journal of affective disorders*, 113(1), 142-149.
- Hoffman, H. G.; Doctor, J. N.; Patterson, D. R. [et al.] (2000). Virtual reality as an adjunctive pain control during burn wound care in adolescent patients. *Pain*, 85, 305-309.
- Hoffman, H. G., García-Palacios, A., Carlin, A., Botella, C. (2003). Interfaces that heal: coupling real and virtual objects to treat spider phobia. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 16, 283-300.
- Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*. 154(7), 904-10.
- Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. (1998). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*. 155(9): 1305-6.
- Horowitz. (1999). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157-1162.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Focus*, 1(3), 290-298.
- Howarth, R. A. (2011). Concepts and controversies in grief and loss. *Journal of mental health counseling*, 33(1), 4-10.
- Ito M, Hotta K, Toguchi M, Sugimoto Y, Maeda K. (2003). Survey on the attitude of families which have taken care of patients until their death at home. *Gan To Kagaku Ryoho*, 30 (1), 142-4.
- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., & Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: Risk and risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Jacobs C. (1993). *Pathologic grief. Maladaptation to loss*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

- Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *Am J Psychiatry*, *1*(53), 1-1.
- Jacobs, S. (1999). *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention*. Psychology Press.
- Jang DP, Ku JH, Shin MB, Choi YH y Kim SI. (2000). Objective validation of the effectiveness of virtual reality psychotherapy. *CyberPsychology y Behavior*. *3*: 369-374.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and life-threatening behavior*, *31*(1), 91-102.
- Jordan JR, Neimeyer RA. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, *27*, 765-86.
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, *14*(2), 177.
- Juan MC, Alcañiz M, Monserrat C, Rey B, Botella C, Baños R y Guerrero B. (2005). Augmented Reality to the treatment to phobia to small animals. *First prototype and firsts treatments, IEEE: Computer graphics and applications*.
- Jurado Martín, M. Á. (2013). Atención al duelo en niños y adolescentes: protocolo de actuación en secundaria. Disponible en: <http://reunir.unir.net/handle/123456789/1482>
- Kalman, Kafetz. (2002). What happens when elderly people die? *J R Soc Medicine* *95*(11), 536-538.
- Kang, H. Y., & Yoo, Y. S. (2007). Effects of a bereavement intervention program in middle-aged widows in Korea. *Archives of psychiatric nursing*, *21*(3), 132-140.
- Kapari, M., Addington-Hall, J., y Hotopf, M. (2010). Los factores de riesgo para el trastorno mental común en el cuidado y el duelo. *Diario del dolor y los síntomas*, *40* (6), 844-856.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. (1996): *Tanatología: muerte y duelo*. En: *Sinopsis de Psiquiatría*, 7ª edición (pp.79-90). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1997): *Duelo y aflicción*. En: *Tratado de Psiquiatría*, 6ª edición (pp.1654-60). Madrid: Editorial Interamericana.
- Kaprio, J., Koskenvuo, M., & Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *American Journal of Public Health*, *77*(3), 283-287.

- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 187.
- Kim K, Jacobs S. (1991). Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders. *J Affect Disord.*, 21(4), 257-63.
- Kissane DW. (2000). A model of family-centered Intervention during Palliative Care and Bereavement: Focused Family Grief Therapy (FFGT). En: Baider L, Cooper CL, De-Nour AK, editors. *Cancer and the family*. 2nd ed. (p.175-97). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Klein M. (1940). *El duelo y su relación con los estados maníaco depresivos*. En: Obras completas. Tomo I (pp. 310-346) Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1940): *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*. En: Obras completas. Tomo II. (pp.275-301). Buenos Aires: Paidós-Horme.
- Klein, R. A. (1999). Treating fear of flying with virtual reality exposure therapy. In Vandecreek, L., Jackson, T. L. (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book*, vol. 17. (pp. 449-465). Sarasota: FL, US.
- Klinger E, Bouchard S, Légeron P, Roy S, Lauer, F, Chemin I y Nugues P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behaviour therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *CyberPsychology y Behavior*, 8, 76-88.
- Krijn M, Emmelkamp PMG, Biemond R, de Wilde de Ligny C, Schuemie MJ y van der Mast CAPG. (2004). Treatment of acrophobia in virtual reality: The role of immersion and presence. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 229-239.
- Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R. P., Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.
- Kroen W. C. (1996). *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*. Ed. Piados.
- Kübler-Ross, E. (1994). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kuntze MF, Stoermer R, Mager R, Roessler A, Mueller-Spahn F y Bullinger AH. (2001). Immersive virtual environments in cues exposure. *Cyberpsychology & Behavior*. 4: 497-501.
- Labari, M. E. P., Torres, M. R., & Lozano, R. G. (2013). El duelo en el anciano. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 20(4), 204-208.
- Lacasta Reverte MA. (1998). El duelo en cuidados paliativos. En *2º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Santander. 112-117. Disponible en: [http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see\\_guia&id\\_guia=1](http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=1)

- Lacasta M, Sastre P, Arranz P, Sánchez M, Sánchez Y, Eguino A. (1999). Un programa de grupos de duelo en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*, 6, 27-32.
- Lacasta MA, Sastre P. (2000). El manejo del duelo. En: Die M, López E (ed.). *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia.* ( pp.491-506). Madrid: Ades Ediciones.
- Lacasta, M. A., & de Luis, V. (2002). Evaluación de los resultados a largo plazo de un programa de atención al duelo. *Rev Soc Esp Dolor*, 9, 502-9.
- Lacasta MA, Ordóñez A, González-Barón M, Zamora P, Espinosa E. (2003). Un grupo de duelo para hijos de pacientes fallecidos por cáncer. *Revista de la Sociedad Española del dolor*. 211-217.
- Lacasta MA, Sánchez M, García A. (2003). Bibliotherapy as a complement in bereavement treatment. *European Journal of Palliative Care*. Abstracts of the 8th Congress of the European Association for Palliative Care. The Hague. 43.
- Lacasta MA, Soler MC. (2004). El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En: *Manual SEOM de Cuidados Continuos* (pp.713-730). Madrid: Dispublic, SL
- Lacasta Reverte, M. & de Albornoz, P. A. C. (2005). Anticipación del duelo. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 12, 91-96.
- Lacasta MA, Soler MC. (2006). El duelo. En: González Barón M, Lacasta Reverte MA, Ordóñez Gállego A, Eds. *Instrumentos de evaluación en Oncología y Cuidados Paliativos*. Madrid. En prensa.
- Lacasta MA, Soler MC. (2006). El duelo. En González Barón M y Ordóñez Gallego A, eds. *Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Lacasta Reverte, M. A., García, J. T. L., Penas, A. G., & Barahona, H. (2014). La atención al duelo en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. *Medicina Paliativa*. Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/Joaquin\\_Limonero/publication/267275600\\_La\\_atencion\\_al\\_duelo\\_en\\_Cuidados\\_Paliativos.\\_Anlisis\\_de\\_los\\_servicios\\_prestados\\_en\\_Espaa.\\_Effectiveness\\_Bereavement\\_program\\_in\\_Palliative\\_Care.\\_Analysis\\_of\\_the\\_services\\_in\\_Spain/links/550c12920cf20637993987ea.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Joaquin_Limonero/publication/267275600_La_atencion_al_duelo_en_Cuidados_Paliativos._Anlisis_de_los_servicios_prestados_en_Espaa._Effectiveness_Bereavement_program_in_Palliative_Care._Analysis_of_the_services_in_Spain/links/550c12920cf20637993987ea.pdf)
- Laditka JN, Laditka SB. (2003). Increased hospitalization risk for recently widowed older women and protective effects of social contacts. *J Women Aging*. 15(2-3): 7-28.
- Landa Petralanda, V. García-García, J.A. (2004). Duelo. Guías Clínicas. *Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya*. Especialistas en Medicina Familiar y

- Comunitaria. Centros de Salud de Basauri-Ariz y Kueto-Sestao de Vizcaya. Guías Clínicas. 4 (40).
- Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. G., Onelov, E., & Kreicbergs, U. C. (2008). Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36), 5870-5876.
- Langner R, Maercker A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *J Psychosom Res.*, 58(3): 235-42.
- Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1996): Trabajo del duelo. En: *Diccionario de psicoanálisis.*( pp.435-6. Barcelona: Paidós.
- Latham AE, Prigerson HG. (2004) Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat.* 34,350-62. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/334/7601/994?linkType=FULL&journalCode=bmj&resid=334/7601/994>.
- Latiegi A. (1999). Prevención y tratamiento del duelo patológico. En: Astudillo W, Arrieta C, Mendinueta C, Vega de Seoane I, editores. La familia en la terminalidad. San Sebastián: *Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.* p. 295-313.
- Layne, C. M., Pynoos, R. S., Saltzman, W. R., Arslanagić, B., Black, M., Savjak, N., ... & Houston, R. (2001). Trauma/grief-focused group psychotherapy: school-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5(4), 277.
- Lazrove, S. (1996). Work with victim advocates: EMDR and MADD, an evolving story from grief to mourning: an EMDR protocol for complicated bereavement. *EMDRIA Conference*, Denver, CO.
- Lee JH, Ku J, Kim K, Kim B, Kim IY, Yang B, Kim SH, Wiederhold BK, Wiederhold MD, Park DW, Lim Y y Kim SI. (2003). Experimental application of virtual reality for nicotine craving through cue exposure. *Cyberpsychology y Behavior.* 6, 275-280.
- Lemoine P, Lemoine G. (1980). *El afecto y el duelo.* Barcelona: Gedisa.
- Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-IV. *Clin Psychol Rev.*, 24(6), 637-62.
- Lichtenthal, W. G., & Cruess, D. G. (2010). Effects of directed written disclosure on grief and distress symptoms among bereaved individuals. *Death Studies*, 34(6), 475-499.

- Lindemann E, (1944). Symptomatology and management of Acute Grief. *American Journal Psychiatry*. 101,141-149.
- Loitegui A. (2008). Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje. *Tesis doctoral*. Buenos Aires: Universidad de Belgrano.
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34(8), 673-698.
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2008). Self-defining memories in complicated grief. *Behaviour research and therapy*, 46(12), 1311-1315.
- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *Jama*, 297(7), 716-723.
- Maddison, D., Viola, A., & Walker, W. L. (1969). Further studies in conjugal bereavement. *Australasian Psychiatry*, 3(2), 63-66.
- Maddison D, Viola A, Walker WL. (1969). Further studies in bereavement. *Amst and MZ J Psychiatr*. 113, 1057-67.
- Madison D, Viola A. (1968). The health of the widows in the year following bereavement. *J Psychosom Res*, 12, 298-306.
- Maercker, A., & Znoj, H. (2010). The younger sibling of PTSD: similarities and differences between complicated grief and posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 1.
- Malacrida, C. (1999). Complicating mourning: The social economy of perinatal death. *Qualitative Health Research*, 9(4), 504-519.
- Malkinson, R. (2001). Cognitive-behavioral therapy of grief: A review and application. *Research on Social Work Practice*, 11(6), 671-698.
- Maltby, N, Kirsch, I., Mayers, M., Allen, G. J. (2002). Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: A controlled investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1112-1118.
- Manor O, Eisenbach Z. (2003). Mortality after spousal loss: are there socio-demographic differences? *Soc Sci Med*. Jan; 56(2), 405-13.
- Martikainen, P., y Valkonen, T. (1996). La mortalidad después de la muerte de un cónyuge: Tasas y causas de mortalidad en una cohorte grande de Finlandia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 86 (8\_Pt\_1), 1087-1093.
- Martin, J. (2010). Duelo: cómo nos alineamos. *Discurso & Sociedad*, 4(1), 120-150.

- Martín, L. M., García-Ribera, C., & Bulbena, A. (2004). El abordaje del duelo y la situación de crisis. *Cuadernos de Crisis. Girona*, 1(3).
- Martín, L. N. (2008). Tratando... el proceso de duelo y de morir. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=311901>
- Martin, M. J. (2002). Adherencia al tratamiento del duelo patológico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (62), 13-18.
- Marwit, S. J. (1996). Reliability of diagnosing complicated grief: A preliminary investigation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 563.
- Matthews, L. T., & Marwit, S. J. (2004). Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Studies*, 28(9), 849-863.
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2010). Impaired autobiographical memory in complicated grief. *Behaviour research and therapy*, 48(4), 328-334.
- McCarthy, M. C., Clarke, N. E., Ting, C. L., Conroy, R., Anderson, V. A., & Heath, J. A. (2010). Prevalence and predictors of parental grief and depression after the death of a child from cancer. *Journal of palliative medicine*, 13(11), 1321-1326.
- Meert, K. L., Shear, K., Newth, C. J., Harrison, R., Berger, J., Zimmerman, J., ... & Nicholson and the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Critical Care Research Network, C. (2011). Follow-up study of complicated grief among parents eighteen months after a child's death in the pediatric intensive care unit. *Journal of palliative medicine*, 14(2), 207-214.
- Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, M. K., & Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 493-499.
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Payne, M. W., & Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of general psychiatry*, 68(9), 911-919.
- Mesa, S. F. (2009). Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 77-85.
- Michael S, Crowther M, Schmid B, Allen R. (2003). Widowhood and spirituality: coping responses to bereavement. *Journal of Women & Aging*. 15 (2-3), 145-65.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer, M. K. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 498-506.

- Millán-González, R., & Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 375-388.
- Molero-Zafra, M. Pérez-Marín, M. (2008). *El duelo, la familia, el trauma y el EMDR: Análisis de un caso clínico*.
- Moore K, Wiederhold BK, Wiederhold MD y Riva G. (2002). Panic and agoraphobia in a virtual world. *CyberPsychology & Behavior*. 5, 197-202.
- Morán Guayasamín, E. G. (2011). Efecto de la Psicoterapia Cognitivo Constructivista Grupal en la mejoría del proceso de duelo complicado en pacientes con diabetes. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1065/1/T-UC-0007-2.pdf>
- Mühlberger, A., Wiedemann, G., Pauli, P. (2003). Efficacy of one-session virtual reality exposure treatment for fear of flying. *Psychotherapy Research*, 13, 323-336.
- Myers TC, Swan-Kremeier L, Wonderlich S, Lancaster K y Mitchell JE. (2004). The use of alternative delivery systems and new technologies in the treatment of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 123-143.
- Neeld, E., (1990) *Seven choices: talking the steps to a new life after losing someone you love*. Nueva York: Delta.
- Neimeyer, R.A., Keesee, N.J., & Fortner, B.V. (1997). Loss and meaning reconstruction: Propositions and procedures. In S. Rubin, R. Malkinson and E. Witztum (Eds.), *Traumatic and non-traumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice*. Madison, CT: Psychosocial Press.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death studies*, 24(6), 541-558.
- Neimeyer RA, Baldwin SA, Gillies J. (2006). Continuing bonds and reconstructing meaning: mitigating complications in bereavement. *Death Studies*, 30, 715-38.
- Neimeyer, R. A. (2006). Complicated Grief and the Reconstruction of Meaning: Conceptual and Empirical Contributions to a Cognitive-Constructivist Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 141-145.
- Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R.A., & Stewart, A.E. (1996). Trauma, healing, and the narrative emplotment of loss. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 77, 360-375.

- Neimeyer, R. A., & Currier, J. M. (2009). Grief therapy evidence of efficacy and emerging directions. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 352-356.
- Nemire K, Beil J y Swan RW. (1999). Preventing teen smoking with virtual reality. *Cyberpsychology & Behavior*, 2, 35-47.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., & Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. *Journal of traumatic stress*, 20(3), 251-262.
- North MM, North SM y Coble JR. (1996). Effectiveness of virtual environment desensitization in the treatment of agoraphobia. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 5, 346-352.
- North, M. M., North, S. M., Coble, J. R. (1996). *Effectiveness of VRT for acrophobia*. Virtual reality therapy. An innovate paradigm, (pp.68-70). Colorado Springs: IPI Press.
- North, M. M., North, S. M., Coble, J. R. (1997). Virtual reality therapy for fear of flying. *American Journal of Psychiatry*, 154, 130.
- Novellas A, Bleda M. (2005). Grupos de apoyo al proceso de duelo: 5 años de evolución. *Medicina Paliativa*, 12, 17-23.
- O'Connor, M. F., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Eisenberger, N. I., Irwin, M. R., & Lieberman, M. D. (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage*, 42(2), 969-972.
- O'Connor, M. F., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Olmstead, R., & Irwin, M. R. (2012). Diurnal cortisol in complicated and non-complicated grief: Slope differences across the day. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 725-728.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Rosie, J. S. (2002). Social support as a predictor of response to group therapy for complicated grief. *Psychiatry*, 65(4), 346-357.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2003). Changes in perceived social support after group therapy for complicated grief. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(8), 524-530.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., Weideman, R., McCallum, M., Azim, H. F., & Rosie, J. S. (2003). Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2), 87-93.

- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: what role might the therapist play? *Comprehensive Psychiatry*, 46(3), 206-213.
- Olmeda MS. (1998). Evolución del duelo. En: Olmeda M.S. *El duelo y el pensamiento mágico* (pp.109-136). Madrid: Ed. Master Line, S.L
- Olmeda García, M. (2001). El duelo en un centro de salud mental. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/1812>
- Olmeda MS, García Olmos A y Basurte I. (2002). Rasgos de personalidad en duelo complicado. Trabajo presentado en el *III congreso virtual de psiquiatría*. 06 de febrero 2002. [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
- Oltjenbruns KA. (2001). Developmental Context of childhood: Grief and regrief phenomena. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp.169-197). Washington: American Psychological Association.
- Optale G, Munari A, Nasta A, Pianon C, Baldaro Verde J y Viggiano G. (1997). Multimedia and virtual reality techniques in the treatment of male erectile disorders. *International Journal of Impotence Research*, 9, 197-203.
- Optale G, Chierichetti F, Munari A, Nasta A, Pianon C, Viggiano G, et al. (1999). Pet supports the hypothesized existence of a male sexual brain algorithm which may respond to treatment combining psychotherapy with virtual reality. *Studies in Health Technology and Informatics*, 62, 249-251.
- Ortiz, A. I. V., & Vázquez, Y. D. (2010). Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo. Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/Andromeda\\_Valencia-Ortiz/publication/266317664\\_Intervencion\\_cognitivo-conductual\\_para\\_la\\_elaboracion\\_del\\_duelo\\_en\\_la\\_diada\\_madre-hijo/links/542c4d450cf29bbc126ce65b.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Andromeda_Valencia-Ortiz/publication/266317664_Intervencion_cognitivo-conductual_para_la_elaboracion_del_duelo_en_la_diada_madre-hijo/links/542c4d450cf29bbc126ce65b.pdf)
- Ott, C. H. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death studies*, 27(3), 249-272.
- Ott, C. H., Lueger, R. J., Kelber, S. T., & Prigerson, H. G. (2007). Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(4), 332-341.
- Parkes, C. M. (1964). Effects of bereavement on physical and mental health a study of the medical records of widows. *BMJ*, 2(5404), 274-279.
- Parkes, C. M. (1970). The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. *Psychiatry*, 33(4), 444-467.

- Parkes CM. (1972): *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International University Press.
- Parkes CM, Weis RS. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Parkes, CM, y Prigerson, HG (2013). *Duelo: Estudios de la pena en la vida adulta* . Routledge.
- Pascual, Á. M., & Santamaría, J. L. (2009). Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44, 48-54.
- Payás A. (2007). Intervención grupal en duelo. En: Camps C, Sánchez PT, editores. *Duelo en Oncología* (pp. 169-82). Madrid: *Sociedad Española de Oncología Médica*.
- Pazos Pezzi, P; García Eslava, S. (2000). Aspectos del duelo en la literatura. *Psiquiatría Pública*, 12, 229-246
- Peña Frade, L., Montaña de Barragán, C. (2001): Manejo del duelo en niños y adolescentes desde el enfoque cognitivo-conductual. En: Caballo V.E. y Simón M.A. *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente* (pp.187-209). Madrid: Pirámide.
- Pereira R., Kreuz A., Ramos R., Vázquez N., Gómez A., Llona S. (2002). El duelo. *Revista Mosaico*, 26.
- Pérez Sales, P.; Lucena, R. (2000): Duelo: una perspectiva transcultural más allá del rito. La construcción social del sentimiento de dolor. *Psiquiatría Pública*, 12, 259-271.
- Perpiñá C, Botella C, Baños RM, Marco JH, Alcañiz M y Quero S. (1999). Body image and virtual reality in eating disorders: Exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment? *CyberPsychology y Behavior*. 3(2): 149-159.
- Perpiñá C, Botella C y Baños RM. (2003). Virtual reality in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 261-278.
- Perpiñá C, Marco JH y Botella C. (2004). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante tratamiento cognitivo-comportamental apoyado con realidad virtual: Resultados al año de seguimiento. *Psicología Clínica y de la Salud*, 12, 519-537.
- Pertaub D, Slater M y Baker C. (2002). An experiment on public speaking anxiety in response to three different types of virtual audience. *Presence: Teleoperators and virtual environments*, 11, 68-78.

- Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Rosie, J. S., & Ogrodniczuk, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International journal of group psychotherapy*, 51(4), 525-552.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Azim, H. F., & Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Prevalence*, 52(8).
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Weideman, R., & Rosie, J. S. (2007). Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(1), 116.
- Portillo, M., Martín, M.J y Alberto, M. (2002). Adherencia al tratamiento del duelo patológico. *C.Med.Psicosom*, 62/63, 13-18.
- Powers, M.B., Emmelkamp, P.M.G., (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561-569.
- Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, Frank E, Doman J, Miller M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.*, 59(1-2), 65-79.
- Prigerson HG, Frank E, Kasl, SV, Reynolds CF, Anderson B, Zubenko GS, Houck PR, George CJ, Kupfer DJ. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry*, 152, 22-30.
- Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF 3rd, Shear MK, Newsom JT, Jacobs S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *Am J Psychiatry*, 153(11), 1484-6.
- Prigerson, H.G.; Bierhals, A.J.; Kasl, S.V.; Reynolds, C.F. 3rd.; Shear, M.K.; Day, N.; Beery, L.C.; Newsom, J.T.; Jacobs, S.C. (1997): Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am. J. Psychiatry*, 154, 616-623
- Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds III CF, Maciejewski PK Davidson JRT, Rosenheck RA, Pilkonis PA, Wortman CB, Williams JB, Widiger TA, Frank E, Kupfer DJ, Zisook S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, S. J. H. (2000). Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death studies*, 24(6), 479-495.
- Prigerson HG, Jacobs S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. En: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds, *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp.613-645) Washington: American Psychological Association.

- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Caring for bereaved patients: all the doctors just suddenly go. *JAMA*, 286(11), 1369-1376.
- Prigerson, H. (2004). Complicated grief: When the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care*, 23(3), 38-40.
- Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Journal of Death and Dying*, 52(1), 9-19.
- Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PC. (2007). Complicated grief as a mental disorder: inclusion in DSM. Handbook of Bereavement Reserch and practice: 21 century perspectives. Eds. Stroebe M, Hansson R, Shut H, Stroebe W. *American Psychological Association Press*.
- Prigerson H, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. (2008). A case for inclusion for Grief Prolonged in DSM-V. In: Stroebe M, Hansson R, Schut H, Wolfgang H, editors. Handbook of bereavement research and practice: 21st Century Perspectives (pp. 165-186). Washington DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), 100-121.
- Pull, C. B. (2005). Current status of virtual reality exposure therapy in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 7-14.
- Puigarnau, A. P. (2012). Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. Barcelona: Grupo Planeta.
- Ramírez Castañón, I. (2000). Tratamiento Psicofarmacológico. En: Die Trill, M. López Imedio, E. *Apectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. La comunicación con la Familia* (pp.335-349). Madrid: ADES.
- Rando, T. (1993): *Treatment of complicated mourning*. Illinois: Research Press.
- Rando, T. A., Doka, K. J., Fleming, S., Franco, M. H., Lobb, E. A., Parkes, C. M., & Steele, R. (2012). A call to the field: Complicated grief in the DSM-5. *Journal of Death and Dying*, 65(4), 251-255.
- Raphael B, Middleton W, Martinek N, Misso V. (2001). Counselling and therapy of the bereaved. En: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 427-453). Washington: American Psychological Association.
- Raphael B, Minkov C, Dobson M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. En: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe

- y H. Schut, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 587-612). Washington: American Psychological Association.
- Raya, B. (2003). *Caso Clínico. El Duelo*. Norte de salud mental, 17, 74–81.
- Real Academia Española (1995): *Diccionario de la Real Academia Española*. Ed. Electrónica 21.1.0 Madrid: Ed. Espasa-Calpe.
- Reverté, M. A. L., & Rodríguez, E. D. G. (1998). El duelo en cuidados paliativos. In *Libro de Resúmenes del 2º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Santander (pp. 112-117).
- Rey, B., Montesa, J., Alcañiz, M., Baños, R., & Botella, C. (2005). A Preliminary Study on the Use of an Adaptive Display for the Treatment of Emotional Disorders. *PsychNology Journal*, 3 (1), 101-112.
- Reynolds III, C. F., Miller, M. D., Pasternak, R. E., Frank, E., Perel, J. M., Cornes, C., ... & Kupfer, D. J. (2014). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. Disponible en: <http://focus.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/foc.2.2.260?journalCode=foc>
- Riva G, Bacchetta M, Baruffi M, Rinaldi S & Molinari E. (1999). Virtual reality based experiential cognitive treatment of anorexia nervosa. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 221-230.
- Riva G, Bacchetta M, Baruffi M, Rinaldi S, Vincelli F y Molinari E. (2000). Virtual reality based experiential cognitive treatment of obesity and binge eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 209-219.
- Riva G, Bacchetta M, Baruffi M y Molinari E. (2002). Virtual-reality-based multidimensional therapy for the treatment of body image disturbances in binge eating disorders: A preliminary controlled study. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 6, 224-234.
- Riva G, Bacchetta M, Cesa G, Conti S y Molinari E. (2004). The use of VR in the treatment of eating disorders. *Studies in Health Technology and Informatics*, 99, 121-163.
- Rizzo AA, Buckwalter JG, Bowerly T, van der Zaag C, Humphrey L, Neumann U, Chua C, Kyriakakis C, van Rooyen A y Sisemore D. (2000). The virtual classroom: A virtual environment for the assessment and rehabilitation of attention deficits. *Cyberpsychology y Behavior*, 3, 483-499.
- Rizzo, A., Pair, J., McNermey, P. J., Eastlund, E., Manson, B., Gratch, J., et al. (2004). From training to toy treatment: Design and development of a posttraumatic stress disorder virtual reality exposure therapy application for Iraq war veterans.

*Proceedings of the 3rd Annual International workshop on virtual rehabilitation*, Lausanne, Switzerland.

- Roa-Castellanos, R. A., & Echeverri, M. R. M. (2011). Metodología de Integralidad sobre el Duelo: Metadisciplina, Psicología y Bioética como Ciencia de la Supervivencia. Disponible en: [http://148.206.107.15/biblioteca\\_digital/articulos/4-598-8579vep.pdf](http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-598-8579vep.pdf)
- Rodríguez Alvaro, M., García Hernández, A. M., & Toledo Rosell, C. (2008). Hacia una visión constructivista del Duelo. *Index de Enfermería*, 17(3), 193-196.
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2-3), 377-392.
- Rosenblatt, P.C. (2002) *Guest editorial: grief in families*. *Mortality*, 7, 125-127.
- Rosenzweig, MD, MPH, A., Prigerson, PhD, H., Miller, MD, M. D., & Reynolds III, MD, C. F. (1997). Bereavement and late-life depression: grief and its complications in the elderly. *Annual Review of Medicine*, 48(1), 421-428.
- Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European journal of psychotraumatology*, 2.
- Rothbaum B, Hodges LF, Kooper R, Opdyke D, Williford J and North M. (1995). Virtual-Reality Graded Exposure in the Treatment of Acrophobia. A Case Report, *Behavior Therapy*, 26, 547-554.
- Rothbaum BO, Hodges LF, Kooper R, Opdyke D, Williford JS y North M. (1995). Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychiatry*, 152 (4), 626-628.
- Rothbaum BO, Hodges L, Watson BA, Kessler GD y Opdyke D. (1996). Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 477-481.
- Rothbaum BO, Hodges L, Alarcon RD, Ready D, Shahar F, Graap K, Pair J, Herber P, Gotz D, Wills B y Baltzell D. (1999). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 263-271.
- Rothbaum BO, Hodges L, Smith S, Lee JH y Price L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for fear of flying. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1020-1026.
- Rothbaum BO, Hodges L, Ready D, Graap K y Alarcon RD. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 617-622.

- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Anderson, P. L., Price, L., & Smith, S. (2002). Twelvemonth follow-up of virtual reality and standard exposure therapies for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 428-432.
- Rothbaum, B.O. Anderson, P. Zimand, E. Hodges, L.F. Lang, D. Wilson, J. (2006). Virtual reality exposure therapy and standard in vivo exposure therapy in the treatment of fear of flying. *Behavior Therapy*, 37 (1), 80-90.
- Roy S, Klinger E, Légeron P, Lauer F, Chemin I y Nugues P. (2003). Definition of a VR-based protocol to treat social phobia. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 411-420.
- Rozenzweig A, Prigerson H, Miller MD, Reynolds CF 3rd. (1997). Bereavement and late-life depression: grief and its complications in the elderly. *Annu Rev Med*. 48, 421-8.
- Rubin, S. S. (1999). The two-track model of bereavement: Overview, retrospect, and prospect. *Death studies*, 23(8), 681-714.
- Rubio, E. L. (2011). Mortalidad perinatal y duelo materno. *Revista de la Facultad de Medicina*, 46(2), 75-81.
- Sada Goñi, F.J.; Martínez Mazo, M<sup>a</sup> D y cols. (1997). Manejo del duelo en atención primaria. En: *Biblioteca Básica para el médico de atención primaria*. Dupont Pharma.
- Sales, P. P., Criado, L. H., & Vera, C. S. (2000). Terapia de Grupo en Duelo Complicado: Un Enfoque Desde los Factores de Cambio Positivo. *Volumen 12* 3,21, 273.
- Saltzman, W. R., Pynoos, R. S., Layne, C. M., Steinberg, A. M., & Aisenberg, E. (2001). Trauma-and grief-focused intervention for adolescents exposed to community violence: Results of a school-based screening and group treatment protocol. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5(4), 291.
- Pérez Sales, P. (2006). Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sánchez Fuentes, J.M. et al. (2012). Prevalencia de duelo patológico en familiares de pacientes atendidos por equipos de cuidados paliativos. *Comunicación tipo poster. IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL*. Badajoz.
- Sánchez Fuentes, J.M. (2012). Intervención psicológica y realidad virtual aplicada a los procesos de duelo patológico. Trabajo de grado. Programa de doctorado en psicología clínica y de la salud. *Universidad de Salamanca*.

- Sánchez Fuentes, J.M. et al. (2014). Desencadenantes de duelo patológico en familiares de pacientes atendidos por equipos de cuidados paliativos. *Comunicación tipo Póster. X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL*. Madrid.
- Sanders ,CM. (1999). Risk factors in bereavement outcome. En: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO (ed.). *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 255-267). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schmeisser, E., (2004). Dream of a display that pays attention to the viewer, *Cyberpsychology & Behavior*, 7, 607-609.
- Schulz, R., Boerner, K., Shear, K., Zhang, S., & Gitlin, L. N. (2006). Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(8), 650-658.
- Schulz, R., Hebert, R., & Boerner, K. (2008). Bereavement after caregiving. *Geriatrics*, 63(1), 20.
- Schut H, Stroebe MS, Bout J Terheggen M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. En: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 705-737). Washington: American Psychological Association.
- Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of palliative medicine*, 8(supplement 1), s-140.
- SECPAL (2005). Guía para familiares en duelo. Recomendaciones de la SECPAL. Disponible en [www.secpal.com](http://www.secpal.com)
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds III, C. F., Vander Bilt, J., & Masters, S. (2001). Traumatic grief treatment: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1506-1508.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Jama*, 293(21), 2601-2608.
- Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267.
- Shear, K., & Frank, E. (2006). Treatment of Complicated Grief. *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*, 290.
- Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A., & Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57(9), 1291-1297.

- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., & Sillowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(8), 453-461.
- Shear, M. K. (2010). Complicated grief treatment: The theory, practice and outcomes. *Bereavement Care*, 29(3), 10-14.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117.
- Schnider, K. R., Elhai, J. D., & Gray, M. J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 344.
- Shut H, Stroebe M. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement interventions: Determining who benefits. *J Pall Med*, 8, 140-7. Doi:10.1089/jpm.8.s-140.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F. & Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive psychiatry*, 48(5), 395-399.
- Simon, N. M., Shear, M. K., Fagiolini, A., Frank, E., Zalta, A., Thompson, E. H. & Silowash, R. (2008). Impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief. *Psychiatry research*, 159(1), 31-36.
- Simon, N. M., Wall, M. M., Keshaviah, A., Dryman, M. T., LeBlanc, N. J., & Shear, M. K. (2011). Informing the symptom profile of complicated grief. *Depression and anxiety*, 28(2), 118-126.
- Simon, N. M. (2013). Treating complicated grief. *JAMA*, 310(4), 416-423.
- Sipos L., Solano C. (2001). *El duelo en los niños*. Psiquiatría.com.
- Slater M, Pertaud DP y Steed A. (1999). Public speaking in virtual reality: Facing an audience of avatars. *IEEE Computer Graphics and Applications*, 19, 6-9.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). *Guía de duelo para familiares*. En prensa (2ª edición). Disponible en [www.secpal.com](http://www.secpal.com).
- Soler, MC., Jordá, E. (1996). El duelo: manejo y prevención de complicaciones. *Medicina Paliativa* 3 (2).

- Soler, MC., Barreto, MP. (2003). Intervención psicológica en el duelo. *Rev Psicol Univ Tarracon*, 25, 218-33.
- Soler Sáiz MC. (2003). Intervención en el duelo complicado. *Medicina paliativa*. 10(I): 69-71.
- Solomon, R y Rando, R. (2007) Utilization of EMDR in the Treatment of Grief and Mourning. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 109-117.
- Speckhard, A., & Rue, V. (1993). Complicated mourning: Dynamics of impacted post abortion grief. *Pre-and Peri-Natal Psychology Journal*, 8(1), 5.
- Sprang, G., & McNeil, J. S. (1995). The many faces of bereavement: The nature and treatment of natural, traumatic, and stigmatized grief. Psychology Press.
- Sprang, G. (2001). The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes. *Research on Social Work Practice*, 11(3), 300-320.
- Steele E, Grimmer K, Thomas B, Mulley B, Fulton I & Hoffman H. (2003). Virtual reality as a pediatric pain modulation technique: A case study. *Cyberpsychology & Behavior*, 6, 633-638.
- Steuer, J. (1992). Definición de la realidad virtual: Dimensiones determinantes telepresencia. *Diario de la comunicación*, 42(4), 73-93.
- Strickland, D. (1997). *Virtual reality for the treatment of autism*. In G. Riva (Ed.) *Virtual reality in neuropsychology: Cognitive, clinical and methodological issues in assessment and rehabilitation*. Amsterdam, Netherland Antilles: IOS Press.
- Stroebe, M, y Schut, H (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud.*, 23, 197-224.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical psychology review*, 20(1), 57-75.
- Stroebe, MS. (2001). Bereavement research and retrospective and prospective. *American Behavioral Scientist*, 44 (5).
- Stroebe W, Schut H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. En: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. (pp. 349-371). Washington: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973.

- Stroebe, M., Schut, H., & Van den Bout, J. (Eds.). (2013). *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*. Routledge.
- Szanto, K., Prigerson, H., Houck, P., Ehrenpreis, L., & Reynolds, C. F. (1997). Suicidal ideation in elderly bereaved: the role of complicated grief. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(2), 194-207.
- Szanto, K., Shear, M. K., Houck, P. R., Reynolds 3rd, C. F., Frank, E., Caroff, K., & Silowash, R. (2006). Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(2), 233-239.
- Terasaki, A., y Nakamura, K. (1998). Factors influencing grief due to bereavement among elderly widows and widowers. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, 45(6), 512-25.
- Tizón García J. (1998) El duelo y las experiencias de pérdida. *Psiquiatría en Atención Primaria* (pp. 519-540). Madrid: Ed. Grupo Aula Médica.
- Tizón, J. L., & García, J. L. T. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia* (Vol. 12). Barcelona: Editorial Paidós.
- Tizón, J. L. (2006). De los procesos de duelo a la medicalización de la vida. *Jano*, 1818, 58-60.
- Tizón, J. L. (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Herder.
- Torné, J. A., Enjuanes, F. B., & de Salut Mental, S. C. S. (2000). Reacciones de duelo. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (159), 17-29.
- Toro, L. B., Flores, S. L., Gil, J. R., Domínguez, R. C., Marín, T. G., & Prado, M. A. (2007). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina paliativa*, 14(3), 0.
- Turner M. (1998). *Cómo hablar con niños y jóvenes sobre la muerte y el duelo*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Uribe de Hincapié, M. T. (2012). Los duelos colectivos: entre la memoria y la reparación. *Agenda Cultural Alma Máter*, (149), 11.
- Uribe-Rodríguez, A. F., Valderrama, L., Durán Vallejo, D. M., Galeano-Monrroy, C., & Gamboa, K. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colomb Psicol*, 11(1), 119-126.

- Valencia Ortiz, A.I. Dávila Vázquez, Y. (2010). Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo. *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 1-11.
- Van Heck GL, De Rider TD. (2001). Assesment of coping with loss: Dimensions and measurement. En:Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H (ed.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. (pp. 449-469). Washington: American Psychological Association.
- Van Doorn, C., Kasl, S. V., Beery, L. C., Jacobs, S. C., & Prigerson, H. G. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(9), 566-573.
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 121-123.
- Vargas Castro, D. (2011). Duelo, tristeza y rechazo del inconsciente. *Affectio Societatis*, 8(14).
- Vargas Solano, R. E. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 47-52.
- Villanueva, C.; García Sanz, J. (2000). Especificidad del duelo en la infancia, *Revista Psiquiatría Pública*. Volumen 12, nº 3. Madrid. Disponible en : [http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2009/revista-104/el\\_duelo\\_y\\_las\\_etapas\\_de\\_la\\_vida.pdf](http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2009/revista-104/el_duelo_y_las_etapas_de_la_vida.pdf)
- Vincelli F, Anolli L, Bouchard S, Wiederhold BK, Zurloni V y Riva G. (2003). Experiential cognitive therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia: A controlled study. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 321-328.
- Villagrán Hermosa, S. M. (2012). Acompañamiento psicoespiritual en el duelo de una mujer adulta, por la muerte del cónyuge. Disponible en: <http://repositorio.uahurtado.cl/bitstream/handle/11242/5500/MAPVillagran.pdf?sequence=1>
- Volkan, V. D. (1985). Complicated mourning. *The Annual of Psychoanalysis*. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-11048-001>
- Vyjeyanthi, S., Periyakoil, M.D. & James Hallenbeck, M.D. (2002). Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life. *Journal of the American Academy of Family Phisician*, 65, 883-897.

- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2005). Internet-based treatment for complicated grief: Concepts and case study. *Journal of Loss and Trauma*, 10(5), 409-432.
- Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.
- Wagner, B., & Maercker, A. (2007). A 1.5-year follow-up of an internet-based intervention for complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 625-629.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Post-Traumatic Growth and Optimism as Outcomes of an Internet-Based Intervention for Complicated Grief. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(3), 156-161.
- Wald, J., & Taylor, S. (2000). Efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia: a case report. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 249-257.
- Wald J y Taylor S. (2003). Preliminary research on the efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 459-465.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family process*, 46(2), 207-227.
- Walshe, D. G., Lewis, E. J., Kim, S. I., O'Sullivan, K., Wiederhold, B. K. (2003). Exploring the use of computer games and virtual reality in exposure therapy for fear of driving following a motor vehicle accident. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 329-334.
- Wiederhold, B. K., Gervitz, R., Wiederhold, M.D. (1998). Fear of flying: A case report using virtual reality therapy with physiological monitoring. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 97-103.
- Wiederhold, B. K. (1999). A comparison of imaginal exposure and virtual reality exposure for the treatment of fear of flying. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences y Engineering*, 60 (4), 1837.
- Wiederhold, B. K., & Wiederhold, M. D. (2004). *Virtual Reality Therapy for Anxiety Disorders*. American Psychological Association Press.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69-78.
- Worden, J. W. (1982). Grief counselling and grief therapy: a handbook for the mental health professional. Disponible en:

[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Dz6mti2YLy4C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Worden,+J.+W.+\(1991\).+Grief+counselling+and+grief+therapy:+a+hand+book+for+the+mental+health+professional.&ots=QsPtXsPXVM&sig=ul11JncjRO9l3n67tIf6SY3A4pU#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Dz6mti2YLy4C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Worden,+J.+W.+(1991).+Grief+counselling+and+grief+therapy:+a+hand+book+for+the+mental+health+professional.&ots=QsPtXsPXVM&sig=ul11JncjRO9l3n67tIf6SY3A4pU#v=onepage&q&f=false)

Worden, J. W., & Silverman, P. S. (1993). Grief and depression in newly widowed parents with school-age children. *Journal of Death and Dying*, 27(3), 251-261.

Worden, J. W. (1996). *Children and grief: When a parent dies*. Guilford Press.

Worden, J. W., & Silverman, P. R. (1996). Parental death and the adjustment of school-age children. *Journal of Death and Dying*, 33(2), 91-102.

Worden, J.W. (1997): El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Ed. Paidós.

Yoffe, L. (2002). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Revista Psicodebate*, 3.

Yoffe, L. (2007). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate*, 7, 193-205.

Yoffe, L. (2012). Beneficios de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances en Psicología*, 20(1), 9-30.

Zhang, B., El-Jawahri, A., & Prigerson, H. G. (2006). Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of palliative medicine*, 9(5), 1188-1203.

Zimand, E., Rothbaum, B., Tannenbaum, L. [et al.] (2003). Technology meets psychology: integrating virtual reality into clinical practice. *The Clinical Psychologist*, 56, 5-11.

Zisook, S. (1983): *Death, dying and bereavement*. En: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sixth edition. Harold. I. Kaplan y Benjamin J. Sadock (Comps.). Baltimore: Wilkins & Wilkins.

Zisook, S., & Lyons, L. (1989). Bereavement and unresolved grief in psychiatric outpatients. *Journal of Death and Dying*, 20(4), 307-322.

Zisook S, Shuchter SR. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry*, 148(10), 1346-52.

Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74.

Zygmunt, M., Prigerson, H. G., Houck, P. R., Miller, M. D., Shear, M. K., Jacobs, S., & Reynolds 3rd, C. F. (1998). A post hoc comparison of paroxetine and

nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(5), 241-245.



## **ANEXOS**



## ANEXO 1: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N° Codificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

### MANIFIESTO:

1. Que acepto recibir el tratamiento diseñado para el abordaje de los procesos de duelo.
2. Que he sido informado suficientemente de las pruebas y tratamientos que recibiré.
3. Que estoy de acuerdo y acepto libre y voluntariamente recibir este tratamiento y me comprometo a seguir las prescripciones y a formalizar los cuestionarios que me indiquen.
4. Que en función de esta opción libre, anteriormente mencionada, puedo abandonar el tratamiento en el momento que quiera.

De la misma forma, el terapeuta puede dar por finalizado el tratamiento si el solicitante no cumple un mínimo de pautas establecidas que posibilite un tratamiento adecuado.

5. Me comprometo a avisar con 48 horas de antelación de la cancelación de una cita concertada previamente.
6. Que he sido informado suficientemente de las grabaciones de las sesiones que se realizarán durante el tratamiento psicológico que recibiré, pudiendo cambiar mi opinión y pedir que no se lleve a cabo la grabación en el momento que quiera.
7. Que salvaguardando mi derecho a la intimidad y al anonimato, acepto que los datos que se puedan derivar del tratamiento puedan ser utilizados para la divulgación científica.

Firma del interesado:

\_\_\_\_\_

## ANEXO 2. FICHA DEL USUARIO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N° Codificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

DNI:

Dirección:

Población:

Fecha de nacimiento:

Genograma:

## ANEXO 3. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN ENTRE SESIONES:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N° codificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Indique, basándose en cómo se siente en este momento: (eficacia de la sesión)**

- Su estado de ánimo. Muy animado/ Muy desanimado (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- Su nivel de tristeza. Nada/ Muchísima (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- Su nivel de ansiedad. Nada/ Muchísima (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- Esperanza en la recuperación. Nada/ Muchísima (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

**Desde la última sesión, indique: (evolución entre sesiones)**

1. ¿Cómo se ha sentido usted de ánimo? Mucho mejor / Mucho peor de lo habitual (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
2. En qué grado se ha sentido:
  - Triste (Depresión). Nada/ Mucho más de lo habitual (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
  - Nervioso (Ansiedad). Nada/ Mucho más de lo habitual (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
  - Sin poder dormir (Insomnio). Duermo perfectamente/ No duermo nada (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
3. En qué medida:
  - Piensa que su vida tiene sentido (Sentido). Más/ Mucho menos de lo habitual (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
  - Se siente cercano a las personas que le importan (Relación). Mucho más / Mucho menos/ de lo habitual (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
  - Se siente bien consigo mismo (Disfunción personal). Mucho más / Mucho menos/ de lo habitual (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
  - Tiene buena relación con su familia (Disfunción familiar). Mucho mejor / Mucho peor de lo habitual (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
  - Tiene buena relación con sus amigos (Disfunción social). Mucho mejor / Mucho peor de lo habitual (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
  - Se siente en paz con el mundo (Paz/Perdón). Mucho más / Mucho menos/ de lo habitual (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
  - Se siente capaz de seguir adelante (Esperanza). Mucho más / Mucho menos/ de lo habitual (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

**Indique, el que mayor malestar le produzca, interfiriendo en su día a día**

**(evitación/temor): (evolución entre sesiones)**

1. Situación/actividad (que evitas o te producen malestar) Nada/ Muchísimo (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
2. Conducta (que evitas hacer o te producen malestar) Nada/ Muchísimo (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
3. Pensamiento/imagen (que te vienen a la cabeza y producen malestar) Nada/ Muchísimo (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
4. Sentimiento/emoción (que aparecen y te producen malestar) Nada/ Muchísimo (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
5. Sensación física (que aparecen y te producen malestar) Nada/ Muchísimo (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

**Indique en qué medida: (evolución entre sesiones)**

1. La pérdida sufrida interfiere con la evolución normal de su día a día. Nada/ Mucho (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
2. Piensa que ha mejorado desde el comienzo del tratamiento. Nada/ Mucho (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
3. ¿Ha notado algún cambio desde que comenzó el tratamiento? (pensamientos, conductas, sentimientos, sensaciones):

**Tras la sesión de hoy, indique: (eficacia de la sesión)**

1. Basándose en cómo se siente en este momento, indique:
  - Su estado de ánimo. Muy animado/ Muy desanimado (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
  - Su nivel de tristeza. Nada/ Muchísima (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
  - Su nivel de ansiedad. Nada/ Muchísima (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
  - Esperanza en la recuperación. Nada/ Muchísima (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

**(Negativo) Problemas detectados de cara a la elaboración del duelo:**

**(Positivo) Recursos y pequeños avances de cara a la elaboración del duelo:**

**Próxima cita:** / / **.Tareas recomendadas para la próxima sesión:**